

ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG TRÁI BIẾN CHỨNG THÙNG

Nguyễn Tuấn Anh¹, Phạm Tiến Quang¹, Nguyễn Hồng Sơn¹, Lý Hữu Tuấn¹, Phạm Quang Vũ¹,
Trần Huỳnh Lộc¹, Phạm Trương Đình¹, Nguyễn Văn Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Viêm túi thừa đại tràng trái là bệnh lý thường gặp tại các nước phương Tây. Điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng bao gồm điều trị nội khoa, dẫn lưu ổ tụ dịch hoặc phẫu thuật. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm bệnh học và kết quả điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng.

Đối tượng - Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, báo cáo loạt ca từ tháng 01 – 2019 đến tháng 12 – 2021 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định.

Kết quả: Nghiên cứu ghi nhận 32 bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng, tuổi trung bình là $63,59 \pm 1,92$ tuổi, 17 bệnh nhân (53,1%) nam. 12 bệnh nhân (37,5%) vào viện có viêm phúc mạc toàn thể, 11 bệnh nhân (34,4%) sốt, 11 bệnh nhân (65,6%) có tăng số lượng bạch cầu, 26 bệnh nhân (81,2%) tăng nồng độ CRP. Phân độ WSES 2020 có 9,4% độ 1a, 18,8% độ 1b, 9,4% độ 2a, 9,4% độ 2b và 53,1% độ 4. Có 7 bệnh nhân (21,9%) điều trị nội khoa không mổ, 25 bệnh nhân (78,1%) được phẫu thuật, trong đó 80% mổ mở và 76% phẫu thuật Hartmann. Tử vong 4 bệnh nhân (16%).

Kết luận: Viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng là bệnh lý thường gặp ở người lớn tuổi với lý do nhập viện đa số là đau bụng, sốt và viêm phúc mạc. Tỷ lệ tử vong còn cao do BN lớn tuổi và thời gian vào viện trễ. Điều trị nội khoa không mổ thường áp dụng cho WSES 1a hoặc 1b, phẫu thuật Hartmann thường được sử dụng ở những BN nặng, phẫu thuật một thì có thể xem xét thực hiện khi WSES 1a đến 2b và tùy thuộc tình trạng bệnh nhân và kinh nghiệm phẫu thuật viên.

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

ABSTRACT

TREATMENT OF PERFORATED LEFT COLONIC DIVERTICULITIS

Nguyen Tuan Anh, Pham Tien Quang, Nguyen Hong Son, Ly Huu Tuan, Pham Quang Vu,
Tran Huynh Loc, Pham Truong Dinh, Nguyen Van Hai

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 77-83

Objectives: Left-side diverticulitis is a common disease in Western countries. Treatment of perforated left-side diverticulitis includes medical treatment, drainage or surgery. This study aims to describe the pathological characteristics and treatment results of perforated left-side diverticulitis.

Method: Retrospective, case series report from January 2019 to December 2021 at Gia Dinh Hospital.

Results: The study included 32 patients with perforated left-side diverticulitis, the mean age was 63.59 ± 1.92 years old, 17 patients (53.1%) male. All patients had abdominal pain, of which at most 13 patients (40.6%) had general abdominal pain. There were 17 patients (53.1%) had peritonitis, of which 12 patients (37.5%) had generalized peritonitis, 11 patients (34.4%) had fever, 11 patients (65.6%) had an increase in white blood cell count, 26 patients (81.2%) had an increase in CRP. WSES 2020 classification has 9.4% grade 1a, 18.8% grade 1b, 9.4% grade 2a, 9.4% grade 2b and 53.1% grade 4. There were 7 patients (21.9%) in medical treatment group, 25 patients (78.1%) had surgery, of which 80% had open surgery and 76% had Hartmann surgery.

¹Bộ môn Ngoại Tổng Quát – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: ThS. Nguyễn Tuấn Anh ĐT: 0988420426 Email: nguyentuananh0307@gmail.com.

Conclusion: *Perforated left-side diverticulitis is a common disease in the elderly with the main reason for admission being abdominal pain, fever and peritonitis. The mortality rate is still high due to the elderly patients and late hospital admission. Non-surgical treatment is usually applied to WSES 1a or 1b, Hartmann surgery is often used in critically ill patients, single-stage surgery may be considered for WSES 1a to 2b and depending on the patient's condition and surgeon's experience.*

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

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh túi thừa của đại tràng là bệnh lý phổ biến ở các nước phương Tây. 50% dân số trên 50 tuổi có túi thừa đại tràng và đa số túi thừa nằm ở đại tràng trái. Mặc dù phần lớn người dân có túi thừa đại tràng không triệu chứng, nhưng 10 – 20% trong số đó có thể gặp biến chứng viêm túi thừa đại tràng. Tại Mỹ, có khoảng 300.000 bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng cấp có biến chứng phải nhập viện và 1,5 triệu bệnh nhân ngoại trú, điều này tiêu tốn khoảng 2 tỷ đô mỗi năm⁽¹⁾. Ở các nước châu Á, có nhiều báo cáo về bệnh lý túi thừa đại tràng ở Hàn Quốc, Nhật Bản hay Đài Loan. Những báo cáo này ghi nhận túi thừa đại tràng thường thuộc đại tràng phải. Báo cáo của tác giả Wai Lun Law (2001) ghi nhận có sự khác biệt đáng kể về đặc điểm người bệnh, biểu hiện bệnh, phương pháp phẫu thuật và kết quả sau mổ giữa 2 nhóm bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng phải và đại tràng trái⁽²⁾. Tại Việt Nam, bệnh túi thừa đại tràng được chú ý từ năm 2010 với nhiều báo cáo về viêm túi thừa đại tràng đặc biệt là đại tràng phải như nghiên cứu của tác giả Lê Huy Lưu (2016)⁽³⁾ nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về bệnh túi thừa đại tràng trái. Tác giả Lý Minh Tùng (2012) nghiên cứu 41 trường hợp viêm túi thừa đại tràng trong đó có 5 trường hợp viêm túi thừa đại tràng trái⁽⁴⁾. Tác giả Nguyễn Thanh Phong (2016) nghiên cứu trên 13 đối tượng thủng túi thừa đại tràng trong đó có 10 trường hợp thủng túi thừa đại tràng trái⁽⁵⁾.

Năm 2020, Hội phẫu thuật cấp cứu thế giới (WSES) 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 đầu có hoặc không đưa hồi tràng ra da thay vì làm phẫu thuật Hartmann⁽¹⁾. Hiện nay, nghiên cứu về kết quả điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng vẫn chưa nhiều nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm bệnh học và kết quả điều trị bệnh viêm túi thừa đại tràng bên trái có biến chứng thủng.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng, được điều trị tại khoa Ngoại Tiêu hóa và khoa Hồi sức Ngoại của bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 1 – 2019 đến tháng 12 – 2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng trái thủng trên phim chụp cắt lớp vi tính.

Bệnh nhân không được chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng trái thủng trước mổ nhưng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là viêm túi thừa.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng trái thủng trước mổ nhưng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ không phải viêm túi thừa.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, báo cáo loạt ca.

Phương pháp thực hiện

Những bệnh nhân nhập khoa Cấp cứu được chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng bằng phim chụp cắt lớp vi tính. Theo Hội phẫu thuật cấp cứu thế giới (WSES) viêm túi thừa đại tràng được phân thành các mức độ, trong đó viêm túi thừa đại tràng biến chứng thủng được phân từ độ 1a đến 4 dựa theo

đặc điểm hơi và dịch tự do ổ bụng, kích thước áp xe ổ bụng trên phim chụp cắt lớp vi tính. Nhóm nghiên cứu thu thập thông tin hồ sơ bệnh án về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân, phương pháp điều trị, biến chứng sau phẫu thuật.

Phân tích số liệu

Các biến định danh trình bày dưới dạng giá trị tuyệt đối hay phần trăm, biến định lượng phân phối chuẩn trình bày dưới dạng trị số trung bình ± độ lệch chuẩn, trường hợp phân phối không chuẩn thì trình bày dưới dạng trung vị kèm theo giá trị 25% và 75%.

Các biến số về lâm sàng bao gồm tuổi, giới tính, BMI, bệnh lý mạn tính đi kèm, triệu chứng lâm sàng bao gồm đau bụng, vị trí đau, sốt, khám bụng có dấu hiệu viêm phúc mạc. Về chụp cắt lớp vi tính thu thập vị trí sang thương nguyên phát, hơi tự do ổ bụng, vị trí hơi tự do, vị trí và kích thước khối áp xe từ đó phân độ viêm túi thừa đại tràng biến chứng thủng theo WSES. Điều trị bao gồm điều trị nội khoa, kháng sinh sử dụng, phương pháp phẫu thuật. Biến chứng sau mổ như nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng ổ bụng, viêm phổi, nhiễm trùng huyết, tử vong sau mổ.

Dữ liệu được nhập và phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS 22.0.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của bệnh viện Nhân dân Gia Định, số 70/NDGD-HĐĐĐ ký ngày 25/08/2020.

KẾT QUẢ

Đặc điểm bệnh nhân

Từ tháng 1/2019 đến 12/2021 tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định, chúng tôi điều trị cho 32 trường hợp viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh với đặc điểm bệnh nhân được ghi nhận trong *Bảng 1*. Trước nhập viện, có 3 bệnh nhân (9,4%) đã biết túi thừa đại tràng trái và cả 3 bệnh nhân đã từng đau vì viêm túi thừa đại tràng, 1 bệnh nhân

(3,1%) đã biết túi thừa đại tràng 2 bên.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân.

Đặc điểm	N=32	
Tuổi	63,59 ± 1,94	42 – 82
Giới tính		
Nam	17	53,1%
Nữ	15	46,9%
Số bệnh nội khoa kèm theo		
Không có bệnh nội khoa	8	25%
1 bệnh	10	31,3%
≥2 bệnh	14	43,7%
Bệnh nội khoa kèm theo		
Tăng huyết áp	18	56,3%
Bệnh mạch vành	9	28,1%
Đái tháo đường	8	25%
Bệnh phổi mạn tính*	3	9,4%
Khác**	5	15,6%
Thời gian từ lúc đau đến lúc nhập viện (ngày)	3,06	1 – 15
Vị trí đau		
Đau khắp bụng	14	43,7%
Hố chậu trái	12	37,5%
Dưới rốn	3	9,4%
Trên rốn	3	9,4%
Đề kháng thành bụng		
Không	15	46,9%
Có	17	53,1%
Vị trí đề kháng thành bụng		
Khắp bụng	12	37,5%
Hố chậu trái	2	6,3%
Dưới rốn	2	6,3%
Trên rốn	1	3,1%
Thân nhiệt		
<38°C	21	65,6%
≥38°C	11	34,4%

*Bệnh phổi mạn tính: COPD (n=2) và Hen phế quản (n=1)
 **Khác: Bệnh thận mạn (1), tai biến mạch máu não cũ (1), thoái hóa khớp (3)

Nghiên cứu ghi nhận có 17 trường hợp (53,1%) khám thực thể có dấu hiệu viêm phúc mạc, trong đó 12 bệnh nhân khám có đề kháng khắp bụng (37,5%).

Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân có tăng nồng độ CRP ≥10 mg/L trong đó có 14 bệnh nhân (43,7%) có nồng độ CRP tăng ≥140 mg/L.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được chụp cắt lớp vi tính bụng chậu có cản quang nhằm mục đích chẩn đoán và phân độ viêm túi

thừa đại tràng theo WSES.

Đặc điểm cận lâm sàng của các bệnh nhân trong nghiên cứu được thể hiện trong *Bảng 2*.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng trái thủng

Đặc điểm	BN	%
Bạch cầu: <10 k/uL	11	34,4
≥10 k/uL	21	65,6
Nồng độ CRP: Không xét nghiệm	4	12,5
<10 mg/L	2	6,3
≥10 mg/L	26	81,2
Tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính: Đại tràng chậu hông	27	84,4
Đại tràng xuống	5	15,6
Phân độ WSES 2020		
1a	3	9,4
1b	6	18,8
2a	3	9,4
2b	3	9,4
3	0	0
4	17	53,1

Kết quả điều trị

Bảng 3: Điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng

Đặc điểm	Điều trị nội khoa không mổ N=7	Phẫu thuật N=25
WSES		
1a	2 (6,3%)	1 (3,1%)
1b	5 (15,6%)	1 (3,1%)
2a	0	3 (9,4%)
2b	0	3 (9,4%)
3	0	0
4	0	17 (53,1%)
Kháng sinh Ceftriaxon+Metronidazol	7 (21,9%)	1 (3,1%)
Imipenem+Metronidazol	0	24 (75%)
Thời gian nằm viện (ngày)	4,86 (3 – 6)	9,71 (5 – 21)

Chúng tôi ghi nhận có 7 bệnh nhân (21,9%) được điều trị nội khoa không mổ, không có bệnh nhân nào chuyển sang phẫu thuật, trong đó có 2 bệnh nhân được phân độ 1a và 5 bệnh nhân được phân độ 1b theo WSES.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp phân độ 1a và 1 trường hợp phân độ 1b theo WSES và được phẫu thuật cắt đại tràng. Trường hợp đầu tiên là bệnh nhân nữ 75 tuổi,

nhập viện vì đau bụng hố chậu trái, được phân độ 1a theo WSES trên phim chụp cắt lớp vi tính, tuy nhiên khám có dấu hiệu viêm phúc mạc nên chỉ định mổ ngay, trong mổ ghi nhận dịch mủ khắp bụng và bệnh nhân được làm phẫu thuật Hartmann. Sau mổ 5 ngày tình trạng bệnh nhân ổn định và được xuất viện. Trường hợp thứ 2 là bệnh nhân nữ 65 tuổi, đã biết túi thừa đại tràng 2 bên trước đây, nhập viện vì đau hố chậu trái, sốt 40°C, thăm khám có dấu hiệu viêm phúc mạc, chụp cắt lớp vi tính có ổ áp xe cạnh đại tràng chậu hông kích thước 26 x 16mm. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại tràng chậu hông nối ngay, trong mổ ghi nhận dịch mủ khu trú ở hố chậu trái.

Bảng 4: Đặc điểm bệnh nhân được điều trị phẫu thuật do viêm túi thừa đại tràng biến chứng thủng.

Đặc điểm	N=25	%
Phẫu thuật: Mổ mở	20	80
Mổ nội soi	4	16
Nội soi chuyển mổ mở	1	4
Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật Hartmann	19	76
Cắt nối 1 thì	5	20
Khâu lỗ thủng	1	4
Biến chứng sau mổ: Nhiễm trùng vết mổ	6	24
Viêm phổi	4	16
Rò tiêu hóa	1	4
Tử vong	4	16
Viêm phổi hít	1	4
Nhiễm trùng nặng	3	12

4 BN cắt nối 1 thì không biến chứng xì miệng nối sau mổ, tuy nhiên 1 BN trong số này bị rò tiêu hoá sau mổ.

Nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp tử vong (16%). Nguyên nhân tử vong ghi nhận được là 1 trường hợp viêm phổi hít, 3 trường hợp tử vong do nhiễm trùng nặng gây suy đa cơ quan trong đó cả 3 bệnh nhân đều trên 75 tuổi.

BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc bệnh túi thừa của đại tràng rất thấp ở những người dưới 40 tuổi, và cao ở những người >65 tuổi, mặc dù hiện nay tỷ lệ mắc bệnh đang gia tăng ở những người trẻ tuổi⁽⁶⁾. Bolkenstein H (2019) nghiên cứu trên các đối

tượng viêm túi thừa đại tràng trái được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng hoặc điều trị nội khoa bảo tồn ghi nhận độ tuổi trung bình là 54 tuổi ở nhóm phẫu thuật và 56 tuổi ở nhóm điều trị bảo tồn⁽⁷⁾. Tại châu Á, Manabe N (2015) thực hiện nghiên cứu hồi cứu cắt ngang đa trung tâm tại Nhật Bản ghi nhận bệnh lý viêm túi thừa thường gặp ở đại tràng phải nhưng viêm túi thừa đại tràng trái có tần suất cao hơn đáng kể ở người lớn tuổi. Trong nghiên cứu cũng ghi nhận độ tuổi trung bình của những bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng trái có biến chứng là $64 \pm 15,3$ tuổi⁽⁸⁾. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự, độ tuổi trung bình của viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng là $63,59 \pm 1,94$ tuổi, trong đó nhỏ nhất là 42 tuổi.

Bệnh viêm túi thừa đại tràng trái thường gặp ở người lớn tuổi nên bệnh nhân có thể đồng mắc các bệnh lý nội khoa khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 75% bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kèm theo, trong đó có 43,7% bệnh nhân có trên 2 bệnh nội khoa. Tăng huyết áp, bệnh mạch vành và đái tháo đường là 3 bệnh lý nội khoa thường gặp nhất trong nghiên cứu. Nghiên cứu của Manabe N (2015) ghi nhận 68,9% bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng trái thủng có bệnh lý nội khoa kèm theo⁽⁸⁾. Nghiên cứu của tác giả Ritz J (2011) cũng ghi nhận bệnh đồng mắc là yếu tố nguy cơ thủng của viêm túi thừa đại tràng chậu hông⁽⁹⁾. Sirinthornpunya S (2016) kết luận số bệnh nội khoa kèm theo ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh viêm túi thừa đại tràng, 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⁽¹⁰⁾.

Viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng thường có lâm sàng sốt, đau bụng, vị trí thường nằm ở hố chậu trái hoặc khắp bụng. Bệnh tiến triển gây viêm phúc mạc, đau bụng nhiều khiến cho BN phải nhập viện, khám có đề kháng thành bụng. Sốt là yếu tố tiên lượng viêm túi thừa đại tràng trái có biến chứng thủng⁽⁸⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 34,4% bệnh nhân có triệu chứng sốt lúc nhập viện. Hơn

50% bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng trái có biến chứng thủng nhập viện muộn sau 3 ngày khởi phát bệnh nên dẫn đến viêm phúc mạc toàn thể, do đó BN nhập viện hầu hết đều trong tình trạng nặng, nguy cơ sốc nhiễm trùng cao.

Đa số bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng chậu hông biến chứng thủng trong nghiên cứu của chúng tôi có tăng số lượng bạch cầu và nồng độ CRP. Rottier S (2019) nghiên cứu 1087 bệnh nhân có viêm túi thừa đại tràng trái chưa biến chứng ghi nhận CRP trên 140 mg/L có nguy cơ tiến triển thành viêm túi thừa đại tràng có biến chứng⁽¹¹⁾. Tursi A (2020) đưa ra khuyến cáo những bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng trái có tăng số lượng bạch cầu, nồng độ CRP và sốt có nguy cơ cao là viêm túi thừa đã có biến chứng cần được nhập viện điều trị⁽⁶⁾.

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 sinh⁽¹⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân được điều trị không mổ đều có phân độ 1a hoặc 1b theo WSES và tất cả các trường hợp đều không phải can thiệp thủ thuật, phẫu thuật thêm. Kết quả này cho thấy những trường hợp bệnh nhân có viêm túi thừa đại tràng biến chứng thủng nhưng sang thương khu trú quanh đại tràng chưa lan rộng có thể điều trị an toàn bằng kháng sinh. Tuy nhiên cũng cần theo dõi sát bệnh nhân trong quá trình điều trị nếu diễn tiến lâm sàng không cải thiện hoặc xấu hơn cần cân nhắc các phương pháp can thiệp xâm lấn hơn như chọc dẫn lưu ổ áp xe hoặc phẫu thuật giải quyết thương tổn. Bolkenstein H (2019) so sánh giữa 2 nhóm phẫu thuật và điều trị bảo tồn trong viêm túi thừa đại tràng trái ghi nhận nhóm bệnh nhân được phẫu thuật có chất lượng cuộc sống tốt hơn, điểm đau VAS thấp hơn, trong đó có 46% bệnh nhân điều trị bảo tồn cần trải qua phẫu thuật do bệnh tiến triển⁽⁷⁾.

Lựa chọn điều trị nội khoa bảo tồn nên dựa vào dấu hiệu sinh tồn tại thời điểm khám bệnh, dấu hiệu viêm phúc mạc và các xét nghiệm sinh

hóa. Nếu bệnh nhân có dấu hiệu sinh tồn bình thường, khám bụng ghi nhận viêm phúc mạc khu trú thì khả năng điều trị bảo tồn thành công cho dù chụp cắt lớp vi tính có hơi tự do ổ bụng. Tuy nhiên nếu tình trạng viêm phúc mạc lan tỏa cần phẫu thuật khẩn cho dù phim chụp cắt lớp vi tính ghi nhận áp xe khu trú trong ổ bụng⁽¹²⁾. Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp đã chỉ định mổ ngay từ đầu mặc dù được phân loại theo WSES là 1a và 1b, như vậy tình trạng viêm phúc mạc ngay tại thời điểm khám là yếu tố quyết định chính điều trị bảo tồn hay cần phẫu thuật ngay.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng biến chứng thủng được phẫu thuật Hartmann. Zingg U (2010) hồi cứu 65 trường hợp phẫu thuật Hartmann và 46 trường hợp cắt nối thì đầu điều trị viêm túi thừa đại tràng thủng chưa ghi nhận ưu thế của phẫu thuật Hartmann với cắt nối thì đầu vì thế phẫu thuật Hartmann vẫn là lựa chọn an toàn đối với phẫu thuật cắt đại tràng cấp cứu điều trị viêm túi thừa đại tràng biến chứng thủng đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh lý nội khoa⁽¹³⁾.

Oberkofler C (2012) báo cáo nghiên cứu RCT đa trung tâm giữa 2 nhóm phẫu thuật Hartmann và phẫu thuật cắt đại tràng nối ngay kèm đưa hồi tràng ra da điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng. Kết quả ghi nhận tỷ lệ biến chứng chung tương đương nhau giữa 2 nhóm nhưng phẫu thuật cắt đại tràng nối ngay kèm đưa hồi tràng ra da có tỷ lệ đóng lỗ mở ruột cao hơn, thời gian mổ lần 2 ngắn hơn, thời gian nằm viện lần 2 ngắn hơn và chi phí điều trị thấp hơn⁽¹⁴⁾. Schmidt S (2018) thực hiện phân tích gộp từ 16 thử nghiệm (7 nghiên cứu RCT và 9 nghiên cứu không RCT) với 1223 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ giữa 2 nhóm phẫu thuật Hartmann và phẫu thuật nối ngay 1 thì có hay không mở hồi tràng ra da⁽¹⁵⁾. Khuyến cáo của Hội phẫu thuật Đại trực tràng

Hoa Kỳ về phẫu thuật trong viêm túi thừa đại tràng chậu hông cũng nêu "Sau khi cắt đại tràng, quyết định phục hồi lưu thông ruột phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân, những yếu tố đánh giá trong mổ và sở thích của phẫu thuật viên" và cũng nêu những yếu tố cân nhắc không nên cắt nối 1 thì như BMI >30 kg/m², suy giảm miễn dịch, phân độ Hinchey 3 hoặc 4 và chỉ số viêm phúc mạc Mannheim ≥ 10 ⁽¹⁶⁾. WSES khuyến cáo nên thực hiện phẫu thuật Hartmann ở những bệnh nhân có tình trạng bệnh nặng, có nhiều bệnh đồng mắc⁽¹⁾.

Hiện nay điều trị xâm lấn tối thiểu được nghiên cứu áp dụng rộng rãi trong điều trị những bệnh mổ chương trình cũng như cấp cứu. Khuyến cáo của WSES cũng nêu phẫu thuật nội soi cắt đại tràng có thể thực hiện được ở những bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng khi kỹ năng của phẫu thuật viên và điều kiện trang thiết bị cho phép⁽¹⁾. Chúng tôi có 4 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng, trong đó 3 trường hợp được cắt nối 1 thì, 1 trường hợp thực hiện phẫu thuật Hartmann, cả 4 BN đều có WSES từ 1a đến 2b. Kết quả của chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân đều diễn tiến sau mổ thuận lợi có 1 trường hợp rò tiêu hóa đã nêu ở trên. Báo cáo tổng quan hệ thống của Vennix S tổng hợp từ 4 nghiên cứu mô tả loạt ca, 1 nghiên cứu đoàn hệ đã đưa ra kết luận phẫu thuật nội soi cắt đại tràng điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng an toàn đối với những bệnh nhân phù hợp và kỹ năng phẫu thuật viên cho phép⁽¹⁷⁾.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật do viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng trong đó có 1 trường hợp viêm phổi hít, 3 trường hợp nhiễm trùng nặng dẫn đến suy đa cơ quan, các trường hợp này đều lớn tuổi, nhiều bệnh nền sẵn có. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới như 2,9% của tác giả Vennix S⁽¹⁷⁾, 3,26% của tác giả Sirinthornpunya S⁽¹⁰⁾, lý

giải cho điều này có lẽ do số lượng BN của chúng tôi còn ít, và BN đến trong giai đoạn viêm phúc mạc phân nên tỷ lệ tử vong cao hơn.

KẾT LUẬN

Viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng là bệnh lý thường gặp ở người lớn tuổi với lý do nhập viện đa số là đau bụng, sốt và biểu hiện viêm phúc mạc nặng. Chụp cắt lớp vi tính được sử dụng thường quy nhằm phân độ WSES và có hướng điều trị phù hợp. Tỷ lệ tử vong còn cao do BN lớn tuổi và thời gian vào viện trễ. Điều trị nội khoa không mổ thường áp dụng cho WSES 1a hoặc 1b, phẫu thuật Hartmann thường được sử dụng ở những BN nặng, phẫu thuật một thì có thể xem xét thực hiện khi WSES 1a đến 2b và tùy thuộc tình trạng bệnh nhân và kinh nghiệm phẫu thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sartelli M, Weber D, Kluger Y, et al (2020). 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg*, 15(1):32.
2. Law WL, Lo CY, Chu KW (2001). Emergency surgery for colonic diverticulitis: differences between right-sided and left-sided lesions. *Int J Colorectal Dis*, 16(5):280-284.
3. Lê Huy Lưu, Võ Thị Hồng Yến, Nguyễn Việt Thành, et al (2016). Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi thừa điều trị viêm túi thừa đại tràng phải. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 20:141 - 147.
4. Lý Minh Hùng, Nguyễn Văn Hải (2012). Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả phẫu thuật viêm túi thừa đại tràng. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 16(1):59-65.
5. Nguyễn Thanh Phong, Đỗ Bá Hùng (2016). Kết quả phẫu thuật điều trị thủng túi thừa đại tràng. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 20(2):283-290.
6. Tursi A, Scarpignato C, Strate L, et al (2020). Colonic diverticular disease. *Nat Rev Dis Primers*, 6(1):20.
7. Bolkenstein H, Consten E, van der Palen J, et al (2019). Long-term Outcome of Surgery Versus Conservative Management for Recurrent and Ongoing Complaints After an Episode of

- Diverticulitis: 5-year Follow-up Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial (DIRECT-Trial). *Ann Surg*, 269(4):612-620.
8. Manabe N, Haruma K, Nakajima A, et al (2015). Characteristics of Colonic Diverticulitis and Factors Associated with Complications: A Japanese Multicenter, Retrospective, Cross-Sectional Study. *Dis Colon Rectum*, 58(12):1174-1181.
9. Ritz J, Lehmann K, Frericks B, et al (2011). Outcome of patients with acute sigmoid diverticulitis: multivariate analysis of risk factors for free perforation. *Surgery*, 149(5):606-613.
10. Sirinthompunya S (2016). Characteristics and Treatment Outcomes of Colonic Diverticulitis in Hospitalized Patients in Thailand. *J Med Assoc Thai*, 99(2):136-146.
11. Rottier S, van Dijk S, Ünlü Ç, et al (2019). Complicated Disease Course in Initially Computed Tomography-Proven Uncomplicated Acute Diverticulitis. *Surg Infect (Larchmt)*, 20(6):453-459.
12. Tochigi T, Kosugi C, Shuto K, et al (2018). Management of complicated diverticulitis of the colon. *Ann Gastroenterol Surg*, 2(1):22-27.
13. Zingg U, Pasternak I, Dietrich M, et al (2010). Primary anastomosis vs Hartmann's procedure in patients undergoing emergency left colectomy for perforated diverticulitis. *Colorectal Dis*, 12(1):54-60.
14. Oberkofler C, Rickenbacher A, Raptis D, et al (2012). A multicenter randomized clinical trial of primary anastomosis or Hartmann's procedure for perforated left colonic diverticulitis with purulent or fecal peritonitis. *Ann Surg*, 256(5):819-26; discussion 826-7.
15. Schmidt S, Ismail T, Puhan MA, et al (2018). Meta-analysis of surgical strategies in perforated left colonic diverticulitis with generalized peritonitis. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 403(4):425-433.
16. Feingold D, Steele S, Lee S, et al (2014). Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum*, 57(3):284-294.
17. Vennix S, Boersema G, Buskens C, et al (2016). Emergency Laparoscopic Sigmoidectomy for Perforated Diverticulitis with Generalised Peritonitis: A Systematic Review. *Dig Surg*, 33(1):1-7.

Ngày nhận bài báo: 08/12/2021

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 10/02/2022

Ngày bài báo được đăng: 15/03/2022