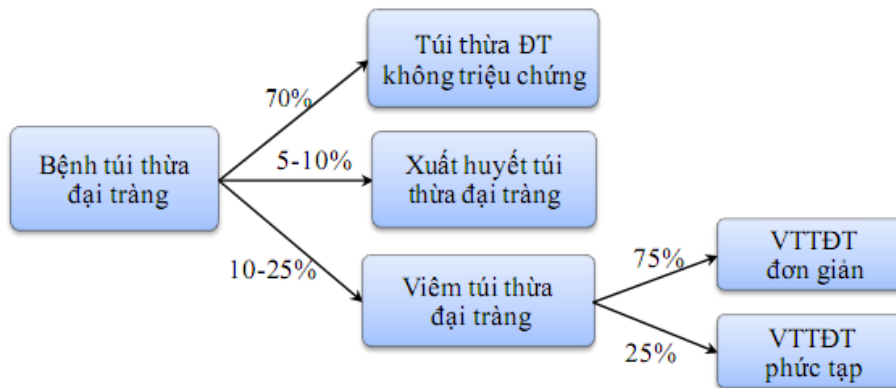


## BỆNH TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

### 1. Dịch tễ

Ở phương Tây, túi thừa ở ĐT xích ma và ĐT xuống chiếm 90%, trong đó túi thừa ĐT xích ma chiếm 65%. Hầu hết là túi thừa giả. Gia tăng theo tuổi (5% trong độ tuổi 30-39T , 60% ở độ tuổi >80)

Ở châu Á, túi thừa ở ĐT phải chiếm 76-83% và đa số là túi thừa đơn độc (69%). Tỷ lệ mắc bệnh không tăng theo tuổi, tuổi mắc bệnh trung bình thấp hơn



### Các thể bệnh của VTTĐT

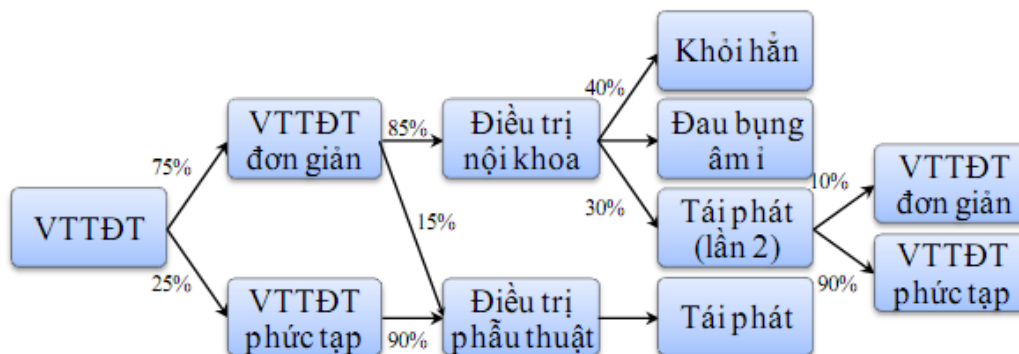
#### 2. Túi thừa đại tràng không triệu chứng

70% bệnh nhân có túi thừa đại tràng nhưng không biểu hiện bất kỳ triệu chứng nào trong suốt cuộc đời. 10-25% bệnh nhân có túi thừa đại tràng sẽ tiến triển thành VTTĐT, và 5-10% bệnh nhân còn lại có biến chứng chảy máu túi thừa đại tràng

#### 3. Viêm túi thừa đại tràng

VTTĐT gồm 2 thể lâm sàng là VTTĐT đơn giản (không biến chứng) và VTTĐT phức tạp (hay VTTĐT có biến chứng).

	VTTĐT lần 1:	VTTĐT lần 2:
Tỷ lệ tử vong	1,3 – 5%	5 – 10%
Tỷ lệ biến chứng	25%	50 – 60%



### Diễn biến của viêm túi thừa đại tràng

#### 4. Xuất huyết túi thừa đại tràng

Xuất huyết túi thừa đại tràng chiếm khoảng 5-10% bệnh nhân có túi thừa đại tràng. Xuất huyết túi thừa đại tràng chiếm tỉ lệ 40% trong các nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa dưới và được xem là một nguyên nhân chính gây xuất huyết tiêu hóa dưới. Tăng huyết áp, béo phì, thiếu máu cơ tim và sử dụng chất chống đông máu là yếu tố thuận lợi. Xuất huyết túi thừa thường xảy ra ở túi thừa đại tràng phải và 90% trường hợp sẽ tự cầm máu. Sau đó, 25-35% bệnh nhân sẽ có đợt xuất huyết tái phát. Chẩn đoán xác định xuất huyết túi thừa đại tràng cần vai trò của nội soi ĐT. Hầu hết các trường hợp không tự cầm máu đều có thể cầm máu thành công qua nội soi. Khoảng 38% trường hợp sẽ chảy máu lại sau khi cầm máu qua nội soi ĐT. Ngoài nội soi, các phương tiện cầm máu khác là can thiệp qua mạch máu và phẫu thuật. Nếu nội soi và can thiệp qua mạch máu không cầm máu thành công, hai phương tiện trên vẫn có vai trò quan trọng là xác định được vị trí chảy máu trước khi phẫu thuật. Phẫu thuật mù (không biết vị trí chảy máu) có thể dẫn đến cắt toàn bộ ĐT với tỉ lệ VPM là 57% và tử vong là 29%.

#### ❖ VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

##### a) Khám LS

- Cơ năng

Bảng 1.1 Tóm tắt các triệu chứng của VTTĐT [8]	
Triệu chứng	Tần suất (%)
Đau bụng 1/4 dưới trái	93 – 100
Bạch cầu tăng	69 – 83
Sốt	57 – 100
Buồn nôn	10 – 30
Nôn	15 – 25
Táo bón	10 – 30
Tiêu chảy	5 – 15
Tiêu gát	5 – 20
Tiêu lất nhất	6 – 25

- Thực thể

Đau vị trí 1/4 dưới trái của bụng với các mức độ khác nhau xảy ra ở 93%-100%. Bệnh nhân có thể đau bụng 1/4 dưới phải nếu túi thừa nằm ở ĐT phải hoặc ở ĐT xích ma nhưng nằm lần qua phải đường giữa. Những triệu chứng của VPM toàn thể xuất hiện nếu túi thừa viêm bị vỡ và không được khu trú.

**b) CLS**

- CTM:
  - Bạch cầu thường chỉ tăng nhẹ. 45% bệnh nhân có bạch cầu bình thường
  - Chụp đại tràng cản quang: Chụp ĐT cho ít thông tin và không giúp ích nhiều trong việc định hướng điều trị khi túi thừa đang viêm. Tuy nhiên, sau giai đoạn viêm cấp khoảng 4-6 tuần, chụp ĐT đối quang kép bằng barium có giá trị trong việc đánh giá vị trí và sự phân bố của túi thừa
- Chụp cắt lớp điện toán: CT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (97% và 100%), tỉ lệ dương giả thấp. Theo Hội các phẫu thuật viên đại trực tràng Hoa Kỳ, CT bụng chậu là phương tiện thích hợp nhất để khảo sát những trường hợp nghi ngờ VTTĐT
- Siêu âm: Siêu âm trong VTTĐT có độ nhạy là 77-85% và độ đặc hiệu là 80-99%. Với VTTĐT đơn giản, độ nhạy của siêu âm lên đến 96%. Nhìn chung, độ nhạy và đặc hiệu của siêu âm không bằng CT

**c) 3.Chụp cộng hưởng từ (MRI)**

Chụp MRI đại tràng cũng là một phương tiện hình ảnh tốt để đánh giá bệnh VTTĐT. Phương tiện này hữu dụng trong chẩn đoán VTTĐT phải và là một lựa chọn an toàn thay thế cho CT trong chẩn đoán và đánh giá VTTĐT ở bệnh nhân trẻ tuổi hoặc mang thai.

**d) 4.Phân độ**

Phân độ VTTĐT của hội PTNS Châu Âu		
Phân nhóm	Mô tả	Triệu chứng
I	VTTĐT không biến chứng (VTTĐT đơn giản)	Sốt, đau bụng âm ỉ, có bằng chứng viêm túi thừa trên CT
II	VTTĐT không biến chứng tái phát	Bệnh nhân thuộc nhóm I tái phát triệu chứng
II	VTTĐT có biến chứng (VTTĐT phức tạp)	Áp xe, mưng mủ, VPM, rò tiêu hóa, tắc ruột, chít hẹp lòng ruột

Phân độ Hinchey cải biên cho VTTĐT vỡ	
I	Áp xe nhỏ quanh đại tràng
IIa	Áp xe xa dễ dẫn lưu
IIb	Áp xe phức tạp có/không kèm rò
III	VPM toàn thể do mủ
IV	VPM toàn thể do phân

## 5. Điều trị bảo tồn

<p><b>Kháng sinh điều trị VTTĐT</b></p> <p><b>Kháng sinh đường uống (ngoại trú)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Metronidazole kết hợp + Fluoroquinolon hoặc + Trimethoprim-sulfamethoxazole</li> <li>➤ Amoxicillin-clavulanate</li> </ul> <p><b>Kháng sinh đường tĩnh mạch (nằm viện)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nhóm điều trị kết hợp + Metronidazole hoặc + Clindamycin</li> </ul> <p><b>Kết hợp với</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Aminoglycosid</li> <li>+ Fluoroquinolon</li> <li>+ Cephalosporin thế hệ ba</li> <li>➤ Cephalosprin thế hệ II</li> <li>➤ Betalactam + ức chế men betalactamase</li> </ul>
---

- Điều trị bảo tồn ở những bệnh nhân VTTĐT lần đầu tiên và không có biến chứng (phân nhóm I theo Hội phẫu thuật nội soi châu Âu) có tỉ lệ thành công từ 70-100%. Những bệnh nhân không có sốt cao, không nôn ói nhiều, không có dấu hiệu của VPM và có điều kiện theo dõi có thể điều trị ngoại trú.
- Việc theo dõi sát những bệnh nhân ngoại trú rất quan trọng, triệu chứng sẽ cải thiện trong 2 – 3 ngày. Bệnh nhân tiếp tục sử dụng kháng sinh trong 7-10 ngày. Trong trường hợp triệu chứng không cải thiện hoặc có những diễn biến xấu khác, bệnh nhân cần được nhập viện.

<p><b>Chỉ định nhập viện của VTTĐT</b></p> <p><b>Phân nhóm I (theo hội PTNS châu Âu) và:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Không cải thiện/có triệu chứng xấu khác khi điều trị ngoại trú</li> <li>+ Không thể uống, nôn ói nhiều</li> <li>+ Có kèm suy giảm miễn dịch</li> <li>+ Có triệu chứng nặng</li> </ul> <p><b>Phân nhóm II</b></p> <p><b>Phân nhóm III</b></p>
--

Chế độ điều trị nội khoa cho bệnh nhân có chỉ định nhập viện bao gồm cho ruột nghỉ ngơi (ngưng ăn đường miệng), nuôi ăn và sử dụng kháng sinh qua đường tĩnh mạch. Bệnh nhân có thể sử dụng thuốc giảm đau, kể cả thuốc ngủ, nhưng không sử dụng nhóm morphin vì có thể làm tăng co thắt cơ vòng và giảm nhu động ruột. Thông thường, bệnh sẽ cải thiện sau 24-48 giờ, biểu hiện bởi bệnh nhân giảm đau bụng, giảm sốt, ấn bụng ít đau và số lượng bạch cầu giảm. Khi đó, bệnh nhân được chuyển sang sử dụng kháng sinh đường uống tương đương và chế độ ăn bình thường được lập lại dần từ lỏng đến đặc.

Trong trường hợp triệu chứng vẫn tiếp tục không cải thiện hoặc có diễn tiến xấu hơn, chỉ định mổ được đặt ra. Chụp CT cũng cần được thực hiện khi bệnh nhân nhập viện.

Những bệnh nhân sau khi điều trị thành công cần kiểm tra và đánh giá lại toàn bộ ĐT bằng chụp ĐT với thuốc cản quang và nội soi ĐT để xác định lại chẩn đoán và loại trừ các bệnh khác như ung thư đại trực tràng, viêm đại tràng. Thời gian thích hợp là 6 tuần sau khi điều trị nội khoa để quá trình viêm được cơ thể thu xếp.

Khoảng 1/3 bệnh nhân sau khi điều trị nội khoa thành công sẽ có đợt viêm túi thừa tái phát, thường xuất hiện trong năm đầu tiên. Chế độ ăn giàu chất xơ giúp 70% bệnh nhân tránh được tái phát trong 5 năm. Các nghiên cứu ở Ý chỉ ra rằng sử dụng mesalazine hoặc rifaximin làm giảm triệu chứng và giảm tỉ lệ tái phát.

Tỉ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân lần đầu nhập viện vì VTTĐT là 15-30%, đa số là thuộc nhóm bệnh nhân VTTĐT có biến chứng. Với nhóm VTTĐT đơn giản, cần chú ý những bệnh nhân có tình trạng suy giảm miễn dịch, nhóm bệnh nhân này có tỉ lệ điều trị nội khoa thất bại và tỉ lệ có biến chứng cao hơn.

Đối với những bệnh nhân có đợt viêm túi thừa lần hai, việc điều trị nội khoa còn nhiều tranh cãi. Quan điểm cũ cho rằng cần can thiệp ngoại khoa ở những bệnh nhân có đợt viêm túi thừa lần hai, lí do đưa ra là tỉ lệ biến chứng tăng lên 60% và tỉ lệ tử vong tăng gấp đôi (so với VTTĐT lần đầu) ở nhóm bệnh nhân này. Hội các phẫu thuật viên đại trực tràng Hoa Kỳ hiện nay khuyến cáo việc đưa ra chỉ định mổ cần xét theo từng trường hợp cụ thể.

Khoảng 15% bệnh nhân VTTĐT có biến chứng áp xe. Chẩn đoán áp xe được nghĩ đến trên lâm sàng (trong trường hợp chưa chụp CT) khi bệnh nhân cải thiện triệu chứng chậm chạp với điều trị nội khoa hoặc sờ bụng thấy được một khối mềm, đau. Những bệnh nhân VTTĐT có biến chứng áp xe này cần được nhập viện và sử dụng kháng sinh tĩnh mạch. Phương pháp điều trị dựa vào kích thước và độ phức tạp của ổ áp xe. Hầu hết ổ áp xe nhỏ ( $\leq 2\text{cm}$ ) có thể giải quyết chỉ bằng điều trị nội khoa. Những ổ áp xe lớn hơn có chỉ định dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn của CT. Ổ nhiễm trùng được giải quyết sẽ giúp cải thiện nhanh các triệu chứng trong vòng 72 giờ và giúp bệnh nhân tránh được một cuộc mổ cấp cứu. Ở những bệnh nhân có chống chỉ

định mổ do các bệnh nặng đi kèm, dẫn lưu cũng có thể làm giảm bớt các triệu chứng và giúp chuẩn bị bệnh nhân tốt hơn cho một điều trị đầy đủ sau đó [1]. Nếu ống dẫn lưu (ODL) ra hơn 500ml dịch trong 24 giờ đầu, chẩn đoán rò tiêu hóa nên được nghĩ đến. Ống dẫn lưu được rút khi chỉ còn ít hơn 10ml dịch trong 24 giờ. Thời gian để đạt được mục tiêu như trên có thể mất 30 ngày. Chụp CT lại với thuốc bơm cản quang bơm qua ODL trước khi rút có thể giúp đánh giá kết quả điều trị và phát hiện đường thông nối với ống tiêu hóa. Vị trí dẫn lưu thường được lựa chọn là thành bụng trước. Với ổ áp xe nằm sâu vùng chậu, trong quá trình điều trị dẫn lưu, bệnh nhân có thể phải nằm sấp hoặc nghiêng để thoát mủ hoặc phải dẫn lưu qua ngã trực tràng hoặc âm đạo. Dẫn lưu chỉ được xem là 1 giai đoạn của quá trình điều trị. Giai đoạn kế tiếp được thực hiện 3-4 tuần sau khi dẫn lưu thành công, bệnh nhân được lên chương trình mổ với phương pháp cắt đoạn ĐT và nối một thì. Với phương pháp điều trị như trên, bệnh nhân được rất nhiều lợi ích:

- Không phải mổ cấp cứu
- Không phải mang HMNT
- Chỉ phải trải qua một cuộc mổ (thay vì hai cuộc) nên giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong.
- Giảm thời gian và chi phí điều trị.

Tỉ lệ thành công cho phương pháp dẫn lưu và mổ chương trình như trên là 74-80%. Khoảng 20-25% bệnh nhân có biến chứng áp xe phải điều trị phẫu thuật. Chỉ định phẫu thuật cho nhóm VTTĐT có biến chứng áp xe là áp xe nhiều ngăn hoặc nhiều ổ, không thể dẫn lưu, hoặc triệu chứng không cải thiện sau khi dẫn lưu. Phẫu thuật cắt đoạn ĐT và nối một thì cho nhóm bệnh nhân này được khuyến cáo, nhưng không phải lúc nào cũng thực hiện được.

### 6. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định mổ trong VTTĐT	
Chỉ định mổ cấp cứu	Chỉ định mổ chương trình
Viêm túi thừa không biến chứng <i>- Điều trị nội khoa thất bại</i>	Viêm túi thừa kèm: <i>- Suy giảm miễn dịch</i> <i>- Tái phát &gt;2 lần</i>
Viêm túi thừa có biến chứng <i>- VPM</i> <i>- Áp xe đa ổ, không thể hay dẫn lưu thất bại</i> <i>- Tắc ruột (điều trị bảo tồn thất bại)</i>	Viêm túi thừa có biến chứng <i>- Áp xe dẫn lưu thành công</i> <i>- Chít hẹp lòng ruột</i> <i>- Rò tiêu hóa</i> Không loại trừ được carcinoma

Tỉ lệ chung VTTĐT cần can thiệp phẫu thuật khoảng 10 - 20%. Chỉ định mổ đa số thuộc phân nhóm II và III theo hội PTNS châu Âu và thuộc phân độ III và IV theo Hinchey. Chỉ một tỉ lệ nhỏ VTTĐT đơn giản cần phẫu thuật là những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội (không cải thiện hoặc triệu chứng xấu hơn) sau 3 ngày điều trị.

Mục tiêu của phẫu thuật là giải quyết ổ nhiễm trùng (cắt túi thừa, cắt đoạn ĐT, dẫn lưu áp xe, rửa bụng ...), điều trị biến chứng liên quan như tắc ruột, rò tiêu hóa và phục hồi lưu thông của ruột với tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp nhất.

Phương pháp mổ có thể thực hiện một thì hoặc hai thì với các biến thể khác nhau tùy vào mổ cấp cứu hay chương trình và độ nặng của bệnh. Đối với phẫu thuật Hartmann, bệnh nhân cũng cần được cảnh báo khả năng đóng HMNT chỉ đạt 60%.

Với phẫu thuật cấp cứu, mổ mở với đường mổ giữa là một lựa chọn thích hợp. Đánh giá những tiêu chí như tình trạng nhiễm trùng ổ bụng, mức độ và vị trí tắc ruột, lượng phân còn lại trong lòng ĐT trong lúc mổ giúp xác định khả năng thực hiện miệng nối ngay trong mổ (nối thì 1).

Bệnh nhân mổ cấp cứu có phân độ Hinchey I và II vẫn có thể làm miệng nối ngay thì đầu nếu ổ áp xe có thể bóc được trọn vẹn cùng với đoạn ĐT tổn thương hoặc nếu ổ áp xe nằm cách xa vị trí làm miệng nối, được khu trú tốt và có thể dẫn lưu được mà không dây bản xung quanh. PTNS cấp cứu cũng có thể áp dụng cho bệnh nhân có phân độ Hinchey I, II.

Với bệnh nhân có VPM (phân độ III và IV), phẫu thuật Hartmann từng được xem là tiêu chuẩn vàng. Tuy nhiên, phẫu thuật Hartmann có nhiều khuyết điểm. Sau phẫu thuật Hartmann, cuộc mổ thì hai nối ĐT-trực tràng thực hiện rất khó khăn do hiện tượng viêm dính và khó tìm được mòm trực tràng. Do đó tỉ lệ biến chứng và tử vong sẽ cao hơn và hơn 30% bệnh nhân sẽ phải mang HMNT suốt đời.

Hiện nay kỹ thuật được các phẫu thuật viên khuyến khích thực hiện là: cắt đoạn ĐT và làm miệng nối thì đầu, đồng thời mở hồi tràng ra da để bảo vệ miệng nối. Một kỹ thuật kèm theo là rửa ruột trong mổ cho phép tỉ lệ nối lại ở thì đầu cao hơn. Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi phải chọn lựa bệnh nhân và phẫu thuật Hartmann vẫn được xem là lựa chọn tốt cho những trường hợp khoang bụng bị nhiễm bẩn nặng. Bằng chứng khuyến cáo cho việc thực hiện miệng nối thì đầu ở bệnh nhân có phân độ III, IV vẫn chưa cao do thiếu nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng.

Đối với mổ chương trình, cắt đoạn ĐT và nối ngay thì đầu đa số có thể thực hiện vì tình trạng viêm nhiễm được khu trú và thu xếp tốt. Chống chỉ định tương đối của làm miệng nối thì đầu là bệnh nhân dinh dưỡng kém, tưới máu không tốt và bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Ở những bệnh nhân này nếu làm miệng nối thì đầu nên mở hồi tràng ra da.

Xu hướng của thế giới hiện nay là PTNS. PTNS cũng có vai trò trong VTTĐT. Ưu điểm không tranh cãi của PTNS so với mổ mở là ít đau, giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, thời gian phục hồi nhanh hơn. Tỉ lệ tái phát, biến chứng và tử vong ngang bằng hoặc thấp hơn. PTNS cấp cứu phù hợp với phân độ Hinchey I và II. Trong mổ chương trình, PTNS có chỉ định rộng rãi hơn.

Biến chứng tắc ruột do VTTĐT có thể gây tình trạng trầm trọng và có thể cần phải phẫu thuật cấp cứu. Vị trí tắc ruột có thể là ở ruột non do viêm dính hoặc ở đại tràng do chít hẹp lòng. Tuy nhiên, đa số trường hợp là tắc ruột không hoàn toàn, có thể điều trị nội khoa ổn định và mổ chương trình sau đó. Trong tắc ĐT, đường kính manh tràng lớn hơn 10cm và có đề kháng ở 1/4 dưới phải của bụng là chỉ định mổ cấp cứu vì bệnh nhân có khả năng bị hoại tử và thủng manh tràng. Những trường hợp chít hẹp lòng ĐT sau khi điều trị nội khoa cần được nội soi hoặc chụp ĐT cản quang để loại trừ các bệnh tăng sinh như ung thư, polyp....

Biến chứng VPM do vỡ túi thừa viêm là một chỉ định mổ cấp cứu. Biến chứng này ít xảy ra nhưng lại có tỉ lệ tử vong rất cao: khoảng 6% cho phân độ III và 35% cho phân độ IV. Biến chứng thường xảy ra ở bệnh nhân bệnh nặng hoặc suy giảm miễn dịch. Phẫu thuật hai thì là lựa chọn hợp lý nếu tình trạng VPM nặng hoặc tổng trạng kém. Những bệnh nhân có tình trạng nhiễm bẩn ít vẫn có thể rửa bụng và nối thì một. PTNS không nên thực hiện vì khả năng thám sát không linh hoạt và khả năng rửa sạch ổ bụng hạn chế.

Biến chứng rò tiêu hóa thường được giải quyết bằng can thiệp phẫu thuật chương trình. Rò ĐT-bàng quang thường gặp nhất với tỉ lệ 65% và kế đến là rò ĐT-âm đạo với tỉ lệ 25%. Rò ĐT-bàng quang thường gặp ở nam hơn nữ vì ở nữ có tử cung nằm giữa ĐT và bàng quang. Đa số bệnh nhân VTTĐT có biến chứng rò tiêu hóa được mổ chương trình và làm miệng nối ở thì đầu. Chỉ rất ít bệnh nhân có tình trạng viêm nặng cần phẫu thuật hai thì. PTNS hoặc mổ mở đều có cách tiếp cận giống nhau. Đối với rò ĐT- bàng quang, sau khi xử lý xong tổn thương túi thừa, tiến hành cắt đường rò, khâu bàng quang và đặt sonde tiểu lưu để bàng quang nghỉ ngơi trong khoảng 7-10 ngày.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Lý Minh Tùng (2011), “Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả phẫu thuật viêm túi thừa đại tràng”, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Tp HCM.
2. The American Journal of Gastroenterology practice guidelines: diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults 1999.
3. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Diverticular Disease 2007.