

DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2767

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG CẤP CHƯA CÓ BIẾN CHỨNG TẠI CẦN THƠ NĂM 2022 – 2024**

Nguyễn Thành Phúc\*, Võ Huỳnh Trang

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: 21310410145@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24/5/2024

Ngày phản biện: 19/6/2024

Ngày duyệt đăng: 02/8/2024

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Điều trị viêm túi thừa đại tràng vẫn còn nhiều tranh cãi, từ điều trị bảo tồn bằng kháng sinh phối hợp cùng với tiết chế ăn uống, đến phẫu thuật cắt đại tràng có túi thừa. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị bảo tồn không mổ đối với bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng cấp chưa có biến chứng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn viêm túi thừa đại tràng cấp chưa có biến chứng tại Cần Thơ năm 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không đối chứng, tiến cứu. 60 bệnh nhân với chẩn đoán là viêm túi thừa đại tràng cấp chưa có biến chứng được điều trị bằng kháng sinh phối hợp và tiết chế ăn uống tại các Bệnh viện ở Cần Thơ từ tháng 9/2022 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 48 tuổi (thay đổi từ 18-87 tuổi), nam chiếm 55%. Tất cả bệnh nhân vào viện vì đau bụng. Thời gian đau trung bình là 2,38 ngày (1-15 ngày). Vị trí túi thừa viêm trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính chủ yếu ở manh tràng (58,3%). Túi thừa viêm mức độ Ia chiếm ưu thế (56,7%). 60 bệnh nhân được điều trị bảo tồn thành công (100%). Không có trường hợp nào phải chuyển mổ. Không có biến chứng và tử vong. Thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày (3-14 ngày). Thời gian theo dõi trung bình là 9 tháng trong đó có 1 trường hợp bệnh nhân tái phát (1,67%). **Kết luận:** Điều trị bảo tồn với kháng sinh và tiết chế ăn uống là một lựa chọn an toàn và hiệu quả cho những bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng cấp chưa có biến chứng.

**Từ khóa:** Viêm túi thừa đại tràng, điều trị bảo tồn, kháng sinh.

**ABSTRACT**

**RESULT OF CONSERVATIVE MANAGMENT FOR ACUTE UNCOMPLICATED COLONIC DIVERTICULITIS IN CAN THO IN 2022 - 2024**

Nguyen Thanh Phuc\*, Vo Huynh Trang

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** The treatment of diverticulitis remains a topic of debate, ranging from conservative management with antibiotics and dietary restrictions to surgical resection of the affected colon segment. Our study aimed to evaluate the effectiveness of non-surgical conservative treatment in patients with acute uncomplicated diverticulitis. **Objectives:** To assess the outcomes of non-surgical conservative treatment for acute uncomplicated diverticulitis in patients treated at hospitals in Can Tho, Vietnam, from 2022 to 2024. **Materials and methods:** We conducted a prospective clinical intervention study without a control group. 60 patients diagnosed with acute uncomplicated diverticulitis were treated with a combination of antibiotics and dietary modifications at hospitals in Can Tho from September 2022 to April 2024. **Results:** The average age of patients was 48 years (ranging from 18 to 87 years), with males comprising 55%. All patients presented with abdominal pain. The average duration of pain was 2.38 days (ranging from 1 to 15 days). The location of inflamed

*diverticula in the image from the computed tomography scan primarily involved the cecum (58.3%). The Ia degree of diverticulitis was predominant (56.7%). Successful conservative treatment was achieved in all 60 patients (100%). No cases required surgical intervention. There were no complications or mortality. The average hospital stay was 5 days (ranging from 3 to 14 days). The average follow-up duration was 9 months, with one patient experiencing disease recurrence (1.67%).*  
**Conclusions:** *Conservative treatment with antibiotics and dietary modifications is a safe and effective option for patients with acute uncomplicated diverticulitis.*

**Keywords:** *Diverticulitis, conservative treatment, antibiotics.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi thừa là một trong những rối loạn tiêu hóa phổ biến, góp phần vào tỷ lệ bệnh tật và chi phí chăm sóc y tế. Dựa trên nghiên cứu, nguy cơ suốt đời của viêm túi thừa ở người mắc bệnh túi thừa được báo cáo từ 10% đến 25% [1]. Bệnh túi thừa đại tràng thường phổ biến ở các nước phương Tây và tăng theo độ tuổi. Hơn 50% cá nhân trên 60 tuổi bị bệnh túi thừa và tỷ lệ mắc bệnh tăng lên 70% sau 80 tuổi. Mặc dù bệnh túi thừa phổ biến trong dân số, chỉ 4% cá nhân sẽ phát triển bệnh viêm túi thừa trong suốt cuộc đời của họ [2]. Ở các nước phương Tây, túi thừa thường gặp nhất ở đại tràng chậu hông với tỷ lệ 65%. Tuy nhiên, ở nhóm dân cư châu Á, túi thừa đại tràng phải thường gặp hơn. Sự khác biệt này có thể liên quan đến hàm lượng chất xơ trong bữa ăn hàng ngày, mặc dù một số nghiên cứu dịch tễ học đã bác bỏ thông tin này. Các yếu tố môi trường đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển của bệnh túi thừa, song các nghiên cứu trên các cặp song sinh đã nhận thấy có một sự ảnh hưởng không nhỏ từ di truyền qua gen [3]. Nhiều yếu tố nguy cơ của môi trường đã được công nhận là có liên quan đến sự phát triển của bệnh túi thừa, tuy nhiên còn nhiều tranh cãi. Một số thực phẩm như thịt đỏ, đặc biệt là thịt bò và thịt cừu, cũng có liên quan đến việc tăng nguy cơ nhập viện do viêm túi thừa. Béo phì, hút thuốc lá và nghiện rượu cũng có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh túi thừa cao hơn ở những bệnh nhân có tiền sử này [4]. Một số thuốc như NSAID, aminosalicylates (ASA) và acetaminophen dường như làm tăng nguy cơ phát triển bệnh viêm túi thừa có biến chứng [5]. Tại Việt Nam, sau thời kỳ dài quan niệm túi thừa chỉ là bệnh của người phương Tây, hiện nay các nhà lâm sàng và hình ảnh học đã bắt đầu quen với chẩn đoán bệnh lý này [6]. Các đặc điểm của bệnh túi thừa ở người Việt bước đầu cũng cho thấy tương đồng với các nước châu Á khác. Tuy nhiên, còn nhiều khó khăn trong chẩn đoán và xử trí bệnh túi thừa đại tràng chưa biến chứng. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bảo tồn viêm túi thừa đại tràng cấp chưa có biến chứng tại Cần Thơ từ năm 2022 đến 2024 được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn không mổ trong bệnh lý này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng cấp và được điều trị tại các Bệnh viện ở Cần Thơ từ 07/2022 đến 04/2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm túi thừa đại tràng cấp dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính bụng – tiểu khung thường quy có tiêm thuốc cản quang [7], chưa có biến chứng (độ 0 và độ Ia theo phân loại Hinchey cải biên [8]). Bệnh nhân có chỉ định nhập viện và đồng ý điều trị theo phương pháp bảo tồn không mổ. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính kèm theo như: suy thận, suy gan, tim mạch nặng, bệnh nội khoa đang điều trị bằng liệu pháp miễn dịch. Bệnh nhân có bệnh ác tính, suy giảm miễn dịch (AIDS), ghép tạng. Bệnh nhân có chống chỉ định sử dụng kháng sinh hoặc bệnh nhân đang sử dụng kháng sinh để điều trị một bệnh khác. Bệnh nhân chậm phát triển tâm thần, không đủ khả năng nhận thức, không thể theo dõi. Các trường hợp cắt đại tràng do nguyên nhân khác không vì nguyên nhân túi thừa trong quá trình theo dõi không được đưa vào tính tỉ lệ tái phát.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không đối chứng, tiền cứu.
- **Cỡ mẫu:**

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

$n$ : cỡ mẫu tối thiểu.

$\alpha$ : mức ý nghĩa thống kê.

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ : giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê. Chọn  $\alpha = 0,05$  thì  $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ .

$p$ : tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công. Dựa trên nghiên cứu của Lê Huy Lưu và cộng sự [9], chọn  $p = 0,92$ .

$d$ : sai số cho phép. Chọn  $d = 0,07$ .

Thay vào công thức trên, tính ra được  $n = 58$ .

Như vậy, cần đưa vào nghiên cứu tối thiểu 58 bệnh nhân thỏa đầy đủ tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu liên tục, không xác suất.
- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, thang điểm đánh giá đau thực thể (VAS), hình ảnh học cắt lớp vi tính. Kết quả điều trị bảo tồn bao gồm kết quả sớm và theo dõi sau điều trị.
- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phiếu thu thập thông tin soạn sẵn.
- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS phiên bản 20.0.
- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh Trường Đại học Y Dược Cần Thơ với số phiếu chấp thuận y đức: 22.089.HV/PCT-HĐĐĐ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 60 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 48 tuổi (từ 18 đến 87 tuổi), nam chiếm ưu thế so với nữ (nam 55%). Về nơi sinh sống, bệnh nhân sống ở thành thị là chủ yếu, chiếm 70%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Thời gian đau tới lúc nhập viện trung bình là 2,38 ngày (1-15 ngày), trong đó có 48,3% bệnh nhân tới khám khi đau 1 ngày và 41,7% bệnh nhân tới khám khi đau 2-3 ngày.

Bảng 1. Vị trí đau

Vị trí đau	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Hố chậu phải	42	70
Hông phải	6	10
Hông trái	5	8,3
Hố chậu trái	2	3,3
Hạ vị	5	8,3
Tổng	60	100

Nhận xét: Về vị trí đau thì chủ yếu ở hố chậu phải, chiếm 70%. Có 75% bệnh nhân có vị trí đau không thay đổi từ lúc khởi phát.

Bảng 2. Cường độ đau

Cường độ đau	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Ít (VAS = 0-3 điểm)	18	30
Vừa (VAS = 4-7 điểm)	25	41,7
Nhiều (VAS = 8-10 điểm)	17	28,3
Tổng	60	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có cường độ đau vừa (41,7%). Hầu hết là cơn đau đầu tiên của bệnh nhân (96,7%).

Bảng 3. Kết luận của siêu âm

Kết luận của siêu âm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chưa ghi nhận hình ảnh bất thường	3	5
Hình ảnh viêm túi thừa đại tràng	37	61,7
Hình ảnh viêm ruột thừa	4	6,7
Nguyên nhân khác	16	26,7
Tổng	60	100

Nhận xét: Siêu âm có độ chẩn đoán chính xác tương đối tốt, khoảng 61,7% trường hợp kết luận được là hình ảnh viêm túi thừa đại tràng. Các bệnh lý bị chẩn đoán lầm có thể kể đến như viêm ruột thừa (6,7%) hay các nguyên nhân khác (26,7%).

Bảng 4. Đặc điểm và số lượng túi thừa trên MSCT (Multi-Slice Computerized Tomography)

Đặc điểm túi thừa		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Số lượng túi thừa	1	36	60
	2	1	1,7
	Nhiều (>2)	23	38,3
Vị trí túi thừa viêm	Manh tràng	35	58,3
	Đại tràng lên	13	21,7
	Đại tràng xuống	2	3,3
	Đại tràng sigma	10	16,7
Mức độ viêm	0	26	43,3
	Ia	34	56,7
Sỏi phân	Có	8	13,3
	Không	52	86,7
Khí cạnh túi thừa	Có	2	3,3
	Không	58	96,7
Tình trạng đại tràng	Chỉ viêm túi thừa	14	23,3
	Dày quanh túi thừa	20	33,3
	Dày hết chu vi đại tràng	26	43,4

Nhận xét: Vị trí túi thừa viêm chủ yếu ở manh tràng (58,3%). Đa số là túi thừa đơn độc (60%). Túi thừa viêm mức độ Ia chiếm ưu thế hơn với 56,7%. Có 8 trường hợp có hình ảnh sỏi phân trong túi thừa và 2 trường hợp có khí cạnh túi thừa trên MSCT.

### 3.3. Kết quả điều trị

Tất cả 60 trường hợp đều đáp ứng điều trị nội khoa. Thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày (3-14 ngày). Có sự khác biệt về thời gian nằm viện của 2 nhóm bệnh nhân có mức độ viêm túi thừa là 0 và Ia.

Bảng 5. Số ngày nằm viện

Mức độ viêm	Số bệnh nhân	Số ngày nằm viện trung bình	Tỷ lệ (%)
0	26	4,08 ± 0,89	43,3
Ia	34	5,12 ± 1,80	56,7
Tổng	60	4,67 ± 1,56	100

Nhận xét: Số ngày nằm viện của 2 nhóm bệnh nhân khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Trong đó, thời gian nằm viện của nhóm bệnh nhân viêm túi thừa mức độ 0, được cho thấy là ngắn hơn khoảng 1 ngày so với nhóm bệnh nhân viêm túi thừa mức độ Ia.

Theo dõi sau 1 tháng, không có trường hợp nào tái phát. Sau 1-6 tháng, có 1 trường hợp bệnh nhân tái phát 1 lần (1,67%), vị trí tái phát là ở túi thừa manh tràng (vị trí cũ). Điều trị nội thành công cho trường hợp tái phát này. Thời gian theo dõi trung bình là 9 tháng, người ít nhất chỉ theo dõi được 1 tháng, dài nhất là 12 tháng.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được tuổi trung bình của bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu là 48 tuổi (từ 18 đến 87 tuổi), nam giới chiếm 55%. Tác giả Jun Ho Lee và cộng sự cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng cấp chưa có biến chứng là khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi (khoảng 45 tuổi) với tỷ lệ nam giới là 59,1% [10]. Điều đó cho thấy tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo tuổi và thường gặp nhất ở lứa tuổi trung niên, với nam giới chiếm ưu thế hơn nữ giới. Về nơi sinh sống, bệnh nhân sống ở thành thị là chủ yếu, chiếm 70%.

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng có thời gian đau bụng kéo dài hơn nếu so sánh với viêm ruột thừa [11]. Chúng tôi rút ra được thời gian đau trung bình từ lúc khởi phát tới lúc nhập viện là 2,38 ngày (1-15 ngày), trong đó có 48,3% bệnh nhân tới khám khi đau 1 ngày và 41,7% bệnh nhân tới khám khi đau 2-3 ngày. Đa số bệnh nhân có cường độ đau vừa (41,7%). Hầu hết là cơn đau đầu tiên của bệnh nhân (96,7%). Chỉ có 3,3% bệnh nhân cho biết trước đó có đau tương tự nhưng không được chẩn đoán. Có thể giải thích điều này là vì khởi phát đau bụng do viêm túi thừa thường là đau nhẹ nên không thúc giục bệnh nhân đi khám. Vị trí đau ở hố chậu phải chiếm đa số với 70% bệnh nhân, kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Huy Lưu [12], điều này cho thấy bệnh túi thừa đại tràng phải khá phổ biến ở dân số người châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng.

Siêu âm bụng được sử dụng rất phổ biến và hầu như thường quy trong nghiên cứu của chúng tôi, đặc biệt cho các bệnh nhân đau bụng vào cấp cứu. Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện siêu âm bụng, kết quả chẩn đoán đúng hình ảnh viêm túi thừa đại tràng vào khoảng 61,7%, khá tương đồng với tác giả Lê Huy Lưu là 65,4% [12]. Ở đây thể hiện kinh nghiệm

của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, đôi khi họ mô tả hình ảnh đúng như chỉ dừng ở mức đó chứ không kết luận được chẩn đoán hoặc đưa ra chẩn đoán sai vì chưa có khái niệm về bệnh này.

CT scan bụng có cản quang là phương tiện chẩn đoán túi thừa đại tràng với độ nhạy cao, đặc biệt phù hợp trong tình huống cấp cứu khi mà các phương tiện tin cậy khác như nội soi đại tràng không an toàn khi thực hiện. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vị trí túi thừa viêm chủ yếu ở manh tràng (58,3%). Trước đây khi nói tới túi thừa đại tràng phải, người ta thường quen với thuật ngữ túi thừa manh tràng. Thực tế, túi thừa đại tràng phải không chỉ có ở manh tràng mà còn có ở các vị trí khác, chẳng hạn như ở đại tràng lên (chiếm 21,7%). Nhìn chung, viêm túi thừa đại tràng phải (khoảng 80%) vẫn khá phổ biến so với đại tràng trái nếu xem xét trên dân số người Việt Nam theo nghiên cứu của chúng tôi. Về số lượng túi thừa, đa số là túi thừa đơn độc (chiếm 60%). Trước đây người ta cho rằng, túi thừa viêm là do sự tắc nghẽn giống như cơ chế của viêm ruột thừa. Suy luận này tỏ ra hợp lý vì phần lớn túi thừa là do thoát vị của niêm mạc qua lớp cơ nên phần cổ túi thừa sẽ bị hẹp lại khi qua lớp cơ của thành ruột, tạo điều kiện cho phân tích tụ trong túi thừa tạo ra sỏi phân. Sỏi phân hình thành dễ kẹt trong túi thừa vì túi thừa không có lớp cơ để co bóp tống xuất nó qua phần cổ hẹp [13]. Tuy nhiên, thực tế cho thấy mặc dù có những trường hợp viêm túi thừa có sỏi phân nhưng đa phần là không có, nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ có 8 trường hợp có hình ảnh sỏi phân trên MSCT (13,3%). Do đó cơ chế viêm túi thừa không hoàn toàn là do tắc nghẽn. Và hiện nay người ta đã lý giải được viêm túi thừa là do sự gia tăng áp lực trong lòng đại tràng kèm với sự va chạm thường xuyên của các mảnh thực phẩm cứng làm xói mòn thành túi thừa, tiếp đó dẫn tới viêm và hoại tử khu trú, cuối cùng là thủng túi thừa.

### 4.3. Kết quả điều trị

Về vấn đề nằm viện, ngoài việc để nhân viên y tế theo dõi chặt chẽ còn nhằm mục đích hỗ trợ dinh dưỡng khi phải tiết chế ăn uống và sử dụng kháng sinh tĩnh mạch. Khi có thể ăn uống trở lại và chuyển sang kháng sinh uống mà diễn tiến tốt dần thì có thể cho chuyển sang chế độ điều trị ngoại trú. Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là  $4,67 \pm 1,56$  ngày (3-14 ngày). Tuy nhiên, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian nằm viện giữa 2 nhóm có mức độ viêm túi thừa trên MSCT khác nhau là 0 và Ia. Trong đó, nhóm bệnh nhân viêm túi thừa mức độ 0 có thời gian nằm viện trung bình ( $4,08 \pm 0,89$ ) ngắn hơn khoảng 1 ngày so với nhóm bệnh nhân viêm túi thừa mức độ Ia ( $5,12 \pm 1,80$ ). Sự khác biệt này có thể giải thích dựa vào mức độ nặng của bệnh, cũng như nói lên sự chính xác trong chẩn đoán của MSCT có cản quang.

Tất cả bệnh nhân đều đáp ứng điều trị bảo tồn. Sau thời gian theo dõi trung bình 9 tháng, có 1 bệnh nhân tái phát 1 lần (1,67%). Nghiên cứu của Lê Huy Lưu trên 62 bệnh nhân theo dõi sau một năm, cho ra tỷ lệ tái phát là 4,8% [14]. Có thể thấy tỷ lệ tái phát là khá thấp trong bệnh lý này. Các trường hợp tái phát tiếp tục được điều trị nội thành công. Một số tác giả cho rằng diễn tiến tự nhiên của viêm túi thừa đại tràng, nhất là túi thừa đại tràng phải, thường nhẹ và tự giới hạn, có thể tránh được phẫu thuật trong phần lớn bệnh nhân. Do đó, họ kết luận điều trị bảo tồn có thể thích hợp cho viêm túi thừa đại tràng chưa biến chứng, cả đợt viêm đầu lần khi tái phát. Một nguy cơ không thể bỏ qua đó là chúng ta có thể nhận định nhầm giữa một khối u với một tình trạng viêm túi thừa, vì vậy nếu quyết định điều trị bảo tồn thì chúng ta phải loại trừ được hoàn toàn ung thư đại tràng. Việc này có thể thực hiện sau đợt điều trị bằng các phương tiện chẩn đoán tin cậy như chụp đại tràng, hoặc nội soi đại tràng. Nhìn chung, điều trị nội khoa bảo tồn nên là điều trị khởi đầu cho bệnh nhân qua giai đoạn

cấp tính, sau đó cần phải khảo sát lại kỹ tình trạng bệnh nhân cũng như tình trạng bệnh túi thừa đại tràng để có kế hoạch xử trí tiếp theo được tối ưu nhất.

## V. KẾT LUẬN

Trong phạm vi nghiên cứu của chúng tôi, có thể kết luận rằng CT scan bụng với thuốc cản quang là phương tiện chẩn đoán hình ảnh tốt nhất để chẩn đoán bệnh viêm túi thừa và đánh giá tình trạng bệnh trong tình huống cấp tính. Kết quả nghiên cứu cho thấy điều trị bảo tồn kết hợp với tiết chế ăn uống là phương pháp có tỷ lệ thành công rất cao và tỷ lệ tái phát ở mức chấp nhận được. Vì vậy, phương pháp này nên là lựa chọn đầu tiên cho những bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng cấp chưa có biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hughes L. E. Postmortem survey of diverticular disease of the colon. II. The muscular abnormality of the sigmoid colon. *Gut*. 1969. 10(5), 344-351, doi: 10.1136/gut.10.5.344.
2. Shahedi K., Fuller G., Bolus R., Cohen E., Vu M., et al. Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis found during colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013. 11(12), 1609-1613, doi: 10.1016/j.cgh.2013.06.020.
3. Rezapour M., Ali S., and Stollman N. Diverticular Disease: An Update on Pathogenesis and Management. *Gut Liver*. 2018. 12(2), 125-132, doi: 10.5009/gnl16552.
4. Manousos O., Day N. E., Tzonou A., Papadimitriou C., Kapetanakis A., et al. Diet and other factors in the aetiology of diverticulosis: an epidemiological study in Greece. *Gut*. 1985. 26(6), 544-549, doi: 10.1136/gut.26.6.544.
5. Humes D. J., Fleming K. M., Spiller R. C., and West J. Concurrent drug use and the risk of perforated colonic diverticular disease: a population-based case-control study. *Gut*. 2011. 60(2), 219-224, doi: 10.1136/gut.2010.217281.
6. Lê Huy Lưu, Đỗ Thị Thu Phương, Nguyễn Việt Thành và Nguyễn Đức Trí. Khảo sát các biến chứng của bệnh túi thừa đại tràng. *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 2015. 19(1), 6.
7. Swanson S. M., and Strate L. L. Acute Colonic Diverticulitis. *Ann Intern Med*. 2018. 168(9), ITC65-ITC80, doi: 10.7326/AITC201805010.
8. Klarenbeek B. R., de Korte N., van der Peet D. L., and Cuesta M. A. Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. *Int J Colorectal Dis*. 2012. 27(2), 207-214, doi: 10.1007/s00384-011-1314-5.
9. Lê Huy Lưu, Võ Thị Hồng Yến, Đỗ Thị Thu Phương, Bùi Khắc Vũ, Nguyễn Việt Thành và cộng sự. Hướng tới một phác đồ xử trí viêm túi thừa đại tràng phải. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2017. 21(2), 91-98.
10. Lee J. H., Ahn B. K., and Lee K. H. Conservative treatment of uncomplicated right-sided diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Colorectal Disease*. 2021. 36(8), 1791-1799, doi: 10.1007/s00384-021-03913-x.
11. Shin J. H., Son B. H., and Kim H. Clinically Distinguishing between Appendicitis and Right-Sided Colonic Diverticulitis at Initial Presentation. *Yonsei Medical Journal*. 2007. 48(3), 511-516, doi: 10.3349/yjm.2007.48.3.511.
12. Lê Huy Lưu. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của cắt túi thừa nội soi và điều trị bảo tồn trong viêm túi thừa đại tràng phải. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2019. 128.
13. Wedel T., Barrenschee M., Lange C., Cossais F., and Bottner M. Morphologic Basis for Developing Diverticular Disease, Diverticulitis, and Diverticular Bleeding. *Viszeralmedizin*. 2015. 31(2), 76-82, doi: 10.1159/000381431.
14. Lê Huy Lưu, Võ Thị Hồng Yến, Nguyễn Việt Thành, Đỗ Thị Thu Phương và Nguyễn Văn Hải. Kết quả điều trị bảo tồn viêm túi thừa đại tràng phải. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2016. 20(6), 135-140.