

ỨNG DỤNG PHÂN LOẠI WSES 2020 TRONG ĐÁNH GIÁ BIẾN CHỨNG VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

Clinical Application of Wses 2020 for the Evaluation of Acute Colonic Diverticulitis

Lương Thị Kim Thùy, Lê Trọng Bình***

SUMMARY

Purpose: To describe the computed tomography (CT) findings of acute colonic diverticulitis (ACD), and to evaluate its complications by using the World Society of Emergency Surgery (WSES) 2020 guideline.

Methods: Data of 70 patients with ACD treated at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital from 1/2022 to 8/2023 were analyzed. Diagnosis of CD was mainly based on CT while endoscopy and/or surgery were required if CT findings were inconclusive. Clinical manifestations, blood tests, CT findings and treatment methods were documented. Multivariate logistic regression model was run to ascertain predictors of complications of ACD.

Results: The median age was 44 (range, 35-55.3) years old, male/female ratio was 2.68, 80% of ACD was right-sided, and 94.3% of patients had diverticulosis. On CT, 100% of ACD showed fat stranding, 85.7% colon wall thickening (in which 90% was circumferential thickening), 24.3% pericolic air bubbles, 31.4% pericolic fluid. Abscess formation was seen in 11.4%, abdominal free air in 5.7%, diffuse abdominal fluid in 8.6%, and fistula in 2.9% of cases. According to WSES 2020, the incidence of uncomplicated (stage 0) ACD was 52.9%; and complicated ACD stages 1A, 1B, 2A, 2B, 3, and 4 were 27.1%, 4.3%, 7.1%, 0%, 2.9%, and 5.7%, respectively. Factors related to complications of ACD were smoking, digestive disorders, rebound tenderness, leukocytosis, elevated NEU, CRP and CT findings including loss of diverticular wall continuity, and length of colon wall thickening. Multivariable regression analysis showed that CRP was an independent predictor of ACD complication (OR 1.016; 95% CI 1.002-1.031; $p = 0.028$). The cut-off value of CRP for prediction was 89.9 mg/L with sensitivity of 69.7%, specificity of 80.6%, area under the curve of 0.797, $p < 0.001$.

Conclusion: Right-sided ACD is more predominant. Colonic diverticulosis, fat stranding, circumferential colonic wall thickening were common CT findings. The majority of ACD patients were in stages 0 and 1A according to WSES 2020. CRP level >89.9 mg/L was an independent predictor of complications. In patients with suspected ACD who had CRP >89.9 mg/L, CT should be indicated for timely diagnosis and detection of complication.

Keywords: colon diverticulitis, colon, computed tomography, WSES 2020, complications.

* Bác sĩ nội trú Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

** Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh túi thừa đại tràng (ĐT) rất phổ biến ở người phương Tây, ảnh hưởng khoảng 5-45% dân số, nguy cơ tăng dần theo tuổi, chỉ khoảng 5% ở độ tuổi dưới 40 và lên đến 50% ở độ tuổi trên 60 [9], [19]. Bệnh có thể xảy ra ở bất kì vị trí nào, tuy nhiên có sự khác nhau giữa các khu vực địa lý. Ở các nước phương Tây, khoảng 90% bệnh được phát hiện ở ĐT trái. Ở châu Á, tần suất mắc bệnh trong khoảng 13-25% và chủ yếu tập trung ở ĐT phải [9], [20]. Tỷ lệ mắc bệnh túi thừa trên toàn cầu đang gia tăng ở cả các nước phát triển và đang phát triển.

Khoảng 4-15% bệnh nhân (BN) với bệnh túi thừa sẽ tiến triển thành viêm [7]. Tuy nhiên các triệu chứng của viêm túi thừa thường không đặc hiệu và có thể gặp ở nhiều bệnh lý khác. Hiệp hội Tiêu hóa Hoa Kỳ khuyến cáo sử dụng cắt lớp vi tính (CLVT) như là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng (VTTĐT) [13]. Với độ nhạy và độ đặc hiệu cao lên đến 94-99% [4], [18], CLVT đã trở thành công cụ chính trong chẩn đoán xác định, đánh giá mức độ, biến chứng của VTTĐT và loại trừ các nguyên nhân đau bụng khác. Các biến chứng như áp xe, thủng, rò, tắc ruột xảy ra ở 15-20% BN VTTĐT. Tỷ lệ tử vong ở BN VTTĐT có biến chứng thủng là 5,4% so với 1,5% ở BN không biến chứng [17]. Việc xác định các yếu tố dự báo biến chứng của VTTĐT là rất cần thiết, để từ đó phân loại và có hướng xử trí phù hợp cho từng BN.

Trong những năm gần đây, hướng dẫn quản lý VTTĐT đã có nhiều thay đổi đáng kể. Phân loại của Hội Phẫu thuật Cấp cứu Thế giới (WSES) năm 2020 là một hệ thống phân loại đơn giản dựa trên hình ảnh CLVT, chia VTTĐT thành 2 nhóm là không biến chứng và có biến chứng bao gồm 4 giai đoạn dựa vào mức độ lan rộng của quá trình viêm nhiễm trong ổ bụng, đi kèm với hướng dẫn xử trí cụ thể cho từng nhóm [15].

Tại Việt Nam gần đây đã có những công trình nghiên cứu về VTTĐT cho thấy tần suất mắc bệnh ngày càng tăng và xu hướng trẻ tuổi hơn với tỷ lệ biến chứng thay đổi trong các nghiên cứu [1], [2], [3]. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính và ứng dụng phân loại WSES 2020 trong đánh giá biến chứng viêm túi thừa đại tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: gồm 70 BN được chẩn đoán và điều trị VTTĐT tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ tháng 01/2022 – tháng 08/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN có lâm sàng và xét nghiệm nghi ngờ VTTĐT, được chẩn đoán xác định bằng CLVT bụng có thuốc, được điều trị nội khoa và theo dõi đến khi xuất viện; hoặc chẩn đoán VTTĐT trong phẫu thuật/nội soi ĐT khi hình ảnh CLVT không điển hình.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có kèm các bệnh lý đường ruột khác như: viêm ruột thừa, ung thư ĐT, bệnh Crohn, viêm túi thừa mạc nối.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Mô tả các đặc điểm về lâm sàng (tuổi, giới, BMI, thuốc lá, tiền sử điều trị corticoid kéo dài, tiền sử VTTĐT), xét nghiệm máu, hình ảnh CLVT. Chẩn đoán VTTĐT dựa vào hình ảnh CLVT hoặc nội soi đại tràng/phẫu thuật khi CLVT không điển hình. Theo WSES 2020, VTTĐT được phân thành các giai đoạn: không biến chứng (giai đoạn 0 với hình ảnh túi thừa, dày thành và thâm nhiễm mỡ quanh ĐT) và có biến chứng (bao gồm giai đoạn 1A với bóng khí hoặc ít dịch quanh ĐT mà không tạo thành áp xe (trong vòng 5cm từ đoạn ruột viêm); 1B với áp xe ≤4cm; 2A với áp xe >4cm; 2B với khí tự do ở xa (>5cm từ đoạn ruột viêm) và không có dịch ổ bụng lan tỏa; 3 với dịch tự do ổ bụng lan tỏa không kèm khí tự do ở xa; 4 với dịch tự do ổ bụng lan tỏa kèm khí tự do ở xa).

Phương tiện nghiên cứu: máy CLVT đa dãy đầu thu Somatom Scope - Siemens, Đức (16 lát cắt với 16 dãy đầu thu vật lý) và ACT Revolution - GE, Hoa Kỳ (32 lát cắt với 16 dãy đầu thu vật lý, nhờ công nghệ tái tạo hình ảnh kép, cho phép tái tạo 32 lát cắt trong một vòng quay). Protocol chụp thống nhất gồm cắt xoắn ốc từ vòm hoành đến khớp mu, hướng cắt từ đầu đến chân. Pitch=1, đảm bảo sự liên tục giữa các lát cắt. Chụp các thì không thuốc, động mạch (20-30s sau tiêm thuốc) và tĩnh mạch (60-90s sau tiêm thuốc). Sử dụng thuốc cản quang Iod tan trong nước tiêm vào tĩnh mạch vùng mặt trước khuỷu tay, hàm lượng 300 mg/ml, liều thuốc 1-1,5 ml/kg cân nặng, tốc

độ bơm khoảng 3-4 ml/s bằng bơm máy. Hình ảnh được tái cấu trúc lớp mỏng 1,25-1,5 mm theo mặt phẳng trục, sau đó được tái tạo theo 3 mặt phẳng, sử dụng các kỹ thuật tái tạo MPR (multiplanar rendering), MIP (maximum intensity projection), VRT (Volume Rendering Technique).

Xử lý số liệu

Biến định tính được thể hiện bằng tần số và tỷ lệ %, biến định lượng bằng trung bình và độ lệch chuẩn (SD) nếu phân phối chuẩn, sử dụng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR) nếu phân phối không chuẩn. Sử dụng test χ^2 (hiệu chỉnh bằng Fisher's exact test) để so sánh các tỉ lệ %, t-student hoặc Mann-Whitney để so sánh sự khác biệt về giá trị trung bình của 2 nhóm. Dùng phương pháp hồi quy đa biến để tìm các yếu tố tiên lượng độc lập biến chứng của VTTĐT. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua, số H2022/160.

III. KẾT QUẢ

Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 44 (35-55,3) tuổi, nam/nữ là 2,68/1, BMI trung bình $22,9 \pm 3,2 \text{ kg/m}^2$. VTTĐT phải chiếm 80%. Đặc điểm CLVT được ghi nhận cụ thể ở bảng 1. Các đặc điểm thường gặp nhất là thâm nhiễm mỡ (100%), dày thành ĐT (85,7%) và chủ yếu là dày dạng chu vi >180 độ. Bóng khí quanh ĐT và dịch quanh ĐT có ở 24,3% và 31,4% BN. Áp xe (11,4%), hơi tự do trong ổ bụng (5,7%), dịch ổ bụng lan tỏa (8,6%), rò vào cơ quan khác (2,9%) gặp ở VTTĐT trái nhiều hơn VTTĐT phải.

Bảng 1. Đặc điểm CLVT viêm túi thừa đại tràng

Đặc điểm	VTTĐT (n=70)	VTTĐT phải (n=56)	VTTĐT trái (n=14)	p
Kích thước túi thừa viêm	15,2 ± 5,4	15,0 ± 5,1	15,8 ± 6,7	0,973
Thành phần trong túi thừa viêm				
- Sỏi phân	10 (15,2%)	10 (18,2%)	0 (0%)	0,192
- Phân	15 (23,1%)	13 (24,1%)	2 (18,2%)	1
- Dịch	33 (50,0%)	25 (45,5%)	8 (72,7%)	0,099
- Khí	46 (69,7%)	38 (69,1%)	8 (72,7%)	1
Dày thành ĐT	60 (85,7%)	49 (87,5%)	11 (78,6%)	0,407
- Bề dày (mm)	14,4 ± 3,5	14,7 ± 3,4	12,8 ± 3,8	0,099
- Dày thành >180°	54 (90%)	44 (89,8%)	10 (90,9%)	1
- Chiều dài đoạn dày thành (mm)	62 (40-79,9)	60 (39,5-77,2)	70 (40-90)	0,285
Thâm nhiễm viêm	70 (100%)	56 (100%)	14 (100%)	*
Sung huyết mạch máu mạc treo	41 (58,6%)	32 (57,1%)	9 (64,3%)	0,627
Bóng khí quanh ĐT	17 (24,3%)	12 (21,4%)	5 (35,7%)	0,304
Dịch quanh ĐT	22 (31,4%)	18 (32,1%)	4 (28,6%)	1
Áp xe	8 (11,4%)	3 (5,4%)	5 (35,7%)	0,006
Hơi tự do trong ổ bụng	4 (5,7%)	1 (1,8%)	3 (21,4%)	0,023
Dịch ổ bụng lan tỏa	6 (8,6%)	3 (5,4%)	3 (21,4%)	0,09
Rò vào cơ quan khác	2 (2,9%)	0 (0%)	2 (14,3%)	0,038

(*) Không xác định giá trị p

Theo phân độ WSES 2020: có 37 BN VTTĐT không biến chứng (giai đoạn 0) chiếm 52,9% và 33 BN có biến chứng chiếm 47,1%. Các biến chứng giai đoạn 1A, 1B, 2A, 3, 4 lần lượt là 27,1%, 4,3%, 7,1%, 2,9%, 5,7% (Bảng 2). Không có biến chứng giai đoạn 2B. Đa số BN được điều trị bảo tồn (92,9%), 1 BN dẫn lưu ổ áp xe qua da và 4 BN can thiệp ngoại khoa. Thời gian nằm viện trung bình $7,0 \pm 5,2$ ngày, ngắn nhất 1 ngày và dài nhất là 35 ngày.

Bảng 2. Phân giai đoạn VTTĐT theo WSES 2020

Giai đoạn	n (%)	Trung bình	Nhỏ nhất – Lớn nhất	p
0	37 (52,9%)	$5,9 \pm 2,2$	3 - 12	0,001
1A	19 (27,1%)	$5,7 \pm 3,0$	2 - 13	
1B	3 (4,3%)	$9,0 \pm 10,6$	1 - 21	
2A	5 (7,1%)	$13,2 \pm 12,2$	6 - 35	
2B	0 (0%)	0	0	
3	2 (2,9%)	$10,5 \pm 7,8$	5 - 16	
4	4 (5,7%)	$13,5 \pm 9,0$	9 - 27	
Tổng	70 (100%)	$7,0 \pm 5,2$	1 - 35	

Phân tích bằng test χ^2 , T test và hồi quy đơn biến cho kết quả hút thuốc lá, triệu chứng rối loạn tiêu hóa, phản ứng thành bụng, tăng bạch cầu, tỷ lệ NEU, CRP có liên quan với biến chứng. Các đặc điểm trên CLVT bao gồm mất liên tục thành túi thừa, chiều dài đoạn ĐT dày thành và mức độ thâm nhiễm là các yếu tố liên quan biến chứng (Bảng 3).

Phân tích hồi quy đa biến (Bảng 4) cho thấy CRP là yếu tố độc lập dự báo biến chứng (OR 1,016; KTC 95% 1,002-1,031; $p = 0,028$). Giá trị ngưỡng CRP là 89,9 mg/L (Biểu đồ 1) giúp tiên lượng biến chứng của bệnh theo phân loại WSES 2020 với độ nhạy là 69,7% và độ đặc hiệu là 80,6% (AUC= 0,797, KTC 95% là 0,691-0,903, $p < 0,001$).

Bảng 3. Một số đặc điểm liên quan đến biến chứng VTTĐT

Đặc điểm	Không biến chứng (n=37)	Biến chứng (n=33)	p
Tuổi	$44,5 \pm 15,3$	$46,6 \pm 16$	0,583
Nam	24 (47,1%)	27 (52,9%)	0,111
Nữ	13 (68,4%)	6 (31,6%)	
BMI (kg/m ²)	$22,7 \pm 3,0$	$23,1 \pm 3,6$	0,573
Hút thuốc lá	9 (24,3%)	16 (48,5%)	0,035
Bệnh kèm	11 (29,7%)	7 (21,2%)	0,416
Thời gian khởi phát	2 (1-3)	2 (1-4)	0,743
Sốt	7 (18,9%)	9 (27,3%)	0,406
Rối loạn tiêu hóa	9 (24,3%)	17 (51,5%)	0,019
Phản ứng thành bụng	1 (2,7%)	8 (24,2%)	0,01
Bạch cầu (K/ μ L)	$11,2 \pm 2,7$	$14,6 \pm 4,0$	<0,001
NEU (%)	$67,6 \pm 9,0$	$73,1 \pm 11,5$	0,002

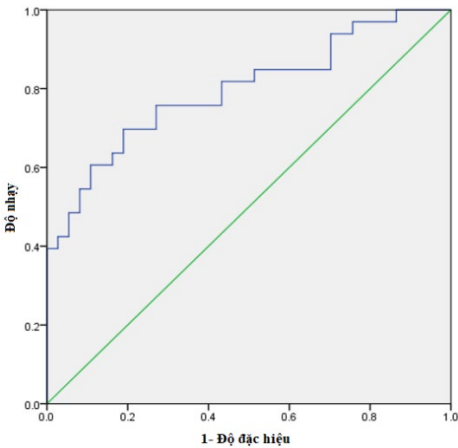
CRP	55,2 ± 38,2	128,2 ± 73,9	<0,001
Kích thước túi thừa viêm (mm)	14 (11-17)	15 (12,2-20)	0,415
Sỏi phân trong túi thừa viêm	5 (13,5%)	5 (17,2%)	0,738
Mất liên tục thành túi thừa	0 (0)	12 (41,4%)	<0,001
Dày thành ĐT (mm)	31 (83,8%)	29 (87,9%)	0,739
Bề dày thành ĐT (mm)	13,8 ± 3,5	15 ± 3,4	0,154
Chiều dài đoạn dày thành ĐT (mm)	52 (33-67)	75 (57-99,5)	0,001

BMI: chỉ số khối cơ thể, NEU: bạch cầu đa nhân trung tính, CRP: Protein C phản ứng

Bảng 4. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan biến chứng VTTĐT

Đặc điểm	Hồi quy đơn biến			Hồi quy đa biến		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Hút thuốc lá	2,9	1,061-8,079	0,038	2,704	0,775-9,435	0,119
RLTH	3,3	1,198-9,121	0,021	2,081	0,575-7,539	0,264
PUTB	11,5	1,355-97,969	0,025	2,848	0,221-36,743	0,422
Bạch cầu	1,4	1,154-1,680	0,001	1,168	0,911-1,499	0,221
NEU	1,061	1,005-1,120	0,033	1,000	0,939-1,065	0,993
CRP	1,023	1,011-1,034	<0,001	1,016	1,002-1,031	0,028

PUTB: Phản ứng thành bụng, RLTH: rối loạn tiêu hóa



Biểu đồ 1. Đường cong ROC của CRP theo biến chứng VTTĐT

IV. BÀN LUẬN

Trung vị tuổi của nhóm nghiên cứu là 44 tuổi, thường gặp nhất là ở độ tuổi từ 21-60 tuổi. Tỷ lệ nam

chiếm 72,9%, cao gấp 2,68 lần so với nữ. Tương đồng với kết quả các nghiên cứu trong nước và châu Á [1], [3], [5]. Sự khác biệt về giới rõ nhất ở độ tuổi trước mãn kinh và giảm dần sau đó, cho thấy hormone steroid nội sinh của buồng trứng có thể làm giảm nguy cơ phát triển bệnh túi thừa. Sau tuổi mãn kinh, sự sụt giảm của hormone này dẫn đến sự rối loạn chức năng mô liên kết và các gen liên quan đến bệnh sinh túi thừa [16].

Phần lớn BN đều có đa túi thừa ĐT, chiếm tỷ lệ 94,3%, có 4 BN có túi thừa đơn độc đều nằm ở ĐT phải. Số BN bị VTTĐT phải là đa số với tỷ lệ 80%. Các ghi nhận trong nghiên cứu của Phạm Đăng Tú tương tự kết quả của chúng tôi với tỷ lệ VTTĐT bên phải là 72,1 %, bên trái là 27,9%. Các nghiên cứu ở Trung Quốc, Nhật Bản và Hàn Quốc cũng cho thấy phân bố túi thừa chủ yếu tập trung ở ĐT phải. Trong khi đó ở các nước phương Tây, bệnh chủ yếu gặp ở ĐT trái, chiếm hơn 90% trường hợp. Các tác giả cho rằng sự khác biệt này là do cơ chế bệnh

sinh khác nhau trong việc hình thành túi thừa. Túi thừa ĐT phải ở người phương Tây có nguồn gốc bẩm sinh, bao gồm các lớp của thành ĐT trong khi người châu Á là mắc phải và cơ chế bệnh sinh tương tự của ĐT trái.

Kích thước túi thừa viêm trung bình là $15,2 \pm 5,4$ mm, nhỏ nhất là 8mm và lớn nhất là 37,7mm. Về thành phần bên trong túi thừa viêm gồm dịch 50%, khí 69,7%, sỏi phân 15,2% và phân 23,1%. Ở giai đoạn sớm, sự ứ đọng phân hoặc tắc nghẽn do sỏi phân trong túi thừa sẽ tạo điều kiện vi khuẩn tăng sinh, tăng áp lực lòng túi thừa làm cho thành túi thừa thiếu máu nuôi gây viêm xói mòn lớp niêm mạc. Ở giai đoạn sau đó, thành túi thừa xói mòn dần dần tới thủng túi thừa.

Có 85,7% BN có dày thành ĐT, chủ yếu là dày dạng chu vi >180 độ. Bề dày thành trung bình là $14,4 \pm 3,5$ mm, chiều dài đoạn dày thành là 62 (40-79,9) mm. Dày thành ĐT có thể do các nguyên nhân lành tính hoặc ác tính. Đoạn ĐT dày thành kéo dài ≥ 50 mm, dày dạng chu vi đối xứng và thâm nhiễm mô mỡ lan rộng xung quanh không tương xứng với mức độ dày thành là các đặc điểm gợi ý tổn thương viêm lành tính. Tất cả các BN đều có dấu hiệu thâm nhiễm mỡ. Dày cân nón bên và sung huyết mạch máu mạc treo là hai dấu hiệu điển hình của quá trình viêm mạc treo ĐT, có mặt lần lượt ở 88,6% và 58,6% BN.

Về các đặc điểm phản ánh biến chứng, 24,3% BN có bóng khí quanh ĐT, 31,4% có dịch quanh ĐT, 11,4% có áp xe, 5,7% có hơi tự do trong ổ bụng (>5 cm từ vị trí túi thừa viêm), 8,6% có dịch ổ bụng lan tỏa và 2,9% có rò vào cơ quan khác. Các đặc điểm phản ánh tình trạng viêm khu trú quanh túi thừa như bóng khí quanh ĐT, dịch quanh ĐT không có sự khác biệt giữa VTTĐT phải và trái. Trong khi đó, áp xe, rò và đặc điểm phản ánh tình trạng viêm lan rộng như hơi tự do khoang phúc mạc gặp ở VTTĐT trái nhiều hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Điều này phản ánh VTTĐT trái thường có các biến chứng trầm trọng hơn so với bên phải.

Dựa vào mức độ lan rộng của quá trình viêm trong ổ phúc mạc, phân độ WSES 2020 của nhóm đối tượng nghiên cứu như sau: VTTĐT không biến chứng (giai đoạn 0) chiếm 52,9%, VTTĐT có biến chứng chiếm 47,1%. Các biến chứng giai đoạn 1A, 1B, 2A, 3, 4 lần lượt là

27,1%, 4,3%, 7,1%, 2,9 và 5,7%. Gần đây, một số tác giả tại Việt Nam đã bước đầu phân loại VTTĐT theo WSES, tuy nhiên vẫn chưa được ứng dụng nhiều. Phạm Đăng Tú [3] ứng dụng phân độ theo WSES cho các BN trong nhóm nghiên cứu như sau: VTTĐT không biến chứng chiếm 48%, VTTĐT có biến chứng chiếm 52%, trong đó chủ yếu là giai đoạn 1A 39,2%, giai đoạn 1B chiếm 6,9%, giai đoạn 2A chiếm 4,9% và giai đoạn 2B là 1%. Không có VTTĐT giai đoạn 3, 4 có thể là do khác biệt trong tiêu chí chọn mẫu, Phạm Đăng Tú lựa chọn bệnh VTTĐT chỉ dựa vào chẩn đoán xác định bằng CLVT nên có thể bỏ sót những ca có biến chứng nặng mà hình ảnh trên CLVT không xác định được là do VTT mà chỉ có thể xác định trong phẫu thuật. Nghiên cứu của Lorraine Hickey và Paul Goldsmith [8] phân giai đoạn dựa trên CLVT theo WSES như sau: 25 (45,5%) BN giai đoạn 0, 14 (25,5%) BN giai đoạn 1A, 6 (11%) BN giai đoạn 1B, 4 (7%) BN giai đoạn 2A, 6 (11%) BN giai đoạn 2B, không có giai đoạn 3 và 4.

Theo WSES tùy thuộc vào giai đoạn bệnh sẽ có chiến lược điều trị khác nhau. Những BN không biến chứng, không có bệnh đi kèm đáng kể, có thể được điều trị ngoại trú và nên được đánh giá lại trong vòng 7 ngày kể từ thời điểm chẩn đoán. Tuy nhiên, nếu tình trạng lâm sàng xấu đi, cần tiến hành đánh giá lại sớm hơn. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy sự an toàn, hiệu quả cũng như chi phí của việc điều trị ngoại trú đối với bệnh VTTĐT không biến chứng [6]. VTTĐT có biến chứng đòi hỏi quản lý nội viện và chế độ chăm sóc tích cực hơn, tùy vào mức độ nặng của bệnh, có thể sử dụng liệu pháp kháng sinh, dẫn lưu qua da hoặc phẫu thuật.

Đa số BN trong nghiên cứu được điều trị bảo tồn (92,9% trường hợp), thời gian nằm viện trung bình là $7,0 \pm 5,2$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 35 ngày. Tất cả BN không biến chứng và có biến chứng giai đoạn 1A đều được điều trị nội khoa bằng liệu pháp kháng sinh và có đáp ứng lâm sàng tốt, vì vậy thời gian nằm viện ngắn ngày, trung bình khoảng gần 6 ngày, trong khi đó các giai đoạn nặng hơn có thời gian nằm viện dài ngày hơn (trung bình khoảng từ 9 đến 14 ngày). Điều này cho thấy có sự phù hợp giữa mức độ nặng của bệnh theo

phân loại WSES 2020 với kết quả điều trị và thời gian nằm viện, phần nào nói lên được vai trò của phân loại WSES 2020 trong việc phân loại và điều trị bệnh. Có 1 BN biến chứng giai đoạn 2A được dẫn lưu ổ áp xe qua da sau khi thất bại điều trị bằng liệu pháp kháng sinh đơn thuần. Có 4 BN được phẫu thuật cắt bỏ đoạn ĐT kèm túi thừa viêm, trong đó có 3 trường hợp biến chứng viêm phúc mạc toàn thể giai đoạn 4 theo WSES và 1 trường hợp giai đoạn 1B nhưng có rò vào bàng quang. Tất cả các BN đều có đáp ứng tốt trong thời gian điều trị và xuất viện với tình trạng ổn định về mặt lâm sàng. Điều trị bảo tồn trong các nghiên cứu có tỷ lệ thành công cao, tuy nhiên cần đánh giá kỹ giai đoạn bệnh trên CLVT cũng như đáp ứng lâm sàng để lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

Việc phân loại BN có vai trò quan trọng trong lập kế hoạch điều trị, theo dõi và tiên lượng bệnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành so sánh đặc điểm của nhóm có biến chứng so với nhóm không có biến chứng để khảo sát các yếu tố dự báo biến chứng của VTTĐT.

Hút thuốc lá, triệu chứng rối loạn tiêu hóa, phản ứng thành bụng, tăng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, CRP, mất liên tục thành túi thừa, chiều dài đoạn ĐT dày thành và mức độ thâm nhiễm là các yếu tố liên quan với biến chứng. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy CRP là yếu tố liên quan độc lập (OR 1,016; KTC 95% 1,002-1,031; $p = 0,028$). Giá trị ngưỡng CRP là 89,9 mg/L giúp tiên lượng biến chứng của bệnh theo phân loại WSES 2020 với độ nhạy là 69,7% và độ đặc hiệu là 80,6% (AUC=0,797, KTC 95% là 0,691-0,903, $p < 0,001$).

Tác giả van Dijk [21] khi nghiên cứu các yếu tố dự báo tiến triển biến chứng ở BN VTTĐT chỉ ra rằng tụ dịch và chiều dài đoạn dày thành ĐT là các yếu tố có giá trị dự báo biến chứng của bệnh. Kết quả này cho thấy những BN có đoạn ĐT ảnh hưởng càng dài thì càng có khả năng cao có các biến chứng khác nhau của VTTĐT, tương tự với nghiên cứu của chúng tôi.

So sánh với kết quả của một số nghiên cứu khác ở châu Á và phương Tây có thể thấy nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra CRP là một yếu tố đáng tin cậy để tiên lượng biến chứng ở BN VTTĐT.

Nizri [12] nghiên cứu ở 295 BN, trong đó 82% được phân loại là không biến chứng và 8% có biến chứng, CRP > 90 mg/L có độ nhạy 88% và độ đặc hiệu 75% đối với biến chứng của bệnh. Mäkelä [11] cho thấy giá trị ngưỡng CRP là 149,5 mg/L giúp phân biệt VTTĐT không biến chứng với có biến chứng (độ đặc hiệu 65%, độ nhạy 85%, AUC=0,811, $p < 0,001$) hay trong nghiên cứu của Kechagias [10] giá trị này là 173 mg/L (độ nhạy 90,9%, độ đặc hiệu 90,9%, $p = 0,001$). Theo Rottier [14], CRP trên 140 mg/L (OR 2,86, KTC 95% 1,51–5,43) là yếu tố nguy cơ độc lập đối với việc tiến triển từ VTTĐT không biến chứng thành biến chứng.

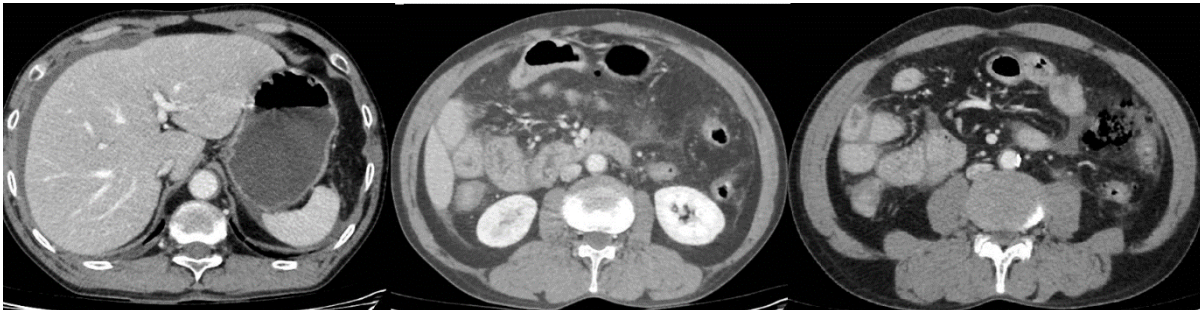
Nghiên cứu của chúng tôi có ngưỡng CRP dự báo biến chứng VTTĐT thấp hơn so với các tác giả khác là do lựa chọn phân độ về biến chứng khác nhau giữa các nghiên cứu. Hầu hết các tác giả sử dụng phân độ Hinchey cải tiến để phân loại tuy nhiên giữa họ cũng có sự khác nhau khi đánh giá biến chứng theo Hinchey. Các tác giả Nizri và Mäkelä sử dụng Hinchey > IA là VTTĐT có biến chứng trong khi Kechagias sử dụng Hinchey > IB để phân nhóm. Theo Rottier định nghĩa biến chứng bao gồm áp xe, thủng, rò, tắc ruột, tuy nhiên không có một phân loại nào cụ thể cho các biến chứng này. Chúng tôi sử dụng phân loại theo WSES 2020 là phân loại nhận được sự đồng thuận cao từ các chuyên gia, cho phép phân loại BN cụ thể theo từng mức độ nặng của bệnh và đưa ra hướng dẫn điều trị cho từng phân độ. Phân loại của WSES dựa vào mức độ lan rộng của tình trạng nhiễm khuẩn trong ổ bụng, từ khu trú đến lan tràn toàn bụng. Tình trạng nhiễm trùng khu trú quanh đoạn ĐT bị viêm với bóng khí hoặc dịch quanh ĐT trên CLVT cũng được xếp vào nhóm biến chứng giai đoạn IA. Đây là dấu hiệu cho thấy túi thừa thủng vi thể, được khuyến cáo điều trị với kháng sinh tại viện, khi điều trị cần theo dõi sát và đánh giá lại sớm khi cần, tuy nhiên không được chú ý nhiều ở các phân độ trước đây. Bên cạnh đó chúng tôi chỉ chọn những BN VTTĐT được điều trị nội trú đưa vào nhóm nghiên cứu để theo dõi đầy đủ các biến chứng có thể xảy ra của bệnh. Đó có thể là những lý do mà tỷ lệ VTT biến chứng cao hơn và ngưỡng CRP dự báo biến chứng thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên trong trường hợp bệnh khởi phát rất cấp tính, giá trị CRP có thể chưa tăng

sau 6–8 giờ kể từ khi bệnh khởi phát, đạt đỉnh điểm ở 48 giờ. Vì vậy, nên thận trọng khi sử dụng CRP thấp để loại trừ VTT cấp tính và cần thực hiện lại khi nghi ngờ.

V. KẾT LUẬN

VTTĐT thường gặp ở ĐT phải, đa túi thừa, thâm nhiễm viêm, dày thành ĐT dạng chu vi là các đặc điểm

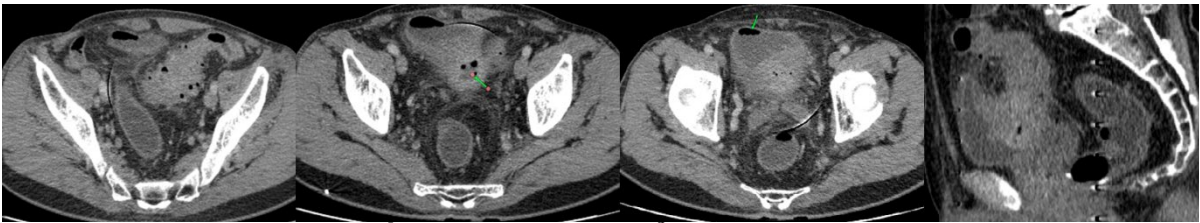
hay gặp trên CLVT. Đa số BN thuộc giai đoạn 0 và 1A theo WSES 2020. Mức CRP >89,9 mg/L là một yếu tố dự báo biến chứng độc lập. Ở những BN có lâm sàng và siêu âm hướng đến VTTĐT, khi có mức CRP >89,9 mg/L nên được chỉ định chụp cắt lớp vi tính để chẩn đoán sớm và khảo sát đầy đủ các biến chứng.



Hình 1. VTTĐT xuống WSES 4, với khí và dịch tự do ổ bụng

BN nam, 66 tuổi (Mã BN: 230004193), khởi phát cách ngày nhập viện 1 ngày với triệu chứng đau toàn bụng kèm buồn nôn, phản ứng thành bụng (+). Tại thời điểm nhập viện bạch cầu 15,7 K/ μ L, NEU 82,6%, CRP 218,5 mg/L. Kết quả chụp CLVT: Viêm túi thừa đại tràng sigma biến chứng thủng, gây viêm phúc mạc toàn thể,

giai đoạn 4 theo WSES 2020/ Đa túi thừa đại tràng (với hình ảnh túi thừa đại tràng sigma thành mất liên tục, thâm nhiễm viêm xung quanh, khí tự do kèm dịch ổ bụng lan tỏa). BN được phẫu thuật cấp cứu đưa chỗ thủng đại tràng sigma làm HMNT, đáp ứng lâm sàng ổn định và ra viện sau 9 ngày.



Hình 2. VTTĐT sigma, biến chứng thủng tạo ổ áp xe (WSES 1A), rò vào bàng quang

BN nam, 70 tuổi (Mã BN: 22018838), khởi phát cách ngày nhập viện 5 ngày với triệu chứng đau bụng hạ vị, tiểu ra phân. Tại thời điểm nhập viện bạch cầu 17,2 K/ μ L, NEU 80,3%, CRP 135,7 mg/L. Kết quả chụp CLVT: Viêm túi thừa đại tràng sigma, biến chứng thủng tạo ổ áp

xe kế cận (giai đoạn 1B theo WSES 2020), rò vào bàng quang/ Đa túi thừa đại tràng. BN được phẫu thuật đóng đường rò + cắt đoạn đại tràng sigma chứa túi thừa + tái lập lưu thông tiêu hóa. Bệnh nhân được điều trị ổn định và ra viện sau 21 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Huy Lưu (2019), *Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của cắt túi thừa nội soi và điều trị bảo tồn trong viêm túi thừa đại tràng phải*, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.
2. Lê Huy Lưu và các cộng sự. (2015), “Khảo sát các biến chứng của bệnh túi thừa đại tràng”, *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 19 (1), tr. 181-186.

3. Phạm Đăng Tú, Võ Tấn Đức và Lê Văn Phước (2019), “Đặc điểm hình ảnh X quang cắt lớp vi tính của viêm túi thừa đại tràng”, *Tạp chí Điện quang Việt Nam*. 33, tr. 25-30.
4. Balk, E. M. và các cộng sự. (2022), “Diagnostic Imaging and Medical Management of Acute Left-Sided Colonic Diverticulitis : A Systematic Review”, *Ann Intern Med*. 175(3), tr. 379-387.
5. Chen, Z. và các cộng sự. (2020), “Characteristics of predominantly right-sided colonic diverticulitis without need for colectomy”, *BMC Surg*. 20(1), tr. 202.
6. Cirocchi, R. và các cộng sự. (2019), “Is the outpatient management of acute diverticulitis safe and effective? A systematic review and meta-analysis”, *Techniques in Coloproctology*. 23(2), tr. 87-100.
7. Hawkins, A. T. và các cộng sự. (2020), “Diverticulitis: An Update From the Age Old Paradigm”, *Curr Probl Surg*. 57(10), tr. 100862.
8. Hickey, Lorraine và Goldsmith, Paul (2021), “EP.FRI.1040 Management of Acute Colonic Diverticulitis According to The WSES (World Society of Emergency Surgery) Classification in a Tertiary Centre”, *British Journal of Surgery*. 108(7).
9. Imaeda, H. và Hibi, T. (2018), “The Burden of Diverticular Disease and Its Complications: West versus East”, *Inflamm Intest Dis*. 3(2), tr. 61-68.
10. Kechagias, A. và các cộng sự. (2018), “Index C-reactive protein predicts increased severity in acute sigmoid diverticulitis”, *Ther Clin Risk Manag*. 14, tr. 1847-1853.
11. Mäkelä, J. T. và các cộng sự. (2015), “The role of C-reactive protein in prediction of the severity of acute diverticulitis in an emergency unit”, *Scand J Gastroenterol*. 50(5), tr. 536-41.
12. Nizri, E. và các cộng sự. (2014), “C-reactive protein as a marker of complicated diverticulitis in patients on anti-inflammatory medications”, *Tech Coloproctol*. 18(2), tr. 145-9.
13. Peery, Anne F., Shaukat, Aasma và Strate, Lisa L. (2021), “AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review”, *Gastroenterology*. 160(3), tr. 906-911.e1.
14. Rottier, S. J. và các cộng sự. (2019), “Complicated Disease Course in Initially Computed Tomography-Proven Uncomplicated Acute Diverticulitis”, *Surg Infect (Larchmt)*. 20(6), tr. 453-459.
15. Sartelli, M. và các cộng sự. (2020), “2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting”, *World J Emerg Surg*. 15(1), tr. 32.
16. Schafmayer, C. và các cộng sự. (2019), “Genome-wide association analysis of diverticular disease points towards neuromuscular, connective tissue and epithelial pathomechanisms”, *Gut*. 68(5), tr. 854-865.
17. Sell, N. M. và các cộng sự. (2021), “Delay to Intervention for Complicated Diverticulitis is Associated with Higher Inpatient Mortality”, *J Gastrointest Surg*. 25(11), tr. 2920-2927.
18. Thorisson, A. và các cộng sự. (2020), “Diagnostic accuracy of acute diverticulitis with unenhanced low-dose CT”, *BJS Open*. 4(4), tr. 659-665.
19. Toni M (2018), “Diverticulitis”, *N Engl J Med*. 379(17), tr. 1635-1642.
20. Tursi, A. và các cộng sự. (2020), “Colonic diverticular disease”, *Nat Rev Dis Primers*. 6(1), tr. 20.
21. van Dijk, S. T. và các cộng sự. (2017), “Predictive factors on CT imaging for progression of uncomplicated into complicated acute diverticulitis”, *Int J Colorectal Dis*. 32(12), tr. 1693-1698.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cắt lớp vi tính (CLVT) và ứng dụng phân loại theo Hội Phẫu thuật Cấp cứu Thế giới (WSES) 2020 trong đánh giá biến chứng của viêm túi thừa đại tràng (VTTĐT).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 70 BN được chẩn đoán và điều trị VTTĐT tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2022 – tháng 08/2023. Chẩn đoán VTTĐT dựa vào CLVT hoặc nội soi/phẫu thuật khi hình ảnh CLVT không điển hình. Mô tả các đặc điểm về lâm sàng, xét nghiệm máu, CLVT và phương pháp điều trị, dùng phương pháp hồi quy đa biến để phân tích các yếu tố liên quan đến biến chứng của VTTĐT.

Kết quả: Tuổi trung vị 44 (35-55,3) tuổi, nam/nữ: 2,68/1. 80% VTTĐT phải và 20% VTTĐT trái, 94,3% đa túi thừa ĐT, 100% thâm nhiễm mỡ, 85,7% dày thành đại tràng (ĐT) với 90% là dày dạng chu vi. Bóng khí quanh ĐT 24,3%, dịch quanh ĐT 31,4%, áp xe 11,4%, hơi tự do ổ bụng 5,7%, dịch ổ bụng lan tỏa 8,6%, rò 2,9%. Phân loại theo WSES 2020: VTTĐT không biến chứng (giai đoạn 0) 52,9%. Các biến chứng giai đoạn 1A, 1B, 2A, 2B, 3, 4 lần lượt là 27,1%, 4,3%, 7,1%, 0%, 2,9%, 5,7%. Yếu tố liên quan đến biến chứng của VTTĐT là hút thuốc lá, rối loạn tiêu hóa, phản ứng thành bụng, tăng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (NEU), protein C phản ứng (CRP) và các đặc điểm trên CLVT gồm mất liên tục thành túi thừa, chiều dài đoạn ĐT dày thành. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy CRP là yếu tố độc lập dự báo biến chứng (tỉ số chênh (OR) 1,016; khoảng tin cậy (KTC) 95% 1,002-1,031; $p=0,028$). Giá trị ngưỡng CRP là 89,9 mg/L giúp tiên lượng biến chứng của bệnh theo phân loại WSES 2020 với độ nhạy 69,7% và độ đặc hiệu 80,6% (diện tích dưới đường cong (AUC) =0,797, $p<0,001$).

Kết luận: VTTĐT thường gặp ở ĐT phải; đa túi thừa, thâm nhiễm viêm, dày thành ĐT dạng chu vi là các đặc điểm hay gặp trên CLVT. Đa số BN thuộc giai đoạn 0 và 1A theo WSES 2020. Mức CRP >89,9 mg/L là một yếu tố dự báo biến chứng độc lập. Ở những BN có lâm sàng và siêu âm hướng đến VTTĐT, khi có mức CRP >89,9 mg/L nên được chỉ định chụp cắt lớp vi tính để khảo sát đầy đủ các biến chứng.

Từ khóa: viêm túi thừa đại tràng, đại tràng, cắt lớp vi tính, WSES 2020, biến chứng.

Người liên hệ: Lê Trọng Bình. Email: letrongbinh@hueuni.edu.vn, ltbinh.cdha@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/04/2024. Ngày nhận phản biện: 20/05/2024. Ngày chấp nhận đăng: 25/07/2025