

Đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm túi thừa đại tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Lê Tư Hoàng¹, Phạm Hồng Nguyên²

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

Địa chỉ liên hệ:

Lê Tư Hoàng,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội
Điện thoại: 0988 924 689
Email: letuhoangvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/11/2022

Ngày chấp nhận đăng:

02/06/2023

Ngày xuất bản: 15/06/2023

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Viêm túi thừa đại tràng (VTTĐT) là bệnh lý ngày càng phổ biến hiện nay. Triệu chứng lâm sàng dễ nhầm lẫn với các bệnh lý ngoại khoa khác như viêm ruột thừa, viêm đại tràng, u đại tràng... Thái độ xử trí với các thể VTTĐT còn chưa thống nhất vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí bệnh VTTĐT tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên những người bệnh được chẩn đoán VTTĐT bằng chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, nội soi đại tràng hoặc phẫu thuật. Với các chỉ tiêu nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả điều trị và các mối tương quan.

Kết quả: 88 người bệnh (63 nam, 25 nữ) Về triệu chứng 80,7% người bệnh có đau bụng, 75% người bệnh không sốt, 42% người bệnh có phản ứng thành bụng. Viêm phúc mạc toàn thể chiếm 5,7%. Tỷ lệ VTTĐT phải chiếm 56,8%. Kết quả siêu âm cho thấy 28,2% có dây thành đại tràng và 59% thấy thâm nhiễm quanh đại tràng. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng giúp chẩn đoán VTTĐT chính xác 96,5%. 100% người bệnh được chỉ định nội soi thấy có hình ảnh túi thừa đại tràng. Về điều trị, VTTĐT có biến chứng là 12,5% và 100% biến chứng thủng đều gặp ở VTTĐT trái. Tỷ lệ điều trị nội khoa là 81,82%, đạt kết quả tốt. Phẫu thuật được chỉ định cho 18,2% người bệnh. Trong đó, tỷ lệ chẩn đoán chính xác trước mổ là 81,25% (13/16). 75% trường hợp được chỉ định mổ không có biến chứng sau mổ, 18,8% có nhiễm trùng vết mổ và 6,2% có rò miệng nối.

Kết luận: VTTĐT có xu hướng tăng nhanh, gặp nhiều ở đại tràng phải hơn nhưng biến chứng nặng lại gặp ở đại tràng trái nhiều hơn. Biểu hiện lâm sàng ở nhiều mức độ. Điều trị nội đạt kết quả tốt, Phẫu thuật khi có biến chứng nặng hoặc tái phát nhiều lần

Từ khóa: Viêm túi thừa đại tràng, phẫu thuật viêm túi thừa đại tràng, điều trị viêm túi thừa đại tràng.

Outcomes of management for colon diverticulitis at Viet Duc University Hospital

Le Tu Hoang¹, Pham Hong Nguyen²

1. Viet Duc University Hospital, 2. Hai Duong Provincial General Hospital

Abstract

Introduction: Nowadays, colon diverticulitis is an increasingly common disease. Clinical symptoms are easily confused with other surgical pathologies such as appendicitis, colitis, colon tumor... Management for different types of colon diverticulitis remains controversial. Therefore, we conducted this study to evaluate the clinical symptoms, paraclinical characteristics, and management of colon diverticulitis at Viet Duc University Hospital.

Patients and methods: This was a retrospective study. Eighty-eight patients were diagnosed with colon diverticulitis by abdominal computed tomography, colonoscopy, or surgery. Research criteria included clinical paraclinical characteristics, treatment technique, outcomes, and their correlations.

Results: 80.7% of patients manifested an abdominal pain, 75% had no fever, 42% had tenderness, and 5.7% patients with complications of general peritonitis. The rate of right colon diverticulitis was 56.8%. Ultrasound findings showed that 28.2% had thickening of the colon wall and 59% of peri-colon infiltrates. CT scan accurately identified 96.5%. 100% of patients were indicated for colonoscopy detected the diverticulum. Regarding treatment, for diverticulitis complication was 12.5%, and 100% perforation complications were found in the left colon. The rate of medical treatment was accounted for 81.82%, with good results. Surgical treatment was indicated for 18.2% of patients. The rate of accuracy of preoperative diagnosis was 81.25% (13/16). 75% of cases had no postoperative complications, 18.8% developed surgical site infection, and 6.2% complicated the anastomotic leakage.

Conclusion: Colon diverticulitis tends to increase rapidly, more common in the right colon, but serious complications are higher in the left colon. Clinical manifestations are variable. Medical treatment achieved good results, and surgery was indicated for severe complications or numerous recurrences.

Keywords: Diverticulitis, Surgery for colonic diverticulitis, Treatment for diverticulitis.

Đặt vấn đề

Túi thừa đại tràng là một cấu trúc hình túi nhỏ, lồi ra khỏi thành đại tràng. Nó có thể là túi thừa thật hay túi thừa giả, đơn độc hay đa túi thừa, bẩm sinh hoặc mắc phải. Khi các túi thừa này bị viêm nhiễm gây ra bệnh lý VTTĐT. Bệnh VTTĐT rất phổ biến ở các nước phát triển. Khoảng 15–25% các người bệnh

VTTĐT này có biến chứng như áp xe, viêm phúc mạc, rò, tắc ruột... và 15% – 30% các trường hợp bị tái phát. Hiện nay bệnh lý VTTĐT tăng dần lên ở nước ta^{1, 2}.

VTTĐT có nhiều mức độ biểu hiện thường gây đau bụng, sốt, nên cũng rất dễ nhầm với các bệnh lý cấp cứu khác như viêm ruột thừa, u đại tràng vỡ... Có thể gây nhiều biến chứng như áp xe khu trú,

viêm phúc mạc toàn thể...³.

VTTĐT được chẩn đoán xác định dựa trên các thăm dò chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng hoặc nội soi đại tràng^{4, 5, 6}.

Về điều trị, các nghiên cứu ủng hộ quan điểm ưu tiên cho điều trị nội khoa với các trường hợp VTTĐT thể nhẹ. Phẫu thuật được đặt ra đối với các trường hợp VTTĐT có biến chứng, tái phát nhiều lần, điều trị nội khoa không kết quả. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật hay thái độ xử trí khi phát hiện VTTĐT trong mổ còn chưa thống nhất^{1, 2, 7}.

Để góp phần tìm hiểu về các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng cũng như các phương pháp điều trị bệnh lý này chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sớm bệnh viêm túi thừa đại tràng.*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán VTTĐT và được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ 01/2019 – 12/2020

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Kết quả

Nghiên cứu 88 người bệnh bị VTTĐT được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2020 chúng tôi nhận thấy những đặc điểm sau:

Đặc điểm chung

Tuổi mắc bệnh trung bình là $51,93 \pm 14,7$ tuổi (lớn nhất 81 tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi) và 47,7% gặp ở lứa tuổi trên 40 (từ 41 – 60 tuổi). Về giới tính, 72% là người bệnh nam và 28% là người bệnh nữ. người bệnh đến khám và điều trị lần đầu với VTTĐT chiếm 88%. Các người bệnh có nhiều túi thừa gặp ở nhóm có bệnh lý nội khoa kèm theo chiếm 33%.

Đặc điểm lâm sàng

Đau bụng: Có tới 94,3% người bệnh có đau bụng trước khi vào viện. Thời gian đau bụng trước khi vào viện trung bình là $3,31 \pm 6,5$ ngày (ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 60 ngày). Ngoài ra các người bệnh còn đến khám với các triệu chứng như đại tiện ra máu hay đi đái máu, đái ra dịch phân.

Sốt: 75% người bệnh không có biểu hiện sốt, 20,5% có biểu hiện sốt nhẹ và chỉ có 4,5% người bệnh sốt cao.

Triệu chứng thực thể: Số người bệnh không có các dấu hiệu thực thể chiếm 52,3%, có phản ứng thành bụng là 42%, 5,7% có cảm ứng phúc mạc. 5 người bệnh có cảm ứng phúc mạc vì bị viêm phúc mạc do viêm túi thừa có biến chứng thủng.

Cận lâm sàng

Bạch cầu: Tỷ lệ người bệnh có bạch cầu tăng ($> 10.000/\text{mm}^3$) là 72,7%, trung bình là $12,6 \pm 4,65 \text{ BC}/\text{mm}^3$.

Siêu âm: Siêu âm được thực hiện cho 100% người bệnh. Tuy nhiên chỉ có 39 người bệnh (44,3%) phát hiện túi thừa qua siêu âm và đa phần là túi thừa đại tràng phải. Siêu âm phát hiện các hình ảnh gợi ý tổn thương gián tiếp như dày thành đại tràng (28,2%), thâm nhiễm mỡ quanh đại tràng (59%), dịch khu trú (7,7%), ổ abscess (5,5%). Siêu âm thấy 1 túi thừa 32/39 (82%), nhiều túi thừa là 7/39 (18%).

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng

Chụp CLVT ổ bụng được chỉ định cho 86/88 người bệnh chiếm tỷ lệ 97,7% (2 người bệnh được chỉ định soi đại tràng thấy tổn thương VTTĐT Sigma rõ nên không có chỉ định CLVT). CLVT chẩn đoán xác định VTTĐT là 83/86 trường hợp (96,5%) (2 người bệnh có hình ảnh nghi rò bàng quang trực tràng và 1 người bệnh không thấy tổn thương) trong đó 49 (59,04%) trường hợp có túi thừa ở đại tràng phải, 27(32,53%) trường hợp có túi thừa ở đại tràng trái, túi thừa ở cả đại tràng phải và trái chiếm 8,43%.

Nội soi đại tràng: Nội soi đại tràng được thực hiện ở 47/88 người bệnh (53,4%). Vị trí túi thừa chủ yếu ở đại tràng phải (55,3%), đại tràng trái là 34,1% và 10,6% ở cả đại tràng phải và trái. Hình ảnh túi thừa viêm đỏ, có thể có mủ chảy qua cổ túi, quan sát được sỏi phân trong túi thừa và chảy máu túi thừa.

X quang ổ bụng không chuẩn bị

Tất cả người bệnh được chụp Xquang, có 4,5% người bệnh có dấu hiệu bất thường trên phim X quang trong đó 1 người bệnh có hình ảnh mức nước hơi và 5 người bệnh có hình ảnh liềm hơi dưới hoành.

Phân độ Hinchey và chỉ định phẫu thuật⁸

Hinchey	Số lượng	Số lần mắc	Điều trị	Cách thức PT
I	72	1	Nội khoa	Thành công 100%
I	9	>2	Mổ kế hoạch	Cắt đoạn đại tràng nối ngay
II	2	1		
III-IV	5	1	Mổ cấp cứu	Cắt đoạn đại tràng làm HMNT

Điều trị

Có 72 người bệnh được điều trị nội khoa bảo tồn (81,82%), 16 người bệnh được tiến hành phẫu thuật (18,18%).

Điều trị nội khoa

Người bệnh được điều trị nội khoa gồm 72 người đều có kết quả chụp CLVT ổ bụng là VTTĐT mức độ nhẹ theo phân loại của Ambrosetti năm 1997 [11] hay ở giai đoạn I theo phân loại của Hinchey năm 1978 [12]. Kết quả điều trị chúng tôi nhận thấy là: 100% người bệnh đáp ứng với điều trị nội khoa, hết các triệu chứng.

Thời gian điều trị trung bình là: $6,6 \pm 3,73$ ngày (ít nhất 1 ngày, nhiều nhất 14 ngày). Thời gian hết đau bụng trung bình là: $3,2 \pm 1,26$ ngày. Thời gian hết sốt trung bình là $2,18 \pm 0,59$ ngày (nhiều nhất 4 ngày, ít nhất 1 ngày).

Điều trị ngoại khoa

Nghiên cứu của chúng tôi có 16 người bệnh chiếm 18,18% được điều trị phẫu thuật. Trong đó mổ cấp cứu là 5 người bệnh (Hinchey IV) (31,25%), mổ phiên 11 người bệnh (2 người bệnh phân độ Hinchey II, 9 người bệnh phân độ Hinchey I tái phát nhiều lần) (68,75%).

Trong số 16 người bệnh mổ, có 10 người bệnh được mổ mở với 5 người bệnh (31,25%) được tiến hành phẫu thuật Hartmann do nhiễm trùng nặng trong ổ bụng và 5 người bệnh (31,25%) được cắt đoạn đại tràng nối ngay. Mổ nội soi được thực hiện ở 6 trường hợp (37,5%): 1 trường hợp (6,25%) được mổ nội soi thăm dò không cắt túi thừa, 5 trường hợp khác được cắt đoạn đại tràng nối ngay.

Kết quả sớm của phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình là $139,38 \pm 56,62$ phút (nhanh nhất 40 phút, lâu nhất là 220 phút). Số ngày điều trị trung bình sau mổ trong nghiên cứu của

chúng tôi là $9,1 \pm 6,35$ ngày.

Trong số 16 người bệnh mổ, 12 người bệnh có kết quả tốt, không xảy ra biến chứng sau mổ, chiếm 75%. Chỉ có 1 trường hợp (6,25%) phải mổ lại để làm sạch ổ bụng và làm hậu môn nhân tạo do bọc miệng nối và 03 trường hợp (18,75%) có nhiễm trùng vết mổ. Kết quả giải phẫu bệnh thấy 56,25% người bệnh có áp xe túi thừa đại tràng, 37,5% viêm túi thừa mạn tính, 1 người bệnh chúng tôi mổ thăm dò nên không có kết quả giải phẫu bệnh.

Bàn luận**Đặc điểm lâm sàng****Đau bụng**

Đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất đối với người bệnh VTTĐT (94,3%). Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu của Hà Đình Thùy¹ và Lee K Yong⁹. Đau hố chậu phải là vị trí hay gặp nhất với 56,8% người bệnh. Theo kết quả nghiên cứu của Lê Huy Lưu tỉ lệ này là 71,6% ở nhóm điều trị bảo tồn và 74,5% ở nhóm phẫu thuật².

Sốt

Chúng tôi nhận thấy người bệnh bị VTTĐT thường ít sốt cao và đa phần không sốt. Đây là một trong các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán phân biệt giữa VTTĐT phải và viêm ruột thừa. Theo Lý Minh Tùng có 56,1% người bệnh có triệu chứng sốt, nhiệt độ trung bình là $38,0 \pm 0,70^{\circ}\text{C}$. Theo Phan Tiến Mạnh, có 37% người bệnh có sốt và 17,6% người bệnh sốt cao. Theo Seok Hoom Kim tỉ lệ sốt cao ở nhóm điều trị nội khoa đại tràng phải là 32,9%, nhóm mổ là 57,1%¹.

Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể thường không điển hình. Theo nghiên cứu của Phan Tiến Mạnh có đến 56,6% người bệnh không có dấu hiệu thực thể, 28,3% có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải⁷. Nghiên cứu của Hà Đình Thùy có 53,2% không có dấu hiệu thực thể, 46,8% có phản ứng thành bụng¹.

Cận lâm sàng**Siêu âm**

Siêu âm giúp chẩn đoán được 44,3% trường hợp VTTĐT và đa phần là túi thừa đại tràng phải. Tỉ lệ phát hiện VTTĐT trên siêu âm ở nghiên cứu của chúng tôi đạt cao hơn nghiên cứu của Lý Minh Tùng với siêu

âm trong chẩn đoán VTTĐT có độ nhạy là 21,95%¹.

Chụp CLVT ổ bụng

Chụp CLVT ổ bụng giúp chẩn đoán xác định được 96,5% trường hợp VTTĐT. Các hình ảnh thường thấy là: dày thành đại tràng, thâm nhiễm xung quanh đại tràng, dịch tự do hoặc khu trú ổ bụng, khí ổ bụng, ổ áp xe... trong đó, tổn thương thâm nhiễm xung quanh đại tràng chiếm tỉ lệ cao nhất với 44,6%, 31,3% tổn thương là dày thành đại tràng và 12,1% là dịch khu trú, còn lại là dịch tự do và khí ổ bụng. Báo cáo của Lee IK và cộng sự cho thấy tất cả các người bệnh VTTĐT đều có hình ảnh thâm nhiễm mỡ và dày thành đại tràng trên CT^{5, 10}.

Nội soi đại tràng

Soi đại tràng được chỉ định ở 53,4% người bệnh và rất có giá trị chẩn đoán khi có các dấu hiệu gợi ý tổn thương qua CT và siêu âm. Tỉ lệ nội soi phát hiện nhiều túi thừa cũng khá tương đồng với chụp CT ổ bụng với 68,1% phát hiện đa túi thừa. Nội soi đại

tràng nên thực hiện khi điều trị nội khoa ổn định, tránh gây viêm phúc mạc toàn thể do soi¹¹.

X quang ổ bụng không chuẩn bị

Chụp X quang bụng không chuẩn bị không có nhiều ý nghĩa trong chẩn đoán, đánh giá mức độ tổn thương và quyết định điều trị⁶.

Tỉ lệ biến chứng

Có 11 người bệnh được ghi nhận là có biến chứng chiếm tỉ lệ 12,5%. Trong đó biến chứng thủng túi thừa có tỉ lệ cao nhất là 5,7%, chảy máu túi thừa là 3,4%. Biến chứng áp xe, hẹp đại tràng và rò bàng quang ít gặp hơn với 1,13%, 100% biến chứng nằm ở túi thừa đại tràng bên trái. Tỉ lệ biến chứng của nhóm VTTĐT trái so với nhóm VTTĐT phải khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.

Điều trị

Bảng phân loại của Hinchey (1978) và Sartelli (2020) (cập nhật về các đặc điểm chẩn đoán hình ảnh và hướng dẫn điều trị)

Bảng phân loại Hinchey (1978) ⁸			Bảng phân loại Sartelli (2015) ¹⁰		
		Gđ 0	Viêm túi thừa với dày thành đại tràng và tăng đậm độ mô mỡ quanh đại tràng (CT scan)	Lâm sàng ổn: điều trị ngoại trú ± kháng sinh	
				Có nhiễm trùng hoặc bệnh kèm: điều trị nội trú với kháng sinh đường uống/ tĩnh mạch	
Gđ I	Viêm mô tế bào hoặc áp-xe quanh đại tràng	Gđ Ia	Bóng khí nhỏ hoặc dịch quanh đại tràng (không có áp-xe)	Điều trị nội trú với kháng sinh đường uống/tĩnh mạch	
		Gđ Ib	Ổ áp-xe <4cm, không có hơi tự do ở xa vị trí túi thừa	Điều trị nội trú với kháng sinh đường tĩnh mạch	Nếu thất bại: dẫn lưu áp-xe dưới hướng dẫn CT
Gđ II	Áp-xe vùng chậu, trong ổ bụng hoặc sau phúc mạc	Gđ IIa	Ổ áp-xe >4cm, không có hơi tự do ở xa vị trí túi thừa	Dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh	
		Gđ IIb	Có hơi tự do ở xa vị trí túi thừa (>5cm từ đoạn đại tràng viêm dày)	Nếu người bệnh ổn/không có bệnh kèm: điều trị bảo tồn, có khả năng dẫn lưu áp-xe qua da Nếu người bệnh không ổn hoặc có bệnh kèm: mổ cắt đoạn đại tràng ± nối ruột	
Gđ III	Viêm phúc mạc mũ	Gđ III	Dịch ổ bụng lan toả, không có hơi tự do	Nếu người bệnh ổn/không có bệnh kèm: mổ nội soi cắt lọc+ dẫn lưu Nếu người bệnh không ổn hoặc có bệnh kèm: mổ cắt đoạn đại tràng ± nối ruột	
Gđ IV	Viêm phúc mạc do phân	Gđ IV	Dịch ổ bụng lan toả, kèm có hơi tự do	Mổ cắt đoạn ĐT ± nối ruột	

Điều trị nội khoa

Người bệnh được điều trị nội khoa chiếm 82% với thời gian điều trị trung bình là $6,6 \pm 3,73$ ngày và thời gian hết đau bụng trung bình là $3,2 \pm 1,26$ ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như tác giả Phan Tiến Mạnh (2015) với tỉ lệ điều trị nội khoa là 50% và ngày điều trị trung bình là $7,68 \pm 2,54$ ngày. Hà Đình Thùy tỉ lệ điều trị nội khoa là 87,3%. Số ngày điều trị trung bình là $5,64 \pm 2,65$ ngày và số ngày hết đau bụng là $2,2 \pm 1,1$ ngày, nghiên cứu của Ricciardi và Alonso với tỉ lệ điều trị nội khoa thành công là 70 – 100%^{1,7}.

Điều trị ngoại khoa

Chỉ định mổ và phương pháp mổ trong nghiên cứu phù hợp với các tác giả trên thế giới. Theo Sartelli và cộng sự các chỉ định phẫu thuật cổ điển bao gồm một số đặc điểm đặc trưng của giai đoạn III hoặc IV theo phân loại của Hinchey⁴. Đối với VTTĐT tái phát, phẫu thuật được đặt ra khi người bệnh có từ 2 - 3 đợt viêm không có biến chứng trở lên trong vòng 2 năm đã được điều trị nội khoa¹¹.

Kết luận

Bệnh VTTĐT gặp ngày càng nhiều ở Việt Nam. Hay gặp ở nhóm tuổi trung niên. Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Tỉ lệ VTTĐT phải chiếm đa số 56,8%. Biến chứng 100% xảy ra ở VTTĐT trái.

Chụp CLVT ổ bụng rất có giá trị, chẩn đoán chính xác tới 96,4%. Nội soi đại tràng là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán nhưng nên chỉ định khi người bệnh ổn định

81,82% người bệnh điều trị nội khoa mang lại kết quả tốt. Chỉ định phẫu thuật cho người bệnh có biến chứng viêm phúc mạc hoặc VTTĐT tái phát nhiều lần.

Tài liệu tham khảo

1. Hà Đình Thùy. Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Viêm Túi Thừa đại tràng Phải Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn CKII. ĐHY Hà Nội; 2018.
2. 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. Luận văn Tiến sĩ. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2019.
3. Sophia M. Swanson, M.D LLS M D, MPH. In the Clinic: Acute Colonic Diverticulitis. Ann Intern Med. 2018;168(9):1-21.
4. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. World J Emerg Surg WJES. 2020;15(32).
5. Horton KM, Corl FM, Fishman EK. CT Evaluation of the Colon: Inflammatory Disease. RadioGraphics. Published online 2000.
6. Phạm Đăng Tú, Võ Tấn Đức, Võ Thị Thúy Hằng. Đặc điểm hình ảnh Xquang cắt lớp vi tính của viêm túi thừa đại tràng. Học TP Hồ Chí Minh. 2019;(1):23.
7. Phan Tiến Mạnh. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Điều Trị Bệnh Lý Viêm Túi Thừa đại tràng Có Biến Chứng Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Luận văn thạc sỹ y học. ĐHY Hà Nội; 2015.
8. Hinchey EJ, Schaal PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. Adv Surg. 1978;12:85-109.
9. Lee K yong, Lee J, Park YY, Kim Y, Oh ST. Difference in Clinical Features between Right- and Left-Sided Acute Colonic Diverticulitis. Sci Rep. 2020;10:3754.
10. Sartelli M, Moore FA, Ansaloni L, Di Saverio S, Coccolini F, Griffiths EA, et al. A proposal for a CT driven classification of left colon acute diverticulitis. World J Emerg Surg. 2015;10:3.
11. Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review. Gastroenterology. 2021;160(3):906-911.e1.