VIÊM TÚI THỪA

# CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán: khi có những biểu hiện sau thì nghi viêm túi thừa hơn là viêm ruột thừa. 2 biểu hiện quan trọng là không có đau di chuyển, bạch cầu < 10K

* Bệnh sử
  + Vị trí đau: bên trên và ra ngoài hơn so với vị trí đau của viêm ruột thừa, đau bắt đầu từ ¼ dưới phải (không có đau di chuyển)
  + Thời gian đau: kéo dài hơn (có thể >7 ngày) VRT
  + Ít nôn/buồn nôn hơn, có tiêu chảy/táo bón
* Tiền căn đau bụng tương tự hay tiền căn viêm túi thừa
* ít đáp ứng viêm hệ thống hơn (bạch cầu < 10K)

Chẩn đoán dựa vào CT. CT scan có độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán viêm túi thừa khoảng 80-90%. Dấu hiệu:

1. Dày thành đại tràng (>5mm), thâm nhiễm mỡ quanh đại tràng, abces cạnh đại tràng
2. Khí trong thành ruột và ngoài ruột, đường dò (sinus tract).

Tuy nhiên CT khó phân biệt chắc chắn viêm túi thừa với K đại tràng.

Do chẩn đoán viêm túi thừa là chẩn đoán trên lâm sàng, và trong giai đoạn cấp ko thể làm nội soi đại tràng được (chống chỉ định nội soi đại tràng và chụp cản quang bằng barium khi đang vào đợt cấp vì nguy cơ thủng) nên không thể phân biệt chắc chắn với K đại tràng, viêm đại tràng, nên sau khi điều trị đợt cấp ổn 6-8 tuần: cho nội soi đại tràng kiểm tra.

# Phân độ HINCHEY

| **Hinchey classification** | | **Modified Hinchey classification by Sher et al.** | |
| --- | --- | --- | --- |
| I | Áp xe, đám quánh quanh ĐT |  |  |
| II | Áp xe bụng, chậu, sau phúc mạc | IIa | Distant abscess amendable to percutaneous drainage |
| IIb | Complex abscess associated with fistula |
| III | VPM mủ toàn thể |  |  |
| IV | VPM phân toàn thể |  |  |

# ĐIỀU TRỊ

## Viêm túi thừa không biến chứng

|  |  |
| --- | --- |
| Lâm sàng | Điều trị |
| No SIRS | Ko nhập viện, uống nước 2-3 ngày, kháng sinh uống 7-10 ngày |
| SIRS | Nhập viện, NPO, kháng sinh TM |
| Thất bại với kháng sinh TM | Mổ khẩn cắt ĐT, mở HMNT |

Điều trị nội: 3 loại kháng sinh tiêm (cephalorprin, aminoglycoside, metronidazole) trong lúc nằm việm, chuyển sang dùng kháng sinh uống 7 ngày sau khi về nhà. Cho uống nước khi BN hết đau bụng (có thể ấn vẫn còn đau), xuất viện khi không có triệu chứng khi ăn thức ăn rắn.

Sau khi điều trị nội khoa thành công, tỉ lệ tái phát viêm túi thừa là 10-30%. Do đó, nếu bn bị viêm túi thừa ko biến chứng tái phát vẫn có thể điều trị nội khoa tiếp.

## Viêm túi thừa có biến chứng

|  |  |
| --- | --- |
| Biến chứng | Điều trị |
| Thủng gây VPM | Mổ cấp cứu cắt ĐT, nối luôn tùy tình trạng ổ bụng |
| Tắc ĐT | Mổ khẩn cắt ĐT, nối luôn |
| Áp xe khu trú >=4cm | Dẫn lưu dưới hướng dẫn CT, cắt ĐT chương trình |
| Áp xe <4cm | Kháng sinh TM, cắt ĐT chương trình |
| Dò đại tràng, bàng quang | Kháng sinh TM, tạo hình bàng quang, cắt ĐT sau |

Cắt túi thừa: ít biến chứng, tỉ lệ tái phát tương đương với cắt đại tràng phải, chỉ định cho những trường hợp chỉ có một túi thừa hoặc phát hiện viêm túi thừa không biến chứng tình cờ trong mổ (như khi chẩn đoán lầm là viêm ruột thừa).

Cắt đại tràng:

* Túi thừa bên trái: bờ trên là giới hạn trên của đoạn ruột bệnh (thành ruột dày, sẹo) nhưng ko cần phải cắt hết đoạn đại tràng có polyp nếu nó ko bị viêm; bờ dưới là chỗ bắt đầu của trực tràng.
* Túi thừa bên phải: Cắt đại tràng phải hay cắt hồi-manh tràng: có phép chẩn đoán chắc chắn dựa trên giải phẫu bệnh; nhược điểm là biến chứng nhiều, thay đổi sinh lý do cắt đi van hồi manh tràng. Chỉ định khi viêm túi thừa phải có biến chứng; không thể thực hiện cắt túi thừa được (do dính, nhiều túi thừa, multicentric diverticulitis…); không thể loại trừ ung thư

Túi thừa bên T thường nhiều, khu trú nên cắt cả đoạn. Còn túi thừa bên P thì ít hơn

# LINH TINH

Túi thừa ở người Việt Nam (người châu Á) thường bên phải (55-70%), thường gặp ở nam (tỉ lệ nam/nữ =2,5:1), tuổi tương đối trẻ (30-50 tuổi), là túi thừa thật (nghĩ do cơ chế gen, tuy nhiên không có bằng chứng rõ ràng), số lượng thường ít hơn, khác với túi thừa ở phương Tây thường ở đại tràng bên trái thường gặp ở nữ và tuổi thường lớn hơn, là túi thừa giả (chỉ có lớp niêm mạc và dưới niêm, ko có lớp cơ), có nhiều túi thừa.

Suất độ túi thừa: 30 viêm ruột thừa : 1 viêm túi thừa

Bệnh túi thừa giờ mới phát hiện ở VN nhiều do:

* Bệnh được quan tâm nhiều hơn, khả năng chẩn đoán tăng (CT scan)
* Trước đây, do viêm túi thừa tự khỏi nên bị bỏ qua, khi mổ bụng trong viêm túi thừa cũng có thể thấy ruột thừa viêm phản ứng nên tưởng là viêm ruột thừa, cắt luôn.

Túi thừa không gặp ở trực tràng do ở đây các dải cơ dọc (taenia coli) hòa lẫn vào nhau bao quanh trực tràng, che đi các điểm yếu trên thành trực tràng.

60% viêm túi thừa đại tràng phải có >=2 túi thừa, 2/3 là multicentric.

Biến chứng viêm túi thừa: giống biến chứng K đại tràng

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Biến chứng | | Biểu hiện |
| **Thủng** | Thủng vào ổ bụng | Có thể đc bít kín bởi mạc nối lớn  Hoặc VPM mủ, phân |
| Rò vào bàng quang, âm đao | Bàng quang: nhiễm trùng tiểu tái đi tái lại, tiểu khí, tiểu phân  Feculent vaginal discharge |
| **Hẹp** | Bán tắc |  |
| Tắc ruột |  |
| **Nhiễm trùng** | Áp xe túi thừa |  |

Viêm túi thừa có dày thành ĐT, thêm vào PỨ viêm nên gây hẹp, TR

Siêu âm thấy áp xe cần phải coi: bên trong khối có gì, vỏ bao rõ ko, xung quanh là gì, cách thành bụng bao nhiêu.