

BMJ Best Practice

Bệnh túi thừa

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: Apr 01, 2018

Mục Lục

Tóm tắt	3
Thông tin cơ bản	4
Định nghĩa	4
Dịch tễ học	4
Bệnh căn học	4
Sinh lý bệnh học	4
Phân loại	5
Phòng ngừa	6
Ngăn ngừa sơ cấp	6
Ngăn ngừa thứ cấp	6
Chẩn đoán	7
Tiền sử ca bệnh	7
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	7
Các yếu tố nguy cơ	8
Các yếu tố về tiền sử và thăm khám	9
Xét nghiệm chẩn đoán	10
Chẩn đoán khác biệt	11
Điều trị	14
Cách tiếp cận điều trị từng bước	14
Tổng quan về các chi tiết điều trị	15
Các lựa chọn điều trị	17
Giai đoạn đầu	24
Liên lạc theo dõi	25
Khuyến nghị	25
Các biến chứng	25
Tiên lượng	26
Hướng dẫn	28
Hướng dẫn chẩn đoán	28
Hướng dẫn điều trị	28
Điểm số bằng chứng	29
Tài liệu tham khảo	30
Tuyên bố miễn trách nhiệm	36

Tóm tắt

- ♦ Thường không có triệu chứng; có thể có táo bón hoặc các triệu chứng ở bụng không đặc hiệu.
- ♦ Viêm túi thừa cấp tính có triệu chứng có biểu hiện kèm theo sốt, tăng bạch cầu, và đau một phần tư bụng dưới bên trái.
- ♦ Chụp X-quang đại trực tràng có thụt cản quang và nội soi đại tràng là các phương pháp chẩn đoán thường áp dụng đối với bệnh túi thừa. Chụp cắt lớp vi tính là phương thức được lựa chọn đối với bệnh viêm túi thừa cấp tính.
- ♦ Điều trị bao gồm giảm nhu động đại tràng, thuốc kháng sinh, và can thiệp phẫu thuật.
- ♦ Các biến chứng gồm có chảy máu, viêm ruột kết phân đoạn, thủng, áp-xe, rò, và tắc nghẽn túi thừa.
- ♦ Điều trị chảy máu cấp tính bằng truyền dịch tĩnh mạch hoặc truyền máu, và cầm máu trực tiếp dưới hướng dẫn CT (gây bít tắc mạch máu).

Định nghĩa

Viêm túi thừa đại tràng là do thoát vị của lớp niêm mạc và dưới dưới niêm mạc qua lớp cơ của thành đại tràng và có thể là hậu quả của hoạt động quá mức các cơ trơn đại tràng. Bệnh viêm túi thừa được định nghĩa là bất kỳ tình trạng lâm sàng nào gây ra các triệu chứng liên quan đến túi thừa đại tràng, bao gồm nhiều mức độ bệnh từ không có triệu chứng đến bệnh nặng và có biến chứng. Viêm túi thừa là tình trạng viêm của một hay nhiều túi thừa, nguyên nhân có thể do nhiễm trùng. Các biến chứng khác của bệnh túi thừa bao gồm viêm ruột kết phân đoạn, xuất huyết tiêu hóa thấp, nhiễm trùng, áp-xe, thủng, viêm phúc mạc, và hình thành lỗ rò.

Dịch tễ học

Khó có thể xác định chính xác tỷ lệ mắc bệnh túi thừa vì hầu hết các bệnh nhân đều không có triệu chứng và nhiều nghiên cứu có tính chất hồi cứu diễn biến.[3] Tuy nhiên, người ta thấy rằng ở các nước phát triển, tỷ lệ mắc bệnh tăng theo độ tuổi, <10% ở những người dưới 40 tuổi, khoảng 50% ở độ tuổi 50, và 50% đến 66% ở người trên 80 tuổi. Những người ăn chay có tỷ lệ mắc bệnh túi thừa thấp hơn.[4] Bệnh túi thừa bên phải, thường gặp nhiều hơn ở châu Á, đã được chứng minh là có liên quan đến chế độ ăn thịt ở người châu Á.[5] Một nghiên cứu báo cáo tỷ lệ lưu hành bệnh chung ở châu Âu là 12% đến 49%.[6] Không có sự khác biệt về giới tính nói chung mắc bệnh túi thừa; tuy nhiên, ở những người lớn tuổi, phụ nữ thường mắc bệnh lý này nhiều hơn.[7]

Ở bệnh nhân lớn tuổi viêm túi thừa cấp tính thường biểu hiện sốt và tăng bạch cầu từ 30% đến 50%. Thể bệnh túi thừa nặng hơn hiếm khi xảy ra ở nam giới béo phì trẻ tuổi (<40 tuổi).[8]

Mặc dù các nghiên cứu trước đó cho rằng bệnh túi thừa hiếm khi xảy ra ở vùng nông thôn Châu Phi và Châu Á, với tỷ lệ cao nhất ở Mỹ, Châu Âu, và Úc, tuy nhiên dữ liệu cho thấy tỷ lệ hiện mắc bệnh túi thừa thậm chí đang tăng lên ở các nước Châu Phi cùng với xu hướng đô thị hóa.[9] [10] [11]

Bệnh căn học

Bệnh túi thừa được cho là đa căn nguyên. Cả hai yếu tố di truyền và môi trường được xem là nguyên nhân gây bệnh, nhất là chế độ ăn ít chất xơ, mà ở các quốc gia phương tây được xem là yếu tố đóng góp chủ yếu.[9] Các yếu tố ảnh hưởng khác được mô tả bao gồm ít hoạt động thể chất, béo phì, tiêu thụ nhiều thịt đỏ, uống rượu và caffeine quá mức, steroid, và thuốc chống viêm không steroid.[2] Các nguyên nhân có thể khác bao gồm thay đổi cấu trúc thành đại tràng (tổng hợp collagen týp III tăng, lắng đọng elastin), vận động đại tràng bất thường, và rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh đại tràng (choline acetyltransferase giảm, tăng biểu đạt serotonin).[5] [12] [13] Các bất thường về mô liên kết ví dụ như hội chứng Ehlers-Danlos,[14] hoặc thoát vị, đã được cho là nguyên nhân của tập hợp các rối loạn gọi là bộ ba Saint (thoát vị khe thực quản, viêm túi thừa đại tràng, sỏi mật). Nhiễm trùng túi thừa có thể là nguyên nhân gây viêm, dẫn đến viêm túi thừa. Không có bằng chứng hỗ trợ cho giả thuyết cho rằng các hạt được ăn vào có thể bị kẹt trong các túi thừa và gây viêm túi thừa.

Sinh lý bệnh học

Chế độ ăn uống ít chất xơ làm tăng thời gian lưu chuyển trong ruột và giảm thể tích phân, dẫn đến tăng áp lực trong lòng ruột và phình đại tràng từng đoạn, dẫn đến việc hình thành túi thừa. Tuy nhiên, cơ chế chính xác chưa hoàn toàn được hiểu rõ và khái niệm này không dễ dàng giải thích bệnh phía bên phải thường gặp ở châu Á. Đại tràng sigma thường bị ảnh hưởng vì đường kính nhỏ.

Túi thừa đại tràng là 'túi thừa giả' (chỉ bao gồm niêm mạc và niêm mạc cơ dày) và thường xảy ra giữa dải dọc đại tràng ở vị trí yếu nơi mà mạch thẳng đi vào thành đại tràng. Các cơ vòng dày lên và các cơ dọc ngắn lại mà thực tế không phải đại cơ, do tăng tích tụ elastin giữa các tế bào cơ và dải dọc đại tràng gây nên. Nitric oxide thông qua việc tác động đến độ đàn nỡ của lớp cơ vòng, được cho là nguyên nhân gây nên sự phân đoạn thành đại tràng trong viêm túi thừa.[15] Các phần thức ăn hoặc phân được cô đặc có thể góp phần gây ra nhiễm trùng, khi kết hợp với tăng áp lực trong lòng ruột, có thể gây viêm, thiếu máu cục bộ, và hoại tử thành túi thừa, dẫn đến thủng. Lỗ thủng nhỏ trên 1 hoặc nhiều túi thừa có thể dẫn đến viêm tấy khu trú, áp-xe nhỏ giới hạn (giai đoạn I), áp-xe lan ra xa (giai đoạn II), viêm phúc mạc toàn thể (giai đoạn III) hoặc thủng rò phân, và viêm phúc mạc phân (giai đoạn IV).[16]

Phân loại

Phân loại lâm sàng

Hiện nay, chưa có phân loại lâm sàng nào được chấp nhận phổ biến. Tuy nhiên, các phân loại lâm sàng sau đây thường được sử dụng:[1] [2]

- Viêm túi thừa không có triệu chứng: thường phát hiện tình cờ khi nội soi đại tràng, thực bari, hoặc chụp cắt lớp vi tính.
- Bệnh túi thừa có triệu chứng không biến chứng: còn gọi là bệnh túi thừa gây đau và thường có đặc điểm là đau bụng dưới bên trái từng cơn, có hoặc không có các triệu chứng chướng bụng, táo bón, hoặc tiêu chảy không đặc hiệu khác. Các triệu chứng có thể tái phát.
- Bệnh túi thừa có biến chứng: biến chứng thường xảy ra nhất là viêm túi thừa cấp tính. Các biến chứng khác gồm có xuất huyết, áp-xe, viêm ruột kết phân đoạn, viêm tấy túi thừa, thủng, viêm phúc mạc, rò, chít hẹp và tắc nghẽn túi thừa.

Mức độ nghiêm trọng của viêm túi thừa cấp tính được phân giai đoạn theo phân loại Hinchey:

- Giai đoạn I: áp-xe nhỏ hoặc giới hạn quanh đại tràng hoặc mạc treo.
- Giai đoạn II: áp-xe lớn cạnh đại tràng, thường lan rộng vào tiểu khung.
- Giai đoạn III: viêm túi thừa dẫn tới thủng gây ra do áp-xe quanh túi thừa, dẫn đến viêm phúc mạc mũ.
- Giai đoạn IV: viêm túi thừa dẫn tới thủng, kết hợp với viêm phúc mạc phân.

Ngăn ngừa sơ cấp

Tăng cường chất xơ bằng cách tiêu thụ nhiều trái cây và rau, hạn chế thịt đỏ và muối, và thường xuyên hoạt động thể chất để duy trì trọng lượng cơ thể lý tưởng, tránh béo phì có thể giúp ngăn chặn bệnh túi thừa.

Ngăn ngừa thứ cấp

Hiện không có hướng dẫn về việc phòng ngừa thứ cấp cho bệnh túi thừa. Tuy nhiên, khuyến khích các giải pháp sức khỏe chung như thường xuyên hoạt động thể chất,^[77] tăng cường ăn trái cây và rau, giảm lượng mỡ bão hòa, thịt đỏ, và đường sẽ giúp cải thiện sức khỏe tim mạch và giảm tỷ lệ mắc bệnh túi thừa.

Tiền sử ca bệnh

Tiền sử ca bệnh #1

Một phụ nữ 57 tuổi có tiền sử cao huyết áp và tăng cholesterol máu đến phòng cấp cứu trong tình trạng đau một phần tư bụng dưới bên trái nặng lên sau 24 giờ kèm theo buồn nôn và nôn. Trước khi bị đau, bệnh nhân không có vấn đề lớn nào về đường tiêu hóa (GI), trù táo bón nhẹ và đôi khi bị chứng khó tiêu sau những bữa ăn nặng. Bà ấy cảm thấy hơi sốt nhưng không đo nhiệt độ. Tiền sử gia đình không có các rối loạn đường tiêu hóa.

Tiền sử ca bệnh #2

Một người đàn ông 32 tuổi bị béo phì, nhưng khỏe mạnh nhập viện vào phòng cấp cứu với cơn đau bụng dưới khởi phát trong thời gian 2 giờ. Anh ta không bị sốt và không có tiền sử bị bệnh nặng nào trước đây, trừ chứng ngáy to, có thể ngưng thở khi ngủ và bị thừa cân.

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Bệnh túi thừa nên được xét đến ở những bệnh nhân thường trên 40 tuổi, có biểu hiện đau và ấn đau một phần tư bụng dưới bên trái, có sốt hoặc không sốt. Biểu hiện không điển hình bao gồm đau bụng dưới bên phải liên quan đến bệnh túi thừa đại tràng bên phải, bệnh nhân trẻ tuổi, béo phì có biểu hiện đau bụng dưới. Khám xét lâm sàng tùy thuộc vào thể lâm sàng và mức độ nghiêm trọng của bệnh túi thừa. Ở bệnh túi thừa có biến chứng, nhất là đối với viêm túi thừa và/hoặc áp-xe, bệnh nhân sẽ có dấu hiệu viêm phúc mạc (cảm ứng phúc mạc, bụng cứng) và có thể có khối u vùng bụng ấn đau và có thể sờ thấy được.

Tất cả bệnh nhân cần làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu (FBC), bạch cầu trung tính, haemoglobin để loại trừ chứng thiếu máu và marker viêm bao gồm cả CRP. Cần nhắc cấy máu ở những bệnh nhân có dấu hiệu hoặc triệu chứng nhiễm trùng toàn thân, những bệnh nhân bệnh nặng, hoặc những bệnh nhân có các biến chứng (như thủng, rò, viêm). Chụp cắt lớp vi tính (CT) vùng bụng là phương thức được lựa chọn và giúp xác nhận bệnh lý viêm túi thừa. Chụp CT có thể cho thấy các dấu hiệu viêm, bao gồm thâm nhiễm mỡ quanh đại tràng trong viêm túi thừa cấp tính, và giúp loại trừ các biến chứng, bao gồm áp-xe quanh đại tràng và áp-xe cạnh đại tràng cũng như viêm túi thừa. Có thể cần nội soi đại tràng sớm hoặc nội soi đại tràng sigma ống mềm ở những bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết trực tràng.

Bệnh nhân không có triệu chứng

Viêm túi thừa không có triệu chứng thường được chẩn đoán tình cờ, trong khi nội soi đại tràng tầm soát hoặc chụp đại tràng có thực barýt cho các chỉ định khác. Ở những bệnh nhân không có triệu chứng, kết quả khám lâm sàng và xét nghiệm máu thường bình thường.

Bệnh nhân có triệu chứng không cấp tính

Bệnh nhân mắc bệnh túi thừa có triệu chứng có thể tái phát đau một phần tư bụng dưới bên trái, sốt, đầy hơi, táo bón hoặc tiêu chảy.^[19] Trong bệnh túi thừa có triệu chứng không biến chứng, kết quả xét nghiệm máu thường bình thường.

Đau/ tình trạng bụng cấp tính

Viêm túi thừa bên phải có thể nhầm lẫn với viêm ruột thừa cấp tính. Ở những bệnh nhân viêm túi thừa cấp tính, ấn đau, cảm ứng phúc mạc và phản ứng thành bụng có thể xuất hiện ở một phần tư bụng dưới bên trái. Bệnh nhân bị

thũng có chảy phân và viêm phúc mạc toàn thể có thể có tình trạng ấn đau lan tỏa. Khối có thể sờ thấy trong những trường hợp tạo thành áp-xe. Ấn đau khung xương chậu khi khám trực tràng bằng ngón tay cũng là dấu hiệu hữu ích. Trong viêm túi thừa cấp tính, công thức máu thường cho thấy tăng bạch cầu đa nhân. Khi người lớn tuổi có tiền sử viêm túi thừa mắc chứng tăng bạch cầu, chẩn đoán viêm túi thừa cấp tính có nhiều khả năng nhất.

Chụp phim ở bệnh nhân có đau bụng/tình trạng bụng cấp tính

Những ca nghi ngờ viêm túi thừa cấp tính, chụp CT là tiêu chuẩn chẩn đoán giúp khẳng định nghi ngờ lâm sàng và để loại trừ các biến chứng của túi thừa.[2] Nếu không thể chụp CT, siêu âm bụng hoặc chụp đại tràng có thắt thuốc cản quang có thể được sử dụng như là một phương pháp thay thế. Một lựa chọn khác là chụp X-quang bụng, phương thức này có thể phát hiện tràn khí phúc mạc, tắc ruột và các vùng tỷ trọng mô mềm. Chụp X-quang vùng bụng và ngực rất hữu ích để loại trừ các bệnh lý bụng ngoại khoa khác và giúp phát hiện khí tự do trong ổ bụng nếu bị thủng ruột.

Nội soi đại tràng sigma ống mềm giới hạn không bơm hơi sẽ giúp nhận biết ung thư biểu mô trực tràng sigma bị thủng giả viêm túi thừa cấp tính. Có thể cân nhắc nội soi đại tràng sigma ống mềm hoặc nội soi đại tràng khi chẩn đoán bệnh ruột thừa không rõ ràng hoặc khi nghi ngờ ung thư hoặc nhồi máu ruột. Cần hết sức cẩn thận trong khi thực hiện các thủ thuật nội soi này để tránh thủng.

Xuất huyết cấp tính

Xuất huyết túi thừa thường xảy ra đột ngột, không đau, xuất huyết đường tiêu hóa thấp ở ạt do đứt động mạch. Xuất huyết túi thừa là nguyên nhân thường gây xuất huyết đường tiêu hóa thấp nhiều nhất ở bệnh nhân lớn tuổi và thường xuất phát từ túi thừa bên phải, nhất là ở những bệnh nhân Châu Á.

Có thể sử dụng nội soi đại tràng hoặc nội soi đại tràng sigma để chẩn đoán chính xác trong khi xuất huyết cấp tính.[25] Nếu xuất huyết quá nhiều khó có thể nhận biết bằng nội soi đại tràng, nên cân nhắc chụp mạch máu hoặc chụp hạt nhân hồng cầu được gắn chất đồng vị.[26]

Soi ổ bụng chẩn đoán

Nếu chẩn đoán ban đầu vẫn không rõ ràng, nên cân nhắc soi ổ bụng chẩn đoán, cũng có thể đem lại nhiều lựa chọn điều trị.

Thủ thuật mở bụng thăm dò

Đôi khi có thể cần thực hiện thủ thuật mở bụng thăm dò khi việc chẩn đoán không chắc chắn.

Các yếu tố nguy cơ

Mạnh

chế độ ăn uống ít chất xơ

- Bằng chứng phần lớn dựa trên các nghiên cứu quan sát.[17] [3]

trên 50 tuổi

- Đây là yếu tố nguy cơ lớn nhất. Tỷ lệ mắc bệnh túi thừa tăng ở người lớn tuổi và rất hiếm khi xảy ra ở trẻ em. Điều này có thể là do độ bền cơ học của thành đại tràng giảm. Những thay đổi trong cấu trúc collagen có thể làm giảm độ bền của thành đại tràng liên quan đến tuổi.[20]

Yếu

Chế độ ăn uống phương Tây

- Chế độ ăn uống phương Tây thiếu chất xơ, nhiều muối, thịt và đường liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh viêm túi thừa tăng. Chế độ ăn uống phương Tây làm lượng phân ít và thời gian lưu chuyển tăng,[18] làm tăng áp lực phân đoạn trong đại tràng, dẫn đến sự hình thành túi thừa.[19]

béo phì (BMI >30)

- Thủng đại tràng và viêm túi thừa tái phát thường xảy ra ở những người có BMI cao hơn 30,[21] và những người này tăng nguy cơ xuất huyết túi thừa.[22]

Sử dụng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID)

- Có mối liên hệ chặt chẽ giữa việc sử dụng NSAID và thủng túi thừa đại tràng.[23] NSAIDs cũng liên quan đến xuất huyết túi thừa.[24]

Các yếu tố về tiền sử và thăm khám

Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu

có các yếu tố nguy cơ (thường gặp)

- Các yếu tố nguy cơ gồm có chế độ ăn uống ít chất xơ và trên 50 tuổi.

đau một phần tư bụng dưới bên trái (thường gặp)

- Có thể nhẹ ở bệnh túi thừa không biến chứng.
- Xuất hiện ở khoảng 70% bệnh nhân viêm túi thừa cấp tính.[19]

tăng bạch cầu (thường gặp)

- Khi xuất hiện ở bệnh nhân lớn tuổi có tiền sử viêm túi thừa, chẩn đoán viêm túi thừa cấp tính có nhiều khả năng nhất.

Sốt (thường gặp)

- Sốt nhẹ thường đi kèm với các đợt viêm túi thừa.

xuất huyết trực tràng (không thường gặp)

- Thường xảy ra đột ngột, không đau, xuất huyết đường tiêu hóa thấp ồ ạt do đứt động mạch; biến chứng của bệnh túi thừa cấp tính.

Các yếu tố chẩn đoán khác

phản ứng thành bụng ở một phần tư bụng dưới bên trái (thường gặp)

- Trong viêm túi thừa cấp tính.

ấn đau ở một phần tư bụng dưới bên trái (thường gặp)

- Trong viêm túi thừa cấp tính.

chướng hơi (thường gặp)

- Bụng chướng hơi thường xảy ra ở những bệnh nhân mắc bệnh túi thừa.

táo bón (thường gặp)

- Bệnh nhân mắc bệnh túi thừa thường bị táo bón, có thể xen kẽ với các đợt tiêu chảy.

ấn đau vùng tiểu khung khi thăm trực tràng (thường gặp)

- Điều này thường gặp trong viêm túi thừa cấp tính.

ấn đau bụng lan tỏa (không thường gặp)

- Trong các ca thủng rò phân và viêm phúc mạc toàn thể.

Tiêu chảy (không thường gặp)

- Bệnh nhân mắc bệnh túi thừa thường bị tiêu chảy, có thể xen kẽ với nhiều đợt táo bón.

khối ở bụng có thể sờ thấy (không thường gặp)

- Có thể hướng đến áp-xe.

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu

Xét nghiệm	Kết quả
xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu (FBC) • Tăng bạch cầu đa nhân xuất hiện trong viêm túi thừa cấp tính. Khi người lớn tuổi có tiền sử viêm túi thừa mắc chứng tăng bạch cầu, chẩn đoán viêm túi thừa cấp tính có nhiều khả năng nhất. Cần cân nhắc kết quả công thức máu khi lần đầu tiếp xúc với bệnh nhân có nghi ngờ viêm túi thừa.	tăng bạch cầu đa nhân

Các xét nghiệm khác cần cân nhắc

Xét nghiệm	Kết quả
chụp x-quang bụng • Được cân nhắc khi nghi ngờ viêm túi thừa cấp tính.	tràn khí phúc mạc, tắc ruột, khối mờ tỷ trọng mô mềm; khí tự do trong trường hợp thủng ruột
chụp cắt lớp vi tính (CT) vùng bụng • Là phương pháp được lựa chọn để khẳng định chẩn đoán viêm túi thừa cấp tính hoặc các nguyên nhân của bụng ngoại khoa khác,[27] trong trường hợp không thể xác định bằng khám lâm sàng và chụp x-quang bụng. Giúp quyết định điều trị nội khoa cho bệnh nhân hay là điều trị phẫu thuật, và để xác định có cần nhập viện không.[27] Cũng giúp loại trừ các biến chứng của viêm túi thừa cấp tính.[2] [27]	quai ruột thành dày, khối mờ, áp-xe, mỡ mạc treo dạng vệt; có thể thấy khí trong bàng quang trong trường hợp rò
siêu âm ổ bụng (Áp dụng kỹ thuật ấn khám có mức độ(graded-compression)) • Được cân nhắc khi không thể chụp CT.	các dấu hiệu áp-xe, thủng, tắc nghẽn
X quang ngực • Được sử dụng để đánh giá tràn khí phúc mạc ở những người nghi bị thủng ruột.	bình thường, hoặc có khí tự do dưới cơ hoành cho chỉ ra tình trạng thủng tạng rỗng

Xét nghiệm		Kết quả
Chụp đại tràng có thụt thuốc cản quang	Sử dụng trong viêm túi thừa cấp tính khi các triệu chứng cấp tính ban đầu đã đỡ để xác nhận chẩn đoán. Thụt chất cản quang hòa tan trong nước được ưu tiên hơn là sử dụng baryt thông thường.	viêm túi thừa, áp-xe, thủng, tắc nghẽn, rò
nội soi đại tràng	Được sử dụng khi chẩn đoán bệnh túi thừa không rõ ràng hoặc khi nghi ngờ ung thư hoặc thiếu máu ruột cục bộ. Có thể được sử dụng để xác định chính xác vị trí trong xuất huyết cấp tính.	Có thể quan sát thấy một túi thừa, nhiều túi thừa, hoặc túi thừa rải rác, có hoặc không có viêm niêm mạc cấp tính; trong trường hợp xuất huyết cấp tính, có thể xác định vị trí xuất huyết hoặc mức độ xuất huyết; có thể giúp phát hiện bệnh lý niêm mạc kèm theo, như thiếu máu ruột cục bộ, viêm đại tràng, và u đại tràng
nội soi đại tràng sigma	Được sử dụng khi chẩn đoán bệnh túi thừa không rõ ràng hoặc khi nghi ngờ ung thư hoặc thiếu máu ruột cục bộ. Có thể được sử dụng để xác định chính xác vị trí trong xuất huyết cấp tính.	bệnh niêm mạc như thiếu máu ruột cục bộ, bệnh viêm đại tràng, và u đại tràng
chụp mạch máu	Được sử dụng trong xuất huyết cấp tính. Được cân nhắc nếu xuất huyết quá nhiều, không thể xác định bằng nội soi đại tràng.	nguyên nhân gây xuất huyết được xác định
chụp hạt nhân hồng cầu được gắn chất đồng vị	Được sử dụng trong xuất huyết cấp tính. Được cân nhắc nếu xuất huyết quá nhiều, không thể xác định bằng nội soi đại tràng.	nguyên nhân gây xuất huyết được xác định
soi ổ bụng chẩn đoán/thủ thuật mở bụng thăm dò	Được cân nhắc nếu chẩn đoán ban đầu không rõ ràng.	viêm túi thừa, áp-xe, thủng, tắc nghẽn, rò
Cấy máu	Nên được cân nhắc ở những bệnh nhân có dấu hiệu hoặc triệu chứng nhiễm trùng hệ thống, những bệnh nhân bệnh nặng, hoặc những bệnh nhân có các biến chứng (như thủng, lỗ rò, viêm).	thường là trực khuẩn gram âm, và các vi khuẩn kỵ khí; chỉ định trước khi sử dụng thuốc kháng sinh

Chẩn đoán khác biệt

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Ung thư đại trực tràng	Tiền sử có thay đổi thói quen đại tiện, thiếu máu, các polyp trong đại tràng và tiền sử gia đình dương tính gợi ý ung thư đại trực tràng.	- Chụp cắt lớp vi tính (CT) cho thấy ung thư biểu mô bao gồm khối u, chít hẹp và tắc nghẽn. - Ung thư đại tràng thường gây thiếu máu, trong khi tăng bạch cầu đa nhân là một đặc điểm của viêm túi thừa cấp tính.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Viêm ruột thừa	- Những bệnh nhân bị viêm ruột thừa cấp tính thường trẻ hơn những người bị viêm túi thừa cấp tính. - Viêm ruột thừa thường đau ở một phần tư bụng dưới bên phải, còn viêm túi thừa thường đau ở một phần tư bụng dưới bên trái trừ trường hợp viêm túi thừa bên phải (ít gặp hơn).	Chụp CT có thể cho thấy các thay đổi đặc trưng của viêm ruột thừa cấp tính. Có thể thấy đường kính của ruột thừa lớn hơn 6 mm kèm theo viêm quanh ruột thừa.
Viêm loét đại tràng	- Thường xuất hiện ở người trẻ tuổi, nhưng tỷ lệ mắc bệnh tăng lên ở độ tuổi 70.[28] - Tiền sử gia đình và sắc tộc da trắng hay gặp hơn.[28] [29]	Nội soi đại tràng sigma giới hạn bằng ống mềm trong giai đoạn sớm cho thấy viêm lan tỏa và loét trong trường hợp viêm loét đại tràng cấp tính.[30] Nội soi đại tràng và sinh thiết được tiến hành sau đó. Kháng thể kháng bạch cầu đa nhân trung tính xuất hiện trong >65% trường hợp viêm loét đại tràng.
Bệnh Crohn	- Thường xuất hiện ở người trẻ tuổi, nhưng tỷ lệ mắc bệnh tăng lên ở độ tuổi 70.[28] - Tiền sử gia đình và sắc tộc da trắng hay gặp hơn.[28] [29]	Kháng thể kháng <i>Saccharomyces cerevisiae</i> trong xét nghiệm máu có thể chỉ ra bệnh Crohn; xuất hiện ở >65% bệnh nhân. Nội soi đại tràng và sinh thiết được tiến hành sau đó.
Nhiễm trùng đường tiểu (NTĐT)	Tần suất mắc, mức độ, triệu chứng đái buốt, tiểu khó, đau vùng bụng dưới.	Xét nghiệm nước tiểu trong trường hợp nhiễm trùng tiết niệu cho thấy số lượng bạch cầu tăng, vi khuẩn tăng, và hiện diện nitrites.
Viêm đài bể thận	Sốt, ớn lạnh, tăng bạch cầu, đau thắt lưng, và ấn đau vùng thận.	Xét nghiệm nước tiểu cho thấy số lượng bạch cầu tăng, vi khuẩn tăng, và hiện diện nitrites.
Viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ	Thường xảy ra ở người lớn tuổi có bằng chứng xơ vữa động mạch, và có biểu hiện đau bụng cũng như xuất huyết trực tràng.	- Chụp x-quang bụng có thể cho thấy phù nề thành ruột và hình ảnh dấu ấn ngón tay ở đại tràng phải trong viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ. - Chụp CT trong viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ cho thấy các thay đổi tương tự một cách chính xác hơn và chụp mạch máu để khẳng định chẩn đoán. - Nội soi đại tràng sigma ống mềm giới hạn nhưng không bơm hơi có thể hữu ích trong việc xác định niêm mạc thiếu máu cục bộ.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Chứng viêm tiểu khung	Bằng chứng của bệnh lây qua đường tình dục: chảy mủ niệu đạo/khí hư ; đau khi di động cổ tử cung.	Xác định vi khuẩn trong mẫu phết niệu đạo/âm đạo bằng soi kính hiển vi, hoặc thông qua kết quả cấy hoặc các xét nghiệm có sẵn khác.
Hội chứng ruột kích thích	Thường xảy ra ở những bệnh nhân trẻ tuổi theo tiêu chuẩn Rome III và không có bằng chứng về bệnh hệ thống.[31]	Kết quả xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh bình thường.

Cách tiếp cận điều trị từng bước

Viêm túi thừa không có triệu chứng

Viêm túi thừa đại tràng là do thoát vị lớp niêm mạc và dưới niêm mạc qua lớp cơ của thành đại tràng và có thể hậu quả của hoạt động quá mức các cơ trơn đại tràng. Viêm túi thừa không có triệu chứng tình cờ được phát hiện không cần điều trị. Có bằng chứng mức độ yếu cho thấy rằng những bệnh nhân này có thể được cải thiện khi tăng cường chế độ ăn uống giàu chất xơ, bao gồm trái cây và rau.[32]

Bệnh túi thừa có triệu chứng

Bệnh viêm túi thừa được định nghĩa là bất kỳ tình trạng lâm sàng nào do các triệu chứng liên quan đến túi thừa đại tràng gây ra và bao gồm nhiều mức độ từ không có triệu chứng đến bệnh nặng và có biến chứng. Đối với những bệnh nhân có các triệu chứng nhẹ, việc điều trị bao gồm thay đổi chế độ ăn, nhất là tăng cường bổ sung chất xơ qua nhiều tuần và tăng lượng bù nước.[33] Nếu có bằng chứng nhiễm trùng và/hoặc nghi ngờ vi khuẩn tăng trưởng quá nhiều, thì có thể bắt đầu sử dụng kháng sinh phổ rộng cho cả vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí gram âm và gram dương, mặc dù có nguy cơ gây viêm đại tràng giả mạc.[34]

Các biến chứng của bệnh túi thừa bao gồm viêm ruột kết phân đoạn, xuất huyết tiêu hóa thấp, nhiễm trùng, áp-xe, thủng, viêm phúc mạc, và hình thành lỗ rò.

Viêm túi thừa có triệu chứng (không có biến chứng)

Viêm túi thừa cho thấy một túi thừa hay nhiều túi thừa bị viêm và có thể do nhiễm trùng gây ra. Mục tiêu chính của việc điều trị viêm túi thừa có triệu chứng bao gồm loại trừ nhiễm trùng và ngăn ngừa các biến chứng. Chế độ ăn dễ tiêu và thuốc kháng sinh đường uống tùy theo chẩn đoán lâm sàng có thể điều trị bệnh lý viêm túi thừa không biến chứng, cái mà không có bất kỳ triệu chứng đau bụng cấp tính nào (ví dụ là các dấu hiệu đau bụng nặng, ấn đau vùng bụng có hoặc không có phản ứng thành bụng gợi ý viêm phúc mạc, chướng bụng). Chế độ ăn dễ tiêu là ăn ít chất xơ và các thức ăn khó tiêu hóa để giảm lượng tồn đọng lại sau khi đã tiêu hóa và hấp thụ vào ruột (ví dụ như bánh mì nguyên chất, ngũ cốc, gạo trắng, rau và nước ép trái cây, sản phẩm làm từ sữa). Nên sử dụng thuốc kháng sinh trong vòng 7 đến 10 ngày.[34] [35]

Những bệnh nhân bị đau bụng, sốt, hoặc tăng bạch cầu nên được cân nhắc sử dụng thuốc kháng sinh đường uống trước tiên và có thể được điều trị an toàn tại nhà, với điều kiện là chụp cắt lớp vi tính (CT) loại trừ bất kỳ biến chứng nào.[36] [37] Nếu vẫn còn sốt và tăng bạch cầu sau 72 giờ, hoặc các triệu chứng viêm túi thừa cấp tính hoặc đau bụng cấp tính xuất hiện, bệnh nhân sẽ được nhập viện và sử dụng thuốc kháng sinh tiêm tĩnh mạch cho đến khi có cải thiện triệu chứng lâm sàng.[34] Cân nhắc cho ruột nghỉ bằng chế độ ăn uống dễ tiêu. Chụp CT để loại trừ các biến chứng.

Một số nhà nghiên cứu đặt câu hỏi về việc có cần sử dụng thuốc kháng sinh cho viêm túi thừa không biến chứng không, họ cho rằng viêm túi thừa có thể là bệnh lý viêm đơn thuần hơn là nhiễm trùng. Hai nghiên cứu ngẫu nhiên ở những bệnh nhân viêm túi thừa không biến chứng sử dụng thuốc kháng sinh so với không sử dụng thuốc kháng sinh không cho thấy sự khác biệt đáng kể nào về tỷ lệ tái phát hoặc biến chứng.[38] [39] Dựa trên bằng chứng này, Hiệp Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ đã có một khuyến cáo ở mức độ thấp rằng thuốc kháng sinh nên được sử dụng có chọn lọc thay vì thường xuyên ở những bệnh nhân bị viêm túi thừa không biến chứng cấp tính.[40]

Viêm túi thừa có triệu chứng (có biến chứng)

Các biến chứng đòi hỏi phải tầm soát và điều trị chuyên sâu gồm có xuất huyết, áp-xe, tắc nghẽn, thủng và lỗ rò. Việc xuất hiện các biến chứng này yêu cầu phải khám ngoại khoa.

Việc điều trị xuất huyết ban đầu nếu có bằng chứng về việc giảm khối lượng tuần hoàn hoặc sốc là duy trì huyết động ổn định bằng cách truyền dịch tinh thể, dịch keo, và máu. Có thể nội soi đại tràng để chẩn đoán chính xác và cầm máu qua nội soi cho phần lớn bệnh nhân. Điều này giảm đáng kể nhu cầu giải phẫu;[25] tuy nhiên, giá trị trong việc ngăn ngừa xuất huyết tiếp theo của nó vẫn không rõ ràng.[41] [42] [43] Nếu xuất huyết quá nhiều không thể nhận biết bằng nội soi đại tràng, nên tiến hành chụp mạch hoặc chụp hạt nhân hồng cầu được gắn chất đồng vị và cố gắng gây đông cầm máu thông qua can thiệp mạch. Nên cân nhắc phẫu thuật nếu vẫn tiếp tục xuất huyết đáng kể mặc dù đã cố gắng cầm máu bằng nội soi và can thiệp mạch.

Áp-xe khu trú có đường kính <3 cm không cần dẫn lưu và có thể được điều trị bằng thuốc kháng sinh.[44] Tuy nhiên, nếu áp-xe có đường kính >3 cm, nó cần được dẫn lưu tốt nhất dưới hướng dẫn của CT hoặc siêu âm và cần phẫu thuật trong trường hợp không thể dẫn lưu được.[2] Chụp CT bụng có tiêm chất cản quang được lựa chọn để dẫn lưu áp-xe qua da.

Soi ổ bụng chẩn đoán sẽ được cân nhắc trước khi thực hiện thủ thuật mở bụng thăm dò nếu chẩn đoán ban đầu không chắc chắn.

Thủ thuật rửa ổ bụng sớm qua mổ nội soi ổ bụng ngày càng được áp dụng như là chiến thuật phẫu thuật đối với viêm túi thừa cấp tính (Hinchey cấp I, II, và III) và đối với các trường hợp điều trị nội khoa và dẫn lưu qua da thất bại để ngăn chặn nhiễm trùng máu.[41] [45] [46] [47] [48] [49] Trong các ca bệnh viêm phúc mạc nặng hoặc lan tỏa, có thể cần thực hiện phẫu thuật cắt đại tràng cấp cứu, một thủ thuật Hartmann, hoặc cắt đoạn đại tràng và nối lại nguyên phát.[50] Cắt đại tràng và nối lại nguyên phát qua nội soi ổ bụng và/hoặc thủ thuật nội soi ổ bụng Hartmann cho những bệnh nhân chọn lựa (Hinchey I, II và III) do các bác sĩ có kinh nghiệm thực hiện hoàn toàn an toàn và có thể cải thiện dự hậu sau phẫu thuật.

Bệnh nhân sẽ tiếp tục hoàn tất điều trị thuốc kháng sinh tiêm tĩnh mạch trong 7 đến 10 ngày tùy theo mức độ hồi phục lâm sàng.

Phẫu thuật chọn lọc đối với bệnh túi thừa tái phát

Tiêu chuẩn khuyến cáo cắt bỏ đại tràng chọn lọc cho bệnh túi thừa tái phát không rõ ràng và không dựa trên số lần phát bệnh trước đó. Cần đánh giá từng bệnh nhân tùy theo độ tuổi, tần suất, và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng tái phát, các biến chứng trước đó, và các bệnh mắc kèm.[51] [52] Trong trường hợp quyết định phẫu thuật, thủ thuật cắt bỏ đại tràng qua nội soi ổ bụng có tính khả thi và an toàn, có thể đẩy nhanh tiến trình hồi phục sau phẫu thuật, và cho thấy ít xảy ra biến chứng sau phẫu thuật hơn, bao gồm nhiễm trùng vết mổ.[53] [54] [55]

Tổng quan về các chi tiết điều trị

Tham khảo cơ sở dữ liệu được địa phương của quý vị để biết thông tin toàn diện về thuốc, bao gồm các chống chỉ định, tương tác giữa các loại thuốc, và liều dùng thay thế. (xem [Tuyên bố miễn trách nhiệm](#))

Cấp tính (tóm tắt)	
viêm túi thừa không có triệu chứng	
1	Không cần điều trị
bệnh túi thừa có triệu chứng	
1	thay đổi chế độ ăn uống + bổ sung chất xơ
bổ sung	điều trị kháng sinh đường uống

Cấp tính**(tóm tắt)****viêm túi thừa có triệu chứng (không có biến chứng)**

- | | |
|---------|--------------------------------------|
| 1 | Thuốc giảm đau |
| bổ sung | điều trị kháng sinh đường uống |
| bổ sung | chế độ ăn thức ăn dễ tiêu |
| 2 | liệu pháp kháng sinh đường tĩnh mạch |
| thêm | Thuốc giảm đau |
| bổ sung | chế độ ăn thức ăn dễ tiêu |

viêm túi thừa có triệu chứng (có biến chứng)

■ kèm theo xuất huyết trực tràng cấp tính

- | | |
|------|--|
| 1 | cầm máu nội soi/can thiệp mạch cầm máu |
| thêm | điều trị hỗ trợ + thuốc kháng sinh |
| thêm | Thuốc giảm đau |
| thêm | chế độ ăn thức ăn dễ tiêu |
| 2 | phẫu thuật |
| thêm | điều trị hỗ trợ + thuốc kháng sinh |
| thêm | Thuốc giảm đau |
| thêm | chế độ ăn thức ăn dễ tiêu |

■ không đáp ứng với thuốc kháng sinh tiêm tĩnh mạch hoặc áp-xe có đường kính >3 cm, thủng, lỗ rò, hoặc tắc nghẽn

- | | |
|------|--------------------------------------|
| 1 | dẫn lưu/phẫu thuật dưới hướng dẫn CT |
| thêm | liệu pháp kháng sinh đường tĩnh mạch |
| thêm | Thuốc giảm đau |
| thêm | chế độ ăn thức ăn dễ tiêu |

Tiếp diễn**(tóm tắt)****viêm túi thừa tái phát**

- | | |
|---|---------------------|
| 1 | phẫu thuật chọn lọc |
|---|---------------------|

Các lựa chọn điều trị

Cấp tính

viêm túi thừa không có triệu chứng

1

Không cần điều trị

» Viêm túi thừa đại tràng là do thoát vị lớp niêm mạc và dưới niêm mạc qua lớp cơ của thành đại tràng và có thể hậu quả của hoạt động quá mức các cơ trơn đại tràng. Viêm túi thừa không có triệu chứng tình cờ được phát hiện không cần điều trị. Có bằng chứng mức độ yếu cho thấy rằng những bệnh nhân này có thể được cải thiện khi tăng cường chế độ ăn uống giàu chất xơ, bao gồm trái cây và rau.[32]

bệnh túi thừa có triệu chứng

1

thay đổi chế độ ăn uống + bổ sung chất xơ

» Bệnh viêm túi thừa được định nghĩa là bất kỳ tình trạng lâm sàng nào gây ra các triệu chứng liên quan đến túi thừa đại tràng. Đối với những bệnh nhân có các triệu chứng nhẹ, điều trị bao gồm thay đổi chế độ ăn uống, nhất là dần dần tăng lượng chất xơ qua nhiều tuần và tăng lượng bù nước.[33]

bổ sung

điều trị kháng sinh đường uống

Các lựa chọn sơ cấp

» amoxicillin/clavulanic acid: 500 mg uống mỗi 8 giờ trong 7 ngày
Liều dùng tính theo amoxicillin.

HOẶC

» Ciprofloxacin: 500 mg uống mỗi 12 giờ trong 7-10 ngày
-và-
» metronidazole: 500 mg uống mỗi 8 giờ trong 7-10 ngày

» Nếu có bằng chứng nhiễm trùng và/hoặc nghi ngờ vi khuẩn nhân lên nhiều, thì có thể bắt đầu sử dụng kháng sinh phổ rộng cho cả vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí gram âm và gram dương; mặc dù có nguy cơ gây viêm đại tràng giả mạc.[34]

viêm túi thừa có triệu chứng (không có biến chứng)

1

Thuốc giảm đau

Các lựa chọn sơ cấp

» Paracetamol: 500-1000 mg uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

Cấp tính

Các lựa chọn thứ cấp

» **tramadol**: 50-100 mg uống (giải phóng tức thời) mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 400 mg/ngày

Các lựa chọn cấp ba

» **Morphine**: 5-10 mg tiêm dưới da/trong cơ mỗi 4 giờ nếu cần

» Sử dụng paracetamol đường uống khởi đầu để giảm đau là đơn giản hơn cả. Tùy theo mức độ đau, có thể tăng mức độ giảm đau bằng tramadol và tăng dần với opioid, bao gồm morphine được chỉnh liều phù hợp, nếu cần. Tuy nhiên, nói chung, nên tránh sử dụng thuốc giảm đau gây táo bón.

bổ sung

điều trị kháng sinh đường uống

Các lựa chọn sơ cấp

» **amoxicillin/clavulanic acid**: 500 mg uống mỗi 8 giờ trong 7 ngày
Liều dùng tính theo amoxicillin.

HOẶC

» **Ciprofloxacin**: 500 mg uống mỗi 12 giờ trong 7-10 ngày
-và-
» **metronidazole**: 500 mg uống mỗi 8 giờ trong 7-10 ngày

» Viêm túi thừa là viêm một túi thừa hay nhiều túi thừa và có thể do nhiễm trùng gây ra. Trong viêm túi thừa không có biến chứng, điều trị thuốc kháng sinh đường uống dựa trên chẩn đoán lâm sàng.[34] Nếu không cải thiện sau 72 giờ, và/hoặc vẫn còn sốt và tăng bạch cầu, bệnh nhân được nhập viện và sử dụng thuốc kháng sinh tiêm tĩnh mạch cho đến khi có cải thiện lâm sàng.[1][C]Evidence

» Một số nhà nghiên cứu đặt câu hỏi về việc có cần sử dụng thuốc kháng sinh cho viêm túi thừa không biến chứng không, họ cho rằng viêm túi thừa có thể là bệnh lý viêm đơn thuần hơn là nhiễm trùng. Hai nghiên cứu ngẫu nhiên ở những bệnh nhân viêm túi thừa không biến chứng sử dụng thuốc kháng sinh so với không sử dụng thuốc kháng sinh không cho thấy sự khác biệt đáng kể nào về tỷ lệ tái phát hoặc biến chứng.[38] [39] Dựa trên bằng chứng này, Hiệp Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ đã có một khuyến cáo ở mức độ thấp rằng thuốc kháng sinh nên được sử dụng có chọn lọc thay vì thường xuyên ở những bệnh nhân bị viêm túi thừa không biến chứng cấp tính.[40]

bổ sung

chế độ ăn thức ăn dễ tiêu

Cấp tính

» Chế độ ăn dễ tiêu giúp giảm tần suất và lượng phân trong khi kéo dài thời gian lưu chuyển trong ruột. Thường hạn chế thức ăn làm tăng hoạt động của ruột, ít chất xơ và lượng thức ăn không được tiêu hóa còn lại rất ít sau khi tiêu hóa và hấp thụ vào ruột (ví dụ như bánh mì nguyên chất, ngũ cốc, gạo trắng, rau và nước ép trái cây, sản phẩm làm từ sữa).

2 liệu pháp kháng sinh đường tĩnh mạch

Các lựa chọn sơ cấp

» **ceftriaxone**: 1-2 g đường tĩnh mạch mỗi 24 giờ một lần

-và-

» **metronidazole**: 500 mg đường tĩnh mạch mỗi 8 giờ một lần

HOẶC

» **piperacillin/tazobactam**: 3,375 g đường tĩnh mạch mỗi 6 giờ một lần

Liều dùng bao gồm 3 g piperacillin và 0,375 g tazobactam.

» Kháng sinh đường tĩnh mạch được sử dụng nếu không có cải thiện trong 72 giờ sau khi bắt đầu uống thuốc kháng sinh hoặc các triệu chứng viêm túi thừa cấp tính hoặc đau bụng cấp tính xuất hiện và/hoặc vẫn còn sốt và tăng bạch cầu.[34] 1[C]EvidenceNên cân nhắc nhập viện cho đến khi cải thiện lâm sàng.

thêm

Thuốc giảm đau

Các lựa chọn sơ cấp

» **Paracetamol**: 500-1000 mg uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

Các lựa chọn thứ cấp

» **tramadol**: 50-100 mg uống (giải phóng tức thời) mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 400 mg/ngày

Các lựa chọn cấp ba

» **Morphine**: 5-10 mg tiêm dưới da/trong cơ mỗi 4 giờ nếu cần

» Thuốc giảm đau khởi đầu thường được lựa chọn là paracetamol đường uống. Tùy theo mức độ đau, có thể tăng mức độ giảm đau bằng tramadol và tăng dần với opioid, bao gồm morphine được chỉnh liều, nếu cần. Tuy nhiên, nói chung, nên tránh sử dụng thuốc giảm đau gây táo bón.

bổ sung

chế độ ăn thức ăn dễ tiêu

» Chế độ ăn dễ tiêu giúp giảm tần suất và lượng phân trong khi kéo dài thời gian lưu chuyển trong ruột.

Cấp tính

Thường hạn chế thức ăn làm tăng hoạt động của ruột, ít chất xơ và lượng thức ăn không được tiêu hóa còn lại rất ít sau khi tiêu hóa và hấp thụ vào ruột (ví dụ như bánh mì nguyên chất, ngũ cốc, gạo trắng, rau và nước ép trái cây, sản phẩm làm từ sữa).

viêm túi thừa có triệu chứng (có biến chứng)

- kèm theo xuất huyết trực tràng cấp tính

1

cầm máu nội soi/can thiệp mạch cầm máu

» Điều trị xuất huyết ban đầu nếu có bằng chứng về việc giảm thể tích tuần hoàn hoặc sốc là duy trì huyết động ổn định bằng truyền dịch tinh thể, dịch keo, và máu.

» Sau đó, cân nhắc nội soi đại tràng, không chỉ để chẩn đoán chính xác, mà còn để cầm máu bằng nội soi. Nếu xuất huyết quá nhiều khó xác định bằng nội soi đại tràng, có thể cân nhắc tiến hành chụp mạch hoặc chụp hạt nhân hồng cầu được gắn chất đồng vị và cố gắng gây đông cầm máu thông qua can thiệp mạch.

» Có thể cân nhắc phẫu thuật nếu vẫn tiếp tục xuất huyết đáng kể mặc dù đã cố gắng cầm máu bằng nội soi và can thiệp mạch.

thêm

điều trị hỗ trợ + thuốc kháng sinh

Các lựa chọn sơ cấp

» **amoxicillin/clavulanic acid**: 500 mg uống mỗi 8 giờ trong 7 ngày
Liều dùng tính theo amoxicillin.

HOẶC

» **Ciprofloxacin**: 500 mg uống mỗi 12 giờ trong 7-10 ngày
-và-
» **metronidazole**: 500 mg uống mỗi 8 giờ trong 7-10 ngày

» Điều trị xuất huyết ban đầu nếu có bằng chứng về việc giảm thể tích tuần hoàn hoặc sốc là duy trì huyết động ổn định bằng truyền dịch tinh thể, dịch keo, và máu.

» Thường khuyến cáo sử dụng thuốc kháng sinh từ 7 đến 10 ngày trên cơ sở nghi ngờ tình trạng viêm/nhiễm trùng cấp gây ra xuất huyết.

thêm

Thuốc giảm đau

Các lựa chọn sơ cấp

» **Paracetamol**: 500-1000 mg uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

Các lựa chọn thứ cấp

Cấp tính

» tramadol: 50-100 mg tiêm dưới da/trong cơ mỗi 4-6 giờ nếu cần

Các lựa chọn cấp ba

» Morphine: 5-10 mg tiêm dưới da/trong cơ mỗi 4 giờ nếu cần

» Thuốc giảm đau ban đầu thường được lựa chọn là paracetamol. Tùy theo mức độ đau, có thể tăng mức độ giảm đau bằng tramadol và tăng dần với opioid, bao gồm morphine được chỉnh liều, nếu cần. Tuy nhiên, nói chung, nên tránh sử dụng thuốc giảm đau gây táo bón.

thêm chế độ ăn thức ăn dễ tiêu

» Khuyến cáo chế độ ăn dễ tiêu cho những bệnh nhân này trong giai đoạn cấp tính cho đến khi hồi phục.

» Chế độ ăn dễ tiêu giúp giảm tần suất và lượng phân trong khi kéo dài thời gian lưu chuyển trong ruột. Thường hạn chế thức ăn làm tăng hoạt động của ruột, ít chất xơ và lượng thức ăn không được tiêu hóa còn lại rất ít sau khi tiêu hóa và hấp thụ vào ruột (ví dụ như bánh mì nguyên chất, ngũ cốc, gạo trắng, rau và nước ép trái cây, sản phẩm làm từ sữa).

2 phẫu thuật

» Những bệnh nhân xuất huyết nghiêm trọng không thể điều trị bằng nội soi và can thiệp mạch cầm máu có thể cần phẫu thuật.

thêm điều trị hỗ trợ + thuốc kháng sinh

» Điều trị xuất huyết ban đầu nếu có bằng chứng về việc giảm thể tích tuần hoàn hoặc sốc là duy trì huyết động ổn định bằng truyền dịch tinh thể, dịch keo, và máu.

» Thường khuyến cáo sử dụng thuốc kháng sinh từ 7 đến 10 ngày trên cơ sở nghi ngờ tình trạng viêm/nhiễm trùng cấp gây ra xuất huyết.

thêm Thuốc giảm đau

Các lựa chọn sơ cấp

» Paracetamol: 1000 mg tiêm tĩnh mạch mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

Các lựa chọn thứ cấp

» tramadol: 50-100 mg tiêm dưới da/trong cơ mỗi 4 đến 6 giờ nếu cần

Các lựa chọn cấp ba

» Morphine: 5-10 mg tiêm dưới da/trong cơ mỗi 4 giờ nếu cần

Cấp tính

- không đáp ứng với thuốc kháng sinh tiêm tĩnh mạch hoặc áp-xe có đường kính >3 cm, thủng, lỗ rò, hoặc tắc nghẽn

thêm

» Ở những bệnh nhân bị bệnh cấp tính, thường ưu tiên sử dụng thuốc giảm đau đường tiêm, thường là paracetamol, tramadol, hoặc morphine.

chế độ ăn thức ăn dễ tiêu

» Khuyến cáo chế độ ăn dễ tiêu cho những bệnh nhân này trong giai đoạn cấp tính cho đến khi hồi phục.

» Chế độ ăn dễ tiêu giúp giảm tần suất và lượng phân trong khi kéo dài thời gian lưu chuyển trong ruột. Thường hạn chế thức ăn làm tăng hoạt động của ruột, ít chất xơ và lượng thức ăn không được tiêu hóa còn lại rất ít sau khi tiêu hóa và hấp thụ vào ruột (ví dụ như bánh mì nguyên chất, ngũ cốc, gạo trắng, rau và nước ép trái cây, sản phẩm làm từ sữa).

1

dẫn lưu/phẫu thuật dưới hướng dẫn CT

» Có thể cân nhắc can thiệp phẫu thuật đối với bệnh túi thừa không đáp ứng với điều trị nội khoa. Có thể cần phẫu thuật đối với các biến chứng như viêm túi thừa tái phát, áp-xe, thủng, lỗ rò, và tắc nghẽn.

» Có thể dẫn lưu áp-xe khu trú dưới hướng dẫn chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc siêu âm và, trong trường hợp không thể thực hiện được, có thể cần phẫu thuật.[2] Chụp CT bụng có tiêm chất cản quang được lựa chọn để dẫn lưu áp-xe qua da.

» Soi ổ bụng chẩn đoán sẽ được cân nhắc trước khi thủ thuật mở bụng thăm dò nếu chẩn đoán ban đầu không chắc chắn. Bơm rửa phúc mạc qua nội soi ổ bụng ngày càng được làm nhiều như là một lựa chọn điều trị cho các trường hợp lỗ thủng đã bít có viêm phúc mạc mù.[46] [47] [48] [49]

» Vẫn có thể cần thực hiện thủ thuật mở bụng thăm dò khi việc chẩn đoán ban đầu vẫn không chắc chắn.

» Bệnh nhân sẽ tiếp tục hoàn tất điều trị thuốc kháng sinh tiêm tĩnh mạch trong 7 đến 10 ngày tùy theo mức độ hồi phục lâm sàng.

thêm

liệu pháp kháng sinh đường tĩnh mạch**Các lựa chọn sơ cấp**

» **ceftriaxone**: 1-2 g đường tĩnh mạch mỗi 24 giờ một lần

-và-

» **metronidazole**: 500 mg đường tĩnh mạch mỗi 8 giờ một lần

HOẶC

» **piperacillin/tazobactam**: 3,375 g đường tĩnh mạch mỗi 6 giờ một lần

Liều dùng bao gồm 3 g piperacillin và 0,375 g tazobactam.

Cấp tính

thêm

» Bệnh nhân sẽ tiếp tục hoàn tất điều trị thuốc kháng sinh tiêm tĩnh mạch trong 7 đến 10 ngày tùy theo mức độ hồi phục lâm sàng.

Thuốc giảm đau**Các lựa chọn sơ cấp**

» **Paracetamol**: 1000 mg tiêm tĩnh mạch mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

Các lựa chọn thứ cấp

» **tramadol**: 50-100 mg tiêm dưới da/trong cơ mỗi 4 đến 6 giờ nếu cần

Các lựa chọn cấp ba

» **Morphine**: 5-10 mg tiêm dưới da/trong cơ mỗi 4 giờ nếu cần

» Nhóm bệnh nhân này thường cần sử dụng thuốc giảm đau đường tiêm, thường là paracetamol, tramadol, hoặc morphine.

thêm

chế độ ăn thức ăn dễ tiêu

» Khuyến cáo chế độ ăn dễ tiêu cho những bệnh nhân này trong giai đoạn cấp tính cho đến khi hồi phục.

» Chế độ ăn dễ tiêu giúp giảm tần suất và lượng phân trong khi kéo dài thời gian lưu chuyển trong ruột. Thường hạn chế thức ăn làm tăng hoạt động của ruột, ít chất xơ và lượng thức ăn không được tiêu hóa còn lại rất ít sau khi tiêu hóa và hấp thụ vào ruột (ví dụ như bánh mì nguyên chất, ngũ cốc, gạo trắng, rau và nước ép trái cây, sản phẩm làm từ sữa).

Tiếp diễn

viêm túi thừa tái phát

1

phẫu thuật chọn lọc

» Tiêu chuẩn khuyến cáo cắt bỏ đại tràng chọn lọc cho bệnh túi thừa tái phát không rõ ràng và không dựa trên số lần phát bệnh trước đó. Cần đánh giá từng bệnh nhân tùy theo độ tuổi, tần suất, và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng tái phát, các biến chứng trước đó, và các bệnh mắc kèm.[51] [52] Trong trường hợp quyết định phẫu thuật, thủ thuật cắt bỏ đại tràng qua nội soi ổ bụng có tính khả thi và an toàn, có thể đẩy nhanh tiến trình hồi phục sau phẫu thuật, và cho thấy ít xảy ra biến chứng sau phẫu thuật hơn, bao gồm nhiễm trùng vết mổ.[53] [55]

Giai đoạn đầu

Mesalazine

Mesalazine, thuốc kháng viêm, ức chế một số yếu tố quan trọng của chuỗi phản ứng viêm và còn có hoạt tính chống oxy hóa. Cơ sở sử dụng thuốc này trong bệnh túi thừa tương tự như trong bệnh viêm ruột, mặc dù cơ chế hoạt động chính xác chưa được biết rõ. Mặc dù các thử nghiệm sớm cho thấy tỷ lệ mắc bệnh viêm túi thừa cấp tính tái phát giảm,[56] [57] [58] [59] một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm lớn không cho thấy lợi ích trong phòng ngừa viêm túi thừa tái phát hay sự cần thiết phải phẫu thuật về sau.[60] Tuy nhiên, thuốc này có thể thích hợp cho những bệnh nhân đang có các cơn viêm túi thừa cấp tính tái phát, nhất là những bệnh nhân không thể phẫu thuật hoặc đang chờ phẫu thuật.

Rifaximin

Rifaximin là thuốc kháng sinh được sử dụng cho các bệnh lý nhiễm trùng đường tiêu hóa. Các thử nghiệm cho thấy tỷ lệ mắc mới bệnh viêm túi thừa cấp tính tái phát giảm.[61] Rifaximin có thể sử dụng kèm theo mesalamine. Có bằng chứng mới cho thấy rằng việc điều trị với rifaximin và bổ sung chất xơ có thể làm giảm triệu chứng và có thể ngăn ngừa các biến chứng xa ở những bệnh nhân chưa có biến chứng.[62]

Men vi sinh

Men vi sinh là những vi khuẩn sống làm biến đổi hệ vi khuẩn trong ruột theo hướng có lợi cho sức khỏe. Men vi sinh chẳng hạn như Lactobacillus và Escherichia coli không gây bệnh đã được sử dụng để làm giảm triệu chứng cơ năng và kéo dài sự thuyên giảm trong bệnh túi thừa không biến chứng, mặc dù cơ sở của bằng chứng còn yếu.[63] [64]

Khuyến nghị

Giám sát

Khuyến cáo nội soi đại tràng sigma và nội soi đại tràng ống mềm sau khi đợt viêm túi thừa cấp tính đầu tiên đã khỏi để loại trừ ung thư đại trực tràng hoặc các chẩn đoán phân biệt khác; chụp x-quang có thực baryt có thể sử dụng để thay thế.[76] Mặc dù không có mối liên hệ giữa bệnh túi thừa và sự hình thành khối u đại trực tràng, nội soi đại tràng tầm soát ung thư đại trực tràng sẽ được cân nhắc ở những bệnh nhân trên 50 tuổi có nguy cơ thông thường và sớm hơn ở những bệnh nhân có nguy cơ cao ung thư đại trực tràng.

Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

Bệnh nhân được hướng dẫn tăng chế độ ăn nhiều chất xơ bằng cách ăn nhiều trái cây và rau, thường xuyên hoạt động thể chất, và duy trì cân nặng lý tưởng.

Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
lổ rò	dài hạn	thấp
Hình thành khi áp-xe túi thừa bị vỡ vào cơ quan lân cận như bàng quang ở nam và âm đạo ở phụ nữ.[72] Rò đại tràng-bàng quang thường xuất hiện kèm theo đái ra khí, đái ra phân và nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát.[73] Phân hoặc khí từ ra theo đường âm đạo hướng đến chẩn đoán rò đại tràng-âm đạo. Lổ rò ít phổ biến hơn bao gồm rò đại tràng-ruột non, đại tràng-tử cung, và đại tràng-niệu đạo. Các phương pháp chẩn đoán bao gồm nội soi bàng quang, chụp x-quang bàng quang, thử nghiệm dùng methylene blue, và chụp x-quang có chất cản quang. Phẫu thuật chỉnh sửa là một lựa chọn điều trị.[72] [73] Nếu bị thủng, nên sử dụng thuốc kháng sinh để ngăn viêm phúc mạc toàn thể và nhiễm trùng máu.		
khối u đại trực tràng	dài hạn	thấp
Mặc dù không có mối liên hệ giữa tình trạng đa túi thừa và sự hình thành khối u đại trực tràng, nhưng một nghiên cứu cho thấy rằng phụ nữ bị đa túi thừa ngoại biên mở rộng có nhiều khả năng hình thành khối u ngoại biên.[75] Nên nghi ngờ và soi đại tràng tầm soát thông thường(chi phí thấp) được khuyến cáo nhằm phát hiện sớm và điều trị khối u đại trực tràng ở những bệnh nhân này.		
áp-xe	biến thiên	trung bình

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Hầu hết các áp-xe nhỏ quanh đại tràng đáp ứng với việc cho ruột nghỉ ngơi và sử dụng thuốc kháng sinh phổ rộng. Dẫn lưu áp-xe qua da dưới hướng dẫn chụp cắt lớp vi tính có thể thúc đẩy nhanh quá trình lành bệnh và không cần phẫu thuật.[69] Cần tiến hành phẫu thuật khi việc điều trị nội khoa và dẫn lưu qua da không đem lại kết quả cải thiện lâm sàng. Cũng cần cân nhắc phẫu thuật trong những ca áp-xe đa ổ hoặc khó tiếp cận. Áp-xe ở cách xa vùng bụng vẫn có thể là một biến chứng của viêm túi thừa cho dù không có các triệu chứng đau bụng dưới bên trái đáng kể. Dẫn lưu qua nội soi ổ bụng sớm và bơm rửa phúc mạc là một lựa chọn điều trị ngày càng được chấp nhận nhiều hơn và là đối tượng của các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên.[46] Tuy nhiên, 2 thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm cho biết rằng phương pháp bơm rửa qua nội soi ổ bụng không cải thiện kết quả so với cắt bỏ và làm tăng khả năng phẫu thuật lại.[70] [71] Soi ổ bụng chẩn đoán/thủ thuật mở bụng thăm dò sẽ được cân nhắc sớm nếu chẩn đoán ban đầu không rõ ràng.		
thủng	biến thiên	trung bình
Lỗ thủng nhỏ thường tự bít lại và phương thức điều trị bảo tồn bao gồm kháng sinh, truyền dịch tĩnh mạch, và giúp ruột nghỉ ngơi cho đến khi lành bệnh hoàn toàn. Tuy nhiên, thủng ruột có rò khí là trường hợp cấp cứu cần phẫu thuật vì nếu không được điều trị, có thể gây viêm phúc mạc toàn thể làm tăng tỷ lệ tử vong. Mặc dù chụp cắt lớp vi tính giúp khẳng định chẩn đoán, sự hiện diện của khí tự do trên X-quang chuỗi vùng bụng đi kèm với chỉ số nghi ngờ lâm sàng cao đòi hỏi tiến hành thủ thuật mở bụng thăm dò. Khi có bác sĩ có kinh nghiệm, thì soi ổ bụng và rửa phúc mạc qua soi ổ bụng có thể là một lựa chọn thay thế.[46] [47] [48] [49]		
chít hẹp, tắc nghẽn	biến thiên	trung bình
Viêm và xơ hóa có thể gây chít hẹp, làm tắc nghẽn một phần hoặc toàn bộ. Tắc ruột cũng có thể do tăng áp lực quai ruột bị viêm hoặc (các) quai ruột nhỏ bị rối trong quá trình viêm. Tắc ruột và tắc ruột giả đều có thể gặp. Trong trường hợp chít hẹp, nên phân biệt với khối u gây tắc; cần thực hiện sinh thiết qua nội soi đại tràng trong trường hợp này. Nong bằng bóng và đặt stent có thể được xem là biện pháp điều trị.[74] Nếu không thể nong hoặc không thể loại trừ khối u ác tính, cần phẫu thuật cắt bỏ. Cho ruột nghỉ ngơi, dẫn lưu dịch dạ dày, và thuốc kháng sinh tiêm tĩnh mạch có thể giải quyết được chứng bán tắc ruột. Chụp x-quang bụng để đánh giá mức độ tắc ruột và nhận biết sớm các dấu hiệu thiếu máu cục bộ trong ruột. Nếu tình trạng này không cải thiện sau khi điều trị bảo tồn hoặc có bằng chứng thiếu máu cục bộ trong ruột, thì can thiệp phẫu thuật được chỉ định, Tắc ruột giả nên được điều trị bảo tồn bằng cách điều trị các bệnh nền như nhiễm trùng máu, rối loạn điện giải, truyền dịch, và dẫn lưu dạ dày.		

Tiên lượng

Hầu hết các bệnh nhân viêm túi thừa không biến chứng hồi phục sau khi điều trị nội khoa và không cần can thiệp phẫu thuật.

Bệnh tái phát

Một phần ba bệnh nhân bị tái phát bệnh sau khi đáp ứng với điều trị nội khoa, phần lớn trong vòng 5 năm.[17] [65] Nguy cơ tái phát có vẻ cao hơn ở bệnh nhân trẻ tuổi và những người hình thành áp-xe khi chẩn đoán.[66] Bệnh tái phát kết hợp với tăng tỷ lệ tử vong, và ít có triển vọng đáp ứng liệu pháp hơn.

Sau phẫu thuật

Khoảng một phần tư bệnh nhân sau khi điều trị phẫu thuật vẫn còn triệu chứng.[67] [68]

Hướng dẫn chẩn đoán

Bắc Mỹ

Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis

Nhà xuất bản: American Society of Colon and Rectal Surgeons

Xuất bản lần cuối: 2014

Hướng dẫn điều trị

Châu Âu

Practice parameters for the treatment of colonic diverticular disease: Italian Society of Colon and Rectal Surgery (SICCR) guidelines

Nhà xuất bản: Italian Society of Colon and Rectal Surgery

Xuất bản lần cuối: 2015

Position statement on elective resection for diverticulitis

Nhà xuất bản: Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland

Xuất bản lần cuối: 2011

British consensus guidelines on intravenous fluid therapy for adult surgical patients (GIFTASUP)

Nhà xuất bản: Association of Surgeons of Great Britain and Ireland; Society of Academic Research Surgery; BAPEN Medical; Intensive Care Society; Association for Clinical Biochemistry; Renal Association

Xuất bản lần cuối: 2011

Quốc tế

WSES guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting

Nhà xuất bản: World Society of Emergency Surgery

Xuất bản lần cuối: 2016

Bắc Mỹ

Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding

Nhà xuất bản: American College of Gastroenterology

Xuất bản lần cuối: 2016

American Gastroenterological Association Institute guideline on the management of acute diverticulitis

Nhà xuất bản: American Gastroenterological Association Institute

Xuất bản lần cuối: 2015

Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis

Nhà xuất bản: American Society of Colon and Rectal Surgeons

Xuất bản lần cuối: 2014

Điểm số bằng chứng

1. Tỷ lệ khỏi bệnh: bằng chứng mức thấp cho thấy cefoxitin tiêm tĩnh mạch có hiệu quả như gentamicin tiêm tĩnh mạch kết hợp với clindamycin tiêm tĩnh mạch về tăng tỷ lệ chữa khỏi bệnh ở bệnh nhân viêm túi thừa cấp tính.
Bằng chứng cấp độ C: Các nghiên cứu quan sát (thuần tập) có chất lượng thấp hoặc các thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng (RCT) có lỗi về phương pháp với <200 người tham gia.

Các bài báo chủ yếu

- Andersen JC, Bundgaard L, Elbrønd H, et al. Danish national guidelines for treatment of diverticular disease. Dan Med J. 2012 May;59(5):C4453. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon: a deficiency disease of Western civilization. Br Med J. 1971 May 22;2(5759):450-4. [Tóm lược](#)
- Painter NS. The cause of diverticular disease of colon, its symptoms and complications, review and hypothesis. J R Col Surg Edinb. 1985 Apr;30(2):118-22. [Tóm lược](#)
- American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: left lower quadrant pain - suspected diverticulitis. 2014 [internet publication]. [Toàn văn](#)
- Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. Gastroenterology. 2004 May;126(6):1504-17. [Tóm lược](#)
- Kirsner JB. Historical origins of current IBD concepts. World J Gastroenterol. 2001 Apr;7(2):175-84. [Tóm lược](#)
- Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. N Engl J Med. 1998 May 21;338(21):1521-6. [Tóm lược](#)

Tài liệu tham khảo

- Tursi A. Diverticular disease: a therapeutic overview. World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2010 Feb 6;1(1):27-35. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Andersen JC, Bundgaard L, Elbrønd H, et al. Danish national guidelines for treatment of diverticular disease. Dan Med J. 2012 May;59(5):C4453. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon, a 20th century problem. Clin Gastroenterol. 1975 Jan;4(1):3-21. [Tóm lược](#)
- Nair P, Mayberry JF. Vegetarianism, dietary fiber and gastrointestinal disease. Dig Dis. 1994 May-Jun;12(3):177-85. [Tóm lược](#)
- Lin OS, Soon MS, Wu SS, et al. Dietary habits and right-sided colonic diverticulosis. Dis Colon Rectum. 2000 Oct;43(10):1412-8. [Tóm lược](#)
- Delvaux M. Diverticular disease of colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention. Aliment Pharmacol Ther. 2003 Nov;18(suppl 3):71-4. [Tóm lược](#)
- Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. Clin Gastroenterol. 1975 Jan;4(1):53-69. [Tóm lược](#)
- Konvolinka CW. Acute diverticulitis under the age of forty. Am J Surg. 1994 Jun;167(6):562-5. [Tóm lược](#)
- Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon: a deficiency disease of Western civilization. Br Med J. 1971 May 22;2(5759):450-4. [Tóm lược](#)

10. Painter NS. The cause of diverticular disease of colon, its symptoms and complications, review and hypothesis. *J R Col Surg Edinb.* 1985 Apr;30(2):118-22. [Tóm lược](#)
11. Ogunbiyi OA. Diverticular disease of the colon in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med Med Sci.* 1989 Dec;18(4):241-4. [Tóm lược](#)
12. Bode MK, Karttunen TJ, Makela J, et al. Type I and III collagens in human colon cancer and diverticulosis. *Scand J Gastroenterol.* 2000 Jul;35(7):747-52. [Tóm lược](#)
13. Bassotti G, Battaglia E, Spinozzi E, et al. Twenty-four hour recordings of colonic motility in patients with diverticular disease: evidence for abnormal motility and propulsive activity. *Dis Colon Rectum.* 2001 Dec;44(12):1814-20. [Tóm lược](#)
14. Leganger J, Søborg MK, Mortensen LQ, et al. Association between diverticular disease and Ehlers-Danlos syndrome: a 13-year nationwide population-based cohort study. *Int J Colorectal Dis.* 2016 Dec;31(12):1863-7. [Tóm lược](#)
15. Tjiang E, Raja M, Hoyle C, et al. The role of nitric oxide in colonic compliance in diverticular disease. *Gut.* 1998;42(suppl 1):A95.
16. Hinchey EJ, Schaaf PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg.* 1978;12:85-109. [Tóm lược](#)
17. Young-Fadok TM, Roberts PL, Spencer MP, et al. Colonic diverticular disease. *Curr Prob Surg.* 2000 Jul;37(7):457-514. [Tóm lược](#)
18. Muller-Lissner SA. Effect of wheat bran on weight of stool and gastrointestinal transit time: a meta analysis. *Br Med J.* 1988 Feb 27;296(6622):615-7. [Tóm lược](#)
19. Simpson J, Scholefield JH, Spiller RC. Pathogenesis of colonic diverticula. *Br J Surg* 2002 May;89(5):546-54. [Tóm lược](#)
20. Wess L, Eastwood MA, Wess TJ, et al. Cross linking of collagen is increased in colonic diverticulosis. *Gut.* 1995 Jul;37(1):91-4. [Tóm lược](#)
21. Dobbins C, Defontgalland D, Duthie G, et al. The relationship of obesity to the complications of diverticular disease. *Colorectal Dis.* 2006 Jan;8(1):37-40. [Tóm lược](#)
22. Strate LL, Liu YL, Aldoori WH, et al. Obesity increases the risks of diverticulitis and diverticular bleeding. *Gastroenterology.* 2009 Jan;136(1):115-22. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
23. Goh H, Bourne R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and perforated diverticular disease: a case-control study. *Ann R Coll Surg Engl.* 2002 Mar;84(2):93-6. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
24. Foutch PG. Diverticular bleeding: are nonsteroidal anti-inflammatory drugs risk factors for hemorrhage and can colonoscopy predict outcome for patients? *Am J Gastroenterol.* 1995 Oct;90(10):1779-84. [Tóm lược](#)
25. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, et al. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Eng J Med.* 2000 Jan 13;342(2):78-82. [Tóm lược](#)

26. Strate LL, Gralnek IM. ACG clinical guideline: management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2016 Apr;111(4):459-74. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
27. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: left lower quadrant pain - suspected diverticulitis. 2014 [internet publication]. [Toàn văn](#)
28. Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. 2004 May;126(6):1504-17. [Tóm lược](#)
29. Kirsner JB. Historical origins of current IBD concepts. *World J Gastroenterol*. 2001 Apr;7(2):175-84. [Tóm lược](#)
30. Shepherd NA. Diverticular disease and chronic idiopathic inflammatory bowel disease: associations and masquerades. *Gut* 1996 Jun;38(6):801-2. [Tóm lược](#)
31. Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: new standard for functional gastrointestinal disorders. *J Gastrointest Liver Dis*. 2006 Sep;15(3):237-41. [Tóm lược](#)
32. Marlett JA, McBurney MI, Slavin JL; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *J Am Diet Assoc*. 2002 Jul;102(7):993-1000. [Tóm lược](#)
33. Unlu C, Daniels L, Vrouenraets BC, et al. A systematic review of high-fibre dietary therapy in diverticular disease. *Int J Colorectal Dis*. 2012 Apr;27(4):419-27. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
34. Byrnes MC, Mazuski JE. Antimicrobial therapy for acute colonic diverticulitis. *Surg Infect (Larchmt)*. 2009 Apr;10(2):143-54. [Tóm lược](#)
35. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. *N Engl J Med*. 1998 May 21;338(21):1521-6. [Tóm lược](#)
36. Biondo S, Golda T, Kreisler E, et al. Outpatient versus hospitalization management for uncomplicated diverticulitis: a prospective, multicenter randomized clinical trial (DIVER trial). *Ann Surg*. 2014 Jan;259(1):38-44. [Tóm lược](#)
37. Sánchez-Velázquez P, Grande L, Pera M. Outpatient treatment of uncomplicated diverticulitis: a systematic review. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2016 Jun;28(6):622-7. [Tóm lược](#)
38. Chabok A, Pählman L, Hjern F, et al. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. *Br J Surg*. 2012 Apr;99(4):532-9. [Tóm lược](#)
39. Daniels L, Ünlü Ç, de Korte N, et al. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. *Br J Surg*. 2017 Jan;104(1):52-61. [Tóm lược](#)
40. Stollman N, Smalley W, Hirano I; AGA Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute guideline on the management of acute diverticulitis. *Gastroenterology*. 2015 Dec;149(7):1944-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
41. Bloomfield RS, Rockey DC, Shetzline MA. Endoscopic therapy of acute diverticular hemorrhage. *Am J Gastroenterol*. 2001 Aug;96(8):2367-72. [Tóm lược](#)
42. Angenete E, Bock D, Rosenberg J, et al. Laparoscopic lavage is superior to colon resection for perforated purulent diverticulitis-a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2017 Feb;32(2):163-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

43. Cirocchi R, Di Saverio S, Weber DG, et al. Laparoscopic lavage versus surgical resection for acute diverticulitis with generalised peritonitis: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2017 Feb;21(2):93-110. [Tóm lược](#)
44. Gregersen R, Mortensen LQ, Burcharth J, et al. Treatment of patients with acute colonic diverticulitis complicated by abscess formation: a systematic review. *Int J Surg*. 2016 Nov;35:201-8. [Tóm lược](#)
45. Toorenvliet BR, Swank H, Schoones JW, et al. Laparoscopic peritoneal lavage for perforated colonic diverticulitis: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2010 Sep;12(9):862-7. [Tóm lược](#)
46. Angenete E, Thornell A, Burcharth J, et al. Laparoscopic lavage is feasible and safe for the treatment of perforated diverticulitis with purulent peritonitis: the first results from the randomized controlled trial DILALA. *Ann Surg*. 2016 Jan;263(1):117-22. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
47. Gehrman J, Angenete E, Björholt I, et al. Health economic analysis of laparoscopic lavage versus Hartmann's procedure for diverticulitis in the randomized DILALA trial. *Br J Surg*. 2016 Oct;103(11):1539-47. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
48. Schultz JK, Wallon C, Bleic L, et al. One-year results of the SCANDIV randomized clinical trial of laparoscopic lavage versus primary resection for acute perforated diverticulitis. *Br J Surg*. 2017 Sep;104(10):1382-92. [Tóm lược](#)
49. Shaikh FM, Stewart PM, Walsh SR, et al. Laparoscopic peritoneal lavage or surgical resection for acute perforated sigmoid diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2017 Feb;38:130-7. [Tóm lược](#)
50. Abbas S. Resection and primary anastomosis in acute complicated diverticulitis, a systematic review of the literature. *Int J Colorectal Dis*. 2007 Apr;22(4):351-7. [Tóm lược](#)
51. Janes S, Meagher A, Faragher IG, et al. The place of elective surgery following acute diverticulitis in young patients: when is surgery indicated? An analysis of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2009 May;52(5):1008-16. [Tóm lược](#)
52. Richards RJ, Hammit JK. Timing of prophylactic surgery in prevention of diverticulitis recurrence: a cost-effectiveness analysis. *Dig Dis Sci*. 2002 Sep;47(9):1903-8. [Tóm lược](#)
53. Siddiqui MR, Sajid MS, Qureshi S, et al. Elective laparoscopic sigmoid resection for diverticular disease has fewer complications than conventional surgery: a meta-analysis. *Am J Surg*. 2010 Jul;200(1):144-61. [Tóm lược](#)
54. Cirocchi RF, Farinella E, Trastulli S, et al. Elective sigmoid colectomy for diverticular disease. Laparoscopic vs open surgery: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2012 Jun;14(6):671-83. [Tóm lược](#)
55. Andeweg CS, Berg R, Staal JB, et al. Patient-reported outcomes after conservative or surgical management of recurrent and chronic complaints of diverticulitis: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016 Feb;14(2):183-90. [Tóm lược](#)
56. DiMario F, Aragona G, Leandro G, et al. Efficacy of mesalamine in the treatment of symptomatic diverticular disease. *Dig Dis Sci*. 2005 Mar;50(3):581-6. [Tóm lược](#)
57. DiMario F, Comparato G, Fanigliulo L, et al. Use of mesalazine in diverticular disease. *J Clin Gastroenterol*. 2006 Aug;40(Suppl 3):S155-9. [Tóm lược](#)

58. Gatta L, Vakil N, Vaira D, et al. Efficacy of 5-ASA in the treatment of colonic diverticular disease. *J Clin Gastroenterol*. 2010 Feb;44(2):113-9. [Tóm lược](#)
59. Tursi A, Joseph RE, Streck P, et al. Expanding applications: the potential usage of 5-aminosalicylic acid in diverticular disease. *Dig Dis Sci*. 2011 Nov;56(11):3112-21. [Tóm lược](#)
60. Raskin JB, Kamm MA, Jamal MM, et al. Mesalamine did not prevent recurrent diverticulitis in phase 3 controlled trials. *Gastroenterology*. 2014 Oct;147(4):793-802. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
61. Tursi A, Brandimarte G, Daffina R. Long-term treatment with mesalamine and rifaxin versus rifaximin alone for patients with recurrent attacks of acute diverticulitis of colon. *Dig Liver Dis*. 2002 Jul;34(7):510-5. [Tóm lược](#)
62. Bianchi M, Festa V, Moretti A, et al. Meta-analysis: long-term therapy with rifaximin in the management of uncomplicated diverticular disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011 Apr;33(8):902-10. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
63. Trivedi CD, Das KM; NDSG. Emerging therapies for diverticular disease of the colon. *J Clin Gastroenterol*. 2008 Nov-Dec;42(10):1145-51. [Tóm lược](#)
64. Lahner E, Bellisario C, Hassan C, et al. Probiotics in the treatment of diverticular disease. A systematic review. *J Gastrointest Liver Dis*. 2016 Mar;25(1):79-86. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
65. Reisman Y, Ziv Y, Kravrovitc D, et al. Diverticulitis: the effect of age and location on the course of diseases. *International J Colorect Dis*. 1999 Nov;14(4-5):250-4. [Tóm lược](#)
66. Hupfeld L, Burcharth J, Pommergaard HC, et al. Risk factors for recurrence after acute colonic diverticulitis: a systematic review. *Int J Colorectal Dis*. 2017 May;32(5):611-22. [Tóm lược](#)
67. Munson KD, Hensien MA, Jacob LN, et al. Diverticulitis: a comprehensive follow-up, *Dis Colon Rectum*. 1996 Mar;39(3):318-22. [Tóm lược](#)
68. Elliott TB, Yego S, Irvin TT. Five-year audit of the acute complications of diverticular disease. *Br J Surg*. 1997 Apr;84(4):535-9. [Tóm lược](#)
69. Saini S, Mueller PR, Whittenberg J, et al. Percutaneous drainage of diverticular abscess: an adjunct to surgical therapy. *Arch Surg*. 1986 Apr;121(4):475-8. [Tóm lược](#)
70. Vennix S, Musters GD, Mulder IM, et al. Laparoscopic peritoneal lavage or sigmoidectomy for perforated diverticulitis with purulent peritonitis: a multicentre, parallel-group, randomised, open-label trial. *Lancet*. 2015 Sep 26;386(10000):1269-77. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
71. Schultz JK, Yaqub S, Wallon C, et al. Laparoscopic lavage vs primary resection for acute perforated diverticulitis: the SCANDIV randomized clinical trial. *JAMA*. 2015 Oct 6;314(13):1364-75. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
72. Woods RJ, Lavery IC, Fazio VW, et al. Internal fistulas in diverticular disease. *Dis Colon Rectum*. 1988 Aug;31(8):591-6. [Tóm lược](#)
73. McBeath RB, Schiff M Jr, Allen V, et al. A 12-year experience with enterovesical fistulas. *Urology*. 1994 Nov;44(5):661-5. [Tóm lược](#)

74. Tamim WZ, Ghellai A, Counihan TC, et al. Experience with endoluminal colonic wall stents for the management large bowel obstruction for benign and malignant disease. Arch Surg. 2000 Apr;135(4):434-8. [Tóm lược](#)
75. Kief BJ, Eckert GJ, Imperiale TF. Is diverticulosis associated with colorectal neoplasia? A cross-sectional colonoscopic study. Am J Gastroenterol. 2004 Oct;99(10):2007-11. [Tóm lược](#)
76. Fozard JB, Armitage NC, Schofield JB, et al. ACPGBI position statement on elective resection for diverticulitis. Colorectal Dis. 2011;13(suppl 3):S1-S11. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
77. Aldoori WH, Giovannucci EL, Rimm EB, et al. Prospective study of physical activity and risk of symptomatic diverticular disease in men. Gut. 1995 Feb;36(2):276-82. [Tóm lược](#)

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105
support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Mohamed A. Thaha, PhD, FRCS (Gen Surg), PG Cert Hlt Econ

Senior Lecturer & Lead Consultant in Colorectal Surgery

National Bowel Research Centre, Blizard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, The Royal London Hospital, Queen Mary, University of London, London, UK

CÔNG KHAI THÔNG TIN: MAT declares that he has no competing interests.

Kathryn Lynes, MBBS, MRCS, MSc

Clinical Research Fellow and Specialty Registrar in Surgery

National Bowel Research Centre, Blizard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary, University of London, London, UK

CÔNG KHAI THÔNG TIN: KL has received funding for a research fellowship from the David Johnston Fellowship through the Royal College of Surgeons of England.

// Lời cảm ơn:

Dr Mohamed A. Thaha and Ms Kathryn Lynes would like to gratefully acknowledge Prof Norman S. Williams and Dr Abbasi Akhtar, the previous contributors to this monograph. NSW is an author of a reference cited in this monograph. AA declares that he has no competing interests.

// Những Người Bình duyệt:

Ned Snyder, MD, FACP

Professor of Medicine

Chief of Clinical Gastroenterology and Hepatology, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX

CÔNG KHAI THÔNG TIN: NS declares that he has no competing interests.

Nicolas Regenet, MD

Clinic of digestive and endocrine surgery

University Hospital, Nantes, France

CÔNG KHAI THÔNG TIN: NR declares that he has no competing interests.