



HỘI NGHỊ KHOA HỌC CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TP.HCM MỞ RỘNG LẦN THỨ XII-2025

Phiên.....

HÌNH ẢNH HỌC VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

BSCKII Bùi Khắc Vũ

Khoa CDHA - Bệnh viện Nhân dân Gia Định



Nội dung



Tổng quan

Hình ảnh viêm
túi thừa đại tràng

TỔNG QUAN



Danh pháp

**Túi thừa
(Diverticulum)**

Cấu trúc hình túi lồi ra ngoài thành ĐT

**Bệnh túi thừa
(Diverticulosis)**

Túi thừa ĐT không triệu chứng

**Viêm túi thừa
(Diverticulitis)**

Túi thừa viêm (+/-) nhiễm trùng

Phân loại túi thừa

Túi thừa thật	Túi thừa giả
Đủ các lớp ống tiêu hóa 	Chỉ có lớp niêm mạc và thanh mạc 
Bẩm sinh	Mắc phải
Thường ở ĐT (P)	Thường ở ĐT (T) Gặp ở ĐT (P) ngày càng nhiều
Đơn độc	Đa túi thừa
Ít gặp	Thường gặp

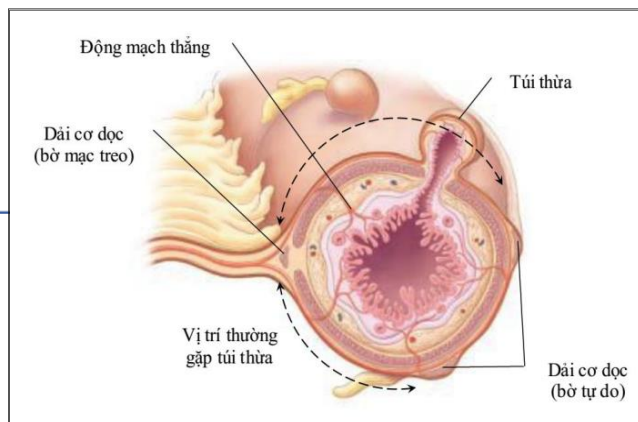
Cơ chế bệnh sinh

Hình thành
túi thừa giả

**Chưa
rõ**

Hình thành
túi thừa giả

Đồng thuận nhất:
tồn tại các điểm yếu
tự nhiên của thành ruột



Cơ chế khác:

- Thay đổi cấu trúc thành ruột: collagen và elastin
- Sự phân đoạn đại tràng
- Chế độ ăn uống
- Béo phì
- Tuổi già...

Sinh lý bệnh

Xói mòn thành túi thừa do $\uparrow$ p lòng ruột và tác động của mảnh phân cứng

- Viêm
- Hoại tử khu trú
- **Thủng: vi thể, đại thể**

Viêm chủ yếu ở đỉnh túi thừa

- **Nhanh chóng lan ra xung quanh**



Phì đại cơ

- **Dày cơ vòng**
- Ngắn cơ dọc
- Hẹp lòng ĐT



Dịch tễ học



Phương Tây

- Bệnh TTĐT phổ biến: 5% (40t), 33-50% (>50t), >50% (>80t)
- 95% ở ĐT sigma
- 20% có triệu chứng LS, 4-5% biến chứng, 1-2% nhập viện, tái phát 7-25%



Châu Á

- VTTĐT (P): 75%
- 16% có biến chứng
- 6,6% tái phát



Việt Nam

- Lý Minh Tùng: VTTĐT (P) 87,8%
- Đặng Ngọc Thạch: VTTĐT (P) 87%

Phân loại VTT

VTT không
biến chứng
(75%)

- VTT đơn thuần
- Đa số tự giới hạn nếu điều trị đủ

VTT có biến
chứng
(25%)

- Thủng
- VPM: mũ, phân
- Áp xe
- Rò
- Tắc ruột
- Viêm mũ tĩnh mạch

Lâm sàng



Không đặc hiệu

Sốt, đau bụng liên tục hoặc từng cơn, thay đổi thói quen đi cầu, buồn nôn, nôn, tiểu gắt, lắt nhắt, phản ứng thành bụng, sờ thấy một khối...

VTTĐT(P)

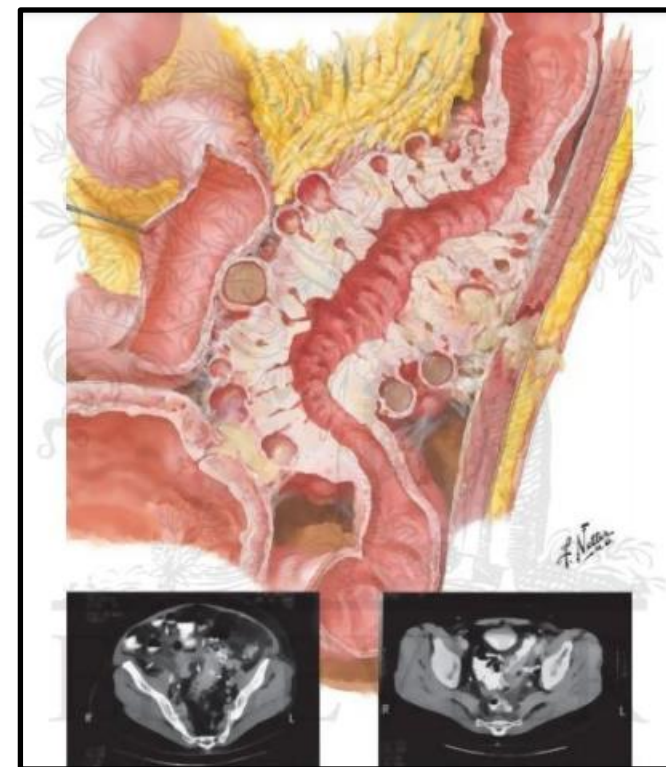
- Đau 1/4 dưới bụng (P)
- Chẩn đoán nhầm VRT

VTTĐT(T)

- Đau 1/4 dưới bụng (T)
- Sốt
- Tăng BC

CĐHA

HÌNH ẢNH VTT ĐẠI TRÀNG



Các phương tiện chẩn đoán

- Quang đại tràng cản quang
- Siêu âm
- Chụp cắt lớp vi tính
- Chụp cộng hưởng từ
- Nội soi đại tràng

Các phương tiện chẩn đoán

Siêu âm

- Lựa chọn đầu tiên / người thực hiện có kinh nghiệm
- Se # 90%, Sp # 90% / VTT đơn thuần
- Hạn chế: phụ thuộc người làm, béo phì, khó phát hiện khí tự do ổ bụng, những ổ áp xe nằm sâu

Siêu âm
(-)

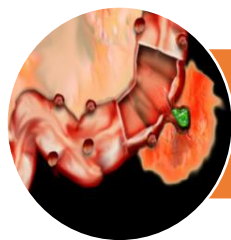
LS ít nghi ngờ → Stop

LS nghi ngờ nhiều

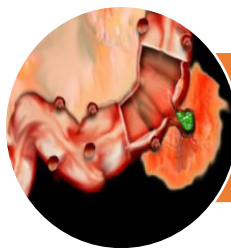
Chụp CLVT

- Tiêu chuẩn vàng
 - WSES khuyến cáo: lựa chọn đầu tiên
 - Se # 95%, Sp # 96%
 - IV(+)
 - Vai trò:
 - + Chẩn đoán xác định
 - + Khảo sát biến chứng
 - + Đánh giá vị trí, độ nặng
- KH điều trị

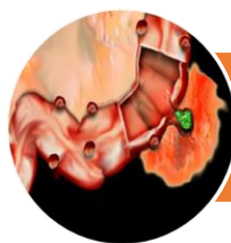
VTT không biến chứng



(1) Hình túi thừa



(2) Viêm mỡ quanh đại tràng



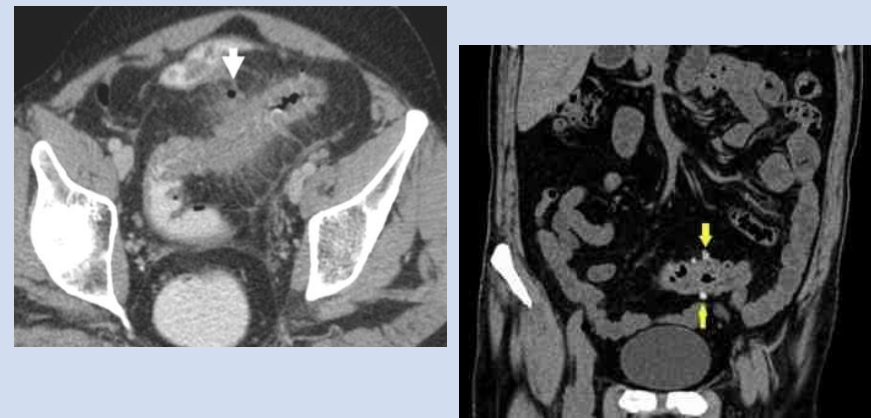
(3) Dày thành đại tràng



(4) Hình ảnh khác

VTT không biến chứng

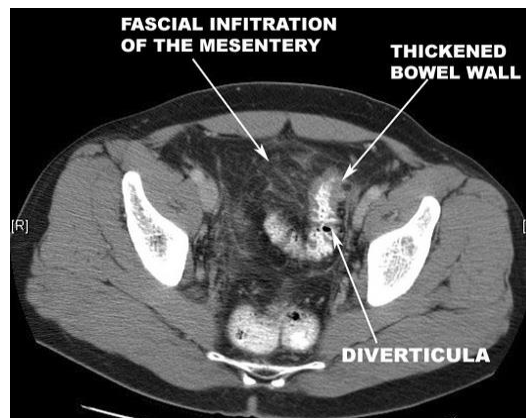
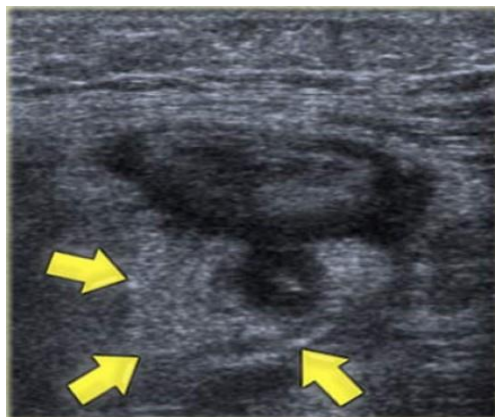
- (1) Hình túi thừa

Đặc điểm	Siêu âm	CT Scan
- Hình tròn hoặc bầu dục, d# 2-3mm → 2cm - Nằm trong thành hoặc nhô ra ngoài thành ruột	Ồ tăng âm với bóng lưng (+) do chứa sỏi hoặc ảnh giả đa âm phản hồi do chứa khí 	- Thành đậm độ thấp hoặc cao (đóng vôi, tích tụ debris) - Lòng chứa khí, sỏi 

VTT không biến chứng

- (2) Viêm mỡ quanh đại tràng

Siêu âm	CT Scan
Vùng phản âm dày	- Tăng đậm độ mỡ quanh đại tràng - Sung huyết mạch máu mạc treo (dấu “chân rết”)
Giới hạn không rõ	



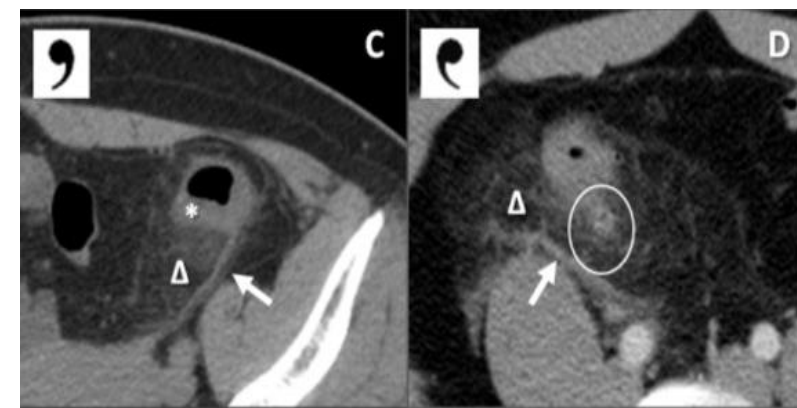
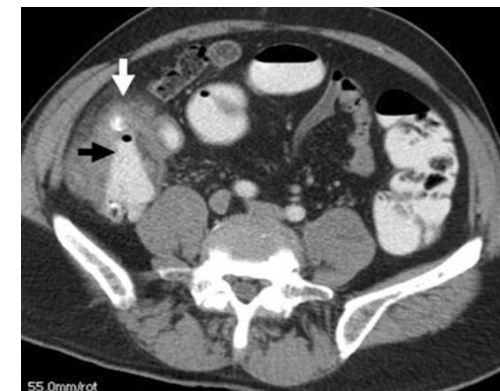
VTT không biến chứng

- (3) Dày thành đại tràng
 - Dày đồng tâm > 4mm, thường < 1cm
 - Khi phì đại cơ có thể dày 2-3cm → nhائم K đại tràng
 - Dài > 5cm
 - Phản âm kém / SA

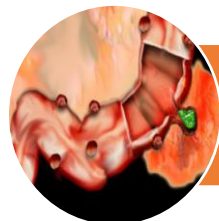


VTT không biến chứng

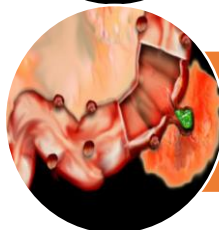
- (4) Hình ảnh khác
 - Dấu hiệu “đầu mũi tên”:
 - Do dày khu trú thành → lòng ruột
 - Có hình mũi tên chỉ về phía túi thừa viêm
 - Dấu hiệu:
 - “Dấu phẩy” (bên T)
 - “Dấu phẩy ngược” (bên P)
 - Do dày mạc vành bên



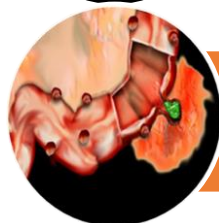
VTT biến chứng



(1) Áp xe



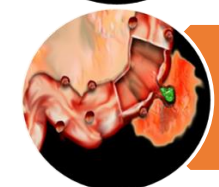
(2) Thủng



(3) Rò



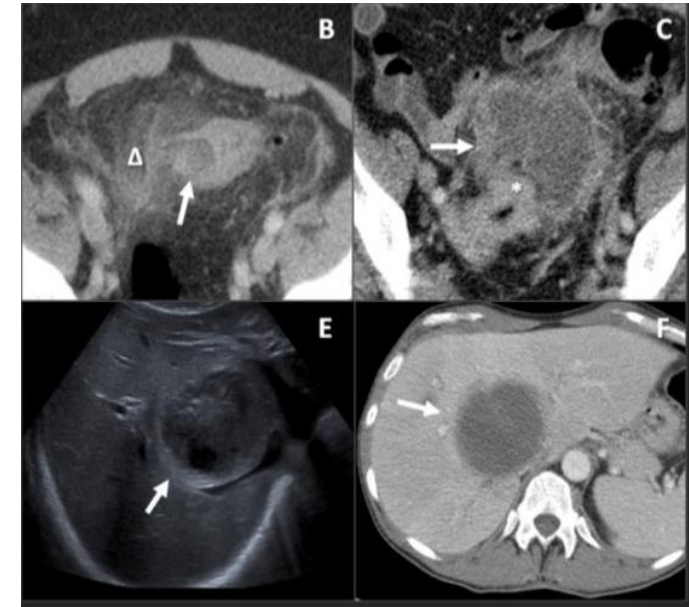
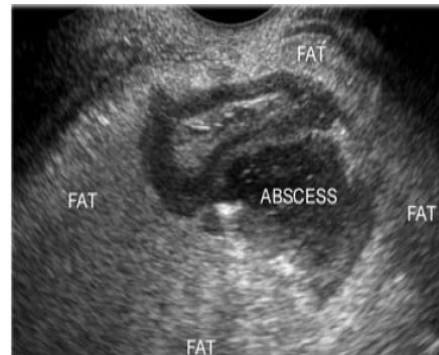
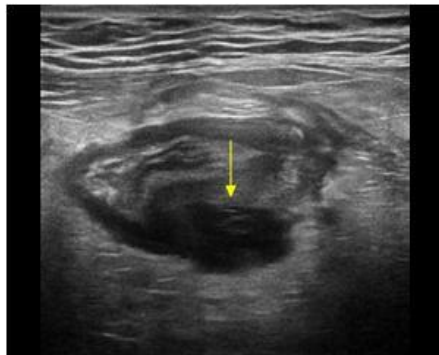
(4) Tắc ruột



(5) Viêm mủ tĩnh mạch

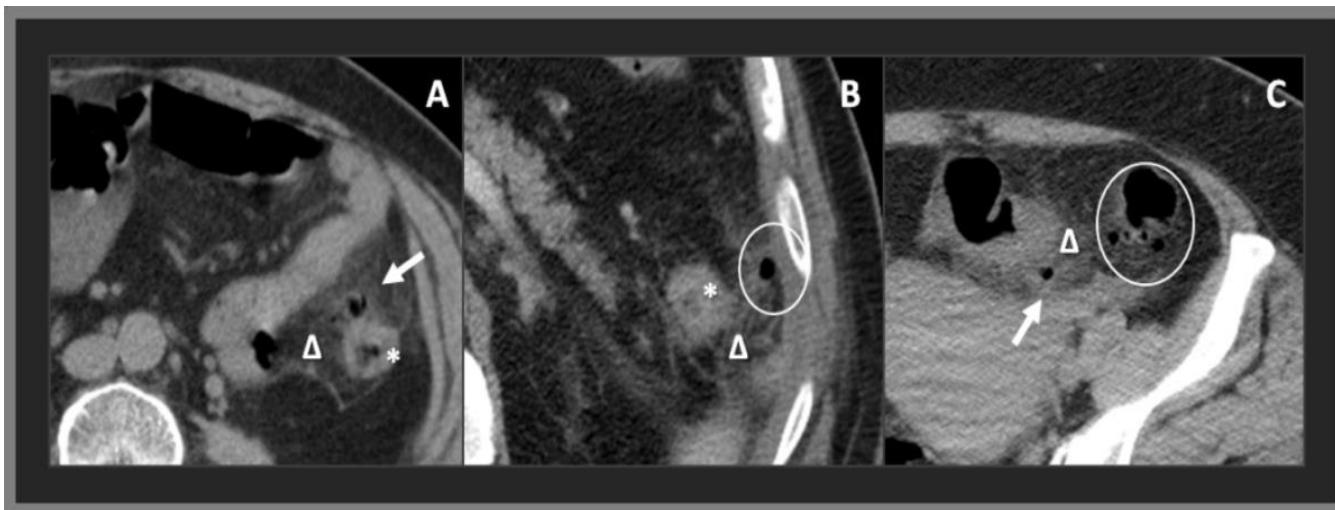
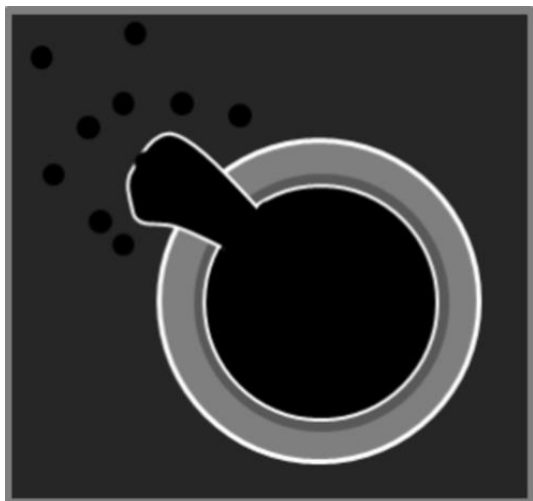
VTT biến chứng

- (1) Áp xe
 - Trong thành, quanh đại tràng, lan xa...
 - Thường gặp (30%)
 - $D \leq 4\text{cm}$: điều trị nội, $> 4\text{cm}$: dẫn lưu (+/-)
 - Hình ảnh:
 - Ổ tụ dịch có thành bất thường, khí bên trong (+/-)
 - Áp xe gan theo đường TM cửa



VTT biến chứng

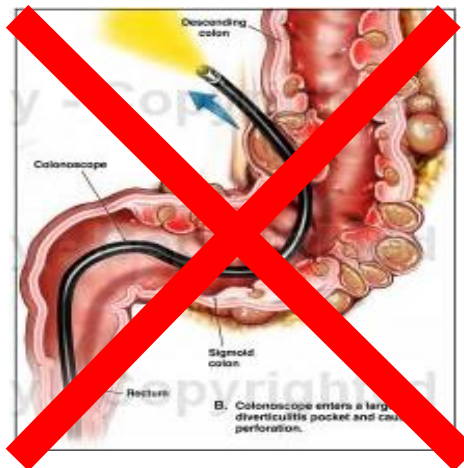
- (2) Thủng
 - Thủng nhỏ: bóng khí ngoài ruột



VTT biến chứng

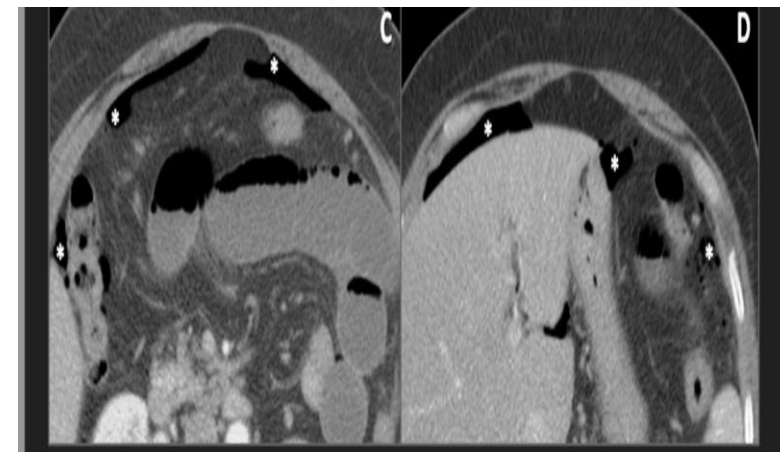
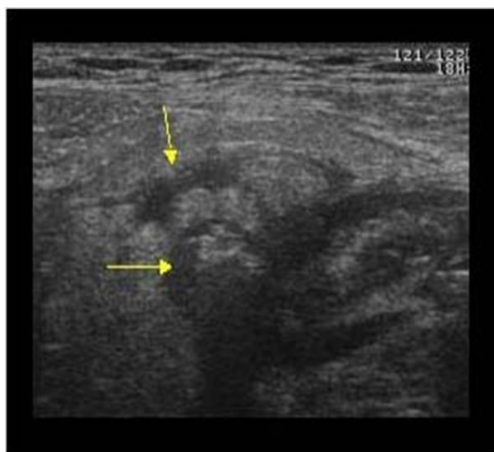
- (2) Thủng
 - Thủng lớn: biến chứng hiếm (1-2%)
 - Do không điều trị sớm và thích hợp → VPM phân, tiên lượng xấu
 - Nguy cơ thủng đại tràng

→ không nội soi hoặc chụp quang ĐT (Bari sulfat) / VTT cấp



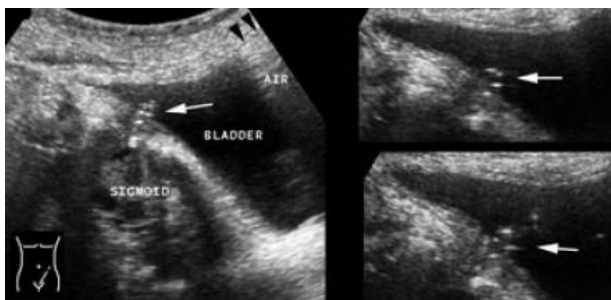
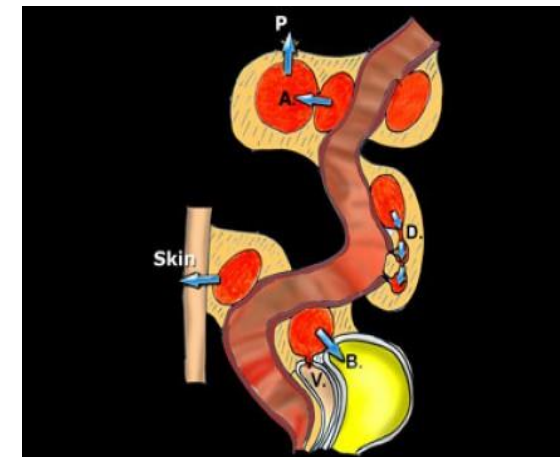
VTT biến chứng

- (2) Thủng
 - Thủng lớn:
 - Khí + dịch tự do ổ bụng
 - Phân tràn vào trong ổ bụng
 - Dày và bất thường tương phản phúc mạc



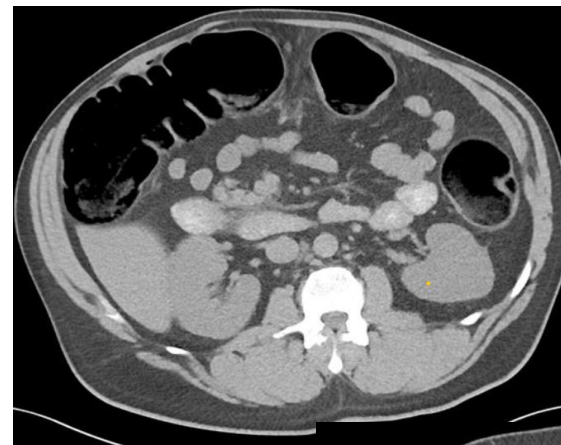
VTT biến chứng

- (3) Rò
 - Viêm → thủng → bào mòn da hoặc các tạng kế cận
 - Rò đại tràng – bàng quang: thường gặp nhất (65%)
 - Rò khác: dạ dày, tá tràng, ruột non, túi mật, đường mật, thận, niệu quản, âm đạo, da
- Hình ảnh:
 - Đường nối 2 cơ quan, chứa khí
 - Biến đổi viêm mô kế cận
 - Khí trong bàng quang



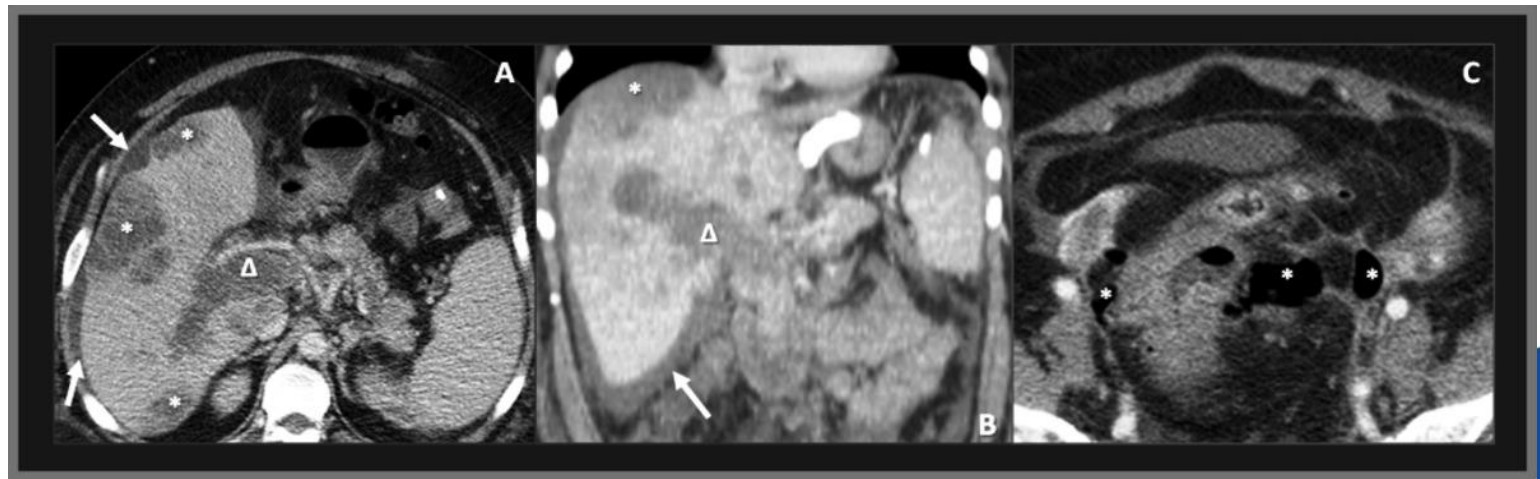
VTT biến chứng

- (4) Tắc ruột
 - Tắc ruột non hoặc ruột già
 - Biến chứng cấp, bán cấp, mạn tính
 - Tắc ruột do VTT mạn tính: hình ảnh có thể giống tắc ruột do K
 - Hình ảnh:
 - Hẹp lòng ruột, giãn đoạn ruột phía trên
 - Trường hợp do VTT mạn:
 - Hiện diện túi thừa: quan trọng cho CĐPB
 - Đoạn đại tràng thành dày có chiều dài > 10cm



VTT biến chứng

- (5) Viêm mủ tĩnh mạch
 - Huyết khối nhiễm trùng TM mạc treo, TM cửa
 - Tiên lượng xấu
 - Hình ảnh:
 - TM không trám thuốc tương phản
 - TM to, có khí (+/-)



Chẩn đoán phân biệt



- Viêm ruột thừa
- Viêm bờm mỡ đại tràng
- Nhồi máu mạc nối lớn
- Ung thư đại tràng
- Khác: Viêm ĐT, thủng ruột do dị vật, viêm nhiễm vùng chậu...

Chẩn đoán phân biệt



- (1) Viêm ruột thừa
 - CĐPB thường gặp / VTTĐT (P)
 - Hình ảnh:
 - RT mọc từ đáy manh tràng
 - Hình ống, đầu tịt
 - Có cấu đồ ống tiêu hóa, không thấy nhu động / SA
 - $D > 6\text{mm}$, ấn không xẹp
 - Viêm mỡ xung quanh, tụ dịch quanh manh tràng
 - Sỏi phân (+/-)

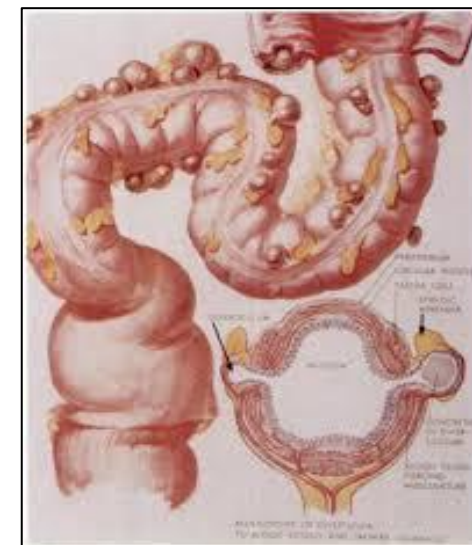
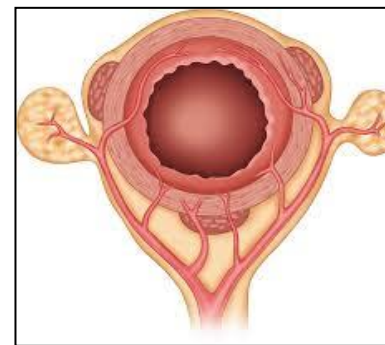
Chìa khóa CĐPB: hình ống, đầu tịt



Chẩn đoán phân biệt



- (2) Viêm bờm mỡ đại tràng
 - Bờm mỡ:
 - Cấu trúc chứa **mỡ**, có cuống, **nhô ra từ thanh mạc**
 - **Trục mạch máu trung tâm**: 1-2 ĐM, 1 TM
 - **Hình bầu dục**
 - **KT # 1-4cm**
 - Xếp 2 hàng theo các dải dọc, từ manh tràng → chỗ nối ĐT sigma-TT
 - Thường đi kèm túi thừa
 - Viêm cấp: viêm và thiếu máu / xoắn, huyết khối tự phát trong TM trung tâm bờm mỡ



Chẩn đoán phân biệt

- (2) Viêm bờm mỡ đại tràng
 - Hình ảnh
 - Khối cạnh đại tràng, thường ở HC(T)
 - Hình bầu dục, phản âm - đậm độ của mỡ
 - KT # 1-4cm
 - Viền bao quanh (phức mạc tạng bị viêm): phản âm kém / SA, tăng đậm độ / CT
 - Dấu “đốm trung tâm” / CT do sung huyết, huyết khối mm
 - Thâm nhiễm nhẹ mỡ xung quanh ĐT
 - Dày nhẹ, không đối xứng thành ĐT kế cận



Chìa khóa CDPB: túi mỡ cạnh ĐT + thâm nhiễm mỡ xung quanh + dày nhẹ thành ĐT

Chẩn đoán phân biệt

- (3) Nhồi máu mạc nối lớn
 - Xoắn, tổn thương mm / chấn thương, huyết khối tự phát TM mạc nối
 - Hình ảnh:
 - Khối mỡ > 3-5cm, khu trú → lan rộng thành bánh
 - Ở trung tâm mạc nối, thường gấp bên (P)
 - Thâm nhiễm, đậm độ không đồng nhất, bắt thuốc kém hoặc không
 - Dày nhẹ thành ĐT

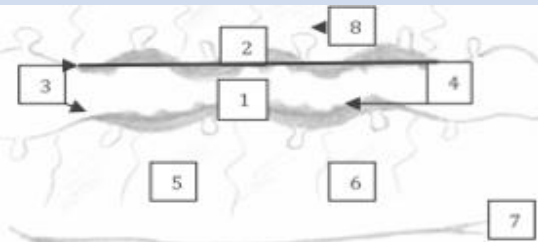
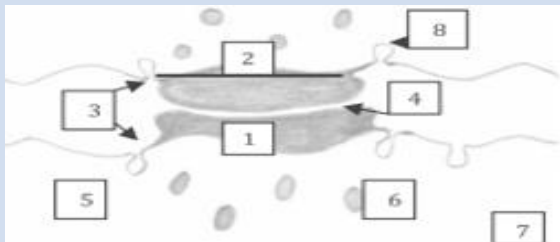
Chìa khóa CĐPB:

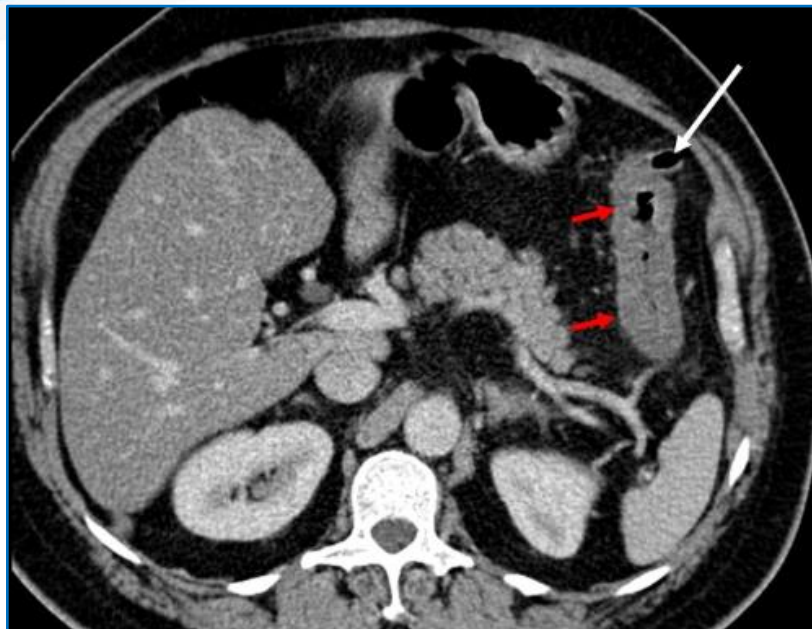
Khối viêm lớn > < dày nhẹ thành đại tràng đoạn ngắn



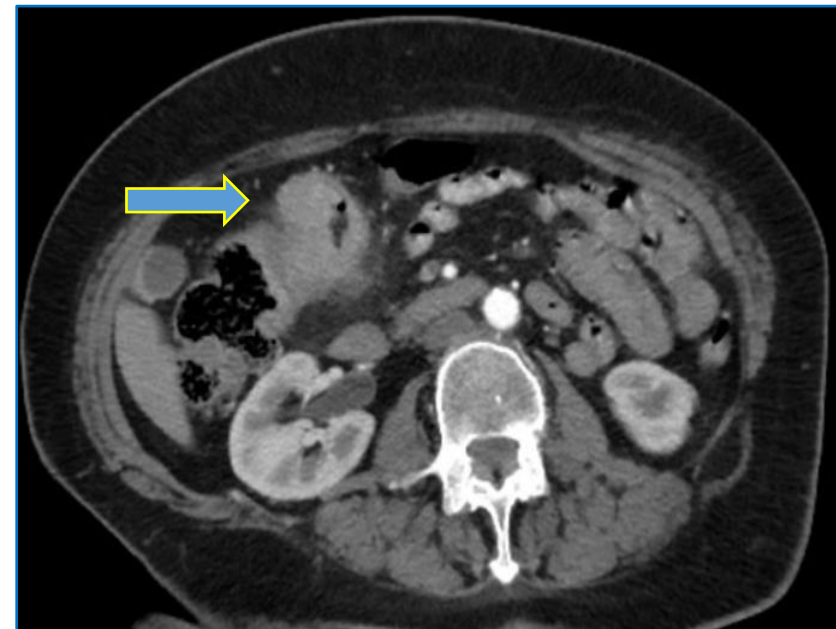
Chẩn đoán phân biệt

- (4) Ung thư đại tràng: CĐPB quan trọng, hình ảnh trùng lắp # 10%

	VTTĐT	K ĐT
1. Thành ĐT dày	(+)	(++) ($\geq 2\text{cm}$)
2. Chiều dài đoạn ĐT tổn thương	$\geq 10\text{cm}$	Ngắn hơn
3. Bờ viền	Nhọn	“Hình vai”
4. Nếp niêm mạc	Xáo trộn nhưng còn bảo tồn	Xáo trộn nếp niêm mạc
5. Thâm nhiễm mỡ quanh ĐT	(+)	(+/-)
6. Hạch bệnh lý quanh ĐT	(-)	(+)
7. Dày mạc vành	(+)	(-)
8. Túi thừa ở cạnh và trong vùng ĐT tổn thương	(+)	Không có trong vùng ĐT tổn thương (+/-)
		

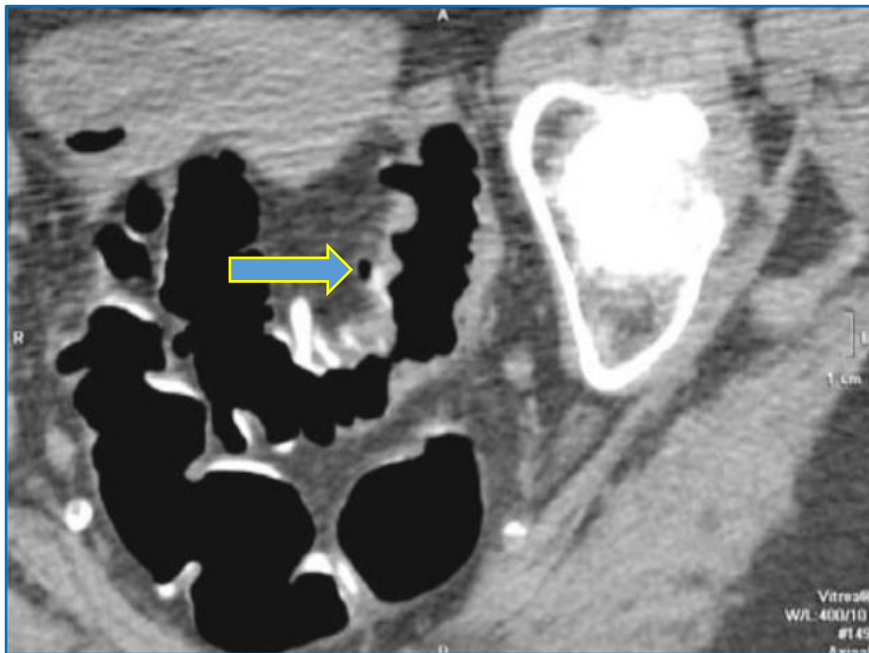


VTTĐT

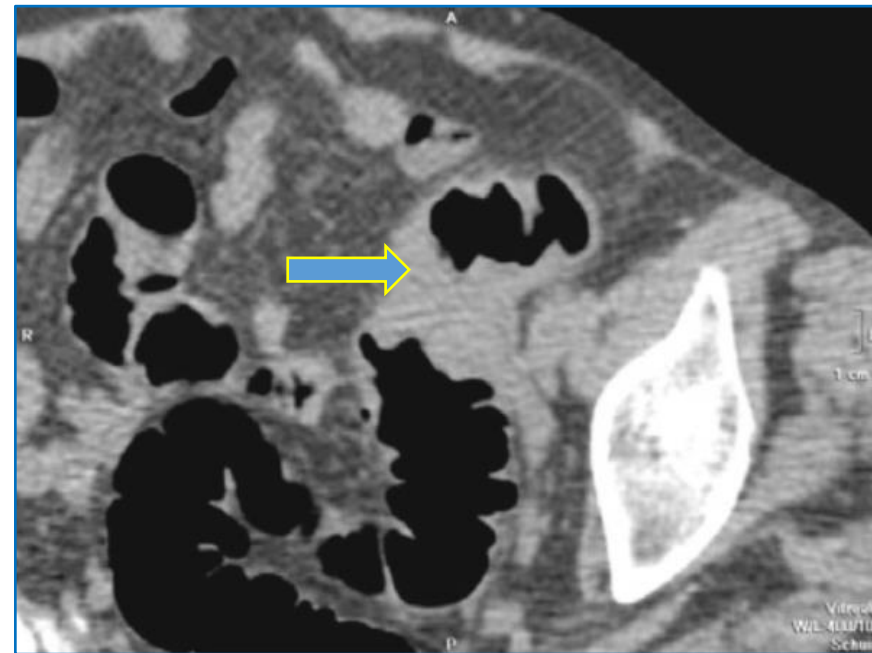


K ĐT

(1) Dày thành ĐT đoạn tổn thương

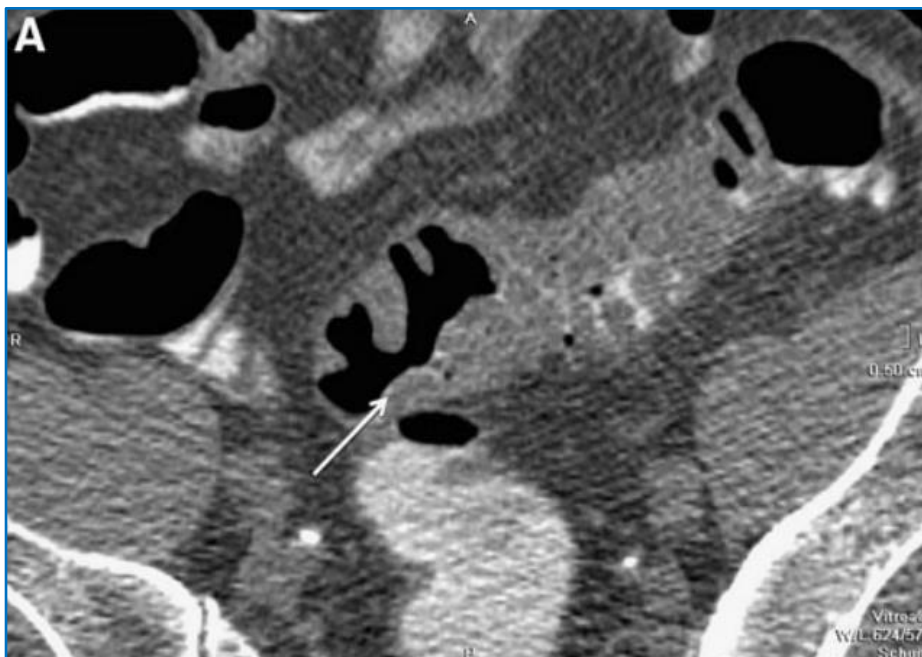


VTTĐT

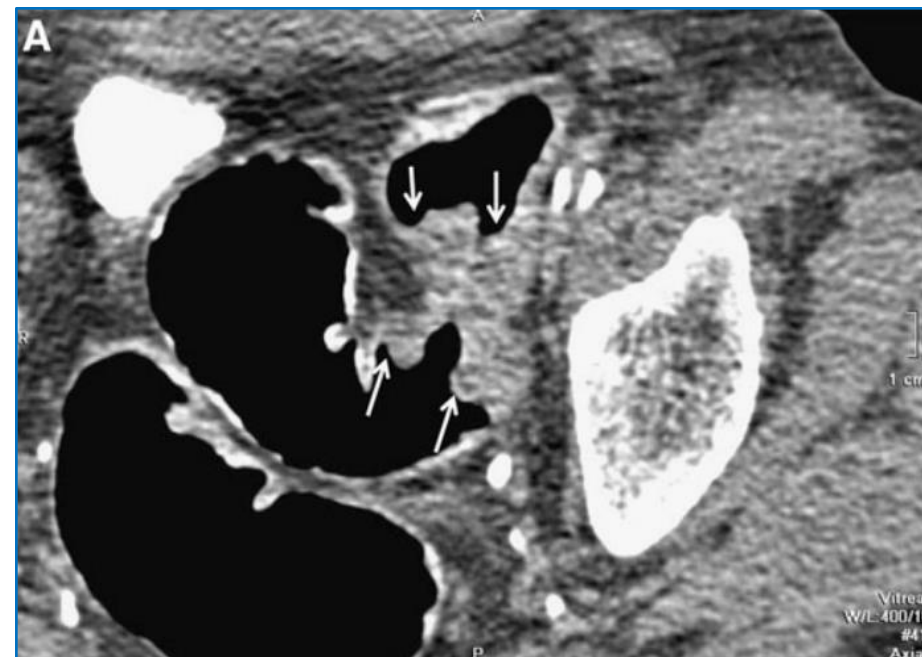


KĐT

(2) Độ dài ĐT đoạn tổn thương

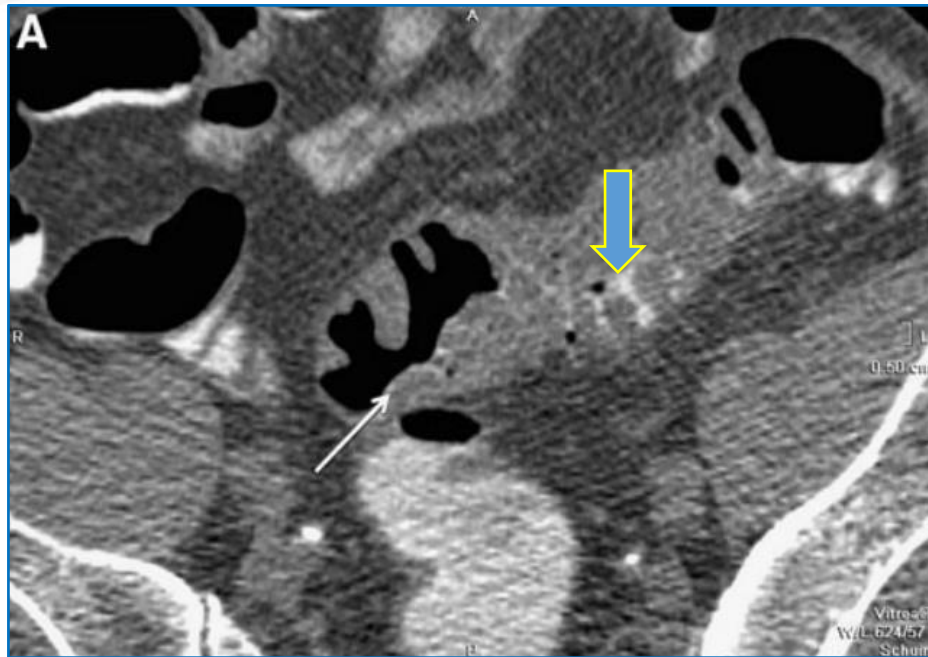


VTTĐT

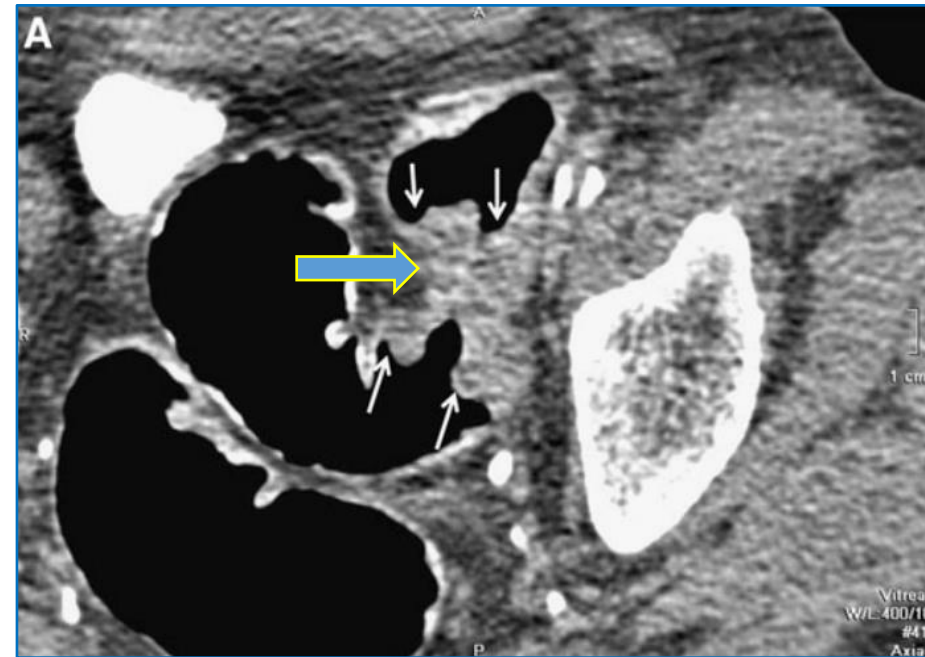


KĐT

(3) Dấu hiệu bờ viền



VTTĐT (+)

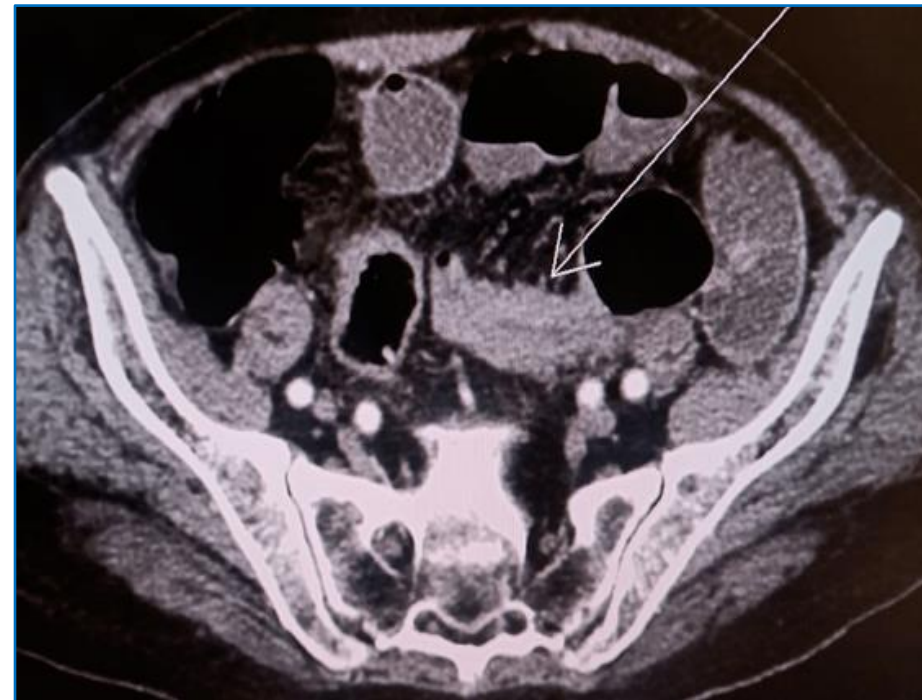


K ĐT (-)

(4) Nếp niêm mạc



VTTĐT (+)

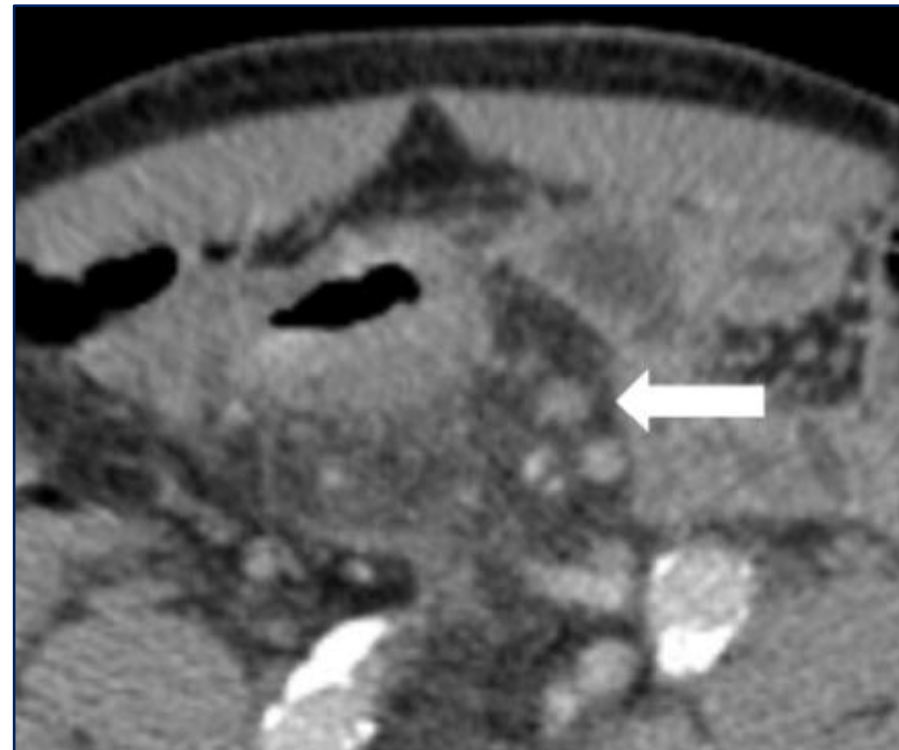


K ĐT (+/-)

(5) Thâm nhiễm mỡ quanh ĐT

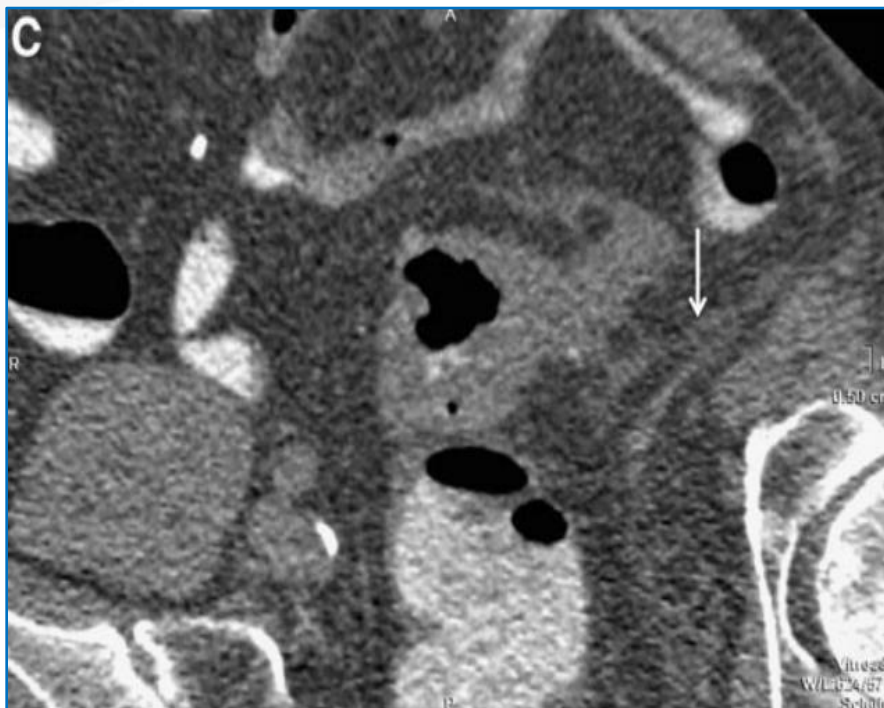


VTTĐT (-)

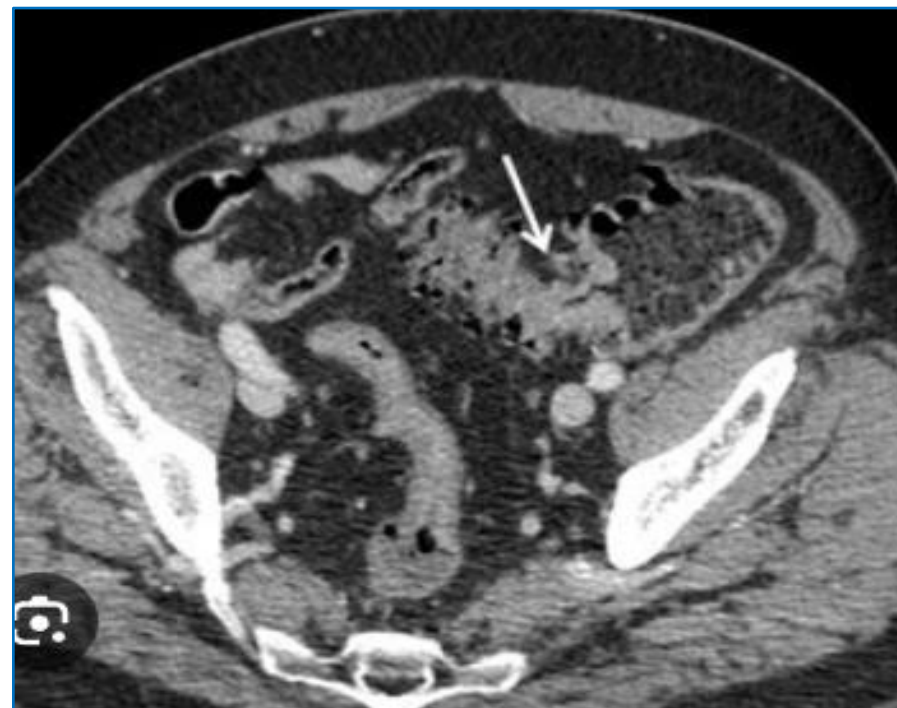


K ĐT (+)

(6) Hạch bệnh lý quanh ĐT tổn thương



VTTĐT (+)



KĐT (-)

(7) Dày mạc vành bên

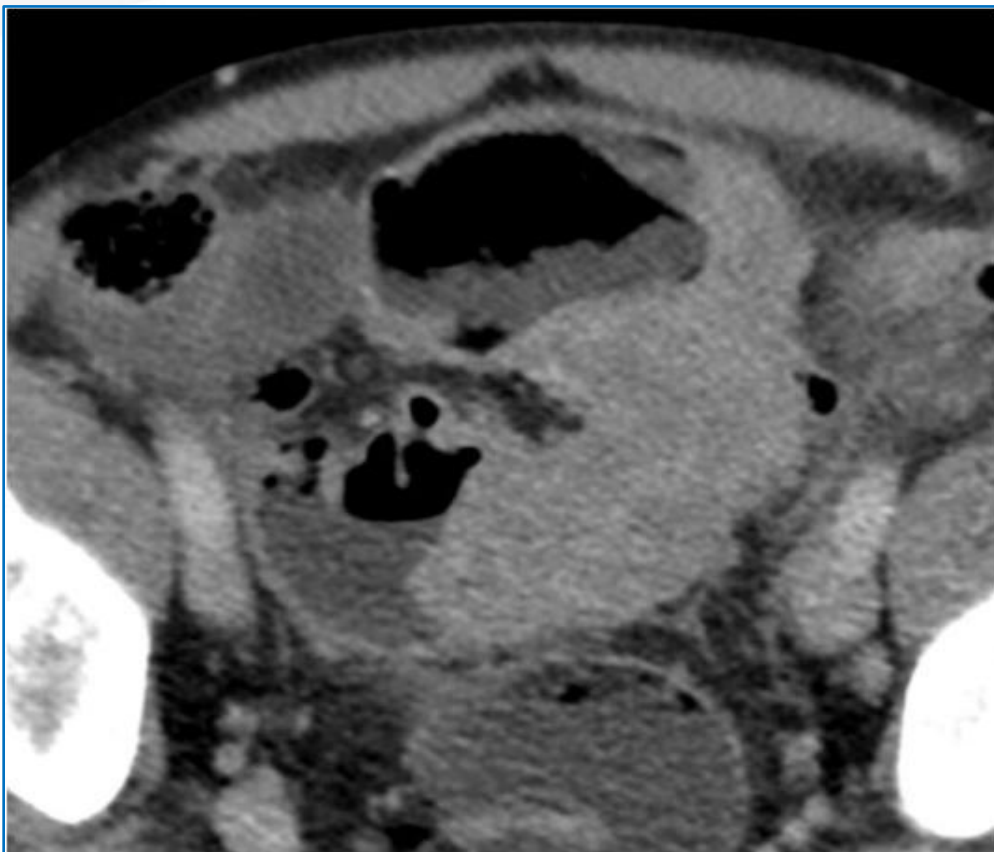
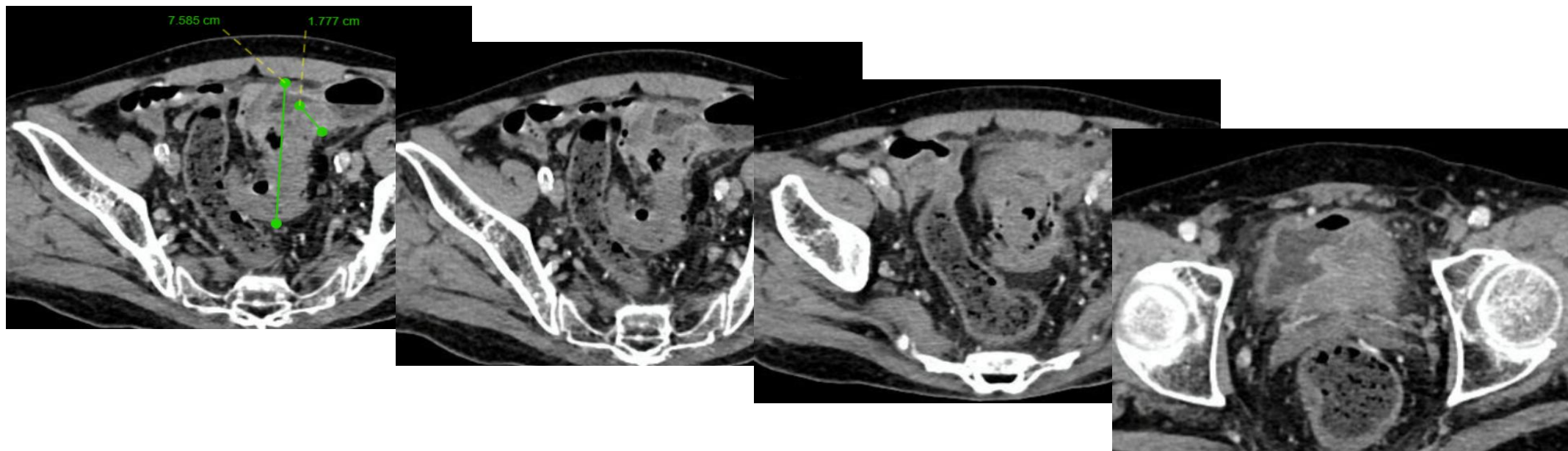


Fig. 5A —Examples of inconsistent findings between contrast-enhanced MDCT and final clinical diagnosis derived from discharge report in diagnosis of colonic diverticulitis.

A, 69-year-old man with suspected colon carcinoma. Resection of sigmoid histopathologic examination revealed diverticulitis without malignancy.

(8) Túi thừa ở cạnh và trong vùng ĐT tổn thương

Cas minh họa



- ♂, 67t
- Đoạn ĐT tổn thương: dày thành không đều ($\leq 17\text{mm}$), dài # 75mm, túi thừa (+), nếp niêm mạc còn bảo tồn, thâm nhiễm mỡ (+), hạch bệnh lý (-), rò BQ (+)

Chẩn đoán GPB:

1. ĐA TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG VIÊM CẤP TÍNH ĐẾN THANH MẠC.
2. HAI BỜ CẮT KHÔNG TỔN THƯƠNG.
3. HẠCH TĂNG SẢN PHẢN ỨNG.

Tóm tắt chẩn đoán phân biệt

Bệnh lý	Cơ quan gốc	Thâm nhiễm mỡ xung quanh	Dày thành ĐT
VTTĐT	Hình tròn, bầu dục	(+++)	(++)
VRT	Hình ống, đầu tịt	(++)	(+)
Viêm bờm mỡ ĐT	Túi mỡ	(++)	(+)
Nhồi máu mạc nối	Khối mỡ	(-)	(+)
K đại tràng	ĐT thành dày không đều	(+)	(+++) kèm hạch

Phân giai đoạn VTTĐT

- Hinchey: 4 giai đoạn / KQ phẫu thuật áp xe và VPM → khó khăn trong quyết định điều trị ban đầu
 - Cần đánh giá chính xác bệnh nhân VTTĐT cả về LS và đặc điểm hình ảnh → chiến lược điều trị thích hợp
- Bảng phân loại của WSES (World Society of Emergency Surgery) 2016, cập nhật 2020
- Dựa trên hình ảnh chụp CLVT
 - Áp dụng cho VTTĐT bên (T). Đề xuất áp dụng cho VTTĐT bên (P)
 - Phân tầng BN từ ban đầu
 - Đưa ra chiến lược điều trị cho từng giai đoạn / tình trạng lâm sàng và các bệnh nặng đi kèm

Phân giai đoạn VTTĐT / WSES

	Giai đoạn	Chụp CLVT
VTTĐT không biến chứng	0	Hình ảnh túi thừa, dày thành đại tràng, thâm nhiễm mỡ quanh đại tràng
VTTĐT biến chứng	1A	Bóng khí hoặc ít dịch quanh đại tràng, không kèm áp xe
	1B	Áp xe $\leq 4\text{cm}$
	2A	Áp xe $> 4\text{cm}$
	2B	Khí ở xa ($> 5\text{cm}$ từ đoạn đại tràng bị viêm)
	3	Dịch lan tỏa không kèm khí tự do ở xa (không thủng đại tràng)
	4	Dịch lan tỏa kèm khí tự do ở xa (thủng đại tràng)

Kết luận



- VTTĐT gặp ngày càng nhiều, triệu chứng LS không điển hình
- Châu Á: VTTĐT(P) chiếm tỉ lệ cao → nhầm với VRT nếu không có phương tiện hình ảnh hỗ trợ
- Siêu âm: phương tiện lựa chọn đầu tiên / người thực hiện có kinh nghiệm
- CLVT: tiêu chuẩn vàng, khảo sát biến chứng, hỗ trợ lập kế hoạch điều trị
- Phân loại VTTĐT của WSES: phân tầng BN từ ban đầu
→ chiến lược điều trị



Tài liệu tham khảo

- 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting, Sartelli et al. World Journal of Emergency Surgery (2020)
- Ressurreicao, acute diverticulitis and its mimics: a diagnostic approach based on CT and US findings, <https://dx.doi.org/10.1594/ecr2013/C-1845>



Xin cảm ơn Quý thầy cô và đồng nghiệp