

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 4, QUÂN KHU 4

Lê Thị Thủy^{1*}, Nguyễn Ngọc Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị cắt polyp đại trực tràng qua nội soi.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu kết hợp hồi cứu trên 200 người bệnh với 328 polyp đại trực tràng được cắt qua nội soi, tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, từ tháng 01/2025 đến tháng 4/2026.

Kết quả: Người bệnh có tuổi trung bình $58,4 \pm 11,6$ năm; nam giới chiếm 66,5%. Polyp có kích thước trung bình $9,8 \pm 6,7$ mm, gặp nhiều nhất ở đại tràng Sigma (28,7%) và trực tràng (21,3%). Hình thái polyp theo phân loại Paris 2002 đa số là 0-Is (40,2%); type theo phân loại NICE chủ yếu là type II (75,0%). Đa số polyp có mô bệnh học u tân sinh; trong đó u tuyến ống loạn sản độ thấp chiếm 53,7%. Về điều trị, tỉ lệ cắt nguyên khối đạt 91,5%. Chảy máu tức thì 3,4%; chảy máu sau thủ thuật 1,5%; không trường hợp nào biến chứng thủng. Kích thước polyp ≥ 20 mm và hình thái polyp có cuống/bán cuống làm tăng nguy cơ chảy máu với lần lượt OR = 4,87; $p = 0,004$ và OR = 2,95; $p = 0,048$.

Kết luận: Cắt polyp đại trực tràng qua nội soi tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4 là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, với tỉ lệ cắt nguyên khối cao, tỉ lệ biến chứng thấp; không ghi nhận trường hợp có biến chứng thủng.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng, nội soi cắt polyp, biến chứng polyp.

EVALUATION OF THE OUTCOMES OF ENDOSCOPIC COLORECTAL POLYPECTOMY METHODS AT MILITARY HOSPITAL 4, MILITARY REGION 4

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the outcomes of endoscopic colorectal polypectomy.

Subjects and methods: A prospective and retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 200 patients who underwent endoscopic removal of 328 colorectal polyps at Military Hospital 4, Military Region 4, from January 2025 to April 2026.

Results: The mean age of the patients was 58.4 ± 11.6 years; males accounted for 66.5% of cases. The mean polyp size was 9.8 ± 6.7 mm, with the highest frequencies observed in the sigmoid colon (28.7%) and rectum (21.3%). According to the Paris 2002 classification, the majority of polyps were classified as type 0-Is (40.2%). Based on the Narrow-band Imaging International Colorectal Endoscopic (NICE) classification, most lesions were classified as type II (75.0%). Histopathological examination showed that most polyps were neoplastic, among which tubular adenoma with low-grade dysplasia accounted for 53.7%. Regarding treatment outcomes, the en bloc resection rate was 91.5%. Immediate bleeding occurred in 3.4% of cases, while post-procedural bleeding occurred in 1.5%. No cases of perforation were recorded. Polyp size ≥ 20 mm and pedunculated/semi-pedunculated morphology were associated with an increased risk of bleeding, with OR = 4.87 ($p = 0.004$), OR = 2.95 ($p = 0.048$), respectively.

Conclusions: Endoscopic colorectal polypectomy at Military Hospital 4, Military Region 4 is a safe and effective treatment method, with a high en bloc resection rate and a low complication rate. No cases of perforation were observed.

Keywords: Colorectal polyps, endoscopic polypectomy, polypectomy complications.

Chịu trách nhiệm nội dung: Lê Thị Thủy, Email: lethuyvmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2026; mời phản biện khoa học: 7/2026; chấp nhận đăng: 14/9/2026

¹Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT) là những tổn thương nhô vào trong lòng ĐTT, hình thành do sự tăng sinh quá mức của niêm mạc ĐTT [1]. Đây là một bệnh lý

phổ biến ở đường tiêu hóa, có tỉ lệ mắc trong cộng đồng dao động từ 30-50% tùy theo mỗi quốc gia [2]. Hầu hết ung thư ĐTT phát triển từ polyp ĐTT; trong đó, polyp tân sinh được xem là nguyên nhân chính

tiến triển thành ung thư ĐTT [3]. Trên lâm sàng, triệu chứng của polyp ĐTT thường nghèo nàn và không đặc hiệu, dễ bị bỏ sót khi thăm khám. Nội soi ĐTT là phương pháp hiệu quả để xác định hình thái, vị trí và số lượng polyp; đồng thời, cho phép can thiệp cắt bỏ sớm, giảm nguy cơ biến chứng nghiêm trọng như ung thư hóa [4].

Hiện có nhiều phương pháp cắt polyp ĐTT qua nội soi được áp dụng trong thực hành lâm sàng, từ đơn giản như kim sinh thiết và thông lộng lạnh đối với polyp nhỏ, đến phức tạp hơn như cắt hớt niêm mạc (EMR), hay cắt tách hạ niêm mạc (ESD) đối với polyp lớn hoặc khó cắt. Lựa chọn phương pháp điều trị polyp ĐTT không chỉ phụ thuộc vào kích thước, hình thái, vị trí polyp mà còn cần quan tâm đến kinh nghiệm của bác sĩ nội soi [3]. Tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4 (BVQY4/QK4), kỹ thuật cắt polyp ĐTT qua nội soi đã được triển khai thường quy. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá hệ thống về hiệu quả của các kỹ thuật này tại Bệnh viện.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị polyp ĐTT bằng kỹ thuật nội soi.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

200 người bệnh (NB), với 328 polyp ĐTT, khám và điều trị tại Khoa Nội tiêu hóa - Huyết học lâm sàng, BVQY4/QK4, từ tháng 01/2025 đến tháng 4/2026.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB có polyp ĐTT thuộc type 0-I, 0-IIa, 0-IIb (phân loại Paris 2002) [5]; được cắt polyp qua nội soi, với mẫu bệnh phẩm có kết quả mô bệnh học; NB đồng ý tham gia nghiên cứu và có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB có chống chỉ định với nội soi can thiệp (rối loạn đông cầm máu nặng, suy tim, suy hô hấp nặng); hồ sơ thiếu thông tin quan trọng phục vụ phân tích.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu kết hợp hồi cứu.

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện (toàn bộ NB thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu). Thực tế chúng tôi lựa chọn nghiên cứu 200 NB, với số polyp là 328 polyp.

- Chỉ số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới tính.

+ Đặc điểm lâm sàng: đau bụng, rối loạn phân, đại tiện phân máu, không triệu chứng.

+ Đặc điểm nội soi: số lượng, vị trí, kích thước polyp; hình thái đại thể theo phân loại Paris 2002

[5]; phân loại hình thái mạch máu và bề mặt theo NICE trên nội soi ánh sáng dải hẹp (NBI) [6].

+ Đặc điểm mô bệnh học: phân loại theo WHO 2019 (gồm tổn thương tân sinh và tổn thương không tân sinh: polyp tăng sản, polyp viêm) [7].

+ Đặc điểm kỹ thuật: phương pháp cắt (kim sinh thiết; thông lộng lạnh; thông lộng điện; EMR; ESD); biến chứng trong thủ thuật (chảy máu, thủng trực tràng); biến chứng sau thủ thuật và xử trí (chảy máu sớm - 48 giờ sau thủ thuật, phải can thiệp cầm máu qua nội soi; chảy máu muộn - sau 48 giờ; thủng trực tràng; hội chứng sau cắt polyp); kết quả kỹ thuật (cắt nguyên khối, cắt từng phần) [8].

+ Mối liên quan giữa một số yếu tố với biến chứng chảy máu sau cắt polyp.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 26.0.

- Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được Hội đồng khoa học BVQY4/QK4 chấp thuận. NB tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện; thông tin cá nhân được mã hóa, bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của NB

- Đặc điểm chung:

+ Tuổi: NB phân bố từ 20 - 80 tuổi; trung bình $58,4 \pm 11,6$ tuổi; phân bố theo từng độ tuổi như sau: từ 20 - 49 tuổi (30 NB, chiếm 15,0%), từ 50 - 69 tuổi (130 NB, chiếm 65,0%), từ 70 - 80 tuổi (40 NB, chiếm 20,0%).

+ Giới tính: 133 NB là nam giới, chiếm 66,5%; 67 NB là nữ giới, chiếm 33,5%.

- Đặc điểm lâm sàng:

+ Đau bụng: 51 NB (25,5%).

+ Rối loạn phân: 37 NB (18,5%).

+ Đại tiện phân máu: 31 NB (15,5%).

- Đặc điểm cận lâm sàng:

Bảng 1 và bảng 2 cho thấy nội soi phát hiện 328 polyp ĐTT, số polyp trên mỗi NB từ 1-8 polyp (trung bình 1,64 polyp/NB). Vị trí polyp gặp nhiều nhất là ở đại tràng Sigma (28,7%) và trực tràng (21,3%). Polyp kích thước < 10 mm chiếm đa số (65,9%). Kích thước polyp trung bình $9,8 \pm 6,7$ mm.

Hình thái polyp (theo phân loại Paris 2002) hay gặp nhất là loại 0-Is (40,2%) và loại 0-Ip (23,2%). Trên nội soi ánh sáng dải hẹp, phần lớn polyp thuộc type II (75,0%). Hình thái polyp (theo phân loại Paris 2002) hay gặp nhất là loại 0-Is (40,2%) và loại 0-Ip (23,2%). Trên nội soi ánh sáng dải hẹp, phần lớn polyp thuộc type II (75,0%).

Bảng 1. Đặc điểm nội soi của polyp ĐTT

Đặc điểm nội soi polyp ĐTT		Kết quả
Số lượng (polyp)	Min-max/NB	1-8
	Trung bình/NB	1,64
	Tổng số	328
Vị trí polyp (n = 328) (n, %)	Trực tràng	70 (21,3)
	Đại tràng Sigma	94 (28,7)
	Đại tràng xuống	36 (11,0)
	Đại tràng góc lách	10 (3,0)
	Đại tràng ngang	42 (12,8)
	Đại tràng lên	38 (11,6)
	Manh tràng	38 (11,6)
Kích thước polyp (n, %)	< 10 mm	216 (65,9)
	10-19 mm	76 (23,2)
	≥ 20 mm	36 (10,9)
	Trung bình (mm)	9,8 ± 6,7
Type polyp (n, %)	Type I	72 (22,0)
	Type II	246 (75,0)
	Type III	10 (3,0)
Hình thái polyp (n, %)	0-Ip	76 (23,2)
	0-Isp	54 (16,5)
	0-Is	132 (40,2)
	0-IIa	58 (17,7)
	0-IIb	8 (2,4)

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học của polyp theo WHO 2019

Loại mô bệnh học polyp		Số polyp	Tỉ lệ (%)
Tổn thương tân sinh	U tuyến ống, loạn sản độ thấp	176	53,7
	U tuyến ống, loạn sản độ cao	18	5,5
	U tuyến nhung mao, loạn sản độ thấp	12	3,7
	U tuyến ống nhung mao, loạn sản độ thấp	28	8,5
	Tổn thương dạng răng cưa, loạn sản độ thấp	14	4,3
	Tổn thương ung thư tại chỗ	0	0
	Tổng	248	75,6
Tổn thương không tân sinh	Polyp tăng sản	70	21,3
	Polyp viêm	10	3,0
	Tổng	80	24,4

Mô bệnh học cho kết quả tổn thương tân sinh chiếm 75,6% tổng số polyp; trong đó, u tuyến ống loạn sản độ thấp chiếm ưu thế với 53,7%; u tuyến ống loạn sản độ cao chiếm 5,5% và không có tổn thương ung thư. Tổn thương không tân sinh gồm polyp tăng sản (21,3%) và polyp viêm (3,0%).

3.2. Đặc điểm kỹ thuật và kết quả điều trị cắt polyp ĐTT qua nội soi

Bảng 3 cho thấy hai phương pháp cắt polyp ĐTT qua nội soi được sử dụng nhiều nhất ở nhóm polyp kích thước < 10 mm là thông lọng lạnh (96/216 polyp) và thông lọng điện (72/216 polyp); ở nhóm polyp kích thước từ 10-19 mm là thông lọng điện (38/76 polyp) và EMR (36/76 polyp); ở nhóm polyp kích thước ≥ 20 mm là EMR (18/36 polyp) và ESD (12/36 polyp). Phân bố phương pháp cắt polyp theo kích thước tổn thương khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3. Phương pháp cắt polyp ĐTT qua nội soi theo kích thước tổn thương

Phương pháp cắt polyp	Kích thước polyp			Tổng	p
	< 10 mm	10-19 mm	≥ 20 mm		
Kim sinh thiết	34	0	0	34	< 0,001
Thông lỏng lạnh	96	0	0	96	
Thông lỏng điện	72	38	6	116	
EMR	14	36	18	68	
ESD	0	2	12	14	
Tổng	216	76	36	328	

Bảng 4. Biến chứng và kết quả kĩ thuật cắt polyp ĐTT qua nội soi

Chỉ tiêu đánh giá		Số polyp (n = 328)	Tỉ lệ (%)
Biến chứng và xử trí trong phẫu thuật	Chảy máu tức thì	11	3,4
	Thủng ĐTT tức thì	0	0
	Kẹp clip cầm máu	155	47,3
	Không kẹp clip cầm máu	173	52,7
Biến chứng và xử trí sau phẫu thuật	Chảy máu sớm (≤ 48 giờ)	4	1,2
	Chảy máu muộn (> 48 giờ)	1	0,3
	Thủng muộn	0	0
	Hội chứng sau cắt polyp	3	0,9
	Kẹp clip cầm máu sau phẫu thuật	5	1,5
Kết quả phẫu thuật	Cắt nguyên khối	300	91,5
	Cắt từng phần	28	8,5

Trong thủ thuật, gặp 11 trường hợp polyp chảy máu tức thì (3,4%) và đều được can thiệp bằng kẹp clip cầm máu; không gặp thủng ĐTT tức thì. Có 155 (47,3%) polyp cần can thiệp cầm máu trong quá trình cắt polyp để dự phòng chảy máu. Biến chứng sau thủ thuật gồm chảy máu sớm (1,2%), chảy máu muộn chiếm tỉ lệ 0,3%, hội chứng sau cắt polyp xảy ra ở 0,9%. Không ghi nhận trường hợp thủng muộn. Tất cả các trường hợp chảy máu sau thủ thuật đều được cầm máu qua nội soi bằng kẹp clip cầm máu (1,5%).

Bảng 5. Mối liên quan giữa biến chứng chảy máu sau cắt polyp với một số đặc điểm tổn thương và can thiệp (n = 328 polyp)

Đặc điểm tổn thương và can thiệp		Biến chứng chảy máu (n, %)		p
		Có	Không	
Kích thước polyp	< 20 mm	7 (2,4)	285 (97,6)	< 0,001
	≥ 20 mm	9 (25,0)	27 (75,0)	
Hình thái polyp	Không cuống	5 (2,5)	193 (97,5)	0,018
	Có cuống/bán cuống	11 (8,5)	119 (91,5)	
Vị trí polyp	Đại tràng đoạn xa và trực tràng	7 (3,3)	203 (96,7)	0,093
	Đại tràng đoạn gần	9 (7,6)	109 (92,4)	
Kết quả cắt polyp	Cắt nguyên khối	11 (3,7)	289 (96,3)	0,006
	Cắt từng phần	5 (17,9)	23 (82,1)	

Tỉ lệ biến chứng chảy máu ở nhóm polyp ≥ 20 mm là 25,0%, cao hơn rõ rệt so với nhóm polyp < 20 mm (2,4%), với p < 0,001. Polyp có cuống/bán cuống thì có tỉ lệ biến chứng chảy máu 8,5%, cao hơn nhóm không cuống (2,5%), nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,018). Polyp ở vị trí đại tràng đoạn gần có xu hướng biến chứng chảy máu cao hơn (7,6% so với 3,3%) nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,093). Cắt polyp từng phần có tỉ lệ chảy máu cao hơn cắt nguyên khối (17,9% so với 3,7%), p = 0,006.

Bảng 6. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan đến biến chứng chảy máu sau cắt polyp

Yếu tố nguy cơ	OR	KTC 95%	p
Kích thước polyp ≥ 20 mm	4,87	1,63-14,56	0,004
Hình thái có cuống/bán cuống	2,95	1,01-8,63	0,048
Cắt từng phần	2,21	0,66-7,40	0,196

Sau phân tích đa biến, phát hiện hai yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ chảy máu sau cắt polyp là kích thước polyp ≥ 20 mm (với OR = 4,87; KTC 95%: 1,63-14,56; p = 0,004) và hình thái polyp có cuống/bán cuống (với OR = 2,95; KTC 95%: 1,01-8,63; p = 0,048). Cắt từng phần có xu hướng làm tăng nguy cơ chảy máu sau cắt (với OR = 2,21), nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,196).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của NB

NB nghiên cứu có tuổi trung bình $58,4 \pm 11,6$ tuổi và giới tính chiếm ưu thế là nam giới (66,5%). Có sự tương đồng giữa kết quả này với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước khác (thường gặp NB polyp ĐTT từ 41 - 65 tuổi). Vì vậy, nên tầm soát polyp ĐTT ở nhóm đối tượng trên 40 tuổi [5]. Tỷ lệ nam giới cao hơn có thể liên quan đến thói quen sinh hoạt như hút thuốc lá, uống rượu bia, ăn nhiều thịt đỏ [9].

Triệu chứng lâm sàng thường gặp ở NB là đau bụng, rối loạn phân và đại tiện phân máu (tỷ lệ lần lượt là 25,5%; 18,5% và 15,5%). Triệu chứng lâm sàng của polyp ĐTT thường nghèo nàn và không đặc hiệu, nên bệnh dễ bị bỏ sót nếu không được nội soi tầm soát. Một số NB chỉ được phát hiện bệnh khi polyp ĐTT có kích thước lớn hoặc đã biến đổi ác tính, làm tăng khó khăn trong điều trị. Vì vậy, phát hiện sớm và cắt polyp ĐTT qua nội soi có vai trò quan trọng trong điều trị và dự phòng ung thư hóa.

Về đặc điểm nội soi, vị trí polyp ĐTT hay gặp nhất đại tràng Sigma là (28,7%), tiếp theo là trực tràng (21,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Việt Nam và khu vực châu Á (phân bố polyp ĐTT đa số ở đại tràng đoạn xa) [3]. Polyp ĐTT nghiên cứu có kích thước trung bình $9,8 \pm 6,7$ mm, chủ yếu là polyp < 10 mm. Theo phân loại hình thái Paris, polyp loại 0-Is chiếm tỷ lệ cao nhất (40,2%), tiếp theo là loại 0-Ip (23,2%) và loại 0-IIa (17,7%). Theo phân loại NICE trên nội soi NBI, type II chiếm 75,0%, phù hợp với tỷ lệ tổn thương tân sinh (chiếm 75,6% trên mô bệnh học). Kết quả này khẳng định giá trị cao của NBI trong dự báo bản chất polyp ĐTT trước cắt [6].

Về đặc điểm mô bệnh học, u tuyến ống loạn sản độ thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (53,7%), phù hợp với thông báo của WHO [7] (cho rằng đây là type mô bệnh học phổ biến nhất trong tổn thương tân sinh ĐTT). Đáng chú ý, u tuyến ống loạn sản độ cao chiếm 5,5% (đây là nhóm tổn thương tiền ung thư có nguy cơ tiến triển cao, đòi hỏi phải cắt triệt để, xác nhận diện cắt sạch trên mô bệnh học và theo dõi nội soi sát sau can thiệp), không ghi nhận trường hợp ung thư. Sự tương đồng giữa NICE type II và tổn thương tân sinh trên mô bệnh học trong nghiên cứu này cho thấy sự phù hợp với phân loại NICE - một công cụ hỗ trợ quyết định chọn phương pháp cắt và dự báo bản chất tổn thương ngay trong lúc nội soi [6].

4.2. Đánh giá kết quả điều trị của các phương pháp cắt polyp ĐTT qua nội soi

Về phương pháp cắt và kết quả kỹ thuật, sự phân bố phương pháp cắt theo kích thước tổn thương có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Kết quả nghiên cứu phản ánh nguyên tắc lựa chọn kỹ thuật phù hợp với đặc điểm polyp theo khuyến cáo của Hội Nội soi tiêu hóa Hoa Kỳ và châu Âu [3], [8] (thông lọng lạnh cho polyp nhỏ < 10 mm; thông lọng điện và EMR cho polyp 10-19 mm; EMR và ESD cho polyp ≥ 20 mm). Tỷ lệ cắt nguyên khối đạt 91,5% là kết quả tốt, cho thấy việc thực hiện kỹ thuật nội soi can thiệp tại BVQY4/QK4 đạt kết quả khả quan. Theo khuyến cáo, cắt nguyên khối không chỉ giảm nguy cơ tái phát tại chỗ mà còn giúp đánh giá chính xác diện cắt trên mô bệnh học, đặc biệt quan trọng khi polyp có loạn sản độ cao hoặc nghi ác tính [8].

Về biến chứng trong thủ thuật: có 11 trường hợp chảy máu tức thì (được can thiệp bằng kẹp clip cầm máu) chiếm 3,4%; không gặp thủng đại tràng tức thì. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Rabago năm 2024 [4] (chảy máu tức thì từ 0,3 - 6,1%; không ghi nhận biến chứng thủng đại tràng). Trong nghiên cứu này, có 155 polyp (47,3%) cần kẹp clip cầm máu trong quá trình cắt polyp để dự phòng chảy máu. Điều này phù hợp với khuyến cáo của Hội Nội soi tiêu hóa châu Âu năm 2024 [8] (những polyp có kích thước lớn, có cuống dài, giàu mạch máu, việc kẹp clip dự phòng chảy máu là cần thiết).

Về biến chứng sau thủ thuật, chảy máu sớm chiếm tỉ lệ 1,2%; chảy máu muộn chiếm tỉ lệ 0,3%; hội chứng sau cắt polyp xảy ra ở 0,9% (phù hợp với tỉ lệ 0,5 - 1,2% được báo cáo trong y văn [4]). Không ghi nhận trường hợp thủng ruột - một trong những biến chứng nặng nhất của cắt polyp qua nội soi. Đặc biệt, toàn bộ biến chứng chảy máu sau thủ thuật đều được xử trí thành công qua nội soi bằng kẹp clip mà không cần can thiệp ngoại khoa.

Về các yếu tố nguy cơ chảy máu, phân tích đơn biến xác định polyp có kích thước ≥ 20 mm, hình thái có cuống/bán cuống và cắt từng phần là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng chảy máu. Sau phân tích hồi quy logistic đa biến, kích thước polyp ≥ 20 mm (OR = 4,87; $p = 0,004$) và hình thái có cuống/bán cuống (OR = 2,95; $p = 0,048$) được xác định là hai yếu tố độc lập. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tổng quan hệ thống của Repici và cộng sự [9], trong đó kích thước polyp là yếu tố tiên lượng chính cho biến chứng chảy máu do tổn thương liên quan đến mạch máu lớn hơn ở polyp to. Polyp có cuống chứa cuống mạch máu lớn, khả năng chảy máu cao hơn sau cắt so với polyp phẳng. Do đó, kẹp cầm máu dự phòng trước cắt hoặc tiêm epinephrine vào cuống đã được thực hiện theo khuyến cáo hiện hành [3]. Polyp được cắt từng phần có xu hướng tăng nguy cơ chảy máu (OR = 2,21) nhưng không đạt ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn hạn chế.

Hạn chế của nghiên cứu này là thiết kế nghiên cứu đơn trung tâm và cỡ mẫu tương đối hạn chế (328 polyp) có thể ảnh hưởng đến độ tin cậy của phân tích hồi quy đa biến. Nghiên cứu không theo dõi kết quả dài hạn về tái phát polyp và theo dõi nội soi sau cắt, vốn là chỉ số quan trọng đặc biệt với nhóm polyp loạn sản độ cao và cắt từng phần.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 328 polyp đại trực tràng trên 200 người bệnh, khám và điều trị cắt polyp qua nội soi tại Bệnh viện Quân y 4, quân khu 4, chúng tôi rút ra một số kết luận: polyp gặp nhiều nhất ở đại tràng Sigma (28,7%) và trực tràng (21,3%); kích thước trung bình $9,8 \pm 6,7$ mm; hình thái theo phân loại Paris loại 0-Is chiếm 40,2%; NICE type II chiếm 75,0%; tổn thương tân sinh chiếm 75,6%, trong đó u tuyến ống loạn sản độ thấp là loại thường gặp nhất (53,7%). Phương pháp cắt được lựa chọn phù hợp theo kích thước tổn thương ($p < 0,001$). Tỉ lệ cắt nguyên

khối đạt 91,5%; biến chứng chảy máu chiếm 4,9%; không ghi nhận thủng. Kích thước polyp ≥ 20 mm (OR = 4,87; $p = 0,004$) và hình thái có cuống/bán cuống (OR = 2,95; $p = 0,048$) là hai yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ biến chứng chảy máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Shussman N., Wexner S.D., "Colorectal polyps and polyposis syndromes", *Gastroenterol Rep (Oxf)*, 2(1): pp. 1-15, 2014.
- Oines M., Helsingen L.M., Bretthauer M., et al., "Epidemiology and risk factors of colorectal polyps", *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 31(4): pp. 419-424, 2017.
- Nagtegaal I.D., Odze R.D., Klimstra D., et al., "The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system". *Histopathology*, 76(2): pp.182-188, 2020.
- Rabago L.R., Galan M.D., "Precision in detecting colon lesions: A key to effective screening policy but will it improve overall outcomes", *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, p.16(3), 102, 2024.
- Lê Huyền Trân, Huỳnh Hiếu Tâm, Lương Thị Thúy Loan và cs, "Các hình thái polyp đại trực tràng theo phân loại Paris và đối chiếu kết quả mô bệnh học tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023-2024", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (74), tr. 37-43, 2024.
- Hayashi N., Tanaka S., Hewett D.G., et al., "Endoscopic prediction of deep submucosal invasive carcinoma: validation of the narrow-band imaging international colorectal endoscopic (NICE) classification". *Gastrointest Endosc*, 78(4): pp. 625-32, 2013.
- WHO Classification of Tumours Editorial Board, "Digestive System Tumours". In: *WHO Classification of Tumours*, 5th edition, World Health Organization, 158, 2019,
- Ferlitsch M., Hassan C., Bisschops R., et al., "Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)", *Guideline - Update 2024*, 2024.
- Repici A., Hassan C., De Paula P.D., et al., "Efficacy and safety of endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasia: a systematic review". *Endoscopy*, 44(2): pp. 137-150, 2012. □