

KẾT QUẢ CẮT POLYP ĐẠI - TRỰC TRÀNG BẰNG THÔNG LỌNG QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110 TỪ NĂM 2014-2024

Đỗ Thiện Quảng^{1*}, Nguyễn Hồng Sơn¹
Đào Thị Yến¹, Nguyễn Thị Phương Nga¹, Cao Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học polyp đại - trực tràng và đánh giá kết quả cắt polyp bằng thông lỏng qua nội soi tại Bệnh viện Quân y 110 từ năm 2014 đến năm 2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 1.233 bệnh nhân polyp đại - trực tràng, được thực hiện cắt polyp bằng thông lỏng qua nội soi. Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị sau thủ thuật 3 tháng.

Kết quả: Bệnh nhân polyp đại - trực tràng phân bố ở mọi nhóm tuổi, gặp nhiều hơn ở người trên 40 tuổi (81,10%) và ở nam giới (64,31%). Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là rối loạn đại tiện (68,28%), đau bụng (45,33%) và đại tiện ra máu (28,14%). Vị trí polyp thường gặp nhất là trực tràng (44,44%) và đại tràng sigma (17,51%). Đa số polyp có hình thái không cuống (52,31%), là polyp đơn độc (80,94%). Về mặt mô học, polyp tân sinh (u tuyến) chiếm 34,46%; còn lại là polyp không tân sinh (viêm, phì đại dạng trẻ em, tăng sản) chiếm 65,54%. Tỷ lệ thành công chung của thủ thuật cắt polyp đạt 99,75%. Các biến chứng sau thủ thuật rất thấp và thoáng qua. Sau 3 tháng theo dõi, 99,84% bệnh nhân có niêm mạc hồi phục bình thường, chỉ ghi nhận 2 trường hợp còn sót chân polyp.

Kết luận: Polyp đại - trực tràng là bệnh lý thường gặp, có thể tiến triển âm thầm ở mọi lứa tuổi, đặc biệt ở người trên 40 tuổi. Phát hiện sớm và can thiệp cắt bỏ qua nội soi bằng kỹ thuật thông lỏng sử dụng dòng điện đơn cực là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, góp phần quan trọng trong phòng ngừa ung thư đại - trực tràng.

Từ khóa: Polyp đại - trực tràng, cắt polyp bằng thông lỏng, nội soi tiêu hóa, mô bệnh học.

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical characteristics, endoscopic images, and histopathology of colorectal polyps, and to evaluate the outcomes of endoscopic polypectomy with a noose at Military Hospital 110, from 2014 to 2024.

Subjects and methods: A prospective descriptive study on 1,233 patients with colorectal polyps who underwent endoscopic polypectomy with a noose. Post-procedural outcomes were followed up and evaluated at 3 months.

Results: Patients with colorectal polyps were distributed across all age groups, more frequently in patients over 40 years (81.10%) and in males (64.31%). The most common clinical symptoms were bowel disorders (68.28%), abdominal pain (45.33%), and hematochezia (28.14%). The most frequent locations were the rectum (44.44%) and sigmoid colon (17.51%). Most polyps were sessile (52.31%) and solitary (80.94%). Histologically, neoplastic polyps (adenomas) accounted for 34.46%, while non-neoplastic polyps (inflammatory, juvenile, hyperplastic) accounted for 65.54%. The overall success rate of polypectomy was 99.75%. Post-procedural complications were minimal and transient. At 3-month follow-up, 99.84% of patients showed complete mucosal healing, with only 2 cases of polyp pedicles remaining.

Conclusions: Colorectal polyps are a common condition that may progress silently at any age, particularly in individuals over 40 years. Early detection and endoscopic polypectomy with a noose using monopolar electrocautery is an effective and safe therapeutic method, playing an important role in colorectal cancer prevention.

Keywords: Colorectal polyps, polypectomy with a noose, gastrointestinal endoscopy, histopathology.

Chịu trách nhiệm nội dung: Đỗ Thiện Quảng, Email: quangthienqy11@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/5/2025; mời phản biện khoa học: 7/2025; chấp nhận đăng: 23/9/2025.

¹Bệnh viện Quân y 110.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại - trực tràng (ĐTT) là bệnh lí khá phổ biến, có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm. Theo thống kê tại Hoa Kỳ, polyp ĐTT là bệnh lí tồn tại ở khoảng 15-20% số người trưởng thành khỏe mạnh, ở 1% số trẻ lứa tuổi học đường và ở 10% số người trên 60 tuổi [16]. Có rất nhiều loại polyp ĐTT mang tiềm năng ác tính hóa rất cao; 95% các trường hợp ung thư ĐTT hình thành từ các polyp tuyến lành tính [11], [14]. Diễn biến của polyp ĐTT khá phức tạp, ngoài tiến triển thành ung thư, nó còn gây ra một số biến chứng như xuất huyết tiêu hóa, lồng ruột, tắc ruột... Vì thế, việc phát hiện và điều trị polyp ĐTT, dự phòng và ngăn chặn các biến chứng trên là rất cần thiết [9], [13].

Có nhiều phương pháp cắt bỏ polyp ĐTT, song được ứng dụng phổ biến tại nhiều quốc gia là phương pháp cắt polyp ĐTT qua nội soi bằng thông lọng hoặc bằng LASER. Hai phương pháp này có nhiều ưu điểm, như tiết kiệm chi phí chữa bệnh, giảm thời gian nằm điều trị nội trú, ít ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân (BN), người bệnh có thể ăn ngay sau khi cắt... Hơn nữa, nếu phát hiện và cắt bỏ sớm những polyp ĐTT mới có ổ ung thư tại chỗ, thì có thể ngăn chặn được ung thư ĐTT do polyp tiến triển thành [1], [2], [9], [10].

Bệnh viện Quân y 110 đã triển khai cắt polyp ĐTT qua nội soi ống mềm bằng thông lọng với nguồn cắt đơn cực từ năm 2001. Bước đầu cho thấy đã mang lại nhiều kết quả khả quan, giúp giảm bớt chi phí chữa bệnh do BN không phải nằm điều trị nội trú, giảm đáng kể các ca phẫu thuật mở thành bụng cắt polyp. Tuy nhiên, việc nghiên cứu, đánh giá về bệnh lí và kĩ thuật này tại đây còn chưa được triển khai đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học polyp ĐTT; đồng thời nhận xét kết quả cắt polyp ĐTT bằng thông lọng với nguồn cắt đơn cực qua nội soi, tại Bệnh viện Quân y 110.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

1.233 BN polyp ĐTT, có chỉ định và được phẫu thuật cắt polyp ĐTT qua nội soi ống mềm, tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 6/2014 đến tháng 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có chẩn đoán xác định polyp ĐTT qua hình ảnh nội soi và mô bệnh học; số lượng polyp ĐTT không quá 20 cái; polyp ĐTT có đường kính cuống hoặc chân từ 5-30 mm; BN không có chống chỉ định phẫu thuật, đồng ý tham gia nghiên cứu và có đầy đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN có chống chỉ định phẫu thuật; đang mắc các bệnh lí đường ruột (như viêm loét ĐTT chảy máu, trĩ, nứt kẽ hậu môn, lì...); đang mắc các bệnh lí ác tính hoặc mạn tính nặng; nghi ngờ tắc/bán tắc ruột; tự nguyện rút khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả.
- Cách thức tiến hành nghiên cứu:
+ Chuẩn bị BN: như với các BN phẫu thuật đường tiêu hóa; trong đó lưu ý cho BN nhịn ăn trước phẫu thuật ít nhất 8 tiếng; làm sạch đường ruột và khung đại tràng; giảm co thắt bằng tiêm thuốc Vincopane trước nội soi 30 phút.
+ Thực hiện cắt polyp ĐTT theo các bước cơ bản [7]: (1) Đưa máy soi từ từ vào ĐTT đến khi quan sát được polyp thì cố định máy soi. Quan sát kĩ vị trí, hình dạng, kích thước, đường kính polyp... để lựa chọn thông lọng phù hợp. (2) Dự kiến thời gian, số lượng polyp và xác định công suất nguồn cắt đốt phù hợp. (3) Kiểm tra thông lọng cắt polyp (yêu cầu thông lọng có độ mờ tối đa và khi rút vào, polyp sẽ nằm gọn trong lòng dây 2 mm). Lồng thông lọng vào polyp và thắt từ từ đến khi thấy chặt tay. Kiểm tra, xác định niêm mạc ĐTT không nằm trong thông lọng. (4) Xác định đường cắt của thông lọng trên polyp (theo kĩ thuật xác định đường cắt của Jerome D Waye và cộng sự [15]). Thực hiện kĩ thuật cắt phù hợp với từng loại polyp có cuống hoặc không có cuống.

+ Kiểm tra tình trạng chảy máu tại vị trí cắt; nếu xác định vị trí cắt còn rỉ máu thì tiến hành cầm máu kĩ bằng đốt điện hoặc kẹp clip; nếu xác định không còn chảy máu thì kết thúc thủ thuật.

+ Theo dõi BN đến khi không còn chảy máu, BN ổn định thì cho BN về. Hẹn BN tái khám, soi lại toàn bộ ĐTT sau 3 tháng.

+ Ghi lại hình ảnh trước, trong và sau cắt polyp ĐTT, gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm chẩn đoán mô bệnh học.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:
+ Đặc điểm chung của BN: tuổi, giới tính.
+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: các triệu chứng đau bụng, đi ngoài ra máu, rối loạn đại tiện; số lượng, vị trí, hình dạng polyp; hình ảnh mô bệnh học polyp.

+ Kết quả điều trị: kết quả cắt polyp, diễn biến sau cắt polyp 24 giờ; lâm sàng và hình ảnh nội soi sau cắt polyp 3 tháng.

- Xử lí số liệu: thu thập và xử lí bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Quân y 110. Mọi thông tin cá nhân BN được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích khoa học.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo tuổi, giới tính

Tuổi	Giới tính (SL, %)		Tổng (SL, %)
	Nam giới	Nữ giới	
≤ 20	39 (3,16)	30 (2,43)	69 (5,59)
21-30	42 (3,41)	23 (1,87)	65 (5,27)
31-40	58 (4,70)	41 (3,32)	99 (8,03)
41-50	105 (8,52)	76 (6,16)	181 (14,68)
51-60	189 (15,33)	132 (10,71)	321 (26,03)
> 60	360 (29,20)	138 (11,19)	498 (40,39)
Tổng	793 (64,31)	440 (35,69)	1.233 (100)
Trung bình	51,71 ± 11,12	55,43 ± 18,34	53,25 ± 15,86
SL: số lượng			

BN nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 53,25 ± 15,86 tuổi; nam giới (64,31%) nhiều hơn nữ giới (35,69%). Tỷ lệ BN có độ tuổi từ 41-60 và trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (40,71% và 40,39%), BN dưới 20 tuổi chỉ chiếm 5,59%. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2009 (BN polyp ĐTT thường gặp ở lứa tuổi dưới 20, chiếm 49,6%) [5], có thể do đặc thù Bệnh viện Quân y 110 không có khoa nhi và đối tượng BN chủ yếu là quân nhân. Tuy nhiên, có sự đồng nhất giữa hai nghiên cứu về tỷ lệ giới tính BN (nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy gặp 65,6% BN là nam giới [5]).

Nhiều báo cáo của các tác giả nước ngoài cho rằng polyp ĐTT gặp tăng dần theo độ tuổi [16]. Nghiên cứu của Winawer S.J về polyp ĐTT trên các đối tượng người dân tại Hoa Kỳ năm 1993 cũng cho thấy, tỷ lệ bệnh có ở 15-20% người trưởng thành khỏe mạnh, ở 1% số trẻ lứa tuổi học đường và ở 10% số người trên 60 tuổi [16]. Về giới tính BN, các tác giả trong và ngoài nước đều có chung nhận xét polyp ĐTT gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới, như các nghiên cứu của Tống Văn Lược [3] hay Winawer S.J [16].

3.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học polyp ĐTT

- Đặc điểm lâm sàng: bảng 2 cho thấy, triệu chứng lâm sàng hay gặp ở BN polyp ĐTT lần lượt

là rối loạn đại tiện (68,28%), đau bụng (45,33%), đi ngoài ra máu (28,14%). Mức độ phổ biến các triệu chứng này tùy thuộc vào mỗi BN, có trường hợp chỉ biểu hiện 1 triệu chứng, có trường hợp biểu hiện nhiều triệu chứng, song, có 205 BN (16,62%) không biểu hiện bất cứ triệu chứng nào.

Nguyễn Thị Thu Thủy nhận thấy đi ngoài ra máu là triệu chứng thường gặp nhất (81,3%), tiếp theo là đau bụng (33,4%). Tác giả này không thống kê biểu hiện rối loạn đại tiện [5]. Lê Quang Thuận, Vũ Văn Khiên năm 2009 cũng nhận thấy đau bụng và đi ngoài phân máu là 2 triệu chứng hay gặp nhất của polyp ĐTT [4].

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số BN (n = 1.233)	Tỷ lệ (%)
Đi ngoài ra máu	347	28,14
Đau bụng	559	45,33
Rối loạn đại tiện (táo, lỏng, táo lỏng xen kẽ)	842	68,28
Không có triệu chứng	205	16,62

- Đặc điểm polyp ĐTT trên nội soi:

Bảng 3. Hình ảnh nội soi polyp ĐTT

Đặc điểm hình ảnh nội soi		Số BN (n = 1.233)	Tỷ lệ (%)
Vị trí polyp	Trực tràng	548	44,44
	Đại tràng xích ma	216	17,51
	Đại tràng xuống	42	3,40
	Đại tràng ngang	208	16,86
	Đại tràng lên	58	4,70
	Manh tràng	24	1,94
	Nhiều vị trí	137	11,11
Hình dạng polyp	Có cuống	402	32,60
	Không có cuống	645	52,31
	Hình dạng khác	186	15,08
Số lượng polyp	1 polyp	998	80,94
	2 polyp	132	10,70
	≥ 3 polyp	103	8,35

Polyp ở trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (44,44%), tiếp đến là ở đại tràng xích ma (17,51%), đại tràng ngang (16,86%) và ở nhiều vị trí (11,11%); ít gặp nhất là polyp ở manh tràng (1,94%). Xác định vị trí polyp ĐTT rất quan trọng trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh. Vì vậy, phẫu thuật viên cần lưu ý kiểm soát thật kỹ những vùng hay gặp polyp ĐTT trong quá trình nội soi. Từ những năm 1977, Pelayo

Correa và cộng sự đã vẽ “bản đồ” vị trí polyp ĐTT và cho thấy các polyp tuyến hay gặp nhất ở vùng trực tràng, ít gặp ở vùng manh tràng [6]. Nghiên cứu của chúng tôi góp thêm minh chứng khẳng định kết luận đã nêu.

Polyp ĐTT không có cường chiếm tỉ lệ 52,31%, có cường chiếm tỉ lệ 32,60% và đa số BN chỉ có 1 polyp ĐTT (80,94%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy năm 2009 (trên 32 BN polyp ĐTT, gặp 84,4% BN có 1 polyp và 15,6% BN có từ 2-8 polyp) [5]. Tỉ lệ phân bố các đặc điểm polyp ĐTT trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Tống Văn Lược [3].

- Đặc điểm mô bệnh học polyp ĐTT:

Bảng 4. Đặc điểm mô bệnh học polyp ĐTT

Mô bệnh học polyp ĐTT		Số BN (n = 1.233)	Tỉ lệ (%)
Neoplastic polyp (u tuyến)		425	34,47
Non-Neoplastic polyp	Viêm	472	38,28
	Thiếu niên	79	6,40
	Tăng sản	257	20,84

Kết quả mô bệnh học cho thấy, tỉ lệ BN có polyp ĐTT loại u tuyến (Neoplastic polyp) là 34,46%, thấp hơn loại Non-Neoplastic polyp (gồm polyp viêm, polyp thiếu niên và polyp tăng sản; chiếm 65,52%). Nguyễn Thị Thu Thủy ghi nhận 78,1% polyp ĐTT loại Non-neoplastic và 21,9% polyp ĐTT loại Neoplastic [5], tương tự nghiên cứu của chúng tôi. Polyp ĐTT loại u tuyến có khả năng ung thư hóa cao hơn loại Non-Neoplastic [8]. Nghiên cứu của Tống Văn Lược ghi nhận polyp ĐTT loại u tuyến chỉ chiếm 24,4% [3], trong khi nghiên cứu của Lê Quang Thuận lại ghi nhận polyp ĐTT loại u tuyến chiếm 51,5% [4].

3.3. Kết quả cắt polyp ĐTT

- Kết quả cắt polyp ĐTT bằng thông lọng qua nội soi (n = 1.233):

- + Thành công: 1.230 BN (99,75%).
- + Không thành công: 3 BN (0,25%).

Thực hiện cắt polyp ĐTT bằng thông lọng nhiệt điện cho kết quả thành công cao (chiếm 99,75%). Có 3 BN thực hiện kĩ thuật thất bại (chiếm 0,25%), trong đó 2 trường hợp không cắt được hết polyp và phát hiện tái phát khi khám lại sau 3 tháng (chúng tôi cắt tiếp và sau đó 3 tháng, nội soi kiểm tra thấy niêm mạc chỗ cắt bằng phẳng). 1 trường hợp chảy máu ở ngày thứ 2 sau cắt, là BN có bệnh lí nền xơ gan (BN được nội soi lại, kẹp clip cầm máu thành công). Tỉ lệ thành công này tương tự nghiên cứu

của Tống Văn Lược [3], nhưng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy [5].

- Diễn biến sau phẫu thuật 24 giờ:

Bảng 5. Diễn biến sau cắt polyp 24 giờ

Triệu chứng		Biểu hiện (n = 1.233)	
		Có (SL, %)	Không (SL, %)
Mạch nhanh		39 (3,16)	1.194 (96,08)
Huyết áp thấp		26 (2,12)	1.207 (97,89)
Đau bụng	Âm ỉ	202 (16,38)	995 (80,69)
	Quặn	36 (2,91)	
Chướng hơi ít		343 (27,81)	890 (72,12)
Đại tiện ra máu		38 (3,08)	1.195 (96,91)

Theo dõi BN trong 24 giờ sau phẫu thuật, phát hiện một số diễn biến bất thường ở các BN, như mạch nhanh trên 100 lần/phút (39 BN, chiếm 3,16%), huyết áp thấp dưới 90/60 mmHg (26 BN, chiếm 2,12%). Các diễn biến này đều được kiểm soát an toàn sau khi xử trí. Các diễn biến khác, như đau bụng (238 BN, chiếm 19,29%), chướng hơi ít (343 BN, chiếm 27,81%), đại tiện ra máu (38 BN, chiếm 3,08%) cũng được phát hiện, theo dõi sát và ổn định sau đó. Kết quả này tương tự như diễn biến sau cắt polyp ĐTT ở BN trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy [5], Tống Văn Lược [3], Fujiya M [8], hay Kaltenbach T [10].

- Diễn biến sau phẫu thuật 3 tháng:

Bảng 6. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi sau cắt polyp 3 tháng

Triệu chứng		Biểu hiện (n = 1.233)	
		Có (SL, %)	Không (SL, %)
Đi ngoài ra máu		0	1.233 (100)
Đau bụng		39 (3,16)	1.194 (96,83)
Niêm mạc bằng phẳng		1.231 (99,84)	2 (0,16)
Còn chân, cuộn polyp tái phát		2 (0,16)	1.231 (99,84)
Nơi cắt bị loét, sùi		0	0

Hình ảnh nội soi sau cắt polyp ĐTT 3 tháng cho thấy, có 99,84% BN hình ảnh niêm mạc tại vị trí cắt bằng phẳng; 0,16% BN còn cuộn polyp tái phát. Đây là kết quả thành công khá cao, tương tự nghiên cứu can thiệp của Nguyễn Thị Thu Thủy [5], Tống Văn Lược [3], Lê Quang Thuận [4], hay Sanduleanu S [12].

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 1.233 bệnh nhân polyp đại - trực tràng, có chỉ định và được phẫu thuật cắt polyp

đại - trực tràng qua nội soi ống mềm, tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 6/2014 đến tháng 12/ 2024, chúng tôi thấy triệu chứng lâm sàng của polyp đại - trực tràng thường nghèo nàn, với các dấu hiệu như rối loạn đại tiện (68,28%), đau bụng âm ỉ (45,33%), đi ngoài ra máu mức độ ít (28,14%). Polyp đại - trực tràng gặp ở mọi lứa tuổi, tuổi càng cao càng có tỉ lệ mắc nhiều (trên 40 tuổi chiếm 81,10%); vị trí polyp thường gặp ở vùng trực tràng (44,44%) và chủ yếu gặp loại polyp lành tính (polyp u tuyến 34,46%). Cắt polyp đại - trực tràng bằng thông lộng nhiệt điện cho kết quả thành công cao (99,75%). Diễn biến sau cắt 24 giờ khá ổn định, chỉ một số bệnh nhân có biểu hiện mạch nhanh, huyết áp tụt, chóng mặt... thoáng qua. Sau cắt polyp đại - trực tràng 3 tháng, khám thấy các triệu chứng lâm sàng hầu như không còn và niêm mạc bằng phẳng.

5. KHUYẾN NGHỊ

- Về tầm soát bệnh lí polyp đại - trực tràng: nên kiểm tra sức khỏe, tầm soát bệnh sớm khi có biểu hiện rối loạn đại tiện lặp lại nhiều lần.

- Về can thiệp điều trị bệnh: bệnh nhân có polyp đại - trực tràng nên được can thiệp cắt sớm, dự phòng tiến triển ung thư hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Tử Dương, Vũ Văn Bàn (1979), "Phát hiện và chẩn đoán sớm ung thư đại trực tràng", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1 năm 1979: tr. 35-38.
2. Lê Huy Hòa (2003), "Nghiên cứu xâm nhiễm của ung thư đại trực tràng", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 7, số 4, năm 2003, tr. 155-162.
3. Tống Văn Lược (2002), *Nghiên cứu kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng thông lộng điện theo hình ảnh nội soi mềm và xét nghiệm mô bệnh học*, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Lê Quang Thuận, Vũ Văn Khiên (2009), "Đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học polyp đại trực tràng", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, năm 2009, tr. 43-46.
5. Nguyễn Thị Thu Thủy (2009), *Nghiên cứu kết quả cắt polyp trực tràng bằng thông lộng nhiệt điện qua nội soi tại Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Thái Nguyên.
6. Correa P, Strong J.P, Reif A, et al. (1977), "The epidemiology of colorectal polyps:

- prevalence in New Orleans and international comparisons", *Cancer*, 39 (5): pp. 2258-2264.
7. Facciorusso A, Mohan BP, Hassan C, et al. (2021), "Post-polypectomy bleeding: Risk factors, prevention, and management - a systematic review with meta-analysis", *Gastrointestinal Endoscopy*, 2021; 94(4): 819-829.
 8. Fujiya M, Saito Y, Sakamoto T, et al. (2021), "Evidence-based clinical practice guidelines for management of colorectal polyps 2020" *Journal of Gastroenterology*, 2021; 56(4): 323-335.
 9. Hassan C, East J, Repici A, et al. (2020), "European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: Endoscopic management of colorectal polyps", *Endoscopy*, 2020; 52(12): 1027-1035.
 10. Kaltenbach T, Anderson JC, Burke CA, et al. (2020), "Endoscopic removal of colorectal lesions - recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer", *Gastroenterology*, 2020; 158(4): 1095-1129.
 11. Levine J.S, Ahnen D.J (2006), "Adenomatous polyps of the colon", *N Engl J Med*, 355(24): pp. 2551-2557.
 12. Sanduleanu S, Rutter M.D, East J.E, et al. "Interval colorectal cancers: Current concepts and future perspectives", *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 2021; 18(9): 554-568.
 13. Seitz U, Bohnacker S, Soehendra N, et al. (2015), "Endoscopic removal of large colon polyps", *Uptodate*, http://www.uptodate.com/contents/endoscopic-removal-of-large-colon-polyps?source=search_result&search=Colon+polyps&selectedTitle=2~94.
 14. Siegel R.L, Miller K.D, Jemal A (2015), "Cancer statistics, 2015", *CA Cancer J Clin*, 65(1): pp. 5-29.
 15. Waye J.D, Rex D.K, Williams C.B (2003), "Colonoscopy Principles and Practice, 2nd", *Wiley-Blackwell*, 9: pp. 537-613.
 16. Winawer S.J, Zauber A.G, Ho M.N, et al. (1993), "Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup", *N Engl J Med*, 329 (27): pp. 1977-1981. □