

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRẺ BỊ VIÊM PHỔI CÓ PCR ADENOVIRUS DƯƠNG TÍNH TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Vũ Thi Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Nam<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thuý Hoà<sup>2</sup>,  
Trần Tiến Đạt<sup>1</sup>, Phạm Văn Đếm<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của viêm phổi do Adenovirus tại Trung tâm Nhi – Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 50 trẻ được chẩn đoán viêm phổi có PCR Adenovirus (+) trong dịch tỵ hầu từ tháng 9/2022 đến 11/2022 điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái = 31/19, trong đó trẻ >12 tháng tuổi chiếm 82%. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất ho (94%), sốt (92%), nôn (60%), viêm kết mạc (40%), khó thở (24%). Thở nhanh là triệu chứng thực thể thường gặp nhất (38%), các triệu chứng thực thể khác ít gặp hơn là nhịp tim nhanh (32%), khó thở (24%). Nghe phổi có triệu chứng rales tại phổi (86%), trong đó rales ẩm tại phổi chiếm cao nhất với tỷ lệ 54%, rales rít, rales ngáy (32.2%). Tất cả bệnh nhi đều có tình trạng tăng bạch cầu (>10G/l), trong đó có 3 bệnh nhi có số lượng bạch cầu >30G/L (6%). Trong khi tỉ lệ chỉ số tiểu cầu bình thường khá cao (72%). Hầu hết bệnh nhân có biểu hiện tăng CRP chiếm 56%. Nuôi cấy dịch tỵ hầu cho thấy tỉ lệ âm tính lên tới 80%. Vi khuẩn hay gặp nhất là Haemophilus influenzae, sau đó là Klebsiella pneumoniae và Streptococcus pneumoniae. XQ ngực thẳng với hình ảnh tổn thương chủ yếu là đông đặc phổi và mờ lan tỏa hai phổi chiếm tỷ lệ lần lượt 51% và 43%. Tổn thương trên CT thấy trên 20% bệnh nhi. Trong đó chủ yếu là tình trạng đông đặc hai phổi chiếm tỷ lệ 8/10 chiếm 16% trong tổng số 50 bệnh nhi. **Kết luận:** Viêm phổi do Adenovirus hay gặp ở bệnh nhi < 12 tháng tuổi, chủ yếu trẻ nam. Các triệu chứng nổi bật là ho, sốt kéo dài và rale ẩm 2 phổi. Hầu hết bệnh nhi có tăng bạch cầu và CRP, đồng nhiễm vi sinh vật và viêm phổi nặng. Hình ảnh trên X quang, CT chủ yếu là tình trạng đông đặc phổi.

**Từ khóa:** Adenovirus, trẻ em, viêm phổi.

## SUMMARY

### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF PNEUMONIA WITH PCR ADENOVIRUS POSITIVE IN CHILDREN AT PEDIATRIC CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and treatment results of

pneumonia with PCR adenovirus positive at the Pediatric Center – Bach Mai Hospital. **Subject and Method:** This descriptive study on 50 patients were diagnosed pneumonia with PCR Adenovirus positive from September 2022 to November 2022 treated at the Pediatric Center be long to Bach Mai Hospital. **Result:** The male and female ratio is 31/19, upper 12 months of age patients accounted for 82%. The most common symptoms are cough (94%), fever (92%), vomiting (60%), conjunctivitis (40%), and difficulty breathing (24%). Tachypnea is the most common physical symptom (38%), other less common physical symptoms are tachycardia (32%), dyspnea (24%). Lungs sounds showed symptoms of rales was 86%, of which wet rales in the lungs accounted for the highest rate at 54%, rales with wheezing, and rales with snoring (32.2%). All pediatric patients had leukocytosis (>10G/l), including 3 patients with white blood cell count >30G/L (6%). While the rate of normal platelet index is quite high (72%). Most patients showed increased CRP, accounting for 56%. Culture of nasopharyngeal fluid shows a negative rate of up to 80%. The most common bacteria is Haemophilus influenzae, followed by Moraxella catarrhalis and Streptococcus pneumoniae. X-ray of the chest with images of damage mainly focused on clusters and diffuse opacities in both lungs accounting for 32.2% and 36.5% respectively. Lesions on Computed Tomography are seen in over 12.5% of pediatric patients. The main thing is the condition of consolidation in both lungs, accounting for a high rate (83.3%). **Conclusion:** Pneumonia caused by adenovirus is common in pediatric patients < 12 months old, mainly male children. The prominent symptoms are persistent cough, fever, and moist rales in both lungs. Most pediatric patients have leukocytosis and CRP, microbial co-infection, and severe pneumonia. The images on X-ray and CT are mainly lung consolidation.

**Keywords:** Adenovirus, children, pneumonia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới cấp tính, căn nguyên thường do virus hoặc vi khuẩn gây ra đây là nguyên nhân gây tử vong lớn nhất ở trẻ em trên toàn thế giới. Viêm phổi khiến trẻ em bị tử vong nhiều hơn bất kỳ bệnh truyền nhiễm nào khác. Hàng năm có hơn 700.000 trẻ em dưới năm tuổi, hoặc khoảng 2.000 trẻ mỗi ngày bị chết vì viêm phổi. Tổ chức Y tế Thế giới WHO (The World Health Organization) xếp Việt Nam vào nhóm 15 quốc gia có gánh nặng bệnh tật viêm phổi cao nhất, với ước tính 2,9 triệu trường hợp và 0,35 đợt

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Đếm

Email: dempv.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2024

Ngày duyệt bài: 16.8.2024

viêm phổi/ trẻ dưới 5 tuổi/ năm [1]. Hiện tại nhờ các biện pháp phòng bệnh, phát hiện và điều trị sớm đã giảm tỷ lệ tử vong trẻ do viêm phổi năm 2021 xuống một nửa so với tỷ lệ tử vong do viêm phổi ở trẻ năm 2000 trên toàn thế giới theo WHO[1] nhưng gánh nặng bệnh tật do viêm phổi Việt Nam vẫn còn cao gấp 10 lần các nước phát triển trong cùng khu vực như Nhật Bản, Singapore [1]. Nguyên nhân gây bệnh viêm phổi có rất nhiều như vi khuẩn, vi rút, ký sinh trùng, nấm.... Trong đó, nguyên nhân gây viêm phổi ở trẻ em chủ yếu là do vi rút (80-85%) [2]. Adenovirus là một trong những tác nhân chính gây bệnh hô hấp cấp tính ở trẻ em [3]. Trong năm 2022 tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Bạch Mai đã tiếp nhận khá nhiều trường hợp trẻ bị viêm phổi nặng có kết quả dương tính với Adenovirus trong dịch tỵ hầu với diễn biến lâm sàng rầm rộ, tiến triển nặng nhanh, tỷ lệ tử vong cao. Đặc biệt trong vụ dịch adenovirus năm 2022 tại các Bệnh viện của Hà Nội đã có 6 trường hợp bệnh nhi tử vong có nhiễm adenovirus [4]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của viêm phổi có nhiễm Adenovirus tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Bạch Mai.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Lấy toàn bộ bệnh nhân trong vòng 02 tháng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của WHO đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được thu thập các thông tin về tuổi, giới, y tế, thời gian khởi phát bệnh, các biểu hiện lúc khởi phát. Sốt được xác định khi nhiệt độ đo ở nách bằng nhiệt kế thủy ngân >37,5 độ C, thở nhanh khi nhịp thở tăng hơn so với tuổi (trẻ < 2 tháng nhịp thở >60 lần/ phút; trẻ 2-12 tháng thở >50 lần/ phút; 12 tháng đến 5 tuổi nhịp thở > 40 lần/ phút; trẻ > 5 tuổi nhịp thở > 30 lần/ phút). Trẻ nhập viện được khám bệnh và làm các xét nghiệm để phát hiện các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng. Khò khè là âm thanh nghe được bằng tai phát ra khi trẻ thở, tiếng rale được xác định khi nghe bằng tai nghe. Phân loại suy hô hấp độ I: trẻ chỉ có khó thở, tím khi gắng sức; độ II: trẻ có tím môi đầu chi, độ III khi trẻ tím toàn thân. Bệnh nhân được lấy mẫu máu làm các xét nghiệm sinh hóa, tổng phân tích tế bào máu ngoại vi tại thời điểm nhập viện so sánh với bảng giá trị hằng số sinh học trẻ em Việt Nam theo tuổi [5]. Xét nghiệm vi sinh dịch tỵ hầu để nuôi cấy định vi khuẩn, chụp Xquang, CT tìm phổi. Dịch tỵ hầu được lấy ngay tại thời điểm

nhập viện trước khi dùng kháng sinh, lấy 2 mẫu: 01 mẫu làm xét nghiệm nuôi cấy, 01 mẫu làm PCR xác định Adenovirus. Cách lấy dịch tỵ hầu: dùng ống sonde plastic vô khuẩn đưa qua đường mũi độ sâu bằng 1/2 chiều dài đo từ đỉnh mũi đến ống tai ngoài. Kỹ thuật lấy dịch tỵ hầu do điều dưỡng chuyên khoa nhi thực hiện. Các xét nghiệm cận lâm sàng được thực hiện tại các phòng xét nghiệm sinh hóa, huyết học, vi sinh của bệnh viện Bạch Mai.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh. Lấy số liệu hồi cứu.

**2.3. Cách thức nghiên cứu và các chỉ số nghiên cứu:** Lập danh sách các trẻ có chẩn đoán viêm phổi do virus adeno tại Trung tâm Nhi khoa từ tháng 9/2022 – 11/2022 đủ tiêu chuẩn. Thu thập các số liệu về đặc điểm nhân trắc học, lâm sàng, cận lâm sàng được thu thập theo bệnh án nghiên cứu, dựa vào cách hồi cứu lại các bệnh án của bệnh nhân.

**2.4. Xử lý số liệu:** Bệnh nhân được thu thập thông tin bằng một bệnh án nghiên cứu riêng, thống nhất, các số liệu được nhập vào phần mềm thống kê y học SPSS. 20.0 và xử lý bằng các test thống kê y học.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Một số đặc điểm lâm sàng**

- Có 50 trẻ bị viêm phổi thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trên 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất, 41 bệnh nhi (82%); tiếp theo là nhóm 6-12 tháng có 10 bệnh nhi (10%); nhóm dưới 6 tháng tuổi có 8 bệnh nhi (8%). Tuổi trung vị là 26 tháng, tuổi nhỏ nhất là 4 tháng, lớn nhất là 12 tuổi.

- Tỷ lệ trẻ trai/ trẻ gái = 1.6 (31/19)

- Bệnh nhân sốt cao trên 39°C chiếm tỷ lệ cao nhất (62%). Bệnh nhân thường sốt kéo dài với thời gian sốt trung bình là 5± 3,6 ngày và sốt trên 4 ngày chiếm tỷ lệ chủ yếu (72%).

**Bảng 1. Phân bố các triệu chứng lâm sàng ở trẻ bị viêm phổi có nhiễm Adenovirus**

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhân (N=50)	Tỷ lệ
Ho	47	94%
Sốt	>39°C	62%
	<39°C	30%
Nôn	30	60%
Viêm kết mạc	20	40%
Khó thở	12	24%

**Nhận xét:** Triệu chứng hay gặp nhất ho (94%), sốt (92%), nôn (60%), viêm kết mạc (40%), khó thở (24%).

- Triệu chứng thực thể:

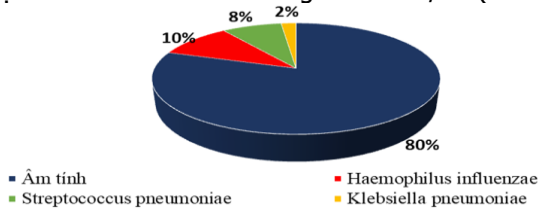
**Bảng 2: Phân bố triệu chứng thực thể**

Triệu chứng thực thể		Số bệnh nhân (N=50)	Tỷ lệ
Thở nhanh		19	38%
Nhịp tim nhanh		16	32%
Khó thở		12	24%
Rales tại phổi	Rales ẩm	27	54%
	Rales rít, ran ngáy	16	32%

**Nhận xét:** Tiếng rales tại phổi là triệu chứng thường gặp nhất (86%), các triệu chứng khác ít gặp hơn là thở nhanh (38%), nhịp tim nhanh (32%) và khó thở (24%). Bên cạnh đó, rales ẩm tại phổi chiếm cao nhất với tỷ lệ 54%, sau đó là rales rít, rales ngáy (32.2%).

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng**

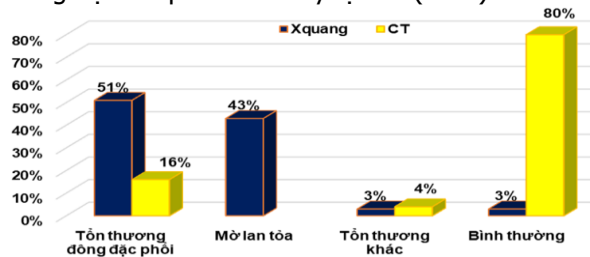
- Kết quả xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi thấy tất cả bệnh nhi đều có tăng bạch cầu (>10G/l), trong đó có 3 bệnh nhi có số lượng bạch cầu >30G/L (6%). Số bệnh nhi có chỉ số tiểu cầu bình thường là: 36(72%), giảm tiểu cầu: 1 (2%), tăng tiểu cầu: 13 (26%). Phần lớn bệnh nhi có chỉ số CRP tăng chiếm 26/50 (56%).



**Hình 1: Biểu đồ kết quả nuôi cấy vi khuẩn dịch tỵ hầu**

**Nhận xét:** Có 40 bệnh nhi kết quả cấy vi khuẩn âm tính (80%). Vi khuẩn hay gặp nhất là Haemophilus influenzae, sau đó là Klebsiella pneumoniae và Streptococcus pneumoniae.

- Về đặc điểm X quang ngực thẳng có hình ảnh tổn thương trên X quang chủ yếu đồng đặc phổi và mờ lan tỏa hai phổi chiếm tỷ lệ lần lượt là: 51% và 43%. Tổn thương trên CT thấy trên 20% bệnh nhi. Trong đó chủ yếu là tình trạng đồng đặc hai phổi chiếm tỷ lệ cao (16%).



**Hình 2: Biểu đồ hình ảnh tổn thương phổi trên X quang và CT**

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung**

- Tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mắc bệnh chủ yếu > 12 tháng tuổi, tỷ lệ

nam/nữ là 1.6/1. Kết quả nghiên cứu này tương tự với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hồng Hạnh [6] (63.5%), nghiên cứu của Phùng Thị Bích Thủy năm 2018 trên 428 bệnh nhân viêm đường hô hấp cấp nhiễm Adenovirus với nhóm tuổi hay gặp nhất từ 12 tháng đến 5 tuổi (42,52%) và tỷ lệ nam/ nữ là 1,85 [7], nghiên cứu của tác giả Julia S. Ampuero có 62% bệnh nhi >12 tháng tuổi [8]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Thùy có tỷ lệ trẻ dưới 12 tháng tuổi (84,4%) là chủ yếu và tỷ lệ nam/nữ: 5/1. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi trên 12 tháng tuổi chiếm ưu thế và tỷ lệ nam/nữ thấp hơn. Điều này có thể được giải thích là do trẻ sơ sinh có được kháng thể của mẹ, sau đó giảm sau khi sinh và tăng tỷ lệ nhiễm trùng khi chúng lớn lên, tỷ lệ viêm phổi do adenovirus đạt đỉnh ở trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi [9]. Bên cạnh đó tỷ lệ trẻ nam ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể được giải thích do nhận thức của người dân cao hơn, giảm tình trạng trọng nam khinh nữ nên dẫn đến tỷ lệ nam gặp không quá nhiều lần so với nữ. Tỷ lệ bệnh nhi có đồng nhiễm vi khuẩn chiếm 20%, trong đó Haemophilus influenzae là căn nguyên hay gặp nhất sau đó Streptococcus pneumoniae và Klebsiella pneumoniae. nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự của tác giả Lê Thị Hồng Hạnh có 35,8% đồng nhiễm vi khuẩn khác [6], nghiên cứu của Tạ Anh Tuấn và cộng sự nghiên cứu từ năm 2016-2018 trên nhóm 90 bệnh nhân chẩn đoán viêm phổi do nhiễm adenovirus cho thấy 43,3% bệnh nhân có đồng nhiễm vi sinh vật khác, 17% đồng nhiễm với vi khuẩn [10].

**4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

- Triệu chứng hay gặp nhất ho (94%), sốt (92%), nôn(60%), viêm kết mạc (40%), khó thở (24%). Trong đó bệnh nhi sốt cao trên 39C chiếm tỷ lệ cao nhất (62%). Bệnh nhân thường sốt kéo dài với thời gian sốt trung bình là 5 ngày. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Thùy [10], nghiên cứu của tác giả Shih-Peng Cheng và cộng sự năm đã cho thấy có 96% bệnh nhân bị sốt và thời gian sốt trung bình là 7 ngày [3]. Kết quả nghiên cứu trên thấy rằng viêm phổi do Adenovirus thường sốt cao kéo dài hơn so với viêm phổi do các căn nguyên khác. Các triệu chứng viêm long đường hô hấp trên như ho gặp trong hầu hết các bệnh nhi, cho thấy triệu chứng nhiễm Adenovirus ở giai đoạn khởi phát cũng tương tự như các loại siêu vi khác, vì thế không thể dựa vào triệu chứng cơ năng để chẩn đoán.

- Tổng số các bệnh nhi hầu hết đều có tình trạng tăng bạch cầu, trong đó có 3 bệnh nhi có

số lượng bạch cầu >30G/L (6%). Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn có (41,7%) bệnh nhi có tình trạng tăng bạch cầu, nghiên cứu của Sen-Qiang Zeng (51,2%) [3]. Hầu hết bệnh nhân viêm phổi nặng nhiễm Adenovirus vào khoa trong tình trạng có nhiễm khuẩn kèm theo với biểu hiện tăng CRP (56%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Shih-Peng Cheng (63%), nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thùy với tỷ lệ tăng CRP (80%) cao hơn do tình trạng lâm sàng của bệnh nhi nghiên cứu chúng tôi nhẹ hơn.

- Đặc điểm trên X quang chủ yếu là đông đặc phổi và mờ lan tỏa hai phổi chiếm tỷ lệ lần lượt là: 51% và 43%. Tổn thương trên CT thấy trên 20% bệnh nhi. Trong đó chủ yếu là tình trạng đông đặc hai phổi chiếm tỷ lệ cao (16%) trên tổng số 50 bệnh nhi. Trong nghiên cứu của Đào Minh Tuấn kết quả cho thấy hình ảnh thâm nhiễm từng đám hoặc tập trung (92,85%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tính chất gây bệnh của Adenovirus thường tổn thương lan tỏa hai bên.

#### V. KẾT LUẬN

- Tuổi mắc bệnh chủ yếu là nhóm tuổi >12 tháng tuổi (82%), tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái là 1.6/1.

- Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, giống các viêm phổi do vi khuẩn, vi rút khác. Tuy nhiên sốt kéo dài hơn với triệu chứng nổi bật là sốt cao kéo dài với số ngày sốt trung bình trong một đợt bệnh là 5± 3,6 ngày.

- Hình ảnh tổn thương trên X quang, CT đa số là mờ lan tỏa hai phổi và đông đặc phổi phù hợp với viêm phổi do vi-rút nói chung.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals** - PubMed.
2. **Jain S., Williams D.J., Arnold S.R. et al** (2015), Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. children. *N Engl J Med*, 372(9), 835-845.
3. **Wu P.-Q., Zeng S.-Q., Yin G.-Q. et al** (2020), Clinical manifestations and risk factors of adenovirus respiratory infection in hospitalized children in Guangzhou, China during the 2011-2014 period. *Medicine (Baltimore)*, 99(4), 185-284.
4. **Pneumonia in Children Statistics**. UNICEF DATA, accessed: 15/02/2024.
5. **WHO, World Health Statistics**. World Health Organization. World Health Organization 2015.
6. **Le Thi Hong Hanh, Nguyen Thi Thu Nga, Tran Duy Vu et al**, (2023), Adenovirus pneumonia in children at the pulmonary and respiratory care center of national children's hospital in 2022, *Vietnam Medical Journal*, 207, 8-13.
7. **Phung Thi Bích Thủy**, (2023), Determination of adenovirus infection in children by real time pcr and description of its characteristics at the national pediatrics hospital in 2018, *Vietnam Medical Journal*, 115(6), 73-79.
8. **Ampuero J.S., Ocaña V., Gómez J. et al**. (2012). Adenovirus Respiratory Tract Infections in Peru. *PLoS One*, 10, 468-498.
9. **Shieh W.-J.** (2022). Human adenovirus infections in pediatric population - An update on clinicopathologic correlation. *Biomed J*, 45(1), 38-49.
10. **Nguyễn Thị Mai Thùy** (2020). Research on Research epidemiology, Clinical Manifestation and Laboratory Findings of Severe Adenovirus Pneumonia in the Intensive Care Unit of Thanh Hoa Pediatric Hospital in the ICU of Thanh Hoa Pediatric Hospital, *Vietnam Medical Journal*, 194, 51-58.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA KỸ THUẬT CẮT KHÔNG DỪNG NHIỆT CHO POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG CÓ KÍCH THƯỚC DƯỚI 15MM QUA NỘI SOI

Trần Thanh Bình<sup>1</sup>, Phạm Hữu Tùng<sup>1</sup>, Đỗ Minh Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Phước Lâm<sup>1</sup>, Hồ Thị Bích Thủy<sup>1</sup>, Hoàng Lạc Long<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhiều nghiên cứu cho thấy cắt lạnh polyp (cold snare polypectomy: CSP) có hiệu quả cao vì khả năng cắt trọn với bờ an toàn cao các polyp <10mm, bên cạnh đó còn hạn chế các biến chứng do

nhiệt gây ra như chảy máu muộn, thủng và hội chứng đau bụng sau cắt polyp. Gần đây nhiều nghiên cứu cho thấy CSP cũng khá an toàn trong cắt bỏ các polyp có kích thước dưới 15mm. **Mục tiêu cụ thể:** 1. Đánh giá tỉ lệ cắt nguyên khối trên nội soi và cắt trọn polyp đại tràng trên giải phẫu bệnh (GPB) của kỹ thuật CSP. 2. Đánh giá tỉ lệ biến chứng chảy máu tức thì, chảy máu sớm, chảy máu muộn và thủng đại tràng của kỹ thuật CSP. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng, tiến cứu trên 793 bệnh nhân với 877 polyp được cắt bằng CSP tại Đơn vị Nội soi- Bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh Tp. Hồ Chí Minh từ tháng 05/2022-10/2022. **Kết quả:** Tỉ lệ cắt nguyên khối trên nội soi và cắt trọn polyp đại

<sup>1</sup>Bệnh viện Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Bình

Email: thanhbinhbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 12.8.2024