

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 Bình¹, Phạm Hữu Tùng¹, Đỗ Minh Hùng¹, Nguyễn Phước Lâm¹, Hồ Thị Bích Thủy¹, Hoàng Lạc Long¹

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

nhiet 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 kĩ thuật CSP. 2. Đánh giá tỉ lệ biến chứng chảy máu tức thì, chảy máu sớm, chảy máu muộn và thủng đại tràng của kĩ 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

¹Bệnh 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

tràng trên GPB bằng kỹ thuật CSP lần lượt là 97,9% và 95,9%. Tỷ lệ cắt không nguyên khối trên nội soi ở nhóm polyp kích thước 10-15mm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm polyp từ 4-9mm (9,2% vs 1%, $p < 0,05$). Tỷ lệ chảy máu tức thì sau cắt là 2,5%. Không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng chảy máu sớm, chảy máu muộn hay thủng đại tràng sau CSP. Tỷ lệ chảy máu tức thì trong nhóm polyp không cuống chiếm đa số (59,1%). **Kết luận:** Cắt không dùng nhiệt polyp đại tràng qua nội soi là kỹ thuật hiệu quả và an toàn với tỷ lệ cắt trọn cao, tỷ lệ biến chứng thấp trong đó chảy máu tức thì sau cắt có liên quan đến polyp có không cuống. Tỷ lệ cắt không nguyên khối trên nội soi có liên quan đến polyp kích thước từ 10-15mm. **Từ khóa:** Cắt polyp không dùng nhiệt, cắt lạnh polyp, polyp nhỏ đại tràng, polyp đại tràng có kích thước dưới 15mm.

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY OF COLD SNARE POLYPECTOMY FOR SMALLER THAN 15 MM COLORECTAL POLYPS

Background: Many studies have shown that cold snare polypectomy (CSP) is highly effective because of its ability to remove the small polyps with a safe margin as well as less complications due to thermal effect such as post polypectomy delayed bleeding, perforation, and abdominal pain syndrome. Recently, several studies have shown that CSP is also safe in the treatment of polyps less than 15mm in size. **Detailed aims:** 1. To evaluate the polyp enbloc and complete resection rates of CSP based on endoscopic and histopathological results. 2. To evaluate the post polypectomy complications such as immediate bleeding, early bleeding, delayed bleeding, and colorectal perforation of CSP. **Materials and methods:** a prospective non-controlled study in which 794 patients with 877 polyps were removed by CSP at the Endoscopy Unit, Tam Anh General Hospital in Ho Chi Minh City from May 2022 to October 2022. **Results:** The overall enbloc resection rate and complete resection rate by CSP were 97,9% and 95,9%, respectively. The non-enbloc resection rate in the group of polyps 10-15mm in size was significantly higher than that in the polyp group from 4-9mm (9,2% vs 1%, $p < 0,05$). The rate of immediate bleeding after polypectomy was 2.5% and no cases of early bleeding, delayed bleeding or colorectal perforation were found. The immediate bleeding rate in the group of sessile polyps mostly accounted (59.1%). **Conclusions:** Cold snare polypectomy was an effective and safe technique for removing colorectal polyps ≤ 15 mm with high enbloc and complete resection rate with low complications in which post polypectomy immediate bleeding was related to sessile polyps. Endoscopic non-enbloc resection rate was related to the polyps from 10-15mm in size. **Keywords:** Cold snare polypectomy, small colorectal polyps, colorectal polyps ≤ 15 mm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phát hiện và cắt bỏ các polyp qua nội soi đại trực tràng (NSĐTT) được báo cáo làm giảm tỉ lệ mắc và tử vong do ung thư đại trực tràng

(UTĐTT) [1]. Nhiều nghiên cứu cho thấy khoảng 80% các polyp đại trực tràng (ĐTT) được phát hiện và cắt bỏ qua nội soi có kích thước < 10 mm [2]. Trước đây, cắt polyp bằng phương pháp dùng nhiệt được sử dụng rộng rãi, tuy nhiên, biến chứng chảy máu muộn và thủng có thể xảy ra do tác động của nhiệt lên thành đại tràng [3]. Gần đây, cắt polyp bằng phương pháp không dùng nhiệt hay còn gọi là cắt lạnh (CSP, cold snare polypectomy) trở nên phổ biến vì tính an toàn và hiệu quả. Ưu thế của CSP là hạn chế được các tổn thương do nhiệt gây ra [4]. Hiện nay, CSP đã được Hội Tiêu hóa Nhật Bản, Hội nội soi Châu Âu, Hiệp Hội đa ngành nghề của Mỹ khuyến cáo thực hiện cho các polyp nhỏ dưới 10mm [3].

Cho đến nay, Việt Nam có vài nghiên cứu về hiệu quả và an toàn của CSP trên các polyp nhỏ dưới 10mm [5]. Ngoài ra, nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy cắt bỏ các polyp có kích thước lớn hơn 10mm bằng CSP khá an toàn [6]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và an toàn của CSP trên các polyp có kích thước từ 4mm đến 15mm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân (BN) có chỉ định NSĐTT cắt polyp với kích thước polyp từ 4-15mm tại Đơn vị Nội Soi-Bệnh Viện Tâm Anh TP.HCM được đưa vào nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- BN có chỉ định NSĐTT và có polyp kích thước từ 4-15mm.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có bệnh lý huyết học, hoặc bệnh lý khác gây rối loạn đông máu.

- BN có nhiều polyp (> 3 polyp) hay đa polyp ĐTT hoặc xuất huyết tiêu hóa.

- BN đang sử dụng thuốc chống đông máu (kháng kết tập tiểu cầu, kháng đông...).

- BN có chống chỉ định chung cho NSĐTT như:
+ Bệnh lý nội khoa nặng: nhồi máu cơ tim cấp, suy tim nặng, suy hô hấp cấp, choáng.

+ Thủng đại tràng, mới phẫu thuật đại tràng, viêm túi thừa cấp.

- Polyp có phân loại JNET týp 2B và týp 3.

- Polyp dạng lõm (Paris 0-IIc, 0-III).

- Polyp có cuống với đường kính cuống $> 2,3$ mm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp không đối chứng, tiến cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu. Tất cả các BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh của nghiên

cứu sẽ được can thiệp, theo dõi và thu thập số liệu bằng bảng thu thập.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Tiến hành giải thích phương pháp cắt lạnh polyp qua nội soi trước khi BN được NSĐTT. Sau khi BN đồng ý, ký tên xác nhận. BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, tiến hành thu nhập thông tin BN theo mẫu sẵn có: họ và tên, tuổi, giới tính. Trong quá trình NSĐTT ghi nhận:

- Số lượng polyp được phát hiện.
- Vị trí polyp: trực tràng, đại tràng sigma, đại tràng xuống, đại tràng góc lách, đại tràng ngang, đại tràng góc gan, đại tràng lên và manh tràng.
- Kích thước polyp: tính theo milimet (mm).
- Hình dạng đại thể polyp: Theo phân loại Paris
 - + Dạng 0-I: có cuống (0-Ip), cuống ngắn (0-Isp), không cuống (0-Is)
 - + Dạng 0-II: dẹt hay hơi nhô cao (0-IIa), phẳng (0-IIb).
- Đặc điểm polyp: theo Phân loại NICE và JNET
 - + NICE 1, JNET 1: polyp tăng sản hay u tuyến răng cưa.
 - + JNET 2A: polyp tuyến nghịch sản nhẹ.
- Trong và sau cắt polyp ghi nhận:
 - Cắt nguyên khối polyp: cắt hết polyp thành một mảnh trên nội soi.
 - Cắt trọn polyp trên GPB: bờ an toàn, không còn mô u.
 - Biến chứng:
 - + Chảy máu tức thì: vẫn chảy máu sau cắt polyp 60 giây.
 - + Chảy máu sớm: chảy máu trong vòng 48h sau cắt polyp.
 - + Chảy máu muộn: chảy máu từ giờ 48h đến 2 tuần sau cắt polyp.
 - + Thủng.
 - + Hội chứng sau cắt polyp: đau bụng, sốt và không có hơi trong ổ bụng sau cắt polyp.

2.2.4. Phương tiện kỹ thuật

Phương tiện:

- Hệ thống NSĐTT Fuji 7000 ELUXEO, Olympus EVIS- X1 (CV 1500)
- Thông lọng chuyên dụng hình bầu dục và hình tròn. Kích thước 10mm và 15mm với thông lọng làm bằng sợi đơn, mỏng.
- Kỹ thuật [1]: (Hình minh họa)
 - Thì chuẩn bị: BN được chuẩn bị đại tràng giống như NSĐTT thường qui.
 - Thì nội soi: phát hiện polyp và đánh giá bằng nội soi nhuộm màu điện tử (NBI, BLI), có hay không có phóng đại để xác định các polyp nằm trong tiêu chuẩn chọn bệnh hoặc loại trừ.
 - Thì định vị polyp: điều chỉnh ống soi sao cho polyp về vị trí 5-6h là tốt nhất.

- Thì cắt polyp: đưa thông lọng vào qua kênh thủ thuật, mở thông lọng sao cho thông lọng bao quanh polyp, giữ thông lọng từ nhẹ vào phần mô xung quanh polyp bằng cách “down” nhẹ máy soi đồng thời đẩy nhẹ thông lọng áp vào thành đại tràng. Điều chỉnh để thông lọng sao cho phải cắt được phần niêm mạc lành cách chân polyp khoảng 1-2mm trở lên. Động tác siết thông lọng (bắt polyp) được thực hiện chậm để đảm bảo polyp không lọt ra ngoài. Động tác cắt polyp (đóng thông lọng) được thực hiện nhanh và không kéo polyp về phía đầu ống nội soi. Tránh hút hơi nhiều khi cắt vì có thể làm chệch hướng và bắt nhiều mô dưới niêm mạc vào thông lọng.

- Thì lấy mẫu: polyp được hút ra qua kênh sinh thiết một cách nhẹ nhàng để tránh làm nát mẫu, sau đó được cố định trong dung dịch Formone 10% và được gửi làm xét nghiệm mô bệnh học.

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhóm nghiên cứu

		n	%
Giới tính	Nam	484	61
	Nữ	309	39
	Tổng cộng	793	100
Tuổi trung bình		57,32 ±11,38	(Nhỏ nhất: 23 tuổi; lớn nhất: 91 tuổi)
Nhóm tuổi	21-49	209	23,8
	≥50-91	668	76,2

Tổng cộng có 793 bệnh nhân, nam chiếm tỉ lệ 61,0% (484/793); nữ chiếm tỉ lệ 39,0%. Tuổi trung bình 57,32 ± 11,38. Nhỏ nhất 23 tuổi, lớn nhất 91 tuổi.

3.2. Đặc điểm của polyp

3.2.1. Số lượng và kích thước của polyp

Bảng 2: Số lượng và kích thước của polyp

Tổng số bệnh nhân		793
Tổng số polyp		877
Kích thước polyp		4 - 15mm
Kích thước trung bình polyp		6,8 ± 1,93mm
Nhóm polyp 4-9mm	Tổng số Polyp	768 (87,6%)
	Kích thước trung bình	6,1± 1,15mm
Nhóm polyp 10-15mm	Tổng số Polyp	109 (12,4%)
	Kích thước trung bình	10,8± 1,39mm

Tổng cộng có 877 polyp ĐTT được phát hiện từ 793 bệnh nhân đã được cắt bằng phương pháp CSP. Các polyp có kích thước từ 4mm đến 15mm, kích thước trung bình là 6,8±1,93mm, trong đó polyp có kích thước từ 4-9mm chiếm 87,6%, polyp

từ 10-15mm chiếm 12,4%.

3.2.2. Vị trí polyp

Bảng 3: Vị trí polyp

Vị trí	n	%
Trực tràng	83	9,5
Đại tràng sigma	271	30,9
Đại tràng xuống	123	14,0
Đại tràng góc lách	27	3,1
Đại tràng ngang	125	14,3
Đại tràng góc gan	96	10,9
Đại tràng lên	114	13,0
Manh tràng	38	4,3
Tổng cộng	877	100

Đại tràng bên trái (gồm trực tràng, đại tràng sigma – đại tràng xuống – đại tràng góc lách) chiếm 57,5%. Trong đó, đa số polyp phát hiện được ở đại tràng sigma 30,9%, kể đến là đại tràng ngang chiếm 14,3%.

3.2.3. Phân loại đại thể của polyp

Bảng 4: Phân loại đại thể của polyp

Paris	n	%
0-IIa	343	39,1
0-IIb	28	3,2
0-Ip	3	0,3
0-Isp	63	7,2
0-Is	440	50,2
Tổng cộng	877	100

Về mặt đại thể, polyp thuộc nhóm không cuống (0-Is) chiếm nhiều nhất (50,2%), polyp hơi nhô cao hay polyp dẹt (0-IIa) đứng thứ hai (39,1%). Polyp có cuống (0-Ip) chiếm ít nhất (0,3%).

3.2.4. Phân loại polyp trên nội soi (JNET)

Bảng 5: Phân loại polyp trên nội soi

Phân loại nội soi	n	%
JNET 1	244	27,8
JNET 2A	604	68,9
NICE 1	6	0,7
NICE 2	23	2,6
Tổng cộng	877	100

Polyp được xếp loại JNET 2A và NICE 2 chiếm nhiều nhất 71,5%; JNET 1 và NICE 1 chiếm 28,5%.

3.3. Kết quả sau cắt polyp

3.3.1. Tỷ lệ cắt nguyên khối trên nội soi và tỷ lệ cắt hoàn toàn trên giải phẫu bệnh

Bảng 6: Tỷ lệ cắt nguyên khối trên nội soi và tỷ lệ cắt hoàn toàn trên GPB

	Diện cắt	n	%
Trên nội soi	Cắt nguyên khối	877	97,9
	Không cắt hết nguyên khối	18	2,1
Trên giải	Cắt với bờ an toàn (hết tổn thương)	841	95,9

phẫu bệnh	Khó đánh giá (không xác định được bờ)	36	4,1
-----------	---------------------------------------	----	-----

Về mặt nội soi, có 97,9% (859/877) polyp được cắt nguyên khối; 2,1% (18/877) polyp không cắt được nguyên khối. Cả 18 trường hợp này đều được cắt bổ sung để lấy hết mô polyp còn sót lại. Trên GPB, tỉ lệ cắt hết polyp với bờ an toàn là 95,9%, trong đó 36 polyp chiếm 4,1% trường hợp khó đánh giá được bờ bao gồm cả các trường hợp cắt được nguyên khối hay không nguyên khối trên nội soi.

3.3.2. Phân loại polyp dựa trên kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 7: Phân loại trên giải phẫu bệnh

Phân loại giải phẫu bệnh	n	%
U tuyến ống nghịch sản độ thấp	709	80,8
U tuyến ống nghịch sản độ cao	2	0,2
U tuyến ống nhánh nghịch sản độ thấp	16	1,8
U tuyến ống nhánh nghịch sản độ cao	1	0,1
U tế bào tuyến răng cưa	12	1,4
Polyp tăng sản	137	15,6
Tổng cộng	877	100,0

U tuyến ống nghịch sản chiếm nhiều nhất 80,8%; polyp tăng sản chiếm 15,6%; u tuyến có nghịch sản cao chiếm ít nhất (0,3%).

3.3.3. Môi liên hệ giữa diện cắt trên nội soi, giải phẫu bệnh và nhóm kích thước polyp

Bảng 8: Môi liên hệ giữa diện cắt trên nội soi và kích thước polyp

Diện cắt	Kích thước	4-9mm	10-15mm	Tổng cộng (4-15mm)
Nội soi	Cắt nguyên khối	760 (99%)	99 (90,8%)	859 (97,9%)
	Cắt không nguyên khối	8 (1%)	10 (9,2%)	18 (2,1%)
Giải phẫu bệnh	Cắt hoàn toàn	745 (97%)	96 (88,1%)	841 (95,9%)
	Khó đánh giá	23 (3%)	13 (11,9%)	36 (4,1%)

Tỉ lệ cắt nguyên khối trên nội soi ở nhóm polyp có kích thước từ 4-9mm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm kích thước từ 10-15mm (99% vs 90,8%, p<0,05). Tỷ lệ cắt hoàn toàn trên GPB ở nhóm polyp 4-9mm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có kích thước 10-15mm (97% vs 88,1%, p<0,05%).

3.3.4. Môi liên hệ giữa diện cắt trên nội soi và trên giải phẫu bệnh

Bảng 9: Môi liên hệ giữa diện cắt trên nội soi và trên giải phẫu bệnh

Diện cắt trên giải phẫu bệnh	Cắt hoàn toàn	Khó đánh giá	Tổng cộng
Diện cắt trên nội soi			
Cắt nguyên khối	833	26	859

	(97%)	(3%)	(100%)
Không cắt nguyên khối	8 (44,4%)	10 (55,6%)	18 (100%)
Tổng cộng	841 (95,9%)	36 (4,1%)	877 (100%)

Trong nhóm cắt nguyên khối, có 26 trường hợp cho kết quả khó đánh giá trên GPB (3%, 26/833). Ngược lại, trong nhóm cắt không nguyên khối trên nội soi, 44,4% (8/18) trường hợp cho tỉ lệ cắt hoàn toàn trên GPB.

3.3.5. Biến chứng

Bảng 10: Biến chứng sau cắt polyp

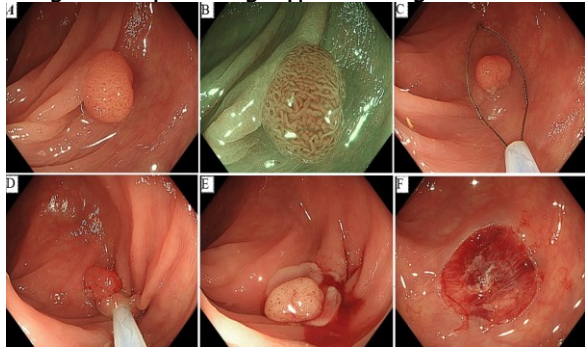
Biến chứng	n	%	
Chảy máu tức thì	Có	22	2,5

Bảng 11: Mối liên hệ giữa chảy máu tức thì và phân loại đại thể trên nội soi

Phân loại trên nội soi	Chảy máu tức thì						Tổng cộng
	0-IIA	0-IIB	0-Ip	0-Isp	0-Is		
Có	6(27,3%)	2(9,1%)	0(0%)	1(4,5%)	13(59,1%)	22(100%)	
Không	337(39,4%)	26(3%)	3(0,4%)	62(7,3%)	427(49,9%)	855(100%)	
Tổng cộng	343(39,1%)	28(3,2%)	3(0,3%)	63(7,2%)	440(50,2%)	877(100%)	

Trong nhóm có chảy máu tức thì, phân loại 0-Is chiếm tỉ lệ cao nhất (59,1%,13/22) so với các phân loại khác mặc dù không đạt được ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.4. Hình minh họa: kỹ thuật cắt polyp bằng CSP một trường hợp lâm sàng.



A&B: Phát hiện polyp, d#5mm, nội soi nhuộm màu và phóng đại gợi ý polyp tít JNET 2A; C&D: Định vị polyp, đưa polyp về phía 6h, dùng thông lọng bắt trọn polyp và cắt; E: polyp sau khi cắt, phải cắt được phần niêm mạc lành quanh polyp. F: Kiểm tra diện cắt sau khi polyp được lấy ra ngoài.

IV. BÀN LUẬN

Trước đây, cắt polyp được thực hiện chủ yếu bằng đốt điện, tuy nhiên biến chứng chảy máu muộn và thủng đã gây ra nhiều lo ngại [3]. Phương pháp CSP được xem là cuộc cách mạng trong việc loại bỏ các polyp nhỏ ở ĐTT góp phần làm giảm tỉ lệ mắc và tử vong do UTĐTT [1, 3]. Lợi điểm của CSP là ít gây chảy máu, nếu có thường chỉ chảy máu lượng ít và tự giới hạn hay

	Không	855	97,5
Chảy máu muộn	Có	0	0,0
	Không	877	100,0
Thủng	Có	0	0,0
	Không	877	100,0
Hội chứng sau cắt polyp	Có	0	0,0
	Không	877	100,0

Chảy máu tức thì chiếm 2,5% (22/877). Tất cả các trường hợp này đều được kẹp clip cầm máu an toàn. Không có trường hợp nào xuất hiện biến chứng chảy máu muộn, thủng hay hội chứng sau cắt polyp.

3.3.6. Mối liên hệ giữa chảy máu tức thì và phân loại đại thể trên nội soi

nếu chảy máu tức thì xảy ra việc can thiệp cầm máu ngay trong thủ thuật sẽ ngăn ngừa chảy máu muộn. Đặc biệt, thủng đại tràng gần như không xảy ra với CSP [1]. Ngoài ra, bên cạnh việc áp dụng an toàn với các polyp <10mm, CSP còn cho thấy khá an toàn với các polyp kích thước ≤15mm [6].

Trong nghiên cứu này, 877 polyp được phát hiện và cắt bỏ từ 793 BN, nam chiếm ưu thế (61%) và đa phần người có polyp ≥50 tuổi (76,2%) (Bảng 1). Như vậy, một BN có thể có nhiều polyp và tần suất BN nam tuổi từ 50 trở lên sẽ có polyp ĐTT cao hơn so với nữ hay người trẻ tuổi, điều này tương ứng với tỉ lệ UTĐTT hay gặp ở nam trung niên trở lên [9].

Kích thước trung bình của polyp trong nghiên cứu này là 6,8 ± 1,93mm. Trong nhóm polyp từ 4-9mm, kích thước trung bình polyp là 6,1 ± 1,9mm. Kết quả của chúng tôi lớn hơn so với kết quả của tác giả Lê Minh Tân (4,83 ± 1,232mm), nhưng gần tương tự với kích thước của Asuyuki Ichise và cộng sự (5,7 ± 4mm) [5, 10]. Đa phần polyp trong nghiên cứu này có kích thước từ 4-9mm (87,6%) (Bảng 2). Điều này tương tự với các nghiên cứu trên thế giới khi thấy rằng có đến 80% polyp quan sát được trong nội soi là polyp <10mm [2].

Về vị trí phát hiện polyp, phần lớn polyp nằm ở phần đại tràng bên trái (57,5%), kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu trên thế giới và có thể giải thích phần nào UTĐTT ưu thế ở đại tràng trái. (Bảng 3).

Tỉ lệ chung của cắt nguyên khối polyp đạt 97,9% (859/877). Có 2,1% (18/877) trường hợp

không cắt nguyên khối và được cắt bổ sung bằng thông lọng từ một đến hai lần. Tỷ lệ cắt nguyên khối riêng ở nhóm từ 4-9mm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm polyp 10-15mm (99% vs 90,5%, $p < 0,05$). Vì vậy nên chọn thông lọng hợp lý khi cắt các trường hợp polyp lớn để tránh cắt không hết polyp một lần. Trong 18 trường hợp cắt không nguyên khối, có 44,4% (8/18) trường hợp kết quả GPB cho kết quả đã cắt hết mô polyp. Như vậy, mặc dù cắt với nhiều mảnh, nhưng nếu chúng ta lấy hết các mảnh cắt đi đọc tế bào thì có đến gần phân nửa các trường hợp này có thể xác định được độ an toàn sau cắt. Trong nghiên cứu này, chúng tôi dùng kết quả GPB như là tiêu chuẩn vàng để đánh giá mức độ an toàn sau cắt lạnh polyp. Tổng cộng có 95,9% (841/877) trường hợp cắt hoàn toàn và 4,1% (36/877) trường hợp khó đánh giá được độ an toàn. Tỷ lệ cắt an toàn trên GPB ở nhóm polyp kích thước 4-9mm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm 10-15mm (97% vs 88,1%, $p < 0,05$). Như vậy, mặc dù tỉ lệ cắt trọn và cắt hết polyp trên nhóm polyp 10-15mm cũng khá cao, tuy nhiên, với kích thước càng nhỏ tỉ lệ cắt nguyên khối và cắt an toàn sẽ cao hơn và ngược lại (**Bảng 6 và 8**). Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy có 3% (26/859) trường hợp dù đã cắt nguyên khối nhưng không thể xác định được bờ cắt (**Bảng 9**). Từ đó, chúng tôi cho là có thể có các nguyên nhân như: bờ cắt quá gần với mô polyp, do lực hút mạnh khi lấy mẫu hay khi hút các mẫu cắt lớn làm nát mẫu. Vì vậy chúng tôi khuyến cáo rằng, ngoài lựa chọn kích thước thông lọng phù hợp, khi cắt nên điều chỉnh sao cho cắt được phần mô lành cách polyp từ 2mm trở lên, khi hút lấy mẫu cần hút nhẹ nhàng cùng với một ít nước và cần thiết nên dùng thông lọng hay lưới để lấy các mẫu polyp lớn.

Chúng tôi ghi nhận biến chứng chảy máu tức thì xảy ra trong 2,5% (22/877) các trường hợp, tương tự như của tác giả Lê Minh Tân và các tác giả khác [5]. Trong nghiên cứu này, mặc dù chảy máu tức thì không liên quan đến độ tuổi, giới tính, vị trí, kích thước hay phân loại GPB của polyp, tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy rằng tỉ lệ chảy máu tức thì trong phân loại 0-Is chiếm cao nhất (59,1%) so với các phân loại còn lại mặc dù không đạt được ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (**Bảng 11**). Nguyên nhân chính xác còn chưa rõ ràng, nhưng rất có thể do polyp dạng không cuống (0-Is) chiếm phần lớn trong nghiên cứu của chúng tôi và do tính chất đáy rộng của nó chứa nhiều mạch máu hơn chẳng. Cần có thêm nhiều dữ liệu để xác định kết quả này trong

tương lai. Đặc biệt, không có trường hợp chảy máu muộn, thủng hay hội chứng sau cắt polyp nào được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi (**Bảng 10**). Kết quả này cho thấy tương đồng với nhiều nghiên cứu khác và đây cũng là ưu điểm vượt trội của CSP so với phương pháp cắt đốt [1].

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ polyp kích thước từ 10-15mm còn hạn chế (12,4%) nên sự diễn giải kết quả đôi khi còn chưa khách quan. Trong tương lai, cần có nhiều nghiên cứu hơn trên các polyp trong khoảng kích thước này tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Cắt polyp đại trực tràng không dùng nhiệt qua nội soi với polyp có kích thước ≤ 15 mm là kỹ thuật hiệu quả và an toàn với tỉ lệ cắt trọn cao, tỉ lệ biến chứng thấp trong đó chảy máu tức thì sau cắt có liên quan đến polyp có không cuống. Tỷ lệ cắt không nguyên khối trên nội soi có liên quan đến polyp kích thước từ 10-15mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F. Ishibashi, S. Suzuki, M. Nagai, K. Mochida, and T. Morishita**, "Colorectal cold snare polypectomy: Current standard technique and future perspectives," (in eng), *Dig Endosc*, Aug 13 2022
2. **T. Aoki et al.**, "Analysis of predictive factors for R0 resection and immediate bleeding of cold snare polypectomy in colonoscopy," (in eng), *PLoS One*, vol. 14, no. 3, p. e0213281, 2019
3. **T. Uraoka et al.**, "Guidelines for Colorectal Cold Polypectomy (supplement to "Guidelines for Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection/Endoscopic Mucosal Resection")," (in eng), *Dig Endosc*, vol. 34, no. 4, pp. 668-675, May 2022
4. **S. Shinozaki, Y. Kobayashi, Y. Hayashi, H. Sakamoto, A. K. Lefor, and H. Yamamoto**, "Efficacy and safety of cold versus hot snare polypectomy for resecting small colorectal polyps: Systematic review and meta-analysis," (in eng), *Dig Endosc*, vol. 30, no. 5, pp. 592-599, Sep 2018
5. **Lê and N. T. H. T. v. T. V. Minh Tân**, "Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp cắt lạnh polyp đại tràng dưới 1cm qua nội soi," vol. tập 8(3), ed: *Tạp chí Y dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, 2018, pp. tr.54-59
6. **Y. Takeuchi et al.**, "Safety and efficacy of cold versus hot snare polypectomy including colorectal polyps ≥ 1 cm in size," (in eng), *Dig Endosc*, vol. 34, no. 2, pp. 274-283, Jan 2022
7. **W.H.O.** (2020), "International Agency for Research on Cancer, Viet Nam, Globocan," ed, 2020.
8. **Y. Ichise, A. Horiuchi, Y. Nakayama, and N. Tanaka**, "Prospective randomized comparison of cold snare polypectomy and conventional polypectomy for small colorectal polyps," (in eng), *Digestion*, vol. 84, no. 1, pp. 78-81, 2011

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỨNG KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT CHỖM LỖI CẦU VÀ GHÉP TRUNG BÌ MỠ TỰ THÂN

Vũ Trung Trực¹, Bùi Mai Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang của bệnh nhân cứng khớp thái dương hàm được điều trị bằng phương pháp cắt chỏm lồi cầu và ghép trung bì mỡ tự thân tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và nhận xét kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán cứng khớp thái dương hàm một bên hoặc hai bên do nguyên nhân tại khớp dựa trên khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh được phẫu thuật bằng phương pháp cắt chỏm lồi cầu và ghép trung bì mỡ tự thân tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 03 năm 2008 đến tháng 03 năm 2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ nam giới 75%, đa số bệnh nhân từ 19 đến 39 tuổi (7/12 trường hợp), nguyên nhân chính là do chấn thương (58,3%). Cứng khớp một bên gặp ở 7 trường hợp, 5 trường hợp còn lại cứng khớp 2 bên. Đa số cứng khớp độ 3-4 theo Dongmei He (75%). Theo dõi tối thiểu 12 tháng sau phẫu thuật, há miệng tối đa trung bình là 25,3mm (thông số này trước phẫu thuật là 8,6mm), có hai trường hợp cứng khớp tái phát, 2 trường hợp khớp cắn hở cửa. Kết quả điều trị thành công 83,3%. **Kết luận:** Cứng khớp thái dương hàm gặp nhiều hơn ở nam giới và sau chấn thương. Điều trị bằng phương pháp cắt chỏm lồi cầu và ghép trung bì mỡ tự thân cho kết quả tốt, đơn giản, dễ thực hiện.

Từ khóa: Cứng khớp thái dương hàm, cắt chỏm lồi cầu, ghép trung bì mỡ, há miệng tối đa.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOME OF GAP ARTHROPLASTY WITH INTERPOSITION AUTOLOGOUS DERMIS-FAT GRAFT FOR TEMPOROMANDIBULAR JOINT ANKYLOSIS

Objectives: To describe the clinical and radiographic characteristics of patients with temporomandibular joint ankylosis treated by gap arthroplasty and autologous dermis-fat graft at Viet Duc University Hospital and the treatment outcomes of this patient group. **Methods:** Patients diagnosed with unilateral or bilateral temporomandibular joint ankylosis (intra-articular) based on clinical examination and imaging diagnosis were operated on by gap arthroplasty and autologous dermis-fat graft at Viet Duc University Hospital from March 2008 to March 2023. The study was designed as a descriptive prospective cross-sectional approach. **Results:** Male proportion is 75%, the majority of patients are

between 19 and 39 years old (7/12 cases), the main cause is trauma (58.3%). Unilateral joint ankylosis occurred in 7 cases, the remaining 5 cases had bilateral joint ankylosis. The majority of grade is 3-4 according to Dongmei He (75%). Over 12 months after surgery, the average maximum interincisal opening was 25.3mm (this parameter before surgery was 8.6mm), there were two cases of recurrent ankylosis, and two cases of open bite. Successful treatment results 83.3%.

Conclusions: Temporomandibular joint ankylosis is more common in men and after trauma. Treatment with gap arthroplasty and autologous dermis-fat graft can archive good results, it is simple, and easy to perform.

Keywords: Temporomandibular joint ankylosis, gap arthroplasty, dermis-fat graft, maximum interincisal opening.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cứng (dính) khớp thái dương hàm là bệnh lý khó điều trị và để lại hậu quả nặng nề: hạn chế há miệng, khó ăn nhai, bất cân xứng phát triển xương mặt, thiếu sản xương hàm dưới, những trường hợp cứng khớp nặng có thể gây hội chứng ngừng thở khi ngủ [1]. Trong điều trị phẫu thuật cứng khớp thái dương hàm do nguyên nhân tại khớp, có rất nhiều cách thức khác nhau: Phẫu thuật cắt khối dính đơn thuần (Gap Arthroplasty), phẫu thuật cắt khối dính có đặt vật liệu giữa khớp (Interposition Arthroplasty) vật liệu này có thể là vật liệu tự thân (vạt cân cơ thái dương, vạt mỡ má...) hoặc vật liệu nhân tạo (silicone), phẫu thuật cắt khối dính có phục hồi khớp bằng vật liệu xương tự thân (Autogenous Reconstruction), phẫu thuật cắt khối dính có phục hồi khớp bằng phức hợp lồi cầu ổ chảo nhân tạo (Total Joint Replacement) [2],[3].

Do là bệnh lý tương đối hiếm gặp nên hầu hết báo cáo trong nước là các ca lâm sàng riêng lẻ với các phương pháp như đặt silicone, ghép sụn... Nhóm tác giả trong nghiên cứu này cũng đã báo cáo 3 ca lâm sàng ghép trung bì mỡ tự thân năm 2015 [4]. Đề tài này được đánh giá dựa trên cỡ mẫu lớn hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 12 bệnh nhân, các trường hợp được phẫu thuật tạo khe khớp bằng lấy bỏ tổ chức xơ và cắt chỏm lồi cầu, sau đó ghép trung bì mỡ lấy từ vùng bụng dưới vào khe khớp tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt- Tạo hình- Thẩm mỹ, Bệnh viện

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Trực

Email: drvutrongtruc@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 16.8.2024