

lactate DNT ≥ 4 mmol/L là yếu tố nguy cơ tử vong [5],[6].

Protein DNT trung vị 0,7 g/dL, phản ánh đáp ứng viêm của hệ thần kinh trung ương và giúp tiên lượng bệnh. Protein DNT tăng cao gợi ý tắc nghẽn khoang dưới nhện do *C. neoformans* tạo khối u. Kết quả soi DNT cho thấy tỷ lệ dương tính rất cao (99%), tương tự N.Q.Trung (2005) 99,3% và D.Thơm (2022) 98,8%.[1],[2] Nhuộm mực tàu có độ nhạy cao, chi phí thấp, cho kết quả nhanh, nên cần nhắc ở ca nghi ngờ viêm màng não nấm, kể cả không HIV. Cây chủ yếu xác định *C. neoformans* var. *grubii*, phù hợp phân bố địa lý; 4 ca không định danh có thể do hạn chế MALDI-TOF. Xét nghiệm DNT để nhằm với lao màng não, nhất là ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch nặng. Test LFA CrAg giúp phát hiện sớm. Một ca không triệu chứng chẩn đoán nhờ CrAg máu dương tính và cấy DNT. Không khuyến cáo chụp sọ não thường quy trừ khi có dấu thần kinh định vị. Tuy nhiên, 31,8% bệnh nhân có tổn thương, phổ biến là dẫn não thất, pseudocysts, u nấm. MRI đánh giá tốt hơn tổn thương quanh mạch và IRIS.

V. KẾT LUẬN

Dù dân số mắc thay đổi, viêm màng não nấm vẫn chủ yếu biểu hiện với đau đầu. DNT có thể bình thường dù bệnh nặng. Đồng nhiễm lao gia tăng, gây khó khăn chẩn đoán, điều trị. Cần phổ biến tầm soát CrAg LFA để phát hiện sớm, giảm tái phát và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Danh Thơm**, "Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận

lâm sàng của bệnh nhân viêm màng não *Cryptococcus neoformans* nhiễm HIV tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 01/2017 – 06/2022", Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch 2022.

2. **Nguyễn Quang Trung**, "Viêm màng não nấm *Cryptococcus neoformans* ở bệnh nhân tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới (Nhân 147 trường hợp điều trị tháng 04/2004 đến 04/2005)". Tạp chí Y học TP. HCM, 2006, 10, pp. 130.
3. **Vương Minh Nhật, Võ Triều Lý**, "Đặc điểm nhiễm trùng cơ hội ở bệnh nhân HIV/AIDS trong thời đại của thuốc kháng virus sao chép ngược ARV tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới". Tạp chí Y học TP. HCM, 2022, 26 (1), pp. 222-227.
4. **Fang W., Zhang L., Liu J., Denning D. W., Hagen F., et al.**, "Tuberculosis/cryptococcosis co-infection in China between 1965 and 2016". *Emerg Microbes Infect*, 2017, 6 (8), pp. e73.
5. **Jarvis J. N., Bicanic T., Loyse A., Namarika D., Jackson A., et al.**, "Determinants of mortality in a combined cohort of 501 patients with HIV-associated Cryptococcal meningitis: implications for improving outcomes". *Clin Infect Dis*, 2014, 58 (5), pp. 736-45.
6. **Lakoh S., Rickman H., Sesay M., Kenneh S., Burke R., et al.**, "Prevalence and mortality of cryptococcal disease in adults with advanced HIV in an urban tertiary hospital in Sierra Leone: a prospective study". *BMC Infect Dis*, 2020, 20 (1), pp. 141.
7. **Rajasingham R., Smith R. M., Park B. J., Jarvis J. N., Govender N. P., et al.**, "Global burden of disease of HIV-associated cryptococcal meningitis: an updated analysis". *Lancet Infect Dis*, 2017, 17 (8), pp. 873-881.
8. **Bùi Thị Bích Hạnh**, "Lượng giá test nhanh phát hiện kháng nguyên nấm CrAg trong chẩn đoán Viêm màng não nấm do *Cryptococcus neoformans* ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới", Đại học Y Dược TP HCM 2015.

ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP EMR KẾT HỢP VỚI KẸP CLIP KHÉP ĐIỆN CẮT POLYP KHÔNG CUỐNG ĐẠI TRỰC TRÀNG TỪ 10-19 MM

Nguyễn Thanh Liêm¹, Lê Thị Thúy Loan¹, Huỳnh Văn Lộc

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chảy máu chậm là một biến chứng thường gặp sau khi cắt polyp không cuống đại trực tràng bằng kỹ thuật cắt niêm mạc nội soi (EMR). Việc sử dụng kẹp clip khép điện cắt EMR có thể giúp phòng

ngừa biến chứng này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị của phương pháp EMR kết hợp với kẹp clip khép điện cắt polyp không cuống đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 51 bệnh nhân có 70 polyp không cuống ở đại trực tràng, cổ kích thước từ 10-19 mm. Tất cả các polyp không cuống được cắt qua nội soi bằng kỹ thuật EMR kết hợp với kẹp clip khép điện cắt. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có 1 polyp chiếm cao nhất, đạt 74,5%. Vị trí polyp phân bố tại trực tràng, đại tràng trái và đại tràng phải lần lượt là 17,1%, 50,0% và 32,9%. Polyp tuyến ống chiếm tỷ lệ 60,0%,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thúy Loan

Email: lttloan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025

polyp tăng sản chiếm 31,4%. Tỷ lệ polyp tân sinh có nghịch sản độ thấp và độ cao tương ứng là 97,9% và 2,1%. Kỹ thuật EMR kết hợp với kẹp clip khép diện cắt polyp không cuống đại trực tràng qua nội soi đạt kết quả thành công 100%. Tất cả bệnh nhân sau khi cắt polyp không gặp tai biến hay biến chứng. **Kết luận** từ nghiên cứu cho thấy, việc sử dụng kỹ thuật EMR kết hợp với kẹp clip khép diện cắt có hiệu quả cao trong điều trị polyp không cuống đại trực tràng, giúp ngăn ngừa các biến chứng, đặc biệt là chảy máu chậm.

Từ khóa: polyp không cuống đại trực tràng, cắt niêm mạc nội soi, kẹp clip phòng ngừa.

SUMMARY

ENDOSCOPIC FEATURES, HISTOPATHOLOGY, AND TREATMENT OUTCOMES USING THE EMR TECHNIQUE COMBINED WITH A CLIP TO CLOSE THE RESECTION SITE FOR NON-PEDUNCULATED COLORECTAL POLYPS FROM 10-19 MM

Background: Slow bleeding is the most common complication after non-pedunculated colon and rectal polyp resection using endoscopic mucosal resection (EMR) technique. The use of a clip to close the resection site after EMR can prevent slow bleeding.

Objective: To describe endoscopic features, histopathology, and treatment outcomes using the EMR technique combined with a clip to close the resection site for non-pedunculated colon and rectal polyps. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 51 patients with 70 non-pedunculated polyps in the colon and rectum, ranging from 10-19 mm in size. All non-pedunculated polyps were resected endoscopically using the EMR technique combined with a clip to close the resection site. **Results:** The highest proportion of patients had one polyp, accounting for 74.5%. Polyp locations were 17.1% in the rectum, 50.0% in the left colon, and 32.9% in the right colon. Tubular adenoma polyps accounted for 60.0%, and hyperplastic polyps accounted for 31.4%. Among neoplastic polyps, the rate of low-grade dysplasia and high-grade dysplasia was 97.9% and 2.1%, respectively. Non-pedunculated colon and rectal polyps were successfully resected using the EMR technique combined with a clip to close the resection site with a 100% success rate through endoscopy. No complications or adverse events occurred in any patient during or after the polyp resection. **Conclusion:** The EMR technique combined with a clip to close the resection site is highly effective for treating non-pedunculated colon and rectal polyps, preventing complications, especially slow bleeding.

Keywords: Non-pedunculated colorectal polyps, EMR, prophylactic clip

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi đại tràng với cắt polyp làm giảm tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư đại trực tràng. Việc lựa chọn phương pháp tối ưu để cắt polyp đại trực tràng theo các đặc điểm của tổn thương bao gồm vị trí, kích thước, hình thái và mô bệnh học [6]. Nhiều kỹ thuật cắt polyp nội soi khác nhau đã được đề xuất để điều trị các polyp không

cuống đại tràng có kích thước từ 6-20 mm. Tuy nhiên kỹ thuật tối ưu vẫn chưa rõ ràng, cũng như hiệu quả của các phương pháp nội soi điều trị các polyp không cuống đại trực tràng có kích thước từ 6-20 mm. Tỷ lệ cắt hoàn toàn polyp bằng thông lọng lạnh (CSP), cắt niêm mạc nội soi thông lọng lạnh (CS-EMR) và cắt niêm mạc nội soi (EMR) lần lượt là 81,6%, 94,1% và 95,5% ($p < 0,001$). Tỷ lệ chảy máu trong thủ thuật, ngay sau khi cắt polyp ở nhóm CSP cao hơn so với nhóm CS-EMR và EMR (9,4% so với 4,4% so với 1,9%; $p < 0,001$) [7]. Cắt polyp không cuống ở đại trực tràng bằng kỹ thuật EMR vượt trội hơn so với cắt CSP về tỷ lệ cắt hoàn toàn và tỷ lệ cắt en bloc. EMR vượt trội hơn về tỷ lệ cắt hoàn toàn polyp cắt bằng thông lọng nóng (HSP). Cắt niêm mạc nội soi trong môi trường nước (U-EMR) đạt tỷ lệ cắt bỏ en bloc cao hơn đáng kể so với CSP. EMR đạt thứ hạng cao nhất về cắt bỏ hoàn toàn tổn thương, tiếp theo là CS-EMR. EMR và CS-EMR đều có ít tác dụng phụ hơn so với HSP; không có sự khác biệt về tỷ lệ tác dụng phụ khi so sánh với CSP. EMR đạt hiệu suất cao nhất trong việc cắt các polyp không cuống đại trực tràng kích thước từ 6-20 mm, hiệu quả này cũng tương đương đối với các polyp 6-9 mm và ≥ 10 mm [8]. Chảy máu chậm là biến chứng thường gặp nhất sau cắt polyp đại trực tràng bằng kỹ thuật EMR. Kẹp clip khép diện cắt EMR có hiệu quả trong việc ngăn ngừa chảy máu chậm sau cắt các polyp không cuống ở đoạn đại tràng gần [4]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị bằng phương pháp EMR kết hợp với kẹp clip khép diện cắt polyp không cuống đại trực tràng từ 10-19 mm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường đại học Y được Cần Thơ từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2024, được chẩn đoán xác định polyp không cuống ở đại trực tràng qua nội soi.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân nội soi đại trực tràng xác định polyp có cuống ở đại trực tràng, kích thước polyp từ 10 -19 mm. Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp EMR qua nội soi, lấy polyp làm xét nghiệm mô bệnh học chẩn đoán xác định là polyp. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Xét nghiệm máu: số lượng tiểu cầu $< 50.000/\text{mm}^3$, tỷ lệ prothrombin $< 60\%$.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi đại tràng Olympus GIF 190 của hãng Olympus, Nhật. Máy cắt đốt tự động HERBE 200s của Đức. Dụng cụ kẹp clip Disposable Endoscopic Hemoclip (kẹp clip dùng một lần).

Các bước tiến hành: Khám lâm sàng: tuổi, giới và triệu chứng lâm sàng. Nội soi đại tràng khảo sát polyp không cuống đại trực tràng từ 10-19 mm: vị trí (trực tràng, đại tràng trái, đại tràng phải), kích thước polyp. Tiến hành cắt polyp bằng kỹ thuật EMR, kẹp clip khép diện cắt. Lấy polyp làm mô bệnh học. Theo dõi bệnh nhân cắt đốt polyp: theo dõi tình trạng bệnh nhân trong và ngay sau khi cắt đốt polyp, sau cắt polyp trong 24 giờ đầu, ngày 7, ngày thứ 30. Theo dõi nhằm phát hiện các biến chứng thủng, chảy máu nếu có và xử trí kịp thời.

Xử lý và phân tích số liệu: tất cả các số liệu được xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số 22.012.GV/PCT-HĐĐĐ ngày 10/05/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới tính

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	32	62,7
	Nữ	19	37,3
Nhóm tuổi	<40	1	2,0
	40-59	17	33,3
	≥60	33	64,7
	Trung bình	63,33±9,87	

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn nữ tương ứng là 62,7% và 37,3%. Tuổi trung bình là 63,33±9,87. Nhóm tuổi ≥60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,7%.

3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học polyp có cuống đại trực tràng

3.2.1. Đặc điểm hình ảnh nội soi polyp không cuống đại trực tràng

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh nội soi

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Số lượng polyp/bệnh nhân (n=51)	1	38	74,5
	≥2	13	25,5
Vị trí polyp (n=70)	Trực tràng	12	17,1
	Đại tràng trái	35	50,0
	Đại tràng phải	23	32,9
Kích thước đầu polyp	10-14 mm	49	70,0
	15-19 mm	21	30,0

(n=70)			
--------	--	--	--

Nhận xét: Bệnh nhân có 1 polyp chiếm tỷ lệ cao nhất là 74,5%. Vị trí polyp ở đại tràng trái có tỷ lệ cao nhất là 50,0%. Kích thước polyp từ 10-14 mm và 15-19 mm tương ứng là 70,0% và 30,0%.

3.2.2. Đặc điểm mô bệnh học polyp không cuống đại trực tràng

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Mô bệnh học polyp (n=92)	Tăng sản	22	31,4
	Tuyến ống	42	60,0
	Tuyến ống nhánh	6	8,6
Nghịch sản (Polyp tân sinh)	Độ thấp	47	97,9
	Độ cao	1	2,1

Nhận xét: Polyp tuyến ống chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 60,0%, polyp tăng sản là 31,4%. Tỷ lệ nghịch sản độ thấp và độ cao tương ứng là 97,9% và 2,1% ở nhóm polyp tân sinh.

3.2.3. Một số đặc điểm bệnh nhân, hình ảnh nội soi, mô bệnh học theo kích thước polyp không cuống đại trực tràng

Bảng 4. Một số đặc điểm bệnh nhân, hình ảnh nội soi, mô bệnh học theo kích thước polyp

Đặc điểm		Kích thước polyp				p
		10-14mm		15-19mm		
		n	%	n	%	
Giới	Nữ	16	72,7	6	27,3	> 0,05
	Nam	33	68,8	15	31,3	
Nhóm tuổi	<60	14	63,6	8	36,4	> 0,05
	≥60	35	72,9	13	27,1	
Vị trí polyp	Trực tràng	8	66,7	4	33,3	> 0,05
	Đại tràng trái	26	74,3	9	25,7	
	Đại tràng phải	15	65,2	8	34,8	
Số lượng polyp	1	28	70,0	12	30,0	> 0,05
	≥2	21	70,0	9	30,0	
Mô bệnh học	Tân sinh	35	72,9	13	27,1	> 0,05
	Không tân sinh	14	63,6	8	36,4	

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân có 1 polyp có kích thước đầu polyp ≥20 mm chiếm tỷ lệ nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân có từ 2 polyp trở lên, tương ứng là 29,3% và 11,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,045, OR=3,317 (95%CI: 1,016-10,830).

3.3. Kết quả điều trị polyp không cuống đại trực tràng bằng kỹ thuật EMR kết hợp với kẹp clip khép diện cắt qua nội soi

3.3.1. Số lượng clip kẹp

Bảng 5. Số lượng clip kẹp

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Số lượng clip kẹp	1	20	39,2

trên bệnh nhân (n=84)	≥2	9	17,6
	≥3	22	43,2
Số lượng clip kẹp trên polyp (n=70)	1	40	57,1
	≥2	30	42,9

Nhận xét: Bệnh nhân sử dụng 2 và ≥3 clip kẹp chiếm tỷ lệ tương ứng là 23,1% và 18,6%. Số lượng 1 clip kẹp/1 polyp chiếm tỷ lệ cao nhất là 82,7%.

3.3.2. Kết quả điều trị. Polyp không cuống ở đại trực tràng được điều trị bằng kỹ thuật EMR và kẹp clip khép diện cắt thành công 100% qua nội soi. Tất cả bệnh nhân trong và sau khi cắt polyp đều không có tai biến, biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

Những tiến bộ trong công nghệ nội soi đã đem đến sự thành công ngày càng tăng trong việc sàng lọc ung thư đại trực tràng và quản lý polyp, với việc giảm tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư đại trực tràng. Mặc dù có những tiến bộ này, ung thư đại trực tràng vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư. Một nửa số ung thư đại trực tràng phát triển từ các tổn thương bị bỏ sót trong quá trình nội soi đại trực tràng. Một phần năm ung thư đại trực tràng phát sinh từ việc cắt bỏ polyp không hoàn toàn trước đó. Cần có các kỹ thuật để cải thiện khả năng phát hiện polyp, cùng với việc tối ưu hóa việc cắt bỏ hoàn toàn bất kỳ tổn thương bất thường nào được tìm thấy [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 70 polyp không cuống đại trực tràng ở 51 bệnh nhân. Nam giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn nữ tương ứng là 62,7% và 37,3%. Tuổi trung bình là $63,33 \pm 9,87$. Nhóm tuổi ≥60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,7%. Bệnh nhân có 1 polyp chiếm tỷ lệ cao nhất là 74,5%. Vị trí polyp ở đại tràng trái có tỷ lệ cao nhất là 50,0%. Kích thước polyp từ 10-14 mm và 15-19 mm tương ứng là 70,0% và 30,0%. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đức Thông và cộng sự, tỷ lệ nam/ nữ là 1,37:1, tuổi trung bình 66 ± 10 . Tỷ lệ polyp gặp ở trực tràng cao nhất (32,5%), kể đến là đại tràng sigma (25%), ít gặp ở đại tràng ngang (5%) [1]. Theo nghiên cứu của Đào Đức Tiến và cộng sự về đặc điểm polyp đại trực tràng kích thước từ 10-19 mm, polyp đại tràng đoạn xa kích thước 10 – 19 mm chiếm tỷ lệ cao hơn so với polyp đại tràng đoạn gần (74,4% so với 25,6%), trong đó polyp đại tràng sigma chiếm tỷ lệ cao nhất (46,9%), tiếp theo là polyp trực tràng (14,3%), polyp đại tràng xuống (12,2%) [2]. Về mô bệnh học, polyp tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,0%, tăng sản là 31,4% và tuyến ống nhánh là 8,6%. Ở nhóm polyp tân sinh, tỷ lệ nghịch sản độ thấp và độ

cao tương ứng là 97,9% và 2,1%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Thông và cộng sự, mô bệnh học polyp trong nghiên cứu là u tuyến ống nhánh chiếm tỷ lệ cao nhất (47,5%), kể đến là u tuyến nhánh (20%). Có 2 trường hợp carcinoma tại chỗ (5%) và 2 trường hợp carcinoma xâm lấn dưới niêm (5%). Loại trừ 4 trường hợp carcinoma, đa số các polyp có mức độ loạn sản bậc thấp (75%), có 6 trường hợp loạn sản bậc cao (16,7%) [1]. Sự khác biệt về đặc điểm mô bệnh học polyp đại trực tràng giữa 2 nghiên cứu có thể do nghiên cứu của chúng tôi giới hạn ở các polyp không cuống có kích thước từ 10-19 mm; tác giả Nguyễn Đức Thông và cộng sự nghiên cứu trên tất cả các polyp có kích thước ≥10 mm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, polyp không cuống ở đại trực tràng được điều trị bằng kỹ thuật EMR và kẹp clip khép diện cắt thành công 100% qua nội soi. Tất cả bệnh nhân trong và sau khi cắt polyp qua đều không có tai biến, biến chứng. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Thông và cộng sự, kết quả cắt hoàn toàn polyp không cuống có kích thước ≥10 mm bằng kỹ thuật EMR trong một lần cắt là 87,5%, 5 trường hợp cắt không hoàn toàn trong lần đầu. Trong đó 3 trường hợp được cắt lần 2 trong vòng một tuần và 2 trường hợp ung thư xâm lấn dưới niêm được phẫu thuật. Biến chứng chảy máu trong thủ thuật chiếm 17,5%. Tất cả trường hợp có biến chứng đều xử lý cầm máu thành công qua nội soi, không cần truyền máu. Phương pháp cầm máu: 57,1% cầm máu bằng hemoclip; 28,6% bằng đốt argonplasma; 14,3% bằng chích cầm máu. Không có biến chứng thủng và biến chứng muộn sau EMR [1]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về kích thước polyp không cuống ở đại trực tràng giữa hai nghiên cứu. Phương pháp cắt polyp qua nội soi bằng kỹ thuật EMR đạt hiệu quả cao. Các biến cố bất lợi không thường xuyên và tỷ lệ tái phát từ 1% đến 2%. EMR hiệu quả, dễ học và an toàn; được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Phương pháp cắt bóc tách dưới niêm mạc nội soi (ESD) là một tiến bộ gần đây hơn. Có khả năng cắt bỏ hoàn toàn các tổn thương. Khi so sánh phương pháp ESD và EMR cắt các polyp lớn ở đại trực tràng; sử dụng cả hai để có kết quả tốt nhất [3].

V. KẾT LUẬN

Polyp không cuống kích thước từ 10-19 mm thường gặp ở nam nhiều hơn nữ. Vị trí polyp thường gặp ở đại tràng trái và đại tràng phải. Polyp tân sinh chiếm tỷ lệ cao hơn không tân sinh. Nhóm polyp tân sinh có tỷ lệ nghịch sản độ thấp nhiều hơn nghịch sản độ cao. Điều trị bằng

kỹ thuật EMR kết hợp kẹp clip khép diện cắt thành công 100% qua nội soi. Tất cả bệnh nhân đều không có tai biến, biến chứng trong và sau khi thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Thông, Phan Trung Nam, (2019), "Đặc điểm nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polyp không cuống đại trực tràng kích thước trên 1 cm bằng kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi tại Bệnh viện Nguyễn Trãi", Tạp chí Y Dược Huế, 9(6+7), tr. 137-141.
2. Đào Đức Tiên, Doãn Trung Kiên, Nguyễn Ngọc Cường và CS. (2024), "đặc điểm của polyp đại trực tràng kích thước 10 – 19 mm", Tạp chí Y học Việt Nam, 542(2), tr. 25-29.
3. Burgess, N. G. & Bourke, M. J., (2024), "Endoscopic Submucosal Dissection Versus Endoscopic Mucosal Resection of Large Colon Polyps: Use Both for the Best Outcomes", Ann Intern Med, 177(1), pp. 89-90.
4. Forbes, N., Gupta, S., Frehlich, L., et al., (2022), "Clip closure to prevent adverse events after EMR of proximal large nonpedunculated colorectal polyps: meta-analysis of individual patient data from randomized controlled trials", Gastrointest Endosc, 96(5), pp. 721-731.
5. Ichkhanian, Y., Zuchelli, T., Watson, A. et al., (2021), "Evolving management of colorectal polyps", Ther Adv Gastrointest Endosc, 14, pp. 1-14.
6. Kaltenbach, T., Anderson, J. C., Burke, C. A., et al., (2020), "Endoscopic Removal of Colorectal Lesions-Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer", Gastroenterology, 158(4), pp. 1095-1129.
7. Li, D., Wang, W., Xie, J., et al., (2020), "Efficacy and safety of three different endoscopic methods in treatment of 6-20 mm colorectal polyps", Scand J Gastroenterol, 55(3), pp. 362-370.
8. Tziatzios, G., Papaefthymiou, A., Facciorusso, A., et al., (2023), "Comparative efficacy and safety of resection techniques for treating 6 to 20mm, nonpedunculated colorectal polyps: A systematic review and network meta-analysis", Dig Liver Dis, 55(7), pp. 856-864.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG LIỆU PHÁP OZONE QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Đỗ Đình Tùng¹, Đinh Trung Thành¹, Nguyễn Văn Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của của liệu pháp ozone qua da dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp được tiến hành trên 100 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm, sử dụng liệu pháp Ozon kết hợp với Corticoid tiêm qua da dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính. **Kết quả:** Kết quả điều trị ngắn hạn, trung hạn sau 1 tháng, 3 tháng ở hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là như nhau. Kết quả điều trị khi theo dõi dài hạn sau 6 tháng: nhóm nghiên cứu đau ít hơn và mất chức năng ít hơn nhóm chứng. Thể tích đĩa đệm của nhóm nghiên cứu trung bình giảm khoảng 4% so với trước điều trị. Với nhóm chứng khi điều trị corticoid đơn thuần thì thể tích đĩa đệm sẽ không những không giảm mà còn tiếp tục tăng lên theo thời gian. **Kết luận:** Liệu pháp ozone qua da kết hợp corticoid giúp giảm đau, cải thiện chức năng và thu nhỏ thể tích đĩa đệm tốt hơn so với corticoid đơn thuần. Đây là phương pháp điều trị tiềm năng cho thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. **Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm; Cắt lớp vi tính; Thang điểm đau

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFICACY OF PERCUTANEOUS OZONE THERAPY GUIDED BY COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE TREATMENT OF LUMBAR DISC HERNIATION

Objective: To evaluate the efficacy of percutaneous ozone therapy guided by computed tomography (CT) in treating lumbar disc herniation at Saint Paul General Hospital. **Methods:** A prospective interventional study was conducted on 100 patients with lumbar disc herniation. Under CT guidance, patients were treated with percutaneous ozone therapy combined with corticosteroid injection. **Results:** Short- and mid-term outcomes at 1 and 3 months showed no significant differences between the study and control groups. However, at 6 months, the study group experienced greater pain relief and improved functional outcomes compared to the control group. The mean disc volume in the study group decreased by approximately 4% post-treatment, whereas in the control group, treated with corticosteroids alone, disc volume did not decrease and continued to increase over time. **Conclusion:** Percutaneous ozone therapy combined with corticosteroids provides superior pain relief, functional improvement, and disc volume reduction compared to corticosteroid monotherapy. This suggests that ozone therapy is a promising treatment for lumbar disc herniation. **Keywords:** Lumbar disc herniation; Computed tomography; Pain scale.

¹Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinh tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2025

Ngày duyệt bài: 30.5.2025