nhiều nhánh động mạch vành và điểm tổn thương SYNTAX cũng cao hơn, điều này cho thấy bệnh nhân rối loạn lipid máu có nhiều nguy cơ mắc các tổn thương phức tạp hơn [10]. Các lipid lắng đọng vào trong lớp áo động mạch, tại đây chúng bị thu nhận bởi các đại thực bào và tạo thành các tế bào bọt, các tế bào này tập trung dần tạo thành các vệt mỡ, tích tụ dần theo thời gian cùng với tình trạng viêm tại chỗ và vôi hóa làm tạo thành mảng xơ vữa, tiến dần gây hẹp mạch vành. Bên cạnh đó, tình trạng đái tháo đường và rối loạn lipid máu cùng phối hợp tác động, làm gia tăng tích tụ các gốc oxy hóa, gây tổn thương oxy hóa thành mạch, thúc đẩy tình trạng viêm và tăng sinh nội mạc mạch máu. Điều này giải thích phần nào mối liên quan giữa rối loạn lipid và tổn thương động mạch vành nghiêm trọng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn có đái tháo đường được can thiệp động mạch vành qua da, vị trí tổn thương phổ biến nhất là tại LAD. Tiền sử rối loạn lipid máu là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh ba nhánh động mạch vành và tổn thương động mạch vành mức độ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vrints C, et al.** 2024 ESC guidelines for the management of chronic coronary syndromes: developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European heart journal. 2024. 45(36), p. 3415-3537.
2. **Rana JS, et al.** Differences in prevalence, extent, severity, and prognosis of coronary artery disease among patients with and without diabetes undergoing coronary computed tomography angiography: results from 10,110 individuals from the CONFIRM (COronary CT Angiography EvaluatioN For Clinical Outcomes): an InteRnational Multicenter Registry. Diabetes care. 2012. 35(8), p. 1787-1794.
3. **American diabetes association.** Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes. Diabetes Care. 2025. 48(1), p. S27-S49.
4. **Võ Thành Nhân.** Tính khả thi của cách tiếp cận qua đoạn xa động mạch quay trái trong chụp và can thiệp mạch vành. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023. 524(1B), tr. 361-365.
5. **Lê Tấn Đạt.** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của cắt lớp vi tính 160 lát cắt ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tại An Giang từ năm 2022 đến năm 2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024. 70(1), tr. 19-25.
6. **Hồ Minh Tuấn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả can thiệp qua da ở bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính có SYNTAX <22. Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108. 2023.
7. **Mohammad, et al.** On the natural history of coronary artery disease: a longitudinal nationwide serial angiography study. Journal of the American Heart Association. 2022. 11(21), p. e026396.
8. **Chatzizisis YS, et al.** Is left coronary system more susceptible to atherosclerosis than right ?: A pathophysiological insight. International journal of cardiology. 2007. 116(1), p. 7-13.
9. **Tarchalski J.** Correlation between the extent of coronary atherosclerosis and lipid profile. Vascular biochemistry. 2003, p. 25-30.
10. **Gupta S, et al.** Decoding the Lipid-Angiogram Link: Can Serum Lipid Profile Help Predict Your Clogged Arteries ?. Cureus. 2024. 16(11), p. 1-10.

KẾT QUẢ NỘI SOI CẮT POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KẾT HỢP CẦM MÁU BẰNG MÁY ARGON PLASMA COAGULATION (APC) TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÀI GÒN - NAM ĐỊNH

Vũ Thị Hà Giang[1], Nguyễn Mạnh Hùng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng máy Argon Plasma Coagulation. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 190 bệnh nhân được nội soi đại trực tràng phát hiện polyp và được cắt polyp bằng máy APC tại bệnh viện đa khoa Sài Gòn - Nam Định từ 01/2023 đến 09/2023. **Kết quả:** Độ tuổi của người bệnh trong nghiên cứu từ 7 đến 92 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi >50 tuổi (chiếm 64,7%). Polyp được phát hiện nhiều nhất là ở trực tràng với 63,2%. Polyp có kích thước ≤ 10mm có số lượng nhiều nhất với 49,2% và chủ yếu là polyp lồi chiếm 66%. Về mô bệnh học: polyp u tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,4%. Đa số bệnh nhân được cắt polyp 1 lần với 186/190 bệnh nhân. Sau khi cắt polyp, tỷ lệ bệnh nhân gặp các triệu chứng không mong muốn là 6,8%.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng

SUMMARY

RESULTS OF COLON POLYP REMOVAL

[1]*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn - Nam Định*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hà Giang
Email: vuhagiangrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025
Ngày duyệt bài: 28.5.2025

ENDOSCOPY COMBINED WITH HEMOSTASIS USING ARGON PLASMA COAGULATION (APC) AT SAIGON - NAM DINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of colorectal polypectomy using Argon Plasma Coagulation. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 190 patients who underwent colonoscopy to detect polyps and had polypectomy using the APC machine at Saigon - Nam Dinh General Hospital from January 2023 to September 2023. **Results:** The age of patients in the study ranged from 7 to 92 years old, mainly concentrated in the age group > 50 years old (accounting for 64.7%). Polyps were most commonly detected in the rectum with 63.2%. Polyps ≤ 10mm in size had the highest number with 49.2% and were mainly protruding polyps accounting for 66%. Regarding histopathology: adenomatous polyps accounted for the highest rate of 76.4%. The majority of patients had polypectomy once with 186/190 patients. After polypectomy, the rate of patients experiencing unwanted symptoms was 6.8%.

Keywords: Colorectal polyps

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng là bệnh lý đường tiêu hóa do sự phát triển quá mức của niêm mạc và mô dưới niêm mạc đại trực tràng tạo thành [1]. Ở Việt Nam theo nghiên cứu của Nguyễn Khánh Trạch và cộng sự thì tỷ lệ mắc là 45,2% [2]. Trên thế giới, theo nghiên cứu của Bretthaue và cộng sự có tỷ lệ mắc là 30 – 50% [3]. Polyp đại trực tràng có triệu chứng lâm sàng thường kín đáo và không đặc hiệu, bệnh thường diễn biến trong một thời gian dài mà không có triệu chứng hoặc với các dấu hiệu mà bệnh nhân thường ít quan tâm đến [4]. Theo Silva S.M và cộng sự thì khoảng 60 - 90% trường hợp ung thư đại trực tràng phát triển từ polyp u tuyến [5].

Vì vậy việc cắt bỏ polyp đại trực tràng không chỉ giúp khắc phục tình trạng chảy máu ở đại trực tràng và những triệu chứng khác như đau bụng, tiêu chảy… mà còn giúp loại bỏ đi những khối polyp nghi ngờ ác tính hay có nguy cơ tiến triển thành ung thư, giúp tầm soát ung thư. Trên thế giới, theo nghiên cứu của Georg Kahler và cộng sự , việc sử dụng máy APC trong cầm máu đóng vai trò quan trọng trong các thủ thuật nội soi đường tiêu hóa, đặc biệt là cầm máu trong thủ thuật bóc tách niêm mạc điều trị các polyp phẳng [6]. Kết hợp cầm máu bằng APC là kỹ thuật hiện đại, có nhiều ưu việt như thời gian thực hiện kỹ thuật ngắn, tỷ lệ thành công cao và ít gặp các tai biến dẫn đến thủng đại trực tràng [7].

Bệnh viên đa khoa Sài Gòn – Nam Định đã được trang bị máy cắt đốt Plasma Argon và đã được ứng dụng trong thủ thuật cắt poyp đại trực tràng. Tuy nhiên chưa có báo cáo nào về kết quả điều trị cắt polyp đại trực tràng kết hợp cầm máu bằng máy APC. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị cắt polyp đại trực tràng kết hợp cầm máu bằng máy APC Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn - Nam Định từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 09 năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân polyp đại trực tràng được nội soi, cắt polyp và cầm máu bằng máy Argon Plasma Coagulation tại bệnh viện Đa khoa Sài Gòn - Nam Định từ 01/2023 - 09/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện với tất cả các đối tượng nghiên cứu thỏa mãn yêu cầu của nghiên cứu.

2.2.3. Một số biến số và chỉ số chính

- Tuổi
- Vị trí polyp
- Kích thước polyp
- Hình thái polyp:

+ Typ I: Polyp lồi gồm Ip là polyp lồi có cuống, Is là polyp lồi không có cuống, Isp là polyp lồi nửa cuống.

+ Typ II: Polyp bề mặt nhẵn gồm IIa là polyp phẳng, hơi nổi gồ lên, IIb là polyp phẳng, phẳng, IIc là polyp phẳng, lõm.

+ Typ III: Polyp phẳng, loét.

- Kết quả điều trị:

+ Mô bệnh học polyp

+ Số lần cắt polyp

+ Tác dụng không mong muốn sau cắt polyp: Sốt, đau bụng, đi ngoài ra máu.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu trên SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi

Bảng 1: Tuổi của nhóm bệnh nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %	X ± SD
< 40	35	18,4%	54,4±14,6 Min=7, Max=92
41 - 50	32	16,8%	
51 - 60	50	26,3%	
> 60	73	38,4%	
Tổng	190	100%	

Độ tuổi của người bệnh trong nghiên cứu từ 7 đến 92 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi >50 tuổi (chiếm 64,7%)

3.2. Vị trí polyp

Bảng 2: Vị trí phát hiện polyp (n=190)

Vị trí polyp	Số lượng polyp	Tỷ lệ %

Trực tràng	120	63,2%
Đại tràng sigma	92	48,4%
Đại tràng ngang	53	27,9%
Đại tràng góc gan	26	13,7%
Đại tràng lên	13	6,8%
Manh tràng	5	2,6%

Vị trí phát hiện polyp nhiều nhất là trực tràng với 120/190 (chiếm 63,2%) và đại tràng sigma có 92/190 (chiếm 48,4%)

3.3. Kích thước polyp

Bảng 3: Kích thước polyp (n=309)

Kích thước polyp	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 5 mm	42	13,6%
6 - 9 mm	110	35,6%
11 - 20 mm	82	26,5%
> 20 mm	75	24,3%
Tổng	309	100%

Polyp có kích thước ≤ 10 mm có số lượng nhiều nhất với 152/309 bệnh nhân chiếm 49,2%

3.4. Hình thái polyp

Bảng 4: Phân bố giữa hình thái polyp và kích thước (n=309)

Hình thái	Kích thước polyp								Tổng	
	< 5mm		6 - 9 mm		10 – 19 mm		> 20 mm			
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Typ Ip	14	4,5%	39	12,6%	14	4,5%	14	4,5%	111	35,9%
Typ Is	11	3,6%	22	7,1%	16	5,2%	14	4,5%	93	30,1%
Typ Isp	8	2,6%	13	4,2%	10	3,2%	19	61,2%	66	21,4%
Typ IIa	3	1,3%	6	1,9%	4	1,3%	13	4,2%	39	12,6%
Tổng	36	11,6%	80	25,8%	44	14,2%	60	19,4%	309	100%

Polyp typ Ip và polyp typ Is chiếm chủ yếu với tỷ lệ 35,9% và 30,1%, polyp typ IIa chiếm tỷ lệ thấp với 12,6%.

3.5. Mô bệnh học polyp

Bảng 5: Đặc điểm mô bệnh học polyp (n=309)

Mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Polyp tăng sản, thiếu niên, răng cưa	73	23,6%
Polyp tuyến loạn sản độ thấp	166	53,7%
Polyp tuyến loạn sản độ cao	68	22%
Polyp tuyến trong lớp niêm mạc	2	0,7%
Polyp tuyến dưới lớp niêm mạc	0	0%
Tổng cộng	309	100%

Về mô bệnh học, đa số là polyp u tuyến với tỷ lệ 236/309 (76,4%), trong đó có 2 polyp ung thư hóa chiếm 0,7%.

3.6. Số lần cắt polyp

Bảng 6: Số lần cắt polyp (n=190)

Số lần cắt	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cắt 1 lần	186	97,9%
Cắt 2 lần	3	1,6%
Cắt 3 lần	1	0,5%
Tổng số	190	100%

Số bệnh nhân cắt polyp 1 lần là chủ yếu với 97,9%

3.7. Tác dụng không mong muốn sau cắt polyp

Bảng 7: Tác dụng không mong muốn sau cắt polyp (n=190)

Triệu chứng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sốt	8	4,2%
Đau bụng	2	1,0%
Đi ngoài ra máu	3	1,6%
Tổng cộng	13	6,8%

Tỷ lệ bệnh nhân gặp các triệu chứng không mong muốn chiếm tỷ lệ 6,8%, trong đó bệnh nhân sốt là chủ yếu với 4,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi của bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của người bệnh là 54,4 ± 14,6tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 7 tuổi, lớn tuổi nhất là 92 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Nhiên, Phạm Thanh Hải: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,0 ± 12,6 [8], của Nguyễn Trường Sơn, Hoàng Thị Mai Hương và cộng sự là 64,0 [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi > 50 tuổi (chiếm 64,7%), đây là nhóm tuổi có nguy cơ mắc polyp và ung thư đại trực tràng cao.

4.2. Vị trí polyp. Vị trí thường gặp nhất của polyp là trực tràng và đại tràng sigma với tỷ lệ tương ứng 63,2% và 48,4%, ở đại tràng ngang chiếm tỷ lệ 27,9%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Văn Nhiên, Phạm Thanh Hải: kết quả ghi nhận tỷ lệ polyp ở trực tràng và đại tràng sigma tương ứng là 45,5% và 26% [8]. Sự khác biệt về tần suất phát hiện polyp ở các vị trí khác nhau ở đại tràng có thể do sự không đồng nhất giữa các quần thể đối tượng nghiên cứu theo khu vực hoặc quốc gia khác nhau hoặc liên quan đến khác biệt trong khả năng chẩn đoán và sàng lọc phát hiện bệnh ở cộng đồng.

4.3. Kích thước polyp. Kích thước polyp là một đặc điểm hình thái quan trọng góp phần ước

lượng nguy cơ tiến triển thành ung thư đại trực tràng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 49,2% polyp có kích thước ≤ 10mm, 26,5% polyp có kích thước từ 11 – 20mm, 24,3% có kích thước > 20mm. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Nhiên, Phạm Thanh Hải: tỷ lệ polyp có kích thước 1 – 2 cm nhiều nhất là 71,3% [8]. Polyp có kích thước nhỏ < 5mm chiếm 13,6% , đây là những polyp tiến triển chậm và nguy cơ ác tính thấp nên thường không có chỉ định can thiệp ngay mà tiếp tục theo dõi bằng nội soi định kỳ.

4.4. Phân bố theo hình dạng polyp. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả polyp phân loại theo Paris typ I là 270/309 (87,4%). Trong đó, polyp Ip (polyp dạng lồi, có cuống) là 35,9%; polyp Is (polyp dạng lồi, không cuống) là 30,1% và polyp Isp (polyp dạng lồi, bán cuống) là 21,4%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Quang Thuận và Vũ Văn Khiên phát hiện polyp Is, Isp với tỷ lệ lần lượt là 52,9% và 61,3%, polyp dạng phẳng gồ loại Iia có số lượng ít hơn với 9,1%, không phát hiện polyp IIb và III [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện polyp IIa 9,1%, không phát hiện polyp IIb, IIc, có thể do yếu tố chủ quan hoặc không gặp nên chưa phản ánh đúng thực tế và cần có cỡ mẫu lớn hơn.

4.5. Kết quả mô bệnh học. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số polyp của bệnh nhân nghiên cứu là polyp thuộc nhóm polyp tân sinh. Trong đó, polyp u tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất với 76,4%, polyp ung thư hóa được tính loạn sản cao và ung thư là 22,6%, polyp tăng sản lành tính/ polyp thiếu niên chiếm 23,6%. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Laird – Fick HS và cộng sự cho thấy đa số bệnh nhân nghiên cứu có polyp u tuyến (59,9%). Kết quả này mặc dù đều có sự tương đồng với tỷ lệ cao của polyp u tuyến nhưng tỷ lệ này còn có sự dao động lớn. Điều này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu nghiên cứu, do kinh nghiệm của bác sĩ giải phẫu bệnh với các tiêu chí nhận định khác nhau.

4.6. Số lần bệnh nhân cắt polyp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ polyp cắt một lần chiếm 97,9%, tỷ lệ polyp cắt hai lần là 1,6%, cắt ba lần là 0,5%. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Chín và cộng sự: tỷ lệ cắt polyp một lần là 85,5% [12]. Nhiều nghiên cứu khác trên thế giới cũng mô tả sự khác biệt tỷ lệ polyp được cắt một lần thay đổi dao động từ 78,5% - 80%. Với các polyp kích thước lớn và nguy cơ chảy máu cao việc duy trì thời gian một lần cắt ngắn hơn, thực hiện cắt nhiều lần, kết hợp thời gian tiến hành cầm máu dài hơn giúp giảm nguy cơ chảy máu tại chỗ cắt.

4.7. Tác dụng không mong muốn sau cắt polyp. Tất cả các bệnh nhân sau cắt polyp đều được theo dõi tại khoa điều trị nội trú bao gồm theo dõi toàn trạng, tình trạng ổ bụng, số lượng, tính chất phân… có một tỷ lệ bệnh nhân có một số triệu chứng như: đau bụng 2/190 (1%), sốt nhẹ: 8/190 (4,2%), đi ngoài ra máu: 3/190 (1,6%). Chúng tôi nhận định các triệu chứng trên đều thuộc vào hội chứng sau cắt polyp đã được khẳng định trong các tài liệu về cắt polyp. Các bệnh nhân sốt đều không quá 38 độ nên không phải dùng thuốc, bệnh nhân bị đau bụng sau cắt đã chụp XQ ổ bụng thẳng không có liềm hơi, bệnh nhân hết đau sau trung tiện. Bệnh nhân bị đi ngoài ra máu sau cắt là được kiểm tra lại trên nội soi không thấy chảy máu cấp, chỉ còn dây máu dính lại, không can thiệp gì thêm. Như vậy các triệu chứng này nhẹ và tự hết không cần điều trị gì. Từ những kết quả trên đây, chúng tôi nhận thấy cắt polyp đại trực tràng qua nội soi bằng nguồn điện cao tần kết hợp cầm máu bằng máy APC đạt kết quả cao, an toàn, tỷ lệ tại biến thấp và khắc phục được bằng nội soi.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 190 bệnh nhân được nội soi cắt polyp đại trực tràng kết hợp cầm máu bằng máy APC tại bệnh viện Đa khoa Sài Gòn - Nam Định chúng tôi thấy:Tuổi của đối tượng nghiên cứu chủ yếu tập trung ở nhóm > 50 tuổi với 64,7%. Vị trí phát hiện polyp nhiều nhất là trực tràng với 63,2%, tiếp theo là đại tràng sigma với 48,4%. Polyp ≤ 10mm chiếm tỷ lệ đa số với 49,2%, polyp typ 0 – I chiếm tỷ lệ cao với 87,4%. Polyp u tuyến có số lượng nhiều nhất với 76,5%. Tỷ lệ cắt polyp một lần thành công chiếm tỷ lệ cao với 97,9%. Sau cắt polyp một số bệnh nhân gặp các biến chứng nhẹ như đau bụng, sốt nhẹ, đi ngoài ra máu nhưng đều tự hết không cần can thiệp gì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shussman N. and Wexnern S.D.** (2014), Colorectal polyps and polyposis syndromes, Gastroenterol Rep (Oxf), 2 (1), pp.1-15.
2. **Nguyễn Khánh Trạch và cộng sự** (1999), "Soi đại tràng ống mềm", Nội soi tiêu hóa, NXB Y học, Hà Nội, tr.103-107.
3. **Bretthauer M, Kaminski M.F, Loberg M. et al** (2016). Population – Based Colonoscopy Screening for Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med, 176(7), 894-902.
4. **Đinh Đức Anh, Nguyễn Khánh Trạch, Lê Đình Roanh và cs** (2000), Đặc điểm lâm sàng nội soi mô

bệnh học của polyp trực tràng đại tràng sigma, Y học thực hành, số 5 (381), tr. 30-34.
5. **Silva S.M, Rosa V.F, Santos A.C.N. et al** (2014), Influence of patient age and colorectal polyp size on histopathology, Arq Bras Cir Dig, 27 (2), pp.109-113.
6. **Tống Văn Lược** (2002), "Nghiên cứu kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng thòng lọng điện theo hình ảnh nội soi mềm và xét nghiệm mô bệnh học", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Lê Minh Tuấn** (2009), "Nhận xét hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng và kết quả cắt polyp bằng máy endoplasma", Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Phạm Văn Nhiên, Phạm Thanh Hải** (2021), "Kết quả cắt polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 503.
9. **Nguyễn Trường Sơn, Hoàng Mai Hương và CS** (2021), "Mối liên quan giữa tuổi, hình ảnh nội soi với kích thước polyp đại trực tràng" Tạp chí Y học Việt Nam, tập 507.
10. **Lê Quang Thuận, Vũ Văn Khiên** (2009), "Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học polyp đại trực tràng", Tạp chí Y học Việt Nam, tr.49-52

DIỄN BIẾN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU GÂY MÊ TĨNH MẠCH ĐỂ NẠO HÚT THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Trần Thị Mến[1], Lê Thị Ngọc Anh[1], Phạm Sỹ Thắng[1], Bùi Lê Khánh Chi[1], Nguyễn Quang Minh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả diễn biến lâm sàng của người bệnh trước và sau gây mê tĩnh mạch để nạo hút thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo dõi dọc trên 200 bệnh nhân gây mê tĩnh mạch để nạo hút thai tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 6/2024 đến 12/2024. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân vận động tốt trước và sau thủ thuật, chỉ số huyết áp giảm ở thời điểm T0 – T4 sau đó tăng trở lại mức bình thường ở T10, mức độ đau và chảy máu đều ở mức thấp, buồn nôn/nôn là tình trạng phổ biến sau thủ thuật. **Kết luận:** Buồn nôn/nôn là triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân nạo hút thai sau gây mê tĩnh mạch. Phần lớn bệnh nhân có thể ra viện và về nhà tự theo dõi ngay trong ngày.

Từ khóa: gây mê tĩnh mạch, nạo hút thai.

SUMMARY

CLINICAL PROGRESSION OF PATIENTS BEFORE AND AFTER INTRAVENOUS ANESTHESIA FOR ABORTION AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2024

Objective: To describe the clinical progression of patients before and after intravenous anesthesia for abortion. **Subjects and Methods:** A longitudinal follow-up study of 200 patients undergoing intravenous anesthesia for abortion at the Central Obstetrics Hospital from June 2024 to December 2024. **Results:** Most patients showed good mobility before and after the procedure. Blood pressure decreased at time points T0–T4 but returned to normal levels by T10. Pain and bleeding levels were low, while nausea/vomiting was common post-procedure. **Conclusion:** Nausea/vomiting is the most common symptom in patients after abortion under intravenous anesthesia. Most patients can be discharged on the same day for home monitoring.

Keywords: Intravenous anesthesia, abortion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nạo hút thai là một thủ thuật y tế phổ biến trong lĩnh vực sản phụ khoa, nhằm giải quyết các trường hợp thai kỳ không mong muốn hoặc gặp phải các vấn đề y tế, giúp bảo vệ sức khỏe của phụ nữ. Thủ thuật này thường được thực hiện dưới gây mê để đảm bảo sự thoải mái và giảm đau cho bệnh nhân trong quá trình thực hiện. Một trong những phương pháp gây mê thường xuyên được áp dụng là gây mê tĩnh mạch, mang lại hiệu quả tốt và ít tác dụng phụ trong quá trình thực hiện thủ thuật [1].

Tuy nhiên, như bất kỳ thủ thuật y tế nào, nạo hút thai cũng tiềm ẩn những nguy cơ và biến chứng sau khi gây mê. Các biến chứng này có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân trong và sau khi gây mê, bao gồm những thay đổi về hệ tuần hoàn, hô hấp, tình trạng hồi phục sau mê và các yếu tố tâm lý liên quan đến bệnh nhân sau thủ thuật [1]. Đặc biệt, những biến chứng có thể khác biệt tùy theo tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, độ tuổi, thời gian mang thai, phương pháp gây mê và các yếu tố khác liên quan [2].

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là bệnh viện đầu ngành trong lĩnh vực Sản Phụ khoa, bao gồm nạo hút thai, và đã có nhiều trường hợp sử

[1]*Bệnh viện Phụ sản Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mến
Email: menpm1982@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2025
Ngày duyệt bài: 29.5.2025