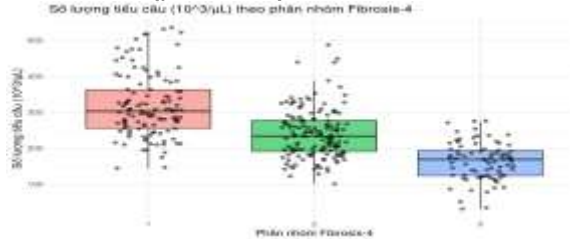
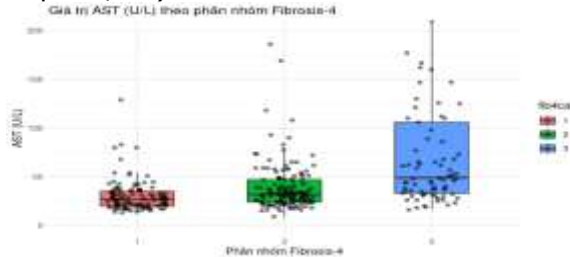


Nhận xét: Số lượng tiểu cầu giảm đáng kể ở nhóm FIB-4 cao ($p < 0,001$). AST, ALT và NT-proBNP tăng có ý nghĩa ở nhóm FIB-4 cao ($p < 0,01$). PAPS tăng đáng kể ở các nhóm FIB-4 từ 1,45 trở lên ($p = 0,035$).



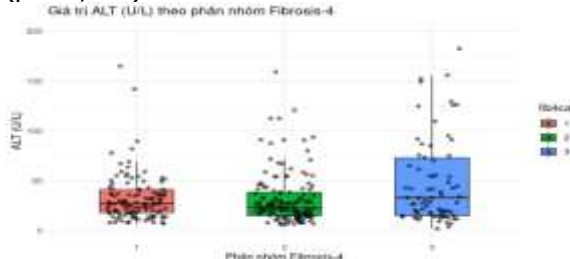
Hình 3. Phân bố số lượng tiểu cầu ($10^3/\mu\text{L}$) theo phân nhóm Fibrosis-4

Nhận xét: Ở 349 bệnh nhân suy tim cấp nhập viện, chỉ số FIB-4 tăng tương ứng với giảm có ý nghĩa số lượng tiểu cầu ($p < 0,001$), đồng thời AST và ALT cũng tăng lần lượt ($p = 0,004$ và $p = 0,008$).



Hình 4. Phân bố giá trị AST (U/L) theo phân nhóm Fibrosis-4

Nhận xét: nồng độ AST và ALT tăng đáng kể theo mức FIB-4: AST từ 30,08 lên 161,96 U/L ($p = 0,004$).



Hình 5. Phân bố giá trị ALT (U/L) theo phân nhóm chỉ số Fibrosis-4

Nhận xét: nồng độ AST và ALT tăng đáng kể theo mức FIB-4: ALT từ 42,62 lên 114,46 U/L ($p = 0,008$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Môi liên quan giữa tuổi, giới, BMI, rung nhĩ và phân nhóm FIB-4. Trong nghiên cứu trên 349 bệnh nhân suy tim cấp, chỉ số FIB-4 cho thấy mối liên hệ chặt chẽ với nhiều đặc điểm lâm sàng quan trọng. Tuổi trung bình tăng đáng kể theo mức FIB-4 ($p < 0,001$), phù hợp với

các nghiên cứu của Tseng et al. (2022) [1]. Tỷ lệ nam giới giảm dần theo FIB-4 ($p = 0,032$), gợi ý rằng nữ giới lớn tuổi có xu hướng tiến triển xơ gan và suy tim cao hơn, tương tự kết quả của Shibata et al. (2021) [3]. Đồng thời, BMI giảm theo FIB-4 ($p = 0,007$), phù hợp với mối liên hệ giữa FIB-4 cao, BMI thấp và hội chứng suy mòn tim-một yếu tố tiên lượng bất lợi đã được ghi nhận trước đó. Tỷ lệ rung nhĩ cũng tăng rõ rệt ở các nhóm FIB-4 trung bình và cao ($p < 0,001$), phù hợp với dữ liệu từ Tsuda et al. (2023), cho thấy xơ hóa gan và sung huyết kéo dài có thể làm tăng áp lực nhĩ trái, dẫn đến tái cấu trúc và khởi phát rung nhĩ [4].

4.2. Mối liên quan giữa số lượng tiểu cầu và FIB-4 ở bệnh nhân suy tim cấp. Tương tự kết quả nghiên cứu chúng tôi, nghiên cứu của Shibata và cộng sự (2020), và cộng sự (2022) ghi nhận mối liên hệ nghịch giữa số lượng tiểu cầu và FIB-4 cũng cố giả thiết rằng giảm tiểu cầu không chỉ liên quan đến xơ hóa gan mà còn phản ánh các cơ chế như sung huyết gan, ức chế tủy xương do tăng áp tĩnh mạch hệ thống, và hoạt hóa thần kinh giao cảm [1], [3].

4.3. Mối liên quan giữa men gan (AST, ALT) và chỉ số FIB-4 ở bệnh nhân suy tim cấp. Chỉ số FIB-4 gồm tuổi, số lượng tiểu cầu, AST và ALT là công cụ không xâm lấn được xác nhận trong đánh giá xơ hóa gan ở bệnh nhân suy tim cấp. Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của Shibata et al. (2020), và Faur et al. (2024) cho thấy men gan tăng không chỉ là yếu tố tính FIB-4 mà còn liên quan đến tiên lượng bất lợi [2], [3].

4.4. Mối liên quan giữa FIB-4 với NT-proBNP, EF, PAPS, và natri huyết thanh. Trong nghiên cứu này, nồng độ NT-proBNP-dấu ấn sinh học của quá tải thể tích và tăng áp lực thành tim-tăng đáng kể ở nhóm FIB-4 cao ($p = 0,006$), cho thấy FIB-4 có thể gián tiếp phản ánh tình trạng ứ huyết hệ thống do suy chức năng tim phải. Kết quả này phù hợp với Iwasaki et al. (2022) nhưng khác biệt so với Nakashima et al. (2021) trên quần thể HfPEF [5], [6]. Phân suất tổng máu thất trái (EF) không có sự khác biệt giữa các nhóm FIB-4 ($p = 0,188$), tương tự báo cáo của Phạm Thị Diễm Kiều et al. (2023), gợi ý rằng FIB-4 phản ánh chủ yếu tình trạng ứ huyết và xơ gan hơn là suy giảm chức năng cơ bóp thất trái nguyên phát [7]. Áp lực động mạch phổi (PASP) tăng rõ ở nhóm FIB-4 $\geq 1,45$ ($p = 0,035$), phù hợp với dữ liệu của Maeda et al. (2020) [4], khẳng định mối liên hệ giữa FIB-4 và tăng áp phổi thứ phát trong suy tim. Ngược lại,

nồng độ natri huyết thanh không khác biệt giữa các nhóm FIB-4, nhất quán với kết quả của Takae et al. (2021) [8]. eGFR của 349 bệnh nhân suy tim cấp với trung vị 62,14 và trung bình $62,83 \pm 25,94$ mL/phút/1,73m².

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 349 bệnh nhân suy tim cấp nhập viện cho thấy chỉ số Fibrosis-4 liên quan chặt chẽ với nhiều đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng như tuổi cao, BMI thấp, giảm tiểu cầu, tăng men gan, bilirubin và NT-proBNP. Giá trị FIB-4 cao phản ánh mức độ nặng hơn của suy tim và tổn thương đa cơ quan, đồng thời cho thấy tiềm năng một chỉ dấu phân tầng nguy cơ. Những kết quả này gợi ý FIB-4 là công cụ sàng lọc đơn giản, dễ triển khai, có thể hỗ trợ hiệu quả trong đánh giá và quản lý bệnh nhân suy tim cấp tại thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tseng C. H., Huang W. M., Yu W. C., et al. The fibrosis-4 score is associated with long-term mortality in different phenotypes of acute heart failure. *Eur J Clin Invest.* 2022. 52(12), e13856. doi:10.1111/eci.13856
2. Buzas R., Ciubotaru P., Faur A. C., et al. Correlation of the FIB-4 Liver Biomarker Score with the Severity of Heart Failure. *Medicina (Kaunas).* 2024. 60(12). doi:10.3390/medicina60121943

3. Shibata N., Kondo T., Kazama S., et al. Impact of predictive value of Fibrosis-4 index in patients hospitalized for acute heart failure. *Int J Cardiol.* 2021. 324, 90-95. doi:10.1016/j.ijcard.2020.09.056
4. Tsuda K., Maeda D., Kanzaki Y., et al. Fibrosis-4 index identifies worsening renal function associated with adverse outcomes in acute heart failure. *ESC Heart Fail.* 2023. 10(3), 1726-1734. doi:10.1002/ehf2.14326
5. Iwasaki Y., Shiina K., Matsumoto C., et al. Correlation of the Fatty Liver Index with the Pathophysiological Abnormalities Associated with Cardiovascular Risk Markers in Japanese Men without any History of Cardiovascular Disease: Comparison with the Fibrosis-4 Score. *J Atheroscler Thromb.* 2021. 28(5), 524-534. doi:10.5551/jat.56945
6. Nakashima M., Sakuragi S., Miyoshi T., et al. Fibrosis-4 index reflects right ventricular function and prognosis in heart failure with preserved ejection fraction. *ESC Heart Fail.* 2021. 8(3), 2240-2247. doi:10.1002/ehf2.13317
7. Phạm T. D. K., Trần K. T., Bùi T. D., Nguyễn T. T. M., Trần H. Chỉ số đánh giá xơ hóa gan fibrosis-4 (FIB-4) ở bệnh nhân suy tim nặng viện. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023. 530(1). doi:10.51298/vmj.v530i1.6620
8. Takae M., Fujisue K., Yamamoto E., et al. Prognostic significance of liver stiffness assessed by fibrosis-4 index in patients with heart failure. *ESC Heart Fail.* 2021. 8(5), 3809-3821. doi:10.1002/ehf2.13351

POLYP ĐẠI TRÀNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Hà Văn Thiệu^{1,2,3}, Nguyễn Thị Thu Thủy², Ngô Văn Bách³,
Võ Hoàng Khoa², Phan Diễm Sương An³, Hà Huy Khôi⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học polyp đại tràng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2024. **Đối tượng:** Trẻ em được chẩn đoán polyp đại tràng tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Có 71 trường hợp polyp đại tràng. Tỷ lệ nam:nữ là 1,7/1. Nhóm từ 2- 10 tuổi chiếm 86%. Tiền căn polyp đại tràng gặp ở 2,8% trẻ. Tiêu máu là triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhi với tỷ lệ 80,3% và thời gian tiêu máu có trung vị là 3 tháng (2- 5 tháng). Thiếu máu chiếm 33,8% và 5,6% bệnh nhi cần truyền máu. Khám hậu môn- trực tràng phát hiện 48,8% polyp trực

tràng. Siêu âm bụng phát hiện polyp đại tràng là 44,4%. Có 77,5% đơn polyp, 15,5% có từ 2- 5 polyp và 7,0% có trên 5 polyp. Vị trí phát hiện có polyp thường gặp nhất là trực tràng và đại tràng sigma với tỷ lệ lần lượt là 51,5% và 16,2%. Polyp có cuống chiếm 87,9%. Polyp có đường kính từ 10- 19 mm chiếm 48,5%. Polyp thiếu niên chiếm 95,5%, polyp Peutz-Jegher chiếm 3,0% và polyp tuyến chiếm 1,5%. **Kết luận:** Polyp đại tràng thường gặp ở trẻ nam, từ 2- 10 tuổi. Triệu chứng đặc trưng là tiêu máu kéo dài. Khám hậu môn- trực tràng và siêu âm bụng là phương pháp chẩn đoán ban đầu trước khi xác định chẩn đoán bằng nội soi đại tràng. **Từ khóa:** Polyp đại- trực tràng, nội soi đại- trực tràng, siêu âm bụng.

SUMMARY

COLORECTAL POLYPS IN CHILDREN AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Objective: This study aimed to describe the clinical, paraclinical, and histopathological characteristics of colorectal polyps in children at Children's Hospital 2 from January 2022 to July 2024. **Method:** Case-series study. **Results:** A total of 71 cases of colorectal polyps were recorded, with a male-

¹Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

³Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Phòng Khám Nhi

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thiệu

Email: havanthieu67@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

to-female ratio of 1.7:1. Children aged 2 to under 10 years comprised 86% of cases. A history of colorectal polyps was observed in 2.8% of patients. Hematochezia was the most common symptom, occurring in 80.3% of cases, with a median duration of 3 months (IQR: 2–5 months). Anemia was observed in 33.8% of cases, and 5.6% required blood transfusion. Rectal examination identified rectal polyps in 48.8% of cases. Ultrasonography detected polyps was 44.4%. Solitary polyps were found in 77.5% of cases, while 15.5% had 2–5 polyps, and 7.0% had more than 5 polyps. The most common sites were the rectum (51.5%) and sigmoid colon (16.2%). Pedunculated polyps accounted for 87.9% of cases. Polyps with diameters of 10–19 mm were the most common, comprising 48.5% of cases. Juvenile polyps made up 95.5% of cases, followed by Peutz-Jeghers polyps (3.0%) and adenomatous polyps (1.5%). **Conclusion:** Colorectal polyps are frequently observed in male children aged 2–10 years. Prolonged rectal bleeding is a characteristic symptom. Rectal examination and ultrasonography are useful initial diagnostic methods before confirmation through colonoscopy. **Keywords:** Colorectal polyps, Colonoscopy, Ultrasonography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại tràng xuất hiện ở trẻ em với tỉ lệ 1–2% và là loại polyp tiêu hóa thường gặp nhất ở lứa tuổi này với tỉ lệ lên đến 90%.

Polyp đường tiêu hóa là sự phát triển bất thường khối mô từ niêm mạc ruột nhô vào lòng ống tiêu hóa¹. Nội soi đại- trực tràng là phương pháp chẩn đoán và điều trị tối ưu đối với polyp đại- trực tràng ở trẻ em, cho phép thực hiện sinh thiết, cắt bỏ polyp và đánh giá các tổn thương đồng thời. Để chẩn đoán xác định, các polyp sau khi cắt bỏ được kiểm tra mô học. Polyp đơn độc ở trẻ em thường là hamartom, chiếm ưu thế là loại thiếu niên và các polyp như vậy là lành tính. Trong các hội chứng gia đình, bệnh đa polyp tuyến gia đình phổ biến hơn hội chứng đa polyp thiếu niên hoặc hội chứng Peutz-Jeghers².

Tại Việt Nam, nghiên cứu polyp đại- trực tràng ở trẻ em còn khiêm tốn. Vì vậy, để giúp cho các bác sĩ nhi khoa có cái nhìn khái quát về polyp đại- trực tràng, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học của những bệnh nhi được điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả trẻ được chẩn đoán polyp đại- trực tràng qua nội soi đại- trực tràng tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có đủ dữ liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức- Bệnh viện Nhi Đồng 2 số 685/GCN-BVND2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận được 71 trường hợp polyp đại- trực tràng đủ tiêu chuẩn được đưa vào mẫu.

Đặc điểm lâm sàng của polyp đại- trực tràng

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của polyp đại- trực tràng

Đặc điểm dịch tễ	Trung vị, n	(%)
Tuổi	4 (3-6) tuổi	
Giới: Nam	45	63,4
Nữ	26	36,6
Tiền căn polyp đại – trực tràng	2	2,8
Tiền căn lồng ruột	10	14,1
Tiền căn gia đình polyp đường tiêu hóa	2	2,8
Tiền căn gia đình ung thư đại- trực tràng	1	1,4

Tỷ lệ nam nhiều hơn gấp 1,7 lần nữ. Tuổi lúc chẩn đoán có trung vị là 4 (3-6) tuổi. 2,8% bệnh nhi có tiền căn polyp đại- trực tràng. 14,1% bệnh nhi có tiền căn lồng ruột. Tiền căn gia đình polyp đường tiêu hóa và ung thư đại- trực tràng gặp lần lượt ở 2,8% và 1,4% trẻ.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của polyp đại- trực tràng

Lâm sàng	n=71	%
Tiêu máu	57	80,3
Đau bụng	20	28,2
Táo bón	18	25,4
Polyp sa ra hậu môn	11	15,5
Lồng ruột	8	11,3
Đốm sắc tố môi, miệng	2	2,8
Tiêu chảy	1	1,4
Tiêu phân đen	1	1,4
Khám hậu môn- trực tràng phát hiện polyp	20	28,2

Tiêu máu là triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhi với tỉ lệ 80,3%. Các triệu chứng phổ biến tiếp theo là đau bụng, táo bón, polyp sa ra hậu môn với tỉ lệ lần lượt là 28,2%, 25,4% và 15,5%.

Khám hậu môn- trực tràng phát hiện được polyp chiếm tỉ lệ 28,2% và chiếm 48,8% trong số bệnh nhi có polyp ở trực tràng.

Bảng 3. Đặc điểm tiêu máu của bệnh nhi polyp đại - trực tràng

Đặc điểm	Đặc điểm xét nghiệm	n=57	%	Trung vị
Thời gian tiêu máu	<1 tháng	3	5,3	3(2-5) tháng
	1-<6 tháng	38	66,7	
	≥6 tháng	16	28,1	
Thời gian ngưng giữa các đợt tiêu máu	<1 tuần	51	89,5	
	≥1 tuần	6	10,5	
Kiểu tiêu máu	Máu dính khuôn phân	40	70,2	
	Máu nhỏ giọt sau phân	17	29,8	

Thời gian tiêu máu có trung vị là 3 tháng. Nhóm chiếm cao nhất là 1- < 6 tháng với tỉ lệ 66,7%.

Thời gian ngưng giữa các đợt tiêu máu < 1 tuần chiếm đa số với 89,5%. Có 70,2% tiêu máu dính bề mặt khuôn phân, còn lại 29,8% có máu nhỏ giọt khi đi tiêu.

Đặc điểm cận lâm sàng polyp đại – trực tràng

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhi polyp đại - trực tràng

Đặc điểm	n	%
Công thức máu (n=71)		
Thiếu máu	24	33,8
Thiếu máu cần truyền máu	4	5,6
Siêu âm bụng (n=45)		
Phát hiện polyp	20	44,4
Không phát hiện polyp	25	55,6

Thiếu máu chiếm tỉ lệ 33,8%, thiếu máu cần truyền máu (Hb < 7,0 g/dL), chiếm tỉ lệ

5,6%. - - Siêu âm bụng phát hiện polyp đại-trực tràng chiếm 44,4%.

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương trên nội soi của bệnh nhi polyp đại - trực tràng

Đặc điểm	Trung vị, n	Tỉ lệ (%)
Số lượng polyp (n=71)		
1 polyp	55	77,5
2-5 polyp	11	15,5
> 5 polyp*	5	7,0
Hình dạng polyp (n=66)		
Không cuống	8	12,1
Có cuống	58	87,9
Đường kính polyp lớn nhất (n=66)		
< 10 mm	5	7,6
10- 19 mm	32	48,5

20 mm - ≤ 50 mm	29	43,9
Khoảng cách từ rìa hậu môn đến polyp (n=51)		
Khoảng cách từ rìa hậu môn đến polyp trực tràng (cm)	8 (5,5-10,5)	

*: Có 3 trẻ có trên 30- trên 50 polyp rải rác toàn bộ đại tràng

Đơn polyp chiếm đa số với 77,5%, 2- 5 polyp chiếm 15,5% và 7% trẻ có trên 5 polyp. Polyp có cuống chiếm đa số với 87,9% và 12,1% bệnh nhi có polyp không cuống. Đường kính polyp lớn nhất là nhóm từ 10-19 mm chiếm 48,5%, sau đó là là nhóm 20 mm - ≤ 50 mm với 43,9%.

Bảng 6. Đặc điểm mô bệnh học polyp của bệnh nhi polyp đại – trực tràng

Đặc điểm	1 polyp (n=50)	2-5 polyp (n=11)	>5 polyp (n=5)	Tổng (n=66)
Polyp thiếu niên	50(76,1)	11(16,7)	2(3,0)	63(95,5)
Polyp Peutz-Jegher	0	0	2(3,0)	2(3,0)
Polyp tuyến	0	0	1(1,5)	1(1,5)

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình và phân bố giới tính của bệnh nhân của chúng tôi tương tự như những báo cáo trong các nghiên cứu khác; phần lớn bệnh nhân là nam giới và trung vị 4 (3- 6) tuổi. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 2,8% bệnh nhi đã được cắt polyp trước đó. Nghiên cứu của Rathi C báo cáo rằng tỉ lệ này là 4,7%. Tuy chênh lệch về tỉ lệ nhưng cả hai nghiên cứu đều cho thấy rằng polyp đại- trực tràng loại thiếu niên có thể tái phát sau khi đã được điều trị cắt polyp hoàn toàn qua nội soi đại- trực tràng trước đó. 14,1% bệnh nhi có tiền căn lồng ruột, trong đó có 3 bệnh nhi lồng ruột từ 3 lần trở lên. Vì vậy, đối với những bệnh nhân có tiền sử lồng ruột tái phát nhiều lần, cần đặc biệt chú ý đến khả năng tồn tại các nguyên nhân thực thể như polyp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu phân máu là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất ở bệnh nhi có polyp đại - trực tràng, với tỉ lệ chiếm 80,3%. Đây là dấu hiệu lâm sàng quan trọng và phổ biến nhất trong nghiên cứu hướng đến chẩn đoán polyp đại - trực tràng ở trẻ em³. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận thêm triệu chứng đau bụng và polyp sa ra hậu môn lần lượt chiếm tỉ lệ 28,2% và 15,5%.

Thời gian tiêu máu có trung vị là 3 tháng và khoảng tứ phân vị là từ 2 đến 5 tháng, cho thấy tình trạng tiêu máu kéo dài trước khi trẻ được chẩn đoán và điều trị. Kết quả này phù hợp với

các nghiên cứu trong nước và quốc tế đều ghi nhận tiêu máu kéo dài là triệu chứng phổ biến ở trẻ mắc polyp đại - trực tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thiếu máu được ghi nhận ở 33,8% bệnh nhi. Đặc biệt, nghiên cứu ghi nhận có 4 bệnh nhân cần truyền máu chiếm tỉ lệ 5,6%, tương tự, Wei C⁴ báo cáo 6,8% bệnh nhi cần truyền máu. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận diện sớm các triệu chứng lâm sàng và chỉ định nội soi đại- trực tràng kịp thời, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ biến chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ phát hiện polyp đại- trực tràng qua thăm khám hậu môn trực tràng là 28,2%, chiếm 48,8% bệnh nhi có polyp ở trực tràng. Kết quả này không chênh lệch nhiều với nghiên cứu của Wei C. (2012)⁴ có tỉ lệ phát hiện là 20,5%, trong đó 57,5% polyp nằm tại trực tràng. Vì vậy, khám hậu môn- trực tràng là một phương pháp chẩn đoán quan trọng để phát hiện polyp ở vị trí trực tràng.

Kết quả cho thấy tỉ lệ phát hiện polyp đại - trực tràng qua siêu âm bụng là 44,4%. Tương tự, nghiên cứu Hosaka (2019)⁵ báo cáo trong 15 bệnh nhi polyp đại- trực tràng có 7 trẻ (46,7%) được phát hiện qua siêu âm bụng không qua chuẩn bị đại tràng và không cần nhịn ăn. Theo nghiên cứu của Di Nardo (2020)⁶, trong 26 trẻ mắc polyp đại- trực tràng được hạn chế lượng thức ăn và nước uống có ga trong 4 tiếng nhưng không chuẩn bị đại tràng trước khi siêu âm bụng, có 50% trẻ được phát hiện được polyp đại - trực tràng. Theo Qu và cộng sự, tỉ lệ phát hiện polyp đại tràng sigma hoặc trực tràng bằng siêu âm chỉ đạt 65% nếu không có chuẩn bị đại tràng, nhưng tăng lên đến 97% sau khi sử dụng thụt tháo bằng glycerin. Do đó, khi nghi ngờ có polyp đại- trực tràng, nên khuyến cáo làm sạch đại tràng trước khi siêu âm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 95,5% các trường hợp polyp có mô bệnh học là polyp thiếu niên, bao gồm 76,1% bệnh nhi có đơn polyp và 19,4% có đa polyp. Nhìn chung, polyp thiếu niên có tỉ lệ dao động từ 90,1% đến 95,5% trong các nghiên cứu, với tùy quốc gia^{3,4,7}. Kết quả này cho thấy rằng polyp thiếu niên là dạng mô bệnh học phổ biến nhất trong các bệnh nhi mắc polyp đại- trực tràng. Tuy vậy, polyp tuyến lại được xác định là tổn thương tiền ung thư của ung thư đại tràng. Thời gian chính xác mà polyp tuyến chuyển thành ung thư vẫn chưa được biết. Người ta ước tính rằng trong hầu hết các trường hợp, phải mất 5-10 năm để một polyp nhìn thấy

được tiến triển thành ung thư biểu mô đại- trực tràng⁸.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm polyp trẻ em nao cao nhiều hơn gấp 1,7 lần nữ, Tiêu máu là triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhi có polyp với tỉ lệ 80,3%. Khám hậu môn- trực tràng phát hiện được polyp chiếm tỉ lệ 28,2% và chiếm 48,8% trong số bệnh nhi có polyp ở trực tràng. Siêu âm bụng phát hiện polyp đại- trực tràng chiếm tỷ lệ tương đối cao là 44,4%. Vì vậy cần sử dụng siêu âm thường qui, nâng cao vai trò và hiệu quả của siêu âm để phát hiện polyp ở trẻ em trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Katharine Eng, Marsha Kay, Robert Wyllie** (2014). *Gastrointestinal Tract Polyps and Polyposis Syndromes*. Pediatric Gastroenterology: A Color Handbook. 1st ed. Taylor & Francis Group; 2014, 397-406.
2. **Warren Hyer Marta T, and Mike Thomson** (2022). *Polyps and Other Tumors of the Gastrointestinal Tract*. Textbook of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: A Comprehensive Guide to Practice. 2nd ed. 2022, 689-707.
3. **Wang Y, Fang L, Huang K, Pan T, Lu H, Yan X** (2023). Characteristics and risk factors for colorectal polyps among children in an urban area of Wenzhou, China: a retrospective case control study. *BMC Pediatr*. Aug 19 2023;23(1):408. doi:10.1186/s12887-023-04197-6.
4. **Wei C, Dayong W, Liquan J, et al.** (2012) Colorectal polyps in children: a retrospective study of clinical features and the value of ultrasonography in their diagnosis. *J Pediatr Surg*. Oct 2012; 47(10), 1853-1858. doi:10.1016/j.jpedsurg.2012.05.024.
5. **Hosokawa T, Hosokawa M, Tanami Y, et al.** (2019) Diagnostic performance of ultrasound without any colon preparation for detecting colorectal polyps in pediatric patients. *Pediatric Radiology*. 2019/09/01 2019;49(10):1306-1312. doi:10.1007/s00247-019-04467-5.
6. **Di Nardo G, Esposito F, Ziparo C, et al** (2020). Faecal calprotectin and ultrasonography as non-invasive screening tools for detecting colorectal polyps in children with sporadic rectal bleeding: a prospective study. *Italian Journal of Pediatrics*. 2020/05/20 2020;46(1):66. doi:10.1186/s13052-020-00828-1.
7. **Dipasquale V, Romano C, Iannelli M, et al.** (2021) The management of colonic polyps in children: a 13-year retrospective study. *European Journal of Pediatrics*. 2021/07/01 2021;180(7):2281-2286. doi:10.1007/s00431-021-04017-y.
8. **Shussman N, Wexner SD.** (2014) Colorectal polyps and polyposis syndromes. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. Feb 2014;2(1):1-15. doi:10.1093/gastro/got041.