

- tạp chí y dược lâm sàng 108. Tập 19 – số 2/2024.
6. **Al-Naggar, R.A., Bobryshev, Y.V.** (2019). Practice and barriers of breast self-examination among Malaysian women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(4), 1231-1236.
7. **Dagne, A. H, Wondimagegnehu, A, & Deyessa, N.** (2021). Breast self-examination: Knowledge and practice among female university students in Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, 13, 123–131.
8. **Getie A Mereta, Shegaze, M., Mekonnen, B., et al** (2020). Breast self-examination practice and associated factors among women aged 20–64 years in Arba Minch Zuria district, Gamo Zone, SNNPR, Ethiopia. *Research Square*.

TỶ LỆ TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 2020 – 2024: MỘT TỔNG QUAN TƯỜNG THUẬT

Nguyễn Thành Luân^{1,2}, Nguyễn Thành Dũng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Việt Nam được báo cáo rất khác nhau trong những năm qua, phản ánh sự không đồng nhất trong năng lực chăm sóc và điều trị giữa các cơ sở y tế. **Mục tiêu:** Tổng hợp các dữ liệu hiện có về tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn tại Việt Nam giai đoạn 2020–2024, nhằm cung cấp cái nhìn tổng quan và định hướng cho các chiến lược cải thiện. **Đối tượng và phương pháp:** Bài viết là một tổng quan tường thuật, lựa chọn các nghiên cứu được công bố trên các tạp chí y khoa có bình duyệt trong giai đoạn 2020–2024, tập trung vào báo cáo tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Việt Nam. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong được báo cáo dao động trong khoảng 40–70%, có sự khác biệt giữa các tuyến bệnh viện. Một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tử vong thấp hơn tại các bệnh viện hạng đặc biệt so với bệnh viện tuyến dưới, tuy nhiên chưa ghi nhận sự khác biệt rõ ràng theo khu vực địa lý. **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn tại Việt Nam vẫn ở mức cao. Cần tăng cường phối hợp giữa các nhà nghiên cứu, cơ sở điều trị và cơ quan quản lý y tế để cải thiện chất lượng chăm sóc và kết cục của bệnh nhân. **Từ khóa:** Sốc nhiễm khuẩn, tử vong, tổng quan tường thuật.

SUMMARY

MORTALITY RATE IN PATIENTS WITH SEPTIC SHOCK IN VIETNAM (2020–2024): A NARRATIVE REVIEW

Introduction: Reported mortality rates among patients with septic shock in Vietnam have varied significantly in recent years, reflecting disparities in treatment capacity and quality of care across healthcare facilities. **Objective:** To synthesize existing data on the mortality rate of septic shock in Vietnam during the period 2020–2024, providing an overview

and guiding future improvement strategies. **Methods:** This is a narrative review, based on studies published in peer-reviewed medical journals between 2020 and 2024, focusing on mortality outcomes among patients with septic shock in Vietnam. **Results:** Reported mortality rates ranged from approximately 40% to 70%, with differences observed between hospital levels. Some studies indicated lower mortality rates at national tertiary hospitals compared to lower-level hospitals. However, no clear differences were observed across geographic regions. **Conclusion:** The mortality rate of septic shock in Vietnam remains high. Strengthened collaboration among researchers, healthcare providers, and policymakers is essential to improve care quality and patient outcomes. **Keywords:** Septic shock, mortality, narrative review.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn là một tình trạng cấp cứu nội khoa nghiêm trọng, đặc trưng bởi rối loạn huyết động, suy đa cơ quan và tỷ lệ tử vong cao, ngay cả khi được điều trị tích cực. Trong vài thập kỷ gần đây, nhờ các tiến bộ trong hồi sức, kiểm soát nhiễm khuẩn và các liệu pháp hỗ trợ cơ quan, tiên lượng bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn đã cải thiện đáng kể ở nhiều quốc gia.¹ Tuy vậy, tỷ lệ tử vong vẫn còn dao động lớn giữa các khu vực và hệ thống y tế khác nhau, phản ánh sự chênh lệch trong khả năng chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và tiếp cận các phương tiện hồi sức chuyên sâu.^{2,3}

Tại Việt Nam, sốc nhiễm khuẩn là bệnh lý phổ biến trong hồi sức cấp cứu, nhưng các nghiên cứu về tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân này còn phân tán, chủ yếu ở quy mô đơn trung tâm, cỡ mẫu nhỏ và chất lượng không đồng đều. Các tiêu chí chẩn đoán, cách ghi nhận tử vong và thời điểm đánh giá kết cục chưa thống nhất giữa các nghiên cứu, dẫn đến khó khăn trong việc tổng hợp và so sánh dữ liệu.^{4,5}

Một số báo cáo ghi nhận tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn tại Việt Nam có thể lên đến 60%,^{4,5} cao hơn đáng kể so với mức trung bình từ 35–40% tại các nước có hệ thống y tế phát triển.^{1,2}

¹Trường Đại học Nam Cần Thơ

²Bệnh viện Đại học Nam Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Dũng

Email: bs.nguyenthandung@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

Tuy nhiên, chưa có một tổng quan nào mô tả hệ thống các bằng chứng này nhằm đưa ra bức tranh toàn diện và định hướng chiến lược cải thiện.

Trước thực trạng đó, bài viết này được thực hiện nhằm tổng hợp các nghiên cứu được công bố tại Việt Nam trong giai đoạn 2020–2024 liên quan đến tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn ở người lớn. Thông qua cách tiếp cận mô tả và phân tích tường thuật, bài viết hướng đến cung cấp cái nhìn tổng thể, chỉ ra khoảng trống nghiên cứu và góp phần hỗ trợ hoạch định chính sách chăm sóc bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn trong nước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Bài viết này được thực hiện dưới dạng tổng quan tường thuật, nhằm mô tả và phân tích các báo cáo đã được công bố liên quan đến tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Việt Nam trong giai đoạn 2020–2024.

2.2. Tiêu chí lựa chọn bài báo. Quá trình thu thập tài liệu được tiến hành thông qua việc tra cứu trực tuyến các bài báo đăng trên các tạp chí y học có phản biện được Hội đồng Giáo sư Nhà nước công nhận ngày 05 tháng 7 năm 2024 kèm theo quyết định số 25/QĐ-HĐGSNN, đăng trực tuyến trên trang web chính thức của Hội đồng. Từ khóa sử dụng bao gồm: "sốc nhiễm khuẩn", "sốc nhiễm trùng", "nhiễm khuẩn huyết", và "nhiễm trùng huyết", nhằm đảm bảo không bỏ sót những bài viết có cách dùng thuật ngữ khác nhau. Thời gian tìm kiếm là từ 01/01/2020 đến 31/12/2024. Chỉ các bài viết bằng tiếng Việt được đưa vào phân tích nhằm phản ánh trung thực thực trạng tại địa phương.

Tiêu chí lựa chọn: Bài báo phải có cỡ mẫu rõ ràng, ghi cụ thể số ca bệnh tử vong hoặc tỷ lệ tử vong, nơi thực hiện thu thập số liệu.

Tiêu chí loại trừ: Bài báo không báo cáo cỡ mẫu, tỷ lệ tử vong, nghiên cứu trên đối tượng đặc biệt về bệnh lý hoặc tâm lý.

2.3. Trích xuất dữ liệu. Thông tin được trích xuất từ mỗi nghiên cứu bao gồm: số lượng bệnh nhân, số tử vong, nơi tiến hành nghiên cứu, cùng một số đặc điểm lâm sàng nếu có. Các dữ liệu được tổng hợp theo phương pháp mô tả, không thực hiện phân tích thống kê gộp. Những điểm tương đồng, khác biệt và xu hướng chung sẽ được trình bày và thảo luận trong phần kết quả.

Do đặc điểm của bài viết là tổng quan tường thuật, không có bước đánh giá chất lượng nghiên cứu theo hệ thống điểm số như trong các tổng quan hệ thống. Tuy nhiên, sự đa dạng và khác biệt về thiết kế giữa các nghiên cứu được lưu ý để hỗ

trợ cho quá trình phân tích và nhận định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ năm 2020 đến 2024, nhiều nghiên cứu tại Việt Nam đã được công bố liên quan đến tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn (Sơ đồ 1). Phần lớn các nghiên cứu này được thực hiện tại bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến trung ương và một số bệnh viện hạng đặc biệt, chủ yếu theo thiết kế quan sát hồi cứu hoặc tiến cứu. Tổng số lượng bệnh nhân được ghi nhận qua các nghiên cứu này là hơn 3.000 trường hợp, trong đó phần lớn báo cáo tỷ lệ tử vong dao động từ khoảng 40% đến 70% (Bảng 1).

Mức tử vong thấp nhất thường được ghi nhận tại các bệnh viện hạng đặc biệt, nơi có điều kiện hồi sức tốt hơn và tiếp cận sớm hơn với các kỹ thuật can thiệp hiện đại. Ngược lại, các nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh ghi nhận tỷ lệ tử vong cao hơn, nhiều nơi vượt quá 70% (Bảng 2). Một số tác giả cho rằng điều này có thể liên quan đến mức độ nặng của bệnh nhân nhập viện — thường là những trường hợp được chuyển từ tuyến dưới khi đã có biến chứng tổn thương đa cơ quan.

Về mặt địa lý, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn không có sự khác biệt rõ ràng giữa khu vực phía Bắc và phía Nam (Bảng 3). Tuy nhiên, điều này cần được xem xét thận trọng vì sự chênh lệch trong số lượng nghiên cứu và cỡ mẫu giữa các khu vực.

Một số nghiên cứu cũng đề cập đến các yếu tố tiên lượng xấu như điểm SOFA cao, nồng độ lactate máu tăng, và nhu cầu thở máy sớm. Tuy nhiên, các thông tin về các chỉ dấu sinh học hoặc yếu tố can thiệp cụ thể chưa được thống nhất và còn nhiều thiếu hụt (Bảng 4).



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu

Nhìn chung, các nghiên cứu công bố trong giai đoạn 2020–2024 cho thấy tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn tại Việt Nam vẫn còn ở mức cao, thường vượt quá 50%. Sự khác biệt giữa

các tuyến bệnh viện và khoảng cách trong tiếp cận điều trị chuyên sâu được xem là những yếu tố chính ảnh hưởng đến kết cục. Tuy nhiên, sự không đồng nhất trong thiết kế và báo cáo kết quả giữa các nghiên cứu hiện tại vẫn là một rào cản lớn trong việc đưa ra con số ước lượng chính xác về tỷ lệ tử vong.

Một số đặc điểm tổng hợp từ các nghiên cứu tiêu biểu được trình bày trong Bảng 1, 2, 3 và 4, mang tính minh họa cho xu hướng tử vong được ghi nhận tại các tuyến bệnh viện khác nhau.

Bảng 1. Tỷ lệ tử vong qua các năm từ 2020 đến 2024

Năm	Số bài báo (n)	Số bệnh nhân (n)	Tử vong (n)	Sống (n)	Tỷ lệ tử vong (%)
2020	5	231	135	96	58,4
2021	6	576	375	201	65,1
2022	3	124	62	62	50,0
2023	12	711	433	278	60,9
2024	13	1365	695	670	50,9
Tổng	39	3007	1700	1307	56,5

Bảng 2. Tỷ lệ tử vong theo phân hạng bệnh viện của Bộ Y tế

Hạng bệnh viện	Số bệnh nhân (n)	Tử vong (n)	Sống (n)	Tỷ lệ tử vong (%)
Đặc biệt n=16	1173	596	577	50,8
Trung ương n=4	308	216	92	70,1
Hạng I n=19	1526	888	638	58,5
Tổng	3007	1700	1307	56,5

Bảng 3. Tỷ lệ tử vong theo khu vực địa lý

Khu vực	Số bệnh nhân (n)	Tử vong (n)	Sống (n)	Tỷ lệ tử vong (%)
Phía Bắc* n=29	2208	1230	978	55,7
Phía Nam n=10	799	470	329	58,8
Tổng	3007	1700	1307	56,5

* Đà Nẵng (thuộc phía Bắc) là mốc phân chia.

Bảng 4. Đặc điểm của các bài báo được lựa chọn

Biến số	Số bài báo (n)	Trung vị (IQR)	Trung bình (SD)
Cỡ mẫu (số bệnh nhân)	39	61 (IQR: 38,5; 97,5)	77,1 ± 53,1
Tuổi (năm)	33	64 (IQR: 60; 66,8)	62,7 ± 5,2
Lactate (mmol/L)	17	4,9 (IQR: 3,3; 5,8)	4,87 ± 1,56
Procalcitonin (ng/mL)	12	44,1 (IQR: 26,7; 55,7)	43,7 ± 17,4
SOFA	21	10,5 (IQR: 9,8; 11)	10,4 ± 1,2
APACHE II	10	20,7 (IQR: 18,4; 22)	20,7 ± 2,77

Thở máy (%)	11	70,2 (IQR: 57,5; 78,2)	66,0 ± 16,2
-------------	----	------------------------	-------------

IQR: khoảng tứ phân vị 25; 75, SD: độ lệch chuẩn.

IV. BÀN LUẬN

Sốc nhiễm khuẩn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại các khoa Hồi sức tích cực trên toàn thế giới. Tổng hợp các nghiên cứu được công bố tại Việt Nam từ năm 2020 đến 2024 cho thấy tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn vẫn còn ở mức cao và có sự dao động đáng kể giữa các cơ sở y tế. Mức tử vong phổ biến ghi nhận từ các nghiên cứu là trên 50%, cao hơn đáng kể so với con số trung bình khoảng 35–40% được báo cáo tại các quốc gia có hệ thống y tế phát triển.² Điều này đặt ra một vấn đề cấp thiết trong việc cải thiện chiến lược điều trị và chăm sóc nhằm giảm thiểu tỷ lệ tử vong.

Một số yếu tố chính góp phần vào tỷ lệ tử vong cao tại Việt Nam, bao gồm:

Chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là yếu tố quyết định tiên lượng bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, nhiều báo cáo tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ tuân thủ “gói sepsis 1 giờ” còn khá thấp, cùng với những hạn chế về xét nghiệm nhanh tại giường và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế chuyên sâu, ngoại trừ các thành phố lớn, đã làm tăng nguy cơ bệnh tiến triển nặng.⁶ Thực tế là phần lớn các bệnh viện tuyến cuối luôn trong tình trạng quá tải dẫn đến thời gian trung bình từ khi nhập khoa Cấp cứu đến khi nhập khoa Hồi sức tích cực kéo dài, làm mất thời gian quý giá ban đầu cho điều trị tích cực bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

Hạn chế về nguồn lực y tế. Các bệnh viện tại Việt Nam, đặc biệt là tuyến tỉnh và huyện, thường gặp khó khăn về nhân lực, trang thiết bị và thuốc. Việc thiếu các phương tiện hồi sức hiện đại như đo cung lượng tim, siêu âm tại giường và liệu pháp thay thế thận liên tục, cùng với tình trạng ít nhân viên y tế chuyên môn cao, đã thúc đẩy các bệnh viện tuyến dưới vận chuyển bệnh nhân về bệnh viện trung ương (bệnh viện tuyến cuối của vùng địa lý) điều trị theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật, gây quá tải, cũng góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong tại các bệnh viện trung ương so với các bệnh viện hạng đặc biệt và bệnh viện tuyến tỉnh – hạng I.⁷

Mức độ bệnh nặng hơn. Toàn bộ các bài báo giai đoạn 2020 – 2024 đều được thu thập dữ liệu từ các bệnh viện hạng I trở lên, trong đó hơn một nửa là từ các bệnh viện trung ương và đặc biệt. Những bệnh viện này điều trị các bệnh nhân nặng hơn do các bệnh viện tuyến thấp chuyển đến, thể hiện qua điểm SOFA và APACHE II khá cao, dẫn

đến tỷ lệ tử vong cao hơn. Gần đây, một số báo cáo nghiên cứu được thực hiện ở những bệnh viện tuyến thấp hoặc bệnh viện ngoài công lập cho thấy tỷ lệ tử vong không cao.⁸

Sự khác biệt về mô hình bệnh nguyên. Một yếu tố quan trọng khác là sự khác biệt về căn nguyên vi sinh gây sốc nhiễm khuẩn. Trong khi các nước phát triển chủ yếu đối mặt với các vi khuẩn nhạy cảm với kháng sinh, Việt Nam có tỷ lệ vi khuẩn đa kháng thuốc cao hơn, bao gồm *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* và tụ cầu kháng methicilline.^{9,10} Việc điều trị các tác nhân này đòi hỏi chiến lược kháng sinh hợp lý, nhưng lại gặp khó khăn do hạn chế về các thuốc kháng sinh thế hệ mới.

Bệnh nhân nhập viện muộn. Một phần không nhỏ các bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Việt Nam nhập viện ở giai đoạn muộn, khi đã có suy đa tạng. Điều này có thể liên quan đến thói quen tự điều trị tại nhà, sự e ngại chi phí y tế và hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu chưa đủ mạnh để phát hiện sớm các trường hợp nhiễm khuẩn nặng.

Các nghiên cứu từ những quốc gia có hệ thống y tế phát triển mạnh cho thấy tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn đã giảm dần trong những thập kỷ qua nhờ cải tiến trong quản lý bệnh nhân, như: nhận diện sớm bằng các thang điểm tiên lượng như qSOFA, NEWS; hồi sức tích cực theo hướng dẫn Surviving Sepsis Campaign; ứng dụng công nghệ và kỹ thuật tiên tiến như lọc máu liên tục, lọc máu hấp phụ cytokine cũng có thể góp phần cải thiện tiên lượng.¹

Mặc dù hiện chưa có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ tử vong giữa các khu vực địa lý trong nước, nhưng điều này có thể do sự phân bố không đồng đều về số lượng nghiên cứu hoặc cỡ mẫu giữa các vùng. Một bức tranh đầy đủ hơn sẽ cần đến các nghiên cứu đa trung tâm, thiết kế tiền cứu và ghi nhận đầy đủ các yếu tố nguy cơ.

Tổng quan tường thuật này nhằm mục tiêu mô tả xu hướng chung về tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Việt Nam, tuy nhiên vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, chất lượng các nghiên cứu được tổng hợp còn nhiều bất đồng về thiết kế nghiên cứu, tiêu chí chẩn đoán, cách thu thập và báo cáo dữ liệu, thời gian theo dõi tử vong. Thứ hai, do đặc điểm tường thuật nên bài viết không đánh giá định lượng độ tin cậy của từng nghiên cứu hay thực hiện phân tích gộp (meta-analysis), do đó không đưa ra được một con số ước lượng chính xác cho tỷ lệ tử vong trên toàn quốc. Một điểm hạn chế đáng lưu ý khác là khả năng trùng lặp cỡ mẫu giữa một số nghiên cứu. Có nhiều bài báo được

thực hiện trong cùng khoảng thời gian và tại cùng một cơ sở y tế, dẫn đến nguy cơ các bệnh nhân được tính lặp lại trong các báo cáo khác nhau. Do không có đủ thông tin để loại trừ hoàn toàn tình trạng này, số liệu mô tả trong bài viết chỉ nên được xem như ước lượng gần đúng và cần được giải thích với sự thận trọng. Cuối cùng, phần lớn các nghiên cứu hiện có vẫn chỉ dừng lại ở báo cáo tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện mà chưa phản ánh được tiên lượng trung và dài hạn. Điều này cho thấy cần có thêm các nghiên cứu tiền cứu có theo dõi kết cục lâu dài để hiểu rõ hơn về quá trình hồi phục và các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong sau xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Tổng quan tường thuật này cho thấy tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Việt Nam trong giai đoạn 2020–2024 vẫn ở mức cao, thường vượt quá 50% trong hầu hết các nghiên cứu được công bố. Mặc dù tỷ lệ tử vong thấp hơn ở các cơ sở y tế hạng đặc biệt, nhưng chưa ghi nhận sự khác biệt rõ ràng giữa các vùng địa lý. Bài tổng quan góp phần phản ánh nhu cầu cấp thiết về việc nâng cao năng lực chẩn đoán và điều trị sốc nhiễm khuẩn tại các cơ sở y tế trên toàn quốc. Đồng thời, cần thúc đẩy các nghiên cứu đa trung tâm với thiết kế chuẩn hóa và theo dõi dài hạn, nhằm cung cấp bằng chứng vững chắc hơn cho việc xây dựng chiến lược can thiệp và chính sách y tế phù hợp trong bối cảnh Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Meyer NJ, Prescott HC.** Sepsis and Septic Shock. *The New England journal of medicine.* 2024; 391(22): 2133-2146. doi: 10.1056/NEJMra.2403213.
2. **Bauer M, Gerlach H, Vogelmann T, Preissing F, Stiefel J, Adam D.** Mortality in sepsis and septic shock in Europe, North America and Australia between 2009 and 2019— results from a systematic review and meta-analysis. *Critical Care.* 2020;24(1):239. doi: 10.1186/s13054-020-02950-2.
3. **Kiya GT, Mekonnen Z, Melaku T, et al.** Prevalence and mortality rate of sepsis among adults admitted to hospitals in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of hospital infection.* 2024;144:1-13. doi: 10.1016/j.jhin.2023.11.012.
4. **Bùi Thị Hương Giang, Đoàn Duy Thành, Nguyễn Tú Anh.** Một số yếu tố tiên lượng tử vong tại ngày thứ 28 trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;535(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v535i1.8356>.
5. **Nguyễn Thị Huyền, Tạ Thị Diệu Ngân.** Giá trị tiên lượng tử vong của lactat máu ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2018-2022. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;522(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v522i2.4341>.

6. **Đào Xuân Phương, Bùi Thị Hương Giang.** Đánh giá kết quả áp dụng gói điều trị nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn trong giờ đầu tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;509(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v509i1.1767>.
7. **Lê Minh Tâm, Dương Phúc Lam.** Thực trạng cấp cứu bệnh nhân và một số yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu tại Trung tâm y tế Thị xã Bình Minh năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;543(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v543i1.11374>.
8. **Nguyễn Thành Luân, Nguyễn Việt Thu Trang.** Sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long: Kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2025;186(1): 208-215. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v186i1.2981>.
9. **Phạm Hồng Nhung, Mai Thị Lan Hương.** Mức độ nhạy cảm kháng sinh của một số loài vi khuẩn gây nhiễm trùng huyết thường gặp phân lập tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2023. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2024;178(5): 70-81. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v178i5.2436>.
10. **Võ Thị Kim Thi, Võ Minh Phương.** Đặc điểm các tác nhân gây nhiễm trùng huyết và sự đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022(51): 96-103. <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i51.316>.

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC TRÊN 10MM BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT POLYP DƯỚI NƯỚC TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024 - 2025

Phan Bá Danh^{1,4}, Nguyễn Công Long^{2,3},
Vũ Hải Hậu¹, Lê Hữu Nhung⁴

FOR LARGER THAN 10MM COLORECTAL POLYPS BY UNDERWATER POLYPECTOMY AT BACH MAI HOSPITAL IN 2024 - 2025

Objective: To assess the safety and effectiveness of the underwater polypectomy for treating colorectal polyps larger than 10mm at Bach Mai Hospital in 2024 - 2025. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 42 patients with 72 colorectal polyps larger than 10mm from November 2024 to July 2025 at Bach Mai Hospital. **Results:** Polyp location: most common in sigmoid colon (43.1%). Polyp size is mainly 11-19mm (62.5%). Paris classification is mainly O-Isp type (55.6%), Jnet 2A: 68,1%. Post-intervention symptoms or mild abdominal pain (VAS score: 1-2). Bleeding during performance occurred 8.3%, no evidence of perforation, delayed bleeding and post-polypectomy syndrome. Complete single-piece resection rate (en bloc) used 91.7% on endoscopy. The proportion of good and achieved result treatment were 90.28% and 9.72%. **Conclusions:** Underwater polypectomy is a safe and effective option for colorectal polyps larger than 10mm. **Keywords:** underwater polypectomy, polyp resection, colorectal polyp.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và kết quả điều trị polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm bằng phương pháp cắt polyp dưới nước tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2024 - 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân với 72 tổn thương polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm từ tháng 11/2024 đến tháng 07/2025 tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Vị trí polyp: gặp nhiều nhất ở đại tràng sigma (43,1%). Kích thước polyp chủ yếu từ 11-19mm (68,1%). Phân loại Paris chủ yếu tip O-Isp (55,6%), phân loại Jnet 2A chiếm 62,5%. Triệu chứng sau can thiệp hay gặp đau bụng nhẹ (điểm VAS 1 -2 điểm). Biến chứng chảy máu trong can thiệp chiếm 8,3%, không ghi nhận biến chứng thủng, chảy máu sau can thiệp và hội chứng sau cắt. Tỷ lệ cắt trọn nguyên khối chiếm 91,7%. Kết quả cắt polyp tốt chiếm 90,28%, kết quả đạt: 9,72%. **Kết luận:** Phương pháp cắt polyp dưới nước là kỹ thuật an toàn và hiệu quả đối với polyp kích thước trên 10mm. **Từ khóa:** cắt polyp dưới nước, cắt polyp, polyp đại trực tràng.

SUMMARY

EVALUATION OF THE SAFETY AND THERAPEUTIC OUTCOMES OF TREATMENT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Quân y 354

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt polyp (polypectomy) qua nội soi là thủ thuật xâm lấn tối thiểu để loại bỏ các u tuyến đại trực tràng, qua đó có thể điều trị triệt để polyp đại trực tràng và giảm tỷ lệ tử vong do ung thư đại trực tràng. Cắt polyp dưới nước (Underwater polypectomy) được mô tả đầu tiên bởi Binmoeller và gần đây được ứng dụng rộng rãi tại nhiều quốc gia trên thế giới. Các nghiên cứu cho thấy rằng, kỹ thuật này có thể khắc phục được các nhược điểm so với khi thực hiện trong