

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: nguyenconglongbvbv@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

môi trường đại tràng chứa không khí hoặc khí CO2 đặc biệt ở vị trí gấp góc, sau nếp van, polyp dạng dẹt...[1], [2]. Đối với polyp lớn trên 10mm, một số tác giả cũng đã chứng minh được tính an toàn và hiệu quả cao của kỹ thuật này [2], [3], [4].

Ở Việt Nam, phương pháp cắt polyp dưới nước cũng đã được giới thiệu thực hiện tại nhiều cơ sở y tế nhưng chưa có các nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả cũng như tính an toàn của phương pháp này. Do đó, nghiên cứu được thực hiện nhằm 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.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm người bệnh được chẩn đoán polyp đại trực tràng tại Trung tâm Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 07/2025.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh tuổi > 18, có polyp đại trực tràng
- Kích thước polyp > 10mm
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

* Tiêu chuẩn loại trừ

Soi có hình ảnh nghi ngờ ác tính: nhìn bề mặt polyp sần sùi hoặc loét sùi, xét nghiệm mô bệnh học là ung thư đại trực tràng.

Bệnh đa polyp Polyposis (hàng trăm polyp tại đại trực tràng).

Đại tràng chuẩn bị chưa sạch theo thang điểm Boston < 8 điểm.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: từ tháng 11/2024 đến tháng 07/2025 tại

Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện. Chúng tôi tiến hành trên 42 bệnh nhân với 72 polyp đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

2.4. Quy trình thực hiện

Bước 1: Kiểm tra hồ sơ người bệnh: xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu, điện tâm đồ...

Bước 2: Giải thích cho người bệnh và người nhà về quá trình làm kỹ thuật, biến chứng có thể xảy ra, ghi cam kết đồng ý làm thủ thuật.

Bước 3: Tiến hành cắt polyp

- Tiến hành nội soi đại tràng theo quy trình thường quy để tìm polyp. Đánh giá polyp đầu tiên bằng ánh sáng trắng về hình dạng, kích thước, vị trí, sau đó bộc lộ rõ ranh giới polyp, đánh giá xếp loại theo Paris, Jnet.

- Thay đổi tư thế bệnh nhân cho phù hợp sau cho đoạn đại tràng có polyp nằm ở vị trí thấp nhất và phù hợp thao tác kỹ thuật tại thời điểm cắt.

- Hút hơi, bơm nước làm đầy lòng đại trực tràng (300-500ml nước RO) cho đến khi polyp ngập hoàn toàn trong nước.

- Dùng snare cắt polyp, trong trường hợp khó có thể lồng hết 1 lần có thể cắt nhiều lần nhưng cố gắng cắt 1 lần để kết quả giải phẫu bệnh chính xác hơn.

- Xử lý đánh giá tổn thương tại vị trí sau khi cắt: đánh giá mạch máu lộ mạch, đánh giá có thủng hay không. Nếu mạch máu ổ loét lộ mạch thì đốt mạch bổ sung bằng kim kẹp điểm mạch và clip. Nếu phát hiện thủng phải đóng ngay bằng clip.

- Bệnh phẩm được lấy ra cho vào dung dịch 10% formaldehyde gửi tới Khoa Giải phẫu bệnh làm xét nghiệm mô bệnh học.

2.5. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

* Tính an toàn sau của kỹ thuật:

+ Đánh giá tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng xuất hiện sau can thiệp như đau bụng (tính theo thang điểm VAS), chướng bụng, buồn nôn, nôn...
+ Tỷ lệ sử dụng các dụng cụ chống thủng, chảy máu như hemo clip hoặc endoloop.

+ Tỷ lệ tai biến như: chảy máu, thủng, hội chứng sau cắt...

* Đánh giá kết quả cắt polyp:

+ Tỷ lệ cắt nguyên khối trên nội soi: là việc loại bỏ toàn bộ tổn thương trong một mảnh duy nhất. Kết quả cắt nguyên khối được xác định qua việc quan sát diện cắt không còn tổn thương sót lại và mảnh cắt rời còn nguyên khối [3].

+ Đánh giá kết quả cắt polyp: Chúng tôi sử dụng phân loại kết quả cắt polyp theo tác giả Nguyễn Việt Dũng [5]:

- Kết quả tốt: Các polyp được cắt nguyên khối, không có tai biến.

- Kết quả đạt: Các polyp không được cắt nguyên khối, hoặc có tai biến chảy máu xử trí được bằng nội soi.

- Kết quả không đạt: Các polyp được cắt rời, hoặc chưa được cắt rời hoàn toàn nhưng chảy máu và/hoặc thủng đại trực tràng phải chuyển sang các phương pháp ngoại khoa khác.

2.6. Xử lý số liệu. Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 25.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 3403/QĐ-ĐHYHN ngày 28 tháng 06 năm 2024 tại Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm polyp trên hình ảnh nội soi

Bảng 1. Đặc điểm polyp trên hình ảnh nội soi (n=72)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí polyp	Trực tràng	10	13,9
	Đại tràng sigma	31	43,1
	Đại tràng xuống	7	9,7
	Đại tràng ngang	10	13,9
	Đại tràng lên	12	16,7
	Manh tràng	2	2,8
	Tổng	72	100
Kích thước polyp	11-19mm	49	68,1
	20-29mm	11	15,3
	30-39mm	8	11,1
	≥40mm	4	5,6
	Tổng	72	100
Phân loại Paris	O-Ip	23	31,9
	O-Isp	40	55,6
	O-II (LST)	9	12,5
	Tổng	72	100
Phân loại Jnet	Típ 1	18	25,0
	Típ 2A	45	62,5
	Típ 2B	9	12,5
	Tổng	18	25,0

Nhận xét: Polyp được phát hiện ở tất cả các đoạn của đại tràng, trong đó vị trí hay gặp nhất là đại tràng sigma (43,1%), đại tràng lên, 16,7%, đại tràng ngang và trực tràng 13,9%.

Trong tổng số 72 polyp, nhóm polyp có kích thước 11 – 19mm chiếm chủ yếu với 68,1%, nhóm polyp có kích thước ≥ 40mm có tỷ lệ thấp nhất là 5,6%.

Theo phân loại Paris cho đặc điểm hình thái polyp ĐTT, polyp dạng bán cứng O-Isp chiếm chủ yếu với tỷ lệ 55,6%, trong khi theo phân loại Jnet típ 2A chiếm đa số với tỷ lệ 62,5%.

3.2. Tính an toàn và kết quả cắt polyp

Bảng 2. Triệu chứng sau cắt polyp (n=42)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Đau bụng	VAS = 0	32	76,2
	VAS = 1	8	19,0
	VAS = 2	2	4,8
	VAS ≥ 3	0	0
Chướng bụng	1	2,4	
Buồn nôn	0	0	
Nôn	0	0	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân sau cắt không có triệu chứng. Có 10 BN có biểu hiện đau bụng nhẹ, trong đó 8BN điểm VAS = 1 điểm chiếm 19%, 2 BN VAS = 2 điểm (4,8%). Có 1 BN có biểu hiện chướng bụng. Không ghi nhận triệu

chứng buồn nôn hay nôn sau can thiệp.

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng dụng cụ chống thủng, chảy máu (n=72)

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có sử dụng kẹp clip/endoloop	37	51,4
Không sử dụng	34	48,6
Tổng	72	100

Nhận xét: Tỷ lệ có sử dụng dụng cụ cầm máu, chống thủng sau can thiệp là 51,4%.

Bảng 4. Biến chứng của can thiệp (n=72)

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu trong can thiệp	6	8,3
Chảy máu sau can thiệp	0	0
Thủng	0	0
Hội chứng sau cắt	0	0
Không biến chứng	66	91,7
Tổng	72	100

Nhận xét: Trong tổng số 72 polyp được cắt, đa số không có biến chứng (91,7%). Biến chứng gặp duy nhất là chảy máu trong khi can thiệp gặp ở 6 tổn thương chiếm 8,3%. Không xuất hiện biến chứng thủng, chảy máu ruột hoặc hội chứng sau cắt polyp.

Bảng 5. Kết quả cắt polyp bằng phương pháp cắt polyp dưới nước (n=72)

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cắt trọn nguyên khối trên nội soi (En - bloc)	Có	66	91,7
	Không	6	8,3
Kết quả điều trị	Tốt	65	90,28
	Đạt	7	9,72
Tổng		72	100

Nhận xét: Trong số 72 polyp kích thước trên 10mm, đa số được cắt trọn nguyên khối chiếm tỷ lệ 91,7%.

Có 90,28% đạt kết quả tốt và 9,27% kết quả đạt, không có kết quả không đạt.

IV. BÀN LUẬN

Tính an toàn của kỹ thuật. Sau khi can thiệp, bệnh nhân được thăm khám ngay để đánh giá các triệu chứng. Chúng tôi nhận thấy hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng sau khi làm thủ thuật (76,2%), 10 BN có biểu hiện đau tức nhẹ vùng bụng, trong đó VAS 1 điểm: 8BN, VAS 2 điểm: 4BN (bảng 2), 01 BN có biểu hiện chướng bụng do còn hơi trong đại tràng, tuy nhiên sau đó bệnh nhân tự ổn định. Nhìn chung, các triệu chứng xuất hiện là không đáng kể và không làm bệnh nhân đau đớn hay khó chịu. Tác giả Keith Sau cũng có kết quả tương tự với 18/92 bệnh nhân có đau bụng VAS 1 điểm, 2/92 bệnh nhân

VAS 2 điểm, không có trường hợp nào điểm VAS > 2 [2]. Không xuất hiện các triệu chứng như nôn hay buồn nôn. Trong quá trình can thiệp, chúng tôi sử dụng dụng cụ cầm máu và chống thủng gồm hemo clip và endoloop. Đối với các polyp cuống dài, thường dùng endoloop thắt cuống trước khi thực hiện cắt, có thể dùng clip cố định nếu nguy cơ tuột khỏi chân cuống. Hemo clip sử dụng nếu cắt xong polyp có chảy máu không cầm được, diện cắt lộ mạch máu hoặc diện cắt sâu nguy cơ thủng thì cần đóng kín diện cắt. Kết quả bảng 3 cho thấy tỷ lệ sử dụng clip/endoloop trong nghiên cứu này là 51,4%. Kết quả này cao hơn của tác giả Keith Siau có tỷ lệ sử dụng clip là 48,5%; tuy nhiên, trong nghiên cứu của tác giả có sử dụng đến phương pháp cầm máu bằng argon plasma chiếm 13,4% [2]. Theo tác giả Lê Đình Quang khi so sánh với phương pháp cổ điển, áp dụng phương pháp cắt polyp dưới nước với polyp ≥ 10 mm sử dụng ít clip hơn ($p < 0,01$) [6]. Phần lớn không xảy ra biến chứng khi can thiệp chiếm 91,7%. Biến chứng chúng tôi gặp khi thực hiện thủ thuật là chảy máu trong khi can thiệp chiếm 8,3%, không gặp biến chứng chảy máu muộn, thủng đại trực tràng hay hội chứng sau cắt (bảng 4). Các vị trí chảy máu được cầm máu bằng clip ổn định và không tái phát. So sánh với kết quả của Trần Văn Sơn cũng ghi nhận duy nhất biến chứng chảy máu khi can thiệp với tỷ lệ 5,2% chảy máu ít và 7,8% chảy máu nhiều [7]. Lê Đình Quang cho kết quả biến chứng chảy máu ít hơn so với phương pháp cổ điển ($p = 0.003$) và không xuất hiện biến chứng thủng [6]. Nhiều nghiên cứu khác của các tác giả trong và ngoài nước cũng không ghi nhận các biến chứng nặng thủng, chảy máu phải truyền máu, nhiễm trùng... khi thực hiện thủ thuật [1], [2], [5].

Kết quả cắt polyp kích thước trên 10mm bằng phương pháp cắt polyp dưới nước. Kết quả bảng 5 cho thấy, tỷ lệ cắt nguyên khối là 91,7%. Nghiên cứu của tác giả Keith Siau áp dụng với polyp có kích ≥ 10 mm, kết quả tỷ lệ cắt nguyên khối trên nội soi của tác giả là 97,9% [2]. Trong một nghiên cứu khác, tỷ lệ cắt nguyên khối trên nội soi của tác giả Lê Đình Quang là 100% [6]. Kết của chúng tôi thấp hơn các tác giả có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt về phân bố của kích thước polyp. Có 08 polyp chiếm 8,3% không cắt hết được 1 mảnh do kích thước polyp và cuống lớn, không bắt trọn được bằng snare và không quan sát được mặt trong của polyp. Một yếu tố khác cần được cân nhắc là kích thước và hình dạng của polyp. Như vậy, có thể thấy, tỷ lệ cắt

nguyên khối của phương pháp cắt polyp dưới nước là khác nhau giữa các nghiên cứu, tuy nhiên kết quả đều đạt tỷ lệ trên 90%. Đánh giá kết quả cắt polyp chung, bảng 6 cho thấy kết quả tốt chiếm 90,28%, kết quả đạt chiếm 9,72%. Kết quả tốt của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Văn Sơn với 92,2% đạt kết quả tốt. Điều này có thể do sự khác biệt về kích thước polyp trong nghiên cứu của tác giả với polyp dưới 10mm chiếm đa số [7]. Như vậy có thể thấy, kỹ thuật cắt polyp dưới nước là hiệu quả, đồng thời an toàn đối với polyp kích thước lớn hơn 10mm, đặc biệt là hạn chế các biến chứng liên quan đến tổn thương thành đại tràng do tác dụng nhiệt.

V. KẾT LUẬN

- Về tính an toàn của kỹ thuật: Triệu chứng hay gặp sau cắt polyp là đau bụng nhẹ VAS 1-2 điểm (23,8%), biến chứng của can thiệp là chảy máu trong khi can thiệp chiếm tỷ lệ 8,3%. Không xuất hiện các biến chứng liên quan tổn thương do nhiệt như thủng, hội chứng sau cắt polyp.

- Kết quả cắt polyp: Tỷ lệ cắt trọn nguyên khối trên nội soi là 91,7%. Kết quả cắt polyp đạt loại tốt: 90,28%, kết quả đạt: 9,72%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barclay R.L et Percy D.B** (2020). "Underwater endoscopic mucosal resection without submucosal injection (UEMR) for large colorectal polyps: A community-based series". *Am J Surg*, 220(3), 693–696.
2. **Siau K, Ishaq S et al** (2018). "Feasibility and outcomes of underwater endoscopic mucosal resection for ≥ 10 mm colorectal polyps". *Surg Endosc*, 32(6), 2656–2663.
3. **Binmoeller K.F, Weilert F et al** (2012). "Underwater EMR without submucosal injection for large sessile colorectal polyps". *Gastrointest Endosc*, 75(5), 1086–1091.
4. **Yen A.W, Amato A, et al** (2019). "Underwater polypectomy without submucosal injection for colorectal lesions ≤ 20 mm in size-a multicenter retrospective observational study". *Surg Endosc*, 33(7), 2267–2273.
5. **Nguyễn Văn Dũng** (2024). "Kết quả điều trị polyp đại trực tràng kích thước lớn bằng phương pháp cắt đốt niêm mạc tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công An". *Tạp chí Y học Quân sự*, 49(1), tr119-126.
6. **Lê Đình Quang** (2024) và cộng sự. "So sánh hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật cắt niêm mạc dưới nước so với cắt niêm mạc qua nội soi cổ điển trong điều trị tổn thương tân sinh không cuống đại trực tràng". *Hội nghị Khoa học Tiêu hóa toàn quốc lần thứ 30, Trung Tâm Hội nghị Quốc tế ngày 2-9/11/2024, Hội khoa học Tiêu hóa Việt Nam*, tr 36–37.
7. **Trần Văn Sơn** (2024). "Kết quả điều trị polyp đại trực tràng bằng kỹ thuật nội soi cắt niêm mạc trong môi trường nước tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh" *Tạp chí Y học Việt Nam*, 537(1), tr 117 - 120.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH TĂNG HUYẾT ÁP KHÓ KIỂM SOÁT VÀ TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Trần Kim Sơn¹, Nguyễn Quan Đức Minh¹

TÓM TẮT

Đặc vấn đề: Hiện nay, mặc dù đã có nhiều nỗ lực đáng kể trong việc cải thiện công tác chẩn đoán và điều trị nhằm kiểm soát tăng huyết áp, song tỷ lệ bệnh nhân chưa đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp vẫn còn ở mức cao. Tăng huyết áp khó kiểm soát và tăng huyết áp kháng trị có liên quan đến nguy cơ cao mắc các biến chứng tim mạch. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá tỷ lệ mắc và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp khó kiểm soát và kháng trị. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp khó kiểm soát và tăng huyết áp kháng trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 247 bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 247 bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cho thấy tuổi trung bình $62,3 \pm 12,7$, đa số là nữ (60,7%) và có tỷ lệ cao bệnh đồng mắc như đái tháo đường (41,3%) và rối loạn lipid máu (60,7%). Tỷ lệ tăng huyết áp khó kiểm soát là 55%, trong khi tăng huyết áp kháng trị chiếm 9,3% tổng số mẫu và 16,9% trong nhóm khó kiểm soát. Trong nhóm khó kiểm soát, đa số bệnh nhân sử dụng 2–3 thuốc hạ áp nhưng vẫn chưa đạt mục tiêu, và khoảng 20% chỉ điều trị đơn trị liệu. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng huyết áp khó kiểm soát/kháng trị với các bệnh đồng mắc ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ tăng huyết áp khó kiểm soát tại bệnh viện tuyến cuối còn cao, trong khi tăng huyết áp kháng trị chiếm tỷ lệ thấp hơn nhưng vẫn là nhóm nguy cơ cao. Việc chưa tối ưu hóa phác đồ điều trị và kiểm soát đồng thời các yếu tố nguy cơ tim mạch có thể góp phần làm giảm hiệu quả kiểm soát huyết áp. Cần tăng cường chiến lược điều trị đa thuốc, cải thiện tuân thủ, và thực hiện các nghiên cứu quy mô lớn hơn để xác định rõ các yếu tố nguy cơ liên quan. **Từ khóa:** Tăng huyết áp khó kiểm soát, tăng huyết áp kháng trị.

SUMMARY

PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF UNCONTROLLED AND RESISTANT HYPERTENSION AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Despite significant efforts to improve the diagnosis and management of hypertension, the proportion of patients who fail to achieve target blood pressure control remains high.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kim Sơn

Email: tkson@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025

Uncontrolled hypertension and resistant hypertension are associated with an increased risk of cardiovascular complications. This study aimed to evaluate the prevalence and some associated factors of uncontrolled and resistant hypertension. **Objective:** To determine the prevalence and identify factors associated with uncontrolled and resistant hypertension at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on hypertensive patients attending the outpatient clinic of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Among 247 hypertensive patients, the mean age was 62.3 ± 12.7 years, the majority were female (60.7%), and a high prevalence of comorbidities was observed, including diabetes mellitus (41.3%) and dyslipidemia (60.7%). The prevalence of uncontrolled hypertension was 55%, while resistant hypertension accounted for 9.3% of the total population and 16.9% among the uncontrolled group. In the uncontrolled group, most patients were treated with 2–3 antihypertensive agents but still failed to achieve the target, and approximately 20% were on monotherapy. No statistically significant association was found between uncontrolled/resistant hypertension and comorbid conditions ($p > 0.05$). **Conclusion:** The prevalence of uncontrolled hypertension at this tertiary hospital remains high, while resistant hypertension accounts for a smaller proportion but still represents a high-risk group. Suboptimal antihypertensive regimens and inadequate management of concomitant cardiovascular risk factors may contribute to poor blood pressure control. Optimizing multidrug therapy, improving treatment adherence, and conducting larger multicenter studies are necessary to clarify the associated risk factors in the Vietnamese population.

Keywords: Uncontrolled hypertension, resistant hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ hàng làm gia tăng rõ rệt các biến cố tim, mạch máu và thận bao gồm bệnh tim thiếu máu cục bộ, tai biến mạch máu não, suy tim, bệnh thận mạn và tử vong do mọi nguyên nhân. Tỷ lệ mắc THA ở người trưởng thành toàn cầu ước tính khoảng 30–35%. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị và quản lý, tỷ lệ bệnh nhân không đạt được mục tiêu kiểm soát huyết áp vẫn còn cao, đặc biệt tại các nước châu Á. Các nghiên cứu tại Trung Quốc và Nhật Bản cho thấy hơn 60% bệnh nhân đang điều trị vẫn có huyết áp không kiểm soát, trong khi con số này ở Hoa Kỳ và Vương quốc Anh thấp hơn đáng kể (khoảng 30–40%). Tại Việt Nam, một phân tích gần đây cho thấy khoảng 21% người trưởng thành Việt