

- risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *Lancet* (London, England). 2013-10-19 2013; 382(9901): 1329-1340. doi:10.1016/S0140-6736(13)61249-0
2. **Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzler NR, et al.** ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. *Circulation*. 2006-03-21 2006;113(11):e463-654. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174526
 3. **Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al.** 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2017-03-21 2017;135(12):e686-e725. doi:10.1161/CIR.0000000000000470
 4. **Nguyễn Thành Hưng.** Đánh giá kết quả sớm can thiệp nội mạch trong điều trị tắc hẹp động mạch dưới gối mạn tính. Luận văn Bác sĩ nội trú. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2019. Accessed 01/01/2022.
 5. **Oh K, O'Brien-Irr MS, Montross BC, et al.** Comparison of outcomes for balloon angioplasty, atherectomy, and stenting in the treatment of infrapopliteal disease for chronic limb-threatening ischemia. *J Vasc Surg*. Jan 2023;77(1):241-247. doi:10.1016/j.jvs.2022.08.020
 6. **Patel A, Irani FG, Pua U, et al.** Randomized Controlled Trial Comparing Drug-coated Balloon Angioplasty versus Conventional Balloon Angioplasty for Treating Below-the-Knee Arteries in Critical Limb Ischemia: The SINGA-PACLI Trial. *Radiology*. Sep 2021;300(3):715-724. doi:10.1148/radiol.2021204294
 7. **Katsanos K, Spiliopoulos S, Kitrou P, Krokidis M, Paraskevopoulos I, Karnabatidis D.** Risk of Death and Amputation with Use of Paclitaxel-Coated Balloons in the Infrapopliteal Arteries for Treatment of Critical Limb Ischemia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of vascular and interventional radiology: JVIR*. Feb 2020; 31(2): 202-212. doi:10.1016/j.jvir.2019. 11.015
 8. **Rathod J, Sheorain V, Jaybhay S, Shaikh R, Bangde P.** Below Knee Angioplasty Using Drug-Eluting Balloons in Patients with Critical Limb Ischemia with Six Months Follow-Up: Single-Center Experience at Tertiary Care Hospital. *Journal of Clinical Interventional Radiology ISVIR*. 2022/12// 2022;06(03):177-183. doi:10.1055/s-0042-1757580
 9. **Liistro F, Angioli P, Ventoruzzo G, et al.** Randomized Controlled Trial of Acotec Drug-Eluting Balloon Versus Plain Balloon for Below-the-Knee Angioplasty. *JACC Cardiovasc Interv*. Oct 12 2020;13(19): 2277-2286. doi:10.1016/j.jcin.2020.06.045
 10. **Ahn J, Byeon J, Choi BG, et al.** Stenting versus balloon angioplasty alone in patients with below-the-knee disease: A propensity score-matched analysis. *PLoS One*. 2021 2021;16(6):e0251755. doi:10.1371/journal.pone.0251755

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC TRÊN 10MM BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT POLYP DƯỚI NƯỚC TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Công Long^{2,3}, Phan Bá Danh^{1,4},
Vũ Hải Hậu¹, Lê Hữu Nhượng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm bằng phương pháp cắt polyp dưới nước tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:**

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: Phan Bá Danh

Email: danhpb273@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

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:** Kết quả cắt polyp: tỷ lệ cắt trọn nguyên khối là 91,7%, kết quả tốt: 90,28%, kết quả đạt: 9,72%. Kết quả đạt tốt nhất với nhóm polyp kích thước từ 11-19mm (72,7%, p<0,05). Các yếu tố ảnh hưởng bất lợi đến kết quả cắt polyp dưới nước là tiếp cận khó và SMSA cấp 4 (p<0,05). **Kết luận:** Kỹ thuật cắt polyp dưới nước hiệu quả với polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả cắt polyp là kích thước, độ khó tiếp cận polyp và phân độ nguy cơ theo thang điểm SMSA. **Từ khóa:** cắt polyp dưới nước, cắt polyp, polyp đại trực tràng.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO THE RESULTS OF TREATMENT FOR LARGER THAN 10MM COLORECTAL POLYPS BY UNDERWATER POLYPECTOMY AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: Survey of some factors related to the results of treatment for larger than 10mm colorectal polyps by underwater polypectomy in Bach Mai hospital. **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:** The en bloc resection rate was 91.7%. Overall, 90.28% of resections achieved good outcomes, while 9.72% were considered acceptable. The best outcomes were observed in polyps measuring 11–19mm (72.7%, $p < 0.05$). Factors associated with unfavorable outcomes of underwater polypectomy included difficult lesion access and SMSA level 4 classification ($p < 0.05$). **Conclusions:** Underwater polypectomy is an effective technique for removing colorectal polyps larger than 10mm. Factors influencing resection outcomes include polyp size, the difficulty of lesion access, and risk stratification based on the SMSA scoring system. **Keywords:** underwater polypectomy, polypectomy, colorectal polyps

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp cắt polyp dưới nước (Underwater polypectomy) là kỹ thuật được biết đến từ lâu và đã được nhiều quốc gia trên thế giới áp dụng. Kỹ thuật này thường được sử dụng để điều trị các polyp kích thước lớn hơn 10 mm do đây là những polyp có nhiều nguy cơ tái biến, biến chứng khi thực hiện thủ thuật như thủng, chảy máu,... [1]. Hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này cũng đã được chứng minh của nhiều nghiên cứu. Cụ thể, các nghiên cứu cho thấy phương pháp cắt polyp dưới nước hạn chế tỷ lệ viêm niêm mạc, tăng tỷ lệ cắt trọn tổn thương và hạn chế tỷ lệ tái biến, biến chứng [1],[2].

Các yếu tố liên quan đến kết quả cắt polyp dưới nước đã được một số tác giả trên thế giới đề cập trong các nghiên cứu. Tác giả Keith Siau nghiên cứu trên 97 polyp kích trên 10mm cho thấy các yếu tố liên quan đến kết quả cắt polyp là kích thước polyp, tỷ lệ sử dụng clip và phân độ nguy cơ polyp SMSA cấp 4 ($p < 0.05$), trong khi đường kính polyp có liên quan đến khả năng cắt trọn nguyên khối [3]. Ở Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào đề cập đến các yếu tố liên quan đến kết quả của phương pháp cắt polyp dưới nước. Nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm bằng phương pháp cắt polyp dưới nước tại Bệnh viện Bạch Mai.

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:** Nội 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

* Đặc điểm polyp:

+ Vị trí, kích thước, phân loại Paris, phân loại Jnet.

+ Đánh giá nguy cơ polyp theo phân độ SMSA

Thang điểm smsa đánh giá nguy cơ polyp đại tràng [4]

Yếu tố	Tiêu chuẩn	Điểm	Phân độ
Kích thước	<1 cm	1	Cấp 1: 4-5 điểm Cấp 2: 6-9 điểm Cấp 3: 10-12 điểm Cấp 4: >12 điểm
	1-1.9 cm	3	
	2-2.9 cm	5	
	3-3.9 cm	7	
	>4 cm	9	
Vị trí	Lồi có cuống	1	Hướng xử trí: Cấp 1,2: Cắt thông thường Cấp 3: Hội chẩn Cấp 4: Cần nhắc phẫu thuật
	Lồi không cuống	2	
	Phẳng	3	
	Đại tràng trái	1	
	Đại tràng phải	2	
Tiếp cận	Dễ	1	Cấp 4: Cần nhắc phẫu thuật
	Khó	3	

* 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 [2].

+ 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.

- Khảo sát các yếu tố liên quan đến phân loại kết quả cắt polyp.

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

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	72	100
Đặc điểm tiếp cận	Khó	21	29,1
	Dễ	51	70,9
	Tổng	72	100
Phân loại SMSA	SMSA cấp 2	43	59,7
	SMSA cấp 3	18	25,0
	SMSA cấp 4	11	15,3
	Tổng	72	100

Nhận xét: Vị trí đại tràng sigma chiếm chủ yếu (43,1%), Kích thước đa số từ 11-19mm (68,1%), Phân loại Paris O-Isp (55,6%), Jnet típ 2A(62,5%), phân độ nguy cơ theo SMSA cấp 2 chiếm đa số (59,7%).

Bảng 2. Kết quả cắt polyp (n=72)

Kết quả cắt polyp		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả cắt trọn nguyên khối (En – bloc)	Có	66	91,7
	Không	6	8,3
	Tổng	72	100
Phân loại kết quả cắt polyp	Tốt	65	90,28
	Đạt	7	9,72
	Tổng	72	100

Nhận xét: Đa số polyp được cắt 1 mảnh trong số 72 polyp được can thiệp (91,7%). Kết quả tốt chiếm 90,28%, kết quả đạt: 9,72%.

Bảng 3. Mối liên quan đến phân loại kết quả cắt polyp

Yếu tố ảnh hưởng		Kết quả		p
		Tốt(n,%)	Đạt(n,%)	
Vị trí	Trực tràng	8(12,1)	2(33,3)	p>0,05
	Đại tràng sigma	30(45,5)	1(16,7)	
	Đại tràng xuống	6(9,1)	1(16,7)	
	Đại tràng ngang	9(15,2)	1(16,7)	

	Đại tràng lên	11(16,7)	1(16,7)	
	Manh tràng	1(1,5)	1(16,7)	
Kích thước polyp	11-19mm	48(72,7)	1(16,7)	$p < 0,05$
	20-29mm	9(13,6)	2(33,3)	
	30-39mm	6(9,1)	2(33,3)	
	$\geq 40\text{mm}$	3(4,5)	1(16,7)	
Phân loại Paris	O-IP	20(30,3)	3(50)	$p > 0,05$
	O-ISP	38(57,6)	2(33,3)	
	O-II (LST)	8(12,1)	1(16,7)	
Phân loạn Jnet	Típ 1	17(25,8)	1(16,7)	$p > 0,05$
	Típ 2A	41(62,1)	4(66,7)	
	Típ 2B	8(12,1)	1(16,7)	
Tiếp cận	Khó	17(25,8)	4(66,7)	$p < 0,05$
	Dễ	49(74,2)	2(33,3)	
SMSA cấp 4	Có	8(12,1)	3(50)	$p < 0,05$
	Không	58(87,9)	3(50)	

Nhận xét: Kết quả tốt chủ yếu với polyp kích thước từ 11-19mm (72,7%). Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả cắt polyp dưới nước là tiếp cận khó và SMSA cấp 4 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cắt polyp trên 10mm bằng phương pháp cắt polyp dưới nước. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cắt nguyên khối là 91,7% (bảng 2). Nghiên cứu của tác giả Keith Siau áp dụng với polyp có kích $\geq 10\text{mm}$, kết quả tỷ lệ cắt nguyên khối trên nội soi của tác giả là 97,9% [3]. Trong một nghiên cứu khác, tỷ lệ cắt nguyên khối trên nội soi của tác giả Lê Đình Quang là 100% [6]. Kết quả 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. Phân loại kết quả cắt polyp đại tốt là 90,28%, kết quả khá 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].

Một số yếu tố liên quan đến kết quả cắt polyp trên 10mm bằng phương pháp cắt polyp dưới nước. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng, trong nhóm polyp có kích thước lớn hơn 10mm, việc đạt được kết quả cắt tốt bằng kỹ thuật cắt polyp dưới nước chịu ảnh hưởng đáng kể bởi kích thước tổn thương. Cụ thể, các polyp có kích thước dưới 20mm cho tỷ lệ đạt kết quả tốt cao nhất, chiếm 72,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ kết quả tốt giảm dần khi kích thước polyp tăng lên, điều này phù hợp với đặc điểm kỹ thuật và những hạn chế thực tiễn của phương pháp. Kỹ thuật này mang lại nhiều ưu điểm khi cắt các

polyp kích thước nhỏ đến trung bình nhờ khả năng làm nổi tổn thương và tạo không gian thao tác thuận lợi mà không cần tiêm dưới niêm mạc. Tuy nhiên, khi polyp có kích thước vượt quá 20mm, việc đảm bảo cắt trọn, kiểm soát chảy máu và lấy toàn bộ mẫu gặp nhiều khó khăn hơn. Lượng mô lớn khiến việc thao tác bằng thông lọng trở nên kém hiệu quả, nguy cơ phân mảnh (piecemeal resection) tăng cao, từ đó làm giảm tỷ lệ cắt trọn tổn thương. Những kết quả của chúng tôi tương đồng với các báo cáo trước đây. Kết quả nghiên cứu của Nghiên cứu của Yamashina và cộng sự (2020) cho kết quả tỷ lệ cắt en bloc cao đối với polyp $\leq 20\text{mm}$, trong khi tỷ lệ này giảm đáng kể với các tổn thương lớn hơn [8]. Bên cạnh yếu tố kích thước, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận rằng mức độ khó khăn trong tiếp cận tổn thương và phân độ SMSA cấp 4 là những yếu tố ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả cắt polyp dưới nước, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, ở những vị trí có góc khuất, đoạn gấp hoặc vùng đại tràng di động kém như góc gan, góc lách hay đại tràng sigma, việc tiếp cận tổn thương gặp nhiều trở ngại do hạn chế trường quan sát, thao tác dụng cụ bị cản trở, hoặc không thể duy trì đủ lượng nước để làm nổi polyp. Những ca này thường đòi hỏi thời gian thủ thuật kéo dài hơn, dễ gây mỏi tay cho bác sĩ nội soi, dẫn đến giảm độ chính xác trong thao tác cắt. Trong khi đó, nhóm SMSA cấp 4 (tức có tổng điểm cao nhất, bao gồm kích thước lớn, hình thái phức tạp, vị trí khó, và tiếp cận khó khăn) có tỷ lệ đạt kết quả cắt tốt thấp nhất trong toàn bộ mẫu nghiên cứu. Điều này khẳng định giá trị tiên lượng lâm sàng của phân độ SMSA trong thực hành. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trước đó của Sidhu. M năm 2018, trong đó SMSA cấp 4 là yếu tố nguy cơ độc lập làm giảm khả năng cắt en bloc và tăng tỷ lệ biến chứng như chảy máu, thủng [4]. Từ những quan sát thực tế này, chúng tôi đề xuất rằng trước khi lựa chọn kỹ thuật cắt polyp dưới nước, cần phải đánh giá đầy đủ mức độ khó thủ thuật bằng phân loại SMSA, đồng thời ưu tiên kỹ thuật này cho các tổn thương thuộc nhóm SMSA cấp 2-3. Với nhóm cấp 4, cần cân nhắc chuyển sang các kỹ thuật cao hơn như EMR tiêm đệm, hybrid-ESD, hoặc ESD toàn bộ, tùy vào mức độ kinh nghiệm của bác sĩ và điều kiện trang thiết bị tại cơ sở.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện cắt polyp bằng phương pháp cắt polyp dưới nước cho 42 bệnh nhân với 72

polyp, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Kết quả cắt polyp: tỷ lệ cắt trọn nguyên khối (91,7%), kết quả tốt: 90,28%, kết quả đạt: 9,72%.

- Kết quả tốt nhất với nhóm polyp kích thước từ 11-19mm (72,7%, $p < 0,05$). Các yếu tố ảnh hưởng bất lợi đến kết quả cắt polyp dưới nước là tiếp cận khó và SMSA cấp 4 ($p < 0,05$).

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. **Binmoeller K.F, Weilert F et al** (2012). "Underwater EMR without submucosal injection for large sessile colorectal polyps". *Gastrointest Endosc*, 75(5), 1086–1091.
3. **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.
4. **Sidhu. M, Tate. D et al** (2018). "The size, morphology, site, and access score predicts critical outcomes of endoscopic mucosal resection in the colon". *Endoscopy*, 50(07), 684–692.
5. **Nguyễn Việt Dũng** (2024). "Kết quả điều trị polyp đại trực tràng kích thước lớn bằng phương pháp cắt hết 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.
8. **Yamashina** (2020). "Comparison of underwater vs conventional Endoscopic mucosal resection of Intermediate-Size Colorectal Polyps". *Gastroenterology*, 157(2), 451-461.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THỂ TÍCH MỠ THƯƠNG TÂM MẠC VÀ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÊN CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH MẠCH VÀNH

Lê Thị Lan Hương^{1,2}, Nguyễn Tuấn Vũ²

TÓM TẮT

Mở đầu: Mỡ thương tâm mạc tác động lên quá trình chuyển hoá và viêm, ảnh hưởng tiến trình xơ vữa mạch vành. Chụp cắt lớp vi tính mạch vành (CCTA) là phương tiện đầu tay trong đánh giá thể tích mỡ thương tâm mạc (EFV). Các nghiên cứu cho thấy EFV được xem như yếu tố tiên lượng độc lập của bệnh mạch vành, và chỉ dấu hình ảnh phản ánh gánh nặng xơ vữa. **Mục tiêu:** Khảo sát mối liên quan giữa EFV và BMV, và mối tương quan giữa EFV và mức độ hẹp mạch vành dựa trên phân độ CAD RADS. Khảo sát diện tích dưới đường cong, độ nhạy và độ đặc hiệu của thể tích mỡ thương tâm mạc trong tiên đoán bệnh mạch vành. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân ≥ 18 tuổi nghi ngờ mắc bệnh mạch vành được chụp CCTA tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh – TP. HCM từ tháng 10/2024 đến tháng 9/2025. EFV được đo bán tự động bằng phần mềm Syngovia của hãng Siemens Healthcare với ngưỡng mỡ từ -190 HU đến -30 HU, EFV tính từ vị trí chia đôi động mạch phổi đến hết mỏm tim. Bệnh mạch vành được định nghĩa khi hẹp $\geq 50\%$ đường kính lòng của ít

nhất 1 nhánh động mạch vành thương tâm mạc trên CCTA. **Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi trên 213 bệnh nhân gồm 118 nam (55,4%), tuổi trung bình 64.7 ± 11.3 tuổi. EFV ở nhóm có BMV (122.8 ± 40.8 cm³) cao hơn nhóm không có BMV (85.6 ± 22.1 cm³) với $p < 0.001$. Có sự tương quan thuận, mức độ trung bình giữa EFV và mức độ hẹp mạch vành dựa trên phân loại CAD RADS (hệ số tương quan Spearman $r = 0.523$, $p < 0.001$). EFV có giá trị tốt trong dự đoán BMV với AUC = 0.79 với điểm cắt = 100 cm³, độ nhạy là 70% và độ đặc hiệu là 81.2%. **Kết luận:** EFV có liên quan với mức độ hẹp mạch vành dựa trên phân độ CAD RADS, và là chỉ dấu tiên đoán bệnh mạch vành. **Từ khóa:** thể tích mỡ thương tâm mạc, bệnh động mạch vành.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN EPICARDIAL FAT VOLUME AND CORONARY ARTERY DISEASE ON CORONARY COMPUTED TOMOGRAPHY ANGIOGRAPHY

Background: Epicardial adipose tissue exerts metabolic and pro-inflammatory effects that influence the coronary atherosclerotic process. Coronary computed tomography angiography (CCTA) is a first-line modality for quantifying epicardial fat volume (EFV). Prior studies suggest EFV is an independent prognostic factor for coronary artery disease (CAD) and an imaging biomarker reflecting atherosclerotic burden. **Objectives:** The aim of study was to examine the association between EFV and CAD, and

¹Bệnh viện đa khoa Tâm Anh TP- HCM

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Vũ

Email: vunt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025