

dưới sự giám sát chặt chẽ của chuyên gia dinh dưỡng, là một chiến lược khả thi và hiệu quả để đáp ứng nhu cầu chuyển hóa cao ở bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

Nghiên cứu của chúng tôi có điểm mạnh là thiết kế can thiệp tiến cứu và đã áp dụng thành công phương pháp ghép cặp theo điểm xu hướng (PSM), giúp đảm bảo tính tương đồng giữa hai nhóm và tăng độ tin cậy của kết quả. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, việc thực hiện tại một trung tâm có thể làm giảm tính khái quát hóa của kết quả. Thứ hai, thời gian theo dõi chỉ giới hạn đến lúc bệnh nhân xuất viện, chưa đánh giá được các kết cục dài hạn. Vì vậy, các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi kéo dài sau xuất viện là cần thiết để khẳng định và mở rộng các kết quả của nghiên cứu này trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Chương trình can thiệp dinh dưỡng chu phẫu mới đã cho thấy hiệu quả cao hơn so với quy trình thường quy trong việc cải thiện các chỉ số dinh dưỡng cho bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

So với nhóm chứng, nhóm can thiệp có tỷ lệ cải thiện tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA cao hơn và tỷ lệ xấu đi thấp hơn một cách có ý nghĩa thống kê ($p=0,043$). Đồng thời, nhóm can thiệp cũng ghi nhận mức độ sụt cân, giảm chỉ số BMI và vòng cánh tay sau phẫu thuật thấp hơn đáng kể ($p<0,001$). Hiệu quả này tương ứng với việc nhóm can thiệp được cung cấp năng lượng và đạm sớm, đạt tỷ lệ đáp ứng nhu cầu cao hơn rõ rệt trong những ngày đầu hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr Edinb Scotl. 2021;40(7):4745-4761. doi:10.1016/j.clnu.2021.03.031
2. Robella M, Tonello M, Berchialla P, et al. Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Program for Patients with Peritoneal Surface Malignancies Undergoing Cytoreductive Surgery with or without HIPEC: A Systematic Review and a Meta-Analysis. Cancers.2023;15(3):570. doi:10.3390/cancers15030570
3. Tuấn VNA, Sang NĐT, Đức VT, Việt PT, Nghĩa ĐN. Đánh giá bước đầu hiệu quả của ERAS trong phẫu thuật nội soi ung thư đại-trực tràng.
4. Lưu LH, Duy NQ, Anh NT, et al. Kết quả ban đầu áp dụng quy trình phục hồi nhanh sau phẫu thuật cắt đại tràng. Published online 2018.
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn nhịn ăn uống và cung cấp carbohydrate trước phẫu thuật chương trình. Vol 181/QĐ-BYT.; 2024.
6. Minh ĐĐ, Phương ĐN, Tường TTA, Cường PH. Đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng trên bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày. Tạp Chí Ung Thư Học Việt Nam. 2020;5(2).
7. Zhang J, Huang F, Niu R, et al. Short-term and long-term outcomes of laparoscopic surgery for locally recurrent rectal cancer: a propensity score-matched cohort study. Tech Coloproctology. 2024;28(1):100. doi:10.1007/s10151-024-02977-5
8. Tayar DO, Jr UR, Ceconello I, Magalhães TM, Simões CM, Jr JOCA. Propensity score matching comparison of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer in a middle-income country: short-term outcomes and cost analysis. Clin Outcomes Res. 2018;10:521-527. doi: 10.2147/CEOR.S173718
9. Jie B, Jiang ZM, Nolan MT, Zhu SN, Yu K, Kondrup J. Impact of preoperative nutritional support on clinical outcome in abdominal surgical patients at nutritional risk. Nutr Burbank Los Angel Cty Calif. 2012;28(10):1022-1027. doi:10.1016/j.nut.2012.01.017
10. Rowley A, Adiamah A, Kushairi A, Lewis SJ, Lobo DN. The effect of post-discharge oral nutritional supplements on outcomes after gastrointestinal surgery: A systematic review and meta-analysis. Clin Nutr Edinb Scotl. 2023;42(7): 1189-1201. doi:10.1016/j.clnu.2023.04.028

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC ĐỐT HẠCH GIAO CẢM ĐIỀU TRỊ TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Phú Hải¹, Lô Quang Nhật²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Hải

Email: hainguyenbvdg@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

Mục tiêu: 1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay được phẫu thuật nội soi điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực đốt hạch giao cảm điều trị tăng tiết mồ hôi tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt hạch giao cảm ngực điều trị tăng tiết mồ hôi tay từ năm 2021 đến năm 2025. **Kết quả:** Bệnh nhân có độ tuổi ≤ 28 tuổi

chiếm tỉ lệ cao nhất 88,5%. Giới nam: nữ gần bằng nhau, là 50,8% và 49,2%. Nghề nghiệp chủ yếu là học sinh, sinh viên chiếm 72,8%. Có 77% bệnh nhân chưa được điều trị trước đó, 23% đã điều trị bằng thuốc. Mức độ ra mồ hôi theo Krasna chủ yếu mức độ II (chiếm 83,6%). Thời gian phẫu thuật trung bình từ 5 – 10 phút mỗi bên. Có 2 bệnh nhân tràn khí khoang màng phổi sau mổ. Tăng tiết mồ hôi bù trừ sau khám lại 3 tháng: Ra mồ hôi bù ở lưng nhiều hơn mức độ vừa phải 54,1%; ở ngực và bụng là 4,9%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm ngực là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay, đặc biệt ở người trẻ tuổi.

Từ khóa: Tăng tiết mồ hôi tay, phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm ngực.

SUMMARY

RESULTS OF ENDOSCOPIC THORACIC SYMPATHECTOMY DUE TO PALMAR HYPERHIDROSIS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Research objectives: 1. To describe some clinical characteristics of patients with palmar hyperhidrosis underwent endoscopic thoracic sympathectomy at Thai Nguyen National Hospital. 2. Evaluation results of endoscopic thoracic sympathectomy due to palmar hyperhidrosis at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional description of 61 patients underwent thoracic sympathectomy due to palmar hyperhidrosis from 2021 to 2025. **Results:** The age under 28 was the highest percentage, in 88.5%. The male – to – female ratio was 50.8% and 49.2%. Occupations are mainly pupils and students, accounted for 72.8%. 77% patients had not received prior treatment and 23% had received medical treatment. The most common degree of sweating was grade II (according to Krasna). The mean of surgery time was 5 to 10 minutes per side. There were 2 patients with pneumothorax after surgery. Three months after surgical intervention, an intensification of compensatory sweating was observed in 54.1% at back and 4.9% at chest and abdomen. **Conclusion:** Endoscopic thoracic sympathectomy is an effective and safe treatment for patients with palmar hyperhidrosis, especially in young people.

Keywords: Palmar hyperhidrosis, Endoscopic Thoracic Sympathectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng tiết mồ hôi là một rối loạn tiết mồ hôi đáng kể không tương xứng với nhu cầu cân bằng nhiệt độ của cơ thể¹, trong đó tăng tiết mồ hôi tay (TTMHT) chiếm tỷ lệ cao nhất, khoảng 50–60% các trường hợp. Bệnh thường khởi phát sớm, tiến triển mạn tính, gây ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt, học tập, lao động và tâm lý người bệnh. Mặc dù không nguy hiểm đến tính mạng, song bệnh làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống và có thể dẫn đến rối loạn lo âu, trầm cảm².

Các phương pháp điều trị nội khoa như thuốc bôi, thuốc uống, điện di hay tiêm

botulinum toxin A chỉ mang lại hiệu quả tạm thời, chi phí cao và dễ tái phát. Trong khi đó, phẫu thuật nội soi lồng ngực đốt hạch giao cảm (Endoscopic Thoracic Sympathectomy – ETS) được xem là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cao, giúp bệnh nhân nhanh chóng hồi phục và giảm mồ hôi rõ rệt³.

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, kỹ thuật ETS đã được triển khai trong những năm gần đây, tuy nhiên các nghiên cứu đánh giá kết quả và biến chứng sau mổ còn hạn chế. Vì vậy, việc thực hiện đề tài này là cần thiết nhằm đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp, góp phần hoàn thiện quy trình điều trị tăng tiết mồ hôi tay tại bệnh viện. **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay được phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2021 đến 2025.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực đốt hạch giao cảm điều trị tăng tiết mồ hôi tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 61 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực đốt hạch giao cảm điều trị tăng tiết mồ hôi tay tại Khoa Ngoại tim mạch – lồng ngực, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ năm 2021 đến 2025.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu. Được theo dõi điều trị sau phẫu thuật 3 tháng. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh nội khoa như cường giáp, bệnh Phéochromocytoma. Có tiền sử u phổi, lao phổi. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập theo bệnh án nghiên cứu, xử lý trên phần mềm SPSS 27.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm nhóm tuổi, nghề nghiệp của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	Chỉ số	Số lượng	%
Nhóm tuổi	≤ 28	54	88,5
	29-38	5	8,2
	39-48	2	3,3
	>48	0	0

	TB $\pm$ ĐLC	21,8 $\pm$ 6,8	
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	45	72,8
	Công nhân viên chức	11	18
	Nông dân	2	3,3
	Công nhân	3	4,9
Tổng		61	100

Nhận xét: Nhóm tuổi ≤ 28 chiếm tỉ lệ cao nhất là 88,5%, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $21,8 \pm 6,8$ tuổi.

Nhóm học sinh, sinh viên điều trị RMHT cao nhất trong nghiên cứu (chiếm 72,8%), rồi tới nhóm công nhân viên chức.

Tỉ lệ phân bố giới nam và nữ trong nghiên cứu gần bằng nhau là 49,2% và 50,8%.

Bảng 2: Tiền sử điều trị TTMHT của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tiền sử	Số lượng	%
Thuốc	14	23
Phẫu thuật	0	0
Chưa điều trị	47	77
Tổng	61	100

Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều chưa điều trị tới thời điểm được phẫu thuật, chiếm 77%.

Bảng 3: Mức độ TTMHT theo Krasna

Mức độ ra mồ hôi (Krasna)	Số lượng	%
Mức độ 0	0	0
Mức độ I	6	9,8
Mức độ II	51	83,6
Mức độ III	4	6,6
Tổng	61	100

Bệnh nhân ra mồ hôi mức độ II chiếm đa số, là 83,6%. Không có bệnh nhân nào ra mồ hôi độ 0 được ghi nhận.

3.2. Kết quả phẫu thuật TTMHT ở bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 4: Thời gian phẫu thuật trung bình mỗi bên lồng ngực điều trị TTMHT

Thời gian phẫu thuật	Số lượng	%
<5 phút	0	0
5-10 phút	47	77
>10-15 phút	14	23
>15 phút	0	0
Trung bình (phút)	11,15 $\pm$ 2,13	

Thời gian phẫu thuật trung bình là $11,15 \pm 2,13$ phút; trong đó đa số trường hợp phẫu thuật trong nghiên cứu nằm trong khoảng 5 đến 10 phút (chiếm 77%).

Bảng 5: Đặc điểm biến chứng của bệnh nhân nghiên cứu

Biến chứng	Số lượng	%
Tràn khí màng phổi	2	3,3
Tràn máu màng phổi	0	0
Hội chứng Horner	0	0

Không có biến chứng	59	96,7
Tổng	61	100

Trong nghiên cứu thấy có 2 bệnh nhân, chiếm 3,3% gặp biến chứng tràn khí màng phổi.

Bảng 6: Tình trạng ra mồ hôi bù thời điểm khám lại 3 tháng sau phẫu thuật

Tình trạng	Lưng		Ngực và bụng	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Bình thường như trước	27	44,3	58	95,1
Nhiều hơn mức độ vừa phải	33	54,1	3	4,9
Nhiều hơn nhiều	1	1,6	0	0
Tổng	61	100	61	100

Có 33 bệnh nhân khám lại sau phẫu thuật 3 tháng có tăng nhiều mồ hôi lưng hơn mức độ vừa phải (chiếm 54,1%).

Có 3 bệnh nhân khám lại sau phẫu thuật 3 tháng có tăng nhiều mồ hôi ngực và bụng hơn mức độ vừa phải (chiếm 4,9%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Trong nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt hạch giao cảm điều trị tăng tiết mồ hôi tay là $21,8 \pm 6,8$ tuổi. Trong đó, nhóm tuổi ≤ 28 chiếm tỉ lệ 88,5%, cao nhất, tiếp đó là nhóm tuổi 29 đến 38 tuổi chiếm 8,2%; có 2 bệnh nhân trong nhóm tuổi 39 đến 48. Không ghi nhận trường hợp nào lớn hơn 48 tuổi. Nhóm tuổi ≤ 28 gồm nhóm tuổi đang tuổi dậy thì có sự thay đổi đáng kể về hormone do đó có thể làm thay đổi tuyến nội tiết của cơ thể⁴. Bên cạnh đó nhóm tuổi này cũng là tuổi thực hành lao động nhiều nên cũng ảnh hưởng tới việc tăng tiết mồ hôi cơ thể. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tú và cộng sự⁵ trên 50 bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay chân thấy tuổi trung bình là $24,02 \pm 7,59$ tuổi. Tương tự nghiên cứu của Lê Quốc Việt và cộng sự⁶ trên 66 bệnh nhân được cắt hạch giao cảm điều trị tăng tiết mồ hôi có tuổi trung bình là 25 tuổi. Trong các nghiên cứu này nhận thấy đều nằm trong nhóm tuổi ≤ 28 .

Về nghề nghiệp của nhóm bệnh nhân nghiên cứu nhận thấy học sinh sinh viên chiếm tỉ lệ cao nhất là 72,8%; tiếp theo là nhóm công nhân viên chức là 18%. Nhóm nghề nghiệp nông dân và công nhân chiếm tỉ lệ rất nhỏ, lần lượt là 3,3% và 4,9%. Không ghi nhận nhóm nghề nghiệp khác trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Có thể thấy 2 nhóm chiếm ưu thế là nhóm có khả năng tiếp cận những kiến thức về bệnh cũng như nhanh chóng tiếp cận các phương pháp điều trị hơn hai nhóm còn lại. Nghiên cứu của tôi cũng tương tự

nghư nghiên cứu của Trần Hữu Vinh⁷ năm 2025 đến 2027 trên 474 bệnh nhân cho thấy trong sự phân bố nghề nghiệp của nhóm nghiên cứu thì nhóm học sinh sinh viên chiếm 52,3%.

Trong nghiên cứu nhận thấy tỉ lệ nam:nữ xấp xỉ bằng nhau, là 50,8% và 49,2%, cho thấy cả hai giới chịu ảnh hưởng như nhau do tăng tiết mồ hôi. Nghiên cứu của Mohammad A Abusailik và cộng sự⁸ trên tổng cộng 4.500 người bệnh ngoại trú từ các khoa khác nhau tại năm bệnh viện tại Jordal năm 2019 đến 2020 cho kết luận tương tự.

Tiền sử điều trị tăng tiết mồ hôi tay trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn các bệnh nhân chưa điều trị bất cứ một hình thức nào, chiếm 77%. Chỉ có 14/61 trường hợp đã điều trị dùng thuốc chiếm 23%. Tăng tiết mồ hôi nguyên phát là một rối loạn chức năng của hệ thần kinh tự động. Bệnh tuy không đe dọa trực tiếp đến tính mạng, nhưng lại gây tác động nặng nề đến tâm lý, làm người bệnh e ngại khi bắt tay, cầm nắm, sử dụng giấy tờ hoặc các thiết bị điện tử. Chính vì nguyên nhân trên có thể thấy tỷ lệ người bệnh chưa điều trị gì là do đây không phải là bệnh mang tính chất cấp cứu chỉ khi bệnh ảnh hưởng quá nhiều đến đời sống, tâm lý người bệnh mới được chú ý điều trị⁹.

Mức độ ra mồ hôi của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu theo phân độ của Krasna cho kết quả 83,6% số bệnh nhân có ra mồ hôi ở mức độ II, mức độ I chiếm 9,8%, mức độ III 6,6% và không có trường hợp nào ở mức độ 0. Điều này tương đồng với nghiên cứu như của tác giả Trần Hữu Vinh⁷ chủ yếu ra mồ hôi ở mức độ I và II với lần lượt 370/474 và 80/474 bệnh nhân.

4.2. Kết quả phẫu thuật TTMHT ở bệnh nhân nghiên cứu. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $11,15 \pm 2,13$ phút mỗi bên ngực. Thời gian phẫu thuật được tính từ khi rạch da cho tới khi khâu da cùng bên. Trong đó 77% trường hợp có thời gian phẫu thuật mỗi bên từ 5 đến 10 phút. Chúng tôi ghi nhận có 14 bệnh nhân có thời gian phẫu thuật mỗi bên ngực trong khoảng 10 -15 phút, trong đó có bệnh nhân có dính màng phổi không rõ nguyên nhân từ trước, bệnh nhân có đặt thêm trocar do có bệnh nhân phát hiện dây Kunt trong phẫu thuật, phải xử lý; và các trường hợp còn lại ghi nhận có tĩnh mạch liên sườn bắt chéo qua vị trí hạch giao cảm III, IV nên đặt thêm một trocar để vén tĩnh mạch sang bên, thuận lợi cho quá trình cắt đốt hạch giao cảm ngực, tránh biến chứng tràn máu màng phổi do cắt đốt vào tĩnh mạch này.

Chúng tôi ghi nhận có 2 bệnh nhân trong nghiên cứu sau phẫu thuật có tràn khí màng phổi (chiếm 3,3%), không có tràn máu màng

phổi hay xuất hiện hội chứng Homer ở bệnh nhân hậu phẫu. Không có biến chứng chiếm 96,7%. Trường hợp bệnh nhân có tràn khí màng phổi được theo dõi lâm sàng, chụp Xquang lồng ngực thẳng nghiêng hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực phát hiện biến chứng tràn khí khoang màng phổi. Cả hai bệnh nhân đều không cần thủ thuật dẫn lưu khoang màng phổi điều trị. Nghiên cứu của Johannes Schmidt và cộng sự¹⁰ trên 178 bệnh nhân tăng tiết mồ hôi nguyên phát cho thấy sau phẫu thuật không phát hiện hội chứng Horner, tỉ lệ tràn khí màng phổi dai dẳng là 2,3%. Như vậy có thể thấy biến chứng sau phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tăng tiết mồ hôi tay rất ít gặp.

Có 33 bệnh nhân (chiếm 54,1%) ra mồ hôi lưng bù và 3 bệnh nhân (tỉ lệ 4,9%) ra mồ hôi ngực - bụng bù nhiều hơn mức độ vừa phải. Theo tác giả Gilmar Felisberto Jr và cộng sự có 22,01% bệnh nhân không biểu hiện bù trừ mồ hôi sau mổ; 38,49% bù trừ mức độ nhẹ; 30,20% bù trừ mức độ vừa và 9,27% bù trừ ở mức độ nặng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay được phẫu thuật là $21,8 \pm 6,8$ tuổi, chủ yếu ở nhóm ≤ 28 tuổi (88,5%), trong đó học sinh – sinh viên chiếm 72,8%. Tỷ lệ nam và nữ gần như tương đương (50,8% và 49,2%). Phần lớn bệnh nhân chưa từng điều trị trước phẫu thuật (77%). Mức độ ra mồ hôi chủ yếu ở độ II theo phân loại Krasna (83,6%).

Thời gian phẫu thuật trung bình là $11,15 \pm 2,13$ phút mỗi bên ngực, đa số ca thuận lợi, ít biến chứng (96,7% không có biến chứng). Hai trường hợp (3,3%) bị tràn khí màng phổi nhẹ, không cần dẫn lưu. Tình trạng ra mồ hôi bù gặp ở 54,1% bệnh nhân, chủ yếu tại vùng lưng. Kết quả này khẳng định phẫu thuật nội soi lồng ngực đốt hạch giao cảm là phương pháp an toàn, hiệu quả cao trong điều trị tăng tiết mồ hôi tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parashar, K., Adlam, T. & Potts, G. The Impact of Hyperhidrosis on Quality of Life: A Review of the Literature. *Am J Clin Dermatol* 24, 187–198 (2023).
2. Romero, F. R., Haddad, G. R., Miot, H. A. & Cataneo, D. C. Palmar hyperhidrosis: clinical, pathophysiological, diagnostic and therapeutic aspects. *An Bras Dermatol* 91, 716–725 (2016).
3. Gregoriou, S., Sidiropoulou, P., Kontochristopoulos, G. & Rigopoulos, D. Management Strategies Of Palmar Hyperhidrosis: Challenges And Solutions. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 12, 733–744 (2019).
4. Fujimoto, T. Pathophysiology and Treatment of Hyperhidrosis. *Curr Probl Dermatol* 51, 86–93 (2016).

5. **Nguyễn T. T. T. & Nguyễn T. T.** Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay chân và kết quả thuốc hb trong điều trị. VMJ 513, (2022).
6. **Việt L. Q.** Cắt hạch giao cảm ngực qua nội soi, phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị chứng tăng tiết mồ hôi tay. TCYHTPHCM 8, 446–446 (2004).
7. **Vinh T. H.** Nghiên cứu ứng dụng phương pháp đốt hạch giao cảm ngực qua nội soi để điều trị chứng ra nhiều mồ hôi tay và nách. <http://luanan.nlv.gov.vn/luanan?a=d&d=TTbGWO TCimBu2009> (2009).
8. **Abusailik, M. A. et al.** Primary Hyperhidrosis: Prevalence, Severity, and Impact on Quality of Life among Jordanian Patients. Indian J Dermatol 66, 573 (2021).
9. **Trần M. B. L., Hồ T. B., Nguyễn X. Q., Lê Q. Đ. & Trần T. V.** Chất lượng cuộc sống và các phương pháp đánh giá ở bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay. VMJ 512, (2022).
10. **Schmidt, J., Bechara, F. G., Altmeyer, P. & Zirngibl, H.** Endoscopic Thoracic Sympathectomy for Severe Hyperhidrosis: Impact of Restrictive Denervation on Compensatory Sweating. The Annals of Thoracic Surgery 81, 1048–1055 (2006).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH NỘI SOI CỦA HỘI CHỨNG ĐA POLYP TUYẾN GIA ĐÌNH

Trần Tuấn Việt¹, Đào Văn Long^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi của người bệnh hội chứng đa polyp tuyến gia đình (FAP) điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2020–2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp tiền cứu và hồi cứu trên toàn bộ người bệnh FAP được chẩn đoán và nội soi tại Bệnh viện Bạch Mai từ 06/2020 đến 06/2025. **Kết quả:** 50 người bệnh (tuổi trung bình $29,5 \pm 10,3$) <40 tuổi chiếm 76%; nam/nữ 52%/48%. Triệu chứng thường gặp: rối loạn tiêu hoá (76%), thiếu máu (62%); 46% phát hiện qua tầm soát gia đình. Nội soi cho thấy polyp lan toả toàn bộ khung đại tràng ($\geq 94\%$); đa số polyp không cuống (Paris 0-Is 94–100%), Kudo type III chiếm ưu thế. Polyp dạ dày gặp ở 50% người bệnh, chủ yếu thân-phình vị; kích thước <0,6 cm. Mô bệnh học đại tràng: u tuyến loạn sản độ thấp 80%, loạn sản độ cao 10%, ung thư 6%. Không ghi nhận ung thư dạ dày, phần lớn là polyp tuyến thân vị lành tính (90%). **Kết luận:** FAP chủ yếu gặp ở người trẻ, polyp lan toả đại tràng và 50% kèm polyp dạ dày nhỏ. Nội soi kết hợp tầm soát gia đình là then chốt trong chẩn đoán sớm. **Từ khóa:** Hội chứng đa polyp tuyến gia đình; FAP

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND ENDOSCOPIC FINDINGS OF FAMILIAL ADENOMATOUS POLYPOSIS

Objective: To describe the clinical characteristics, laboratory data and endoscopic appearance of patients with familial adenomatous polyposis (FAP) managed at Bach Mai Hospital between 2020 and 2025. **Methods:** A descriptive

cross-sectional study, combining prospective and retrospective data, was conducted on all FAP patients diagnosed and endoscoped at Bach Mai Hospital from June 2020 to June 2025. Demographic information, clinical symptoms, laboratory results, endoscopic findings and histopathology were collected and analysed descriptively. Results: Fifty patients (mean age 29.5 ± 10.3 years) were included; 76% were under 40 years and male/female ratio was 52%/48%. The most frequent symptoms were gastrointestinal disturbance (76%) and anaemia (62%); 46% were detected through family screening. Colonoscopy revealed diffuse colorectal polyposis ($\geq 94\%$) with predominantly sessile lesions (Paris 0-Is 94–100%) and Kudo type III pit patterns. Gastric polyps were found in 50%, mainly in the gastric body-fundus and <0.6 cm in size. Histology of colonic polyps showed low-grade adenoma in 80%, high-grade dysplasia in 10% and carcinoma in 6%. No gastric carcinoma was recorded, most are fundic gland polyp (90%). **Conclusions:** FAP in this cohort predominantly affected young adults and presented with diffuse colorectal polyposis; half also had small gastric polyps. Endoscopy combined with family screening is crucial for early diagnosis and follow-up.

Keywords: Familial adenomatous polyposis; FAP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đa polyp tuyến gia đình (FAP) là bệnh di truyền gen trội, gây hàng trăm đến hàng ngàn polyp chủ yếu ở đại tràng và trực tràng, có thể xuất hiện ở tá tràng, dạ dày hoặc ruột non [1]. Bệnh gặp ở khoảng 1/8.000–14.000 người, polyp xuất hiện ở 50% bệnh nhân tuổi 15 và 95% ở tuổi 35. Nguyên nhân do đột biến gen ức chế ung thư APC, gồm hai thể điển hình và thể nhẹ (AFAP). Chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng, nội soi đại trực tràng và xét nghiệm gen. Cần theo dõi, sàng lọc người thân cận huyết. Nếu không điều trị, gần như 100% thể điển hình tiến triển thành ung thư đại trực tràng trước tuổi 40 [1], [2]. Do vậy việc phát hiện và lựa chọn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tuấn Việt

Email: tuanviet0281@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025