

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 hóa (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

phương pháp điều trị sớm có ý nghĩa vô cùng quan trọng đối với các bệnh nhân mắc bệnh này. Nội soi tiêu hóa là phương pháp chính xác nhất để đánh giá polyp và nguy cơ ác tính, giúp lựa chọn phương pháp điều trị. Phẫu thuật được chỉ định khi có nhiều polyp, polyp >6mm, loạn sản độ cao hoặc triệu chứng nặng như chảy máu tiêu hóa. Sau mổ, bệnh nhân tiếp tục được theo dõi bằng nội soi hàng năm để phát hiện tái phát sớm. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và nội soi của FAP, song tại Việt Nam chưa ghi nhận có một báo cáo cho việc điều trị nhóm bệnh nhân bị bệnh đa polyp tuyến gia đình. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 02 mục tiêu: (1) Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng đa polyp tuyến gia đình và (2) Mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi và mô bệnh học của hội chứng đa polyp tuyến gia đình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các người bệnh được chẩn đoán bệnh đa polyp tuyến có tính chất gia đình, được theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06/2020 – 06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán FAP chủ yếu dựa vào các phát hiện lâm sàng về số lượng và tiền sử polyp tuyến đại trực tràng. Những cá nhân có 100 polyp trở lên hoặc có ít hơn 100 polyp nhưng có tiền sử gia đình mắc FAP, được chẩn đoán lâm sàng mắc FAP [3]. Tiền sử được tính khi có ít nhất một thành viên có mối quan hệ huyết thống bậc 1 với người bệnh bị bệnh tương tự [4].

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không đồng ý tham gia vào nghiên cứu hoặc không có khả năng trả lời câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu kết hợp hồi cứu

Địa điểm và thời gian: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06/2020 – 06/2025.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Cỡ mẫu chọn toàn bộ (tất cả các người bệnh đủ tiêu chuẩn được lựa chọn trong thời gian nghiên cứu). Cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian, không phân biệt giới tính.

Công cụ nghiên cứu: Hệ thống máy nội soi Olympus 170 hoặc Fujifim 6000. Đánh giá tính chất polyp theo các bảng phân loại Paris, Kudo, Jnet.

Phương pháp thu thập số liệu: Bảng bộ câu hỏi trong phiếu điều tra. Phần thông tin các

nhân trong bộ câu hỏi được người nghiên cứu hỏi trực tiếp đối tượng nghiên cứu, phần thông tin kết quả, người nghiên cứu thu thập dựa trên số liệu từ kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, kết quả nội soi nội soi và mô bệnh học của người bệnh. Yêu cầu thông đảm bảo tính trung thực, khách quan.

Phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng Kobotoolbox và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Thống kê mô tả: biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ ĐLC), biến định tính được trình bày dưới dạng số người bệnh và tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test kiểm định với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai. Điều tra đối tượng trên tinh thần tự nguyện đồng ý tham gia, không ép buộc và trên tinh thần tôn trọng. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 06/2020 đến 06/2025 có 50 người bệnh được chọn vào nghiên cứu, trong đó nam giới chiếm 52%, tỷ lệ nam và nữ gần tương đương nhau. Tuổi trung bình là 29,5 tuổi (Q1 = 19tuổi; Q3 = 39tuổi), lớn nhất là 57tuổi, nhỏ nhất là 8 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm về các triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	25	50,0
Rối loạn tiêu hóa	38	76,0
Đại tiện phân nhầy	22	44,0
Đại tiện phân máu	31	62,0
Gầy sút cân	17	34,0
Kiểm tra sức khỏe	14	28,0
Tầm soát gia đình	23	46,0

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng: rối loạn tiêu hóa (76%), tiếp đi ngoài phân máu (62%), đau bụng (50%) và đại tiện phân nhầy (44%). Có tới 46% phát hiện bệnh thông qua tầm soát gia đình.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Siêu âm ổ bụng	Dày thành đại tràng	1	2,7
	Dày thành đại tràng	5	62,5
Cắt lớp vi tính	Polyp đại tràng	1	12,5
	Thiếu máu	9	40,9

Nhận xét: Siêu âm ổ bụng ghi nhận dày nhận dày thành đại tràng (62,5%), polyp đại tràng thành đại tràng (2,7%). Chụp cắt lớp ổ bụng ghi nhận dày thành đại tràng (12,5%). Kết quả máu có 40,9% thiếu máu.

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh nội soi đại tràng

Đặc điểm	Đoạn cuối hồi tràng (n=1)	Manh tràng (n=32)	Đại tràng lên (n=47)	Đại tràng ngang (n=49)	Đại tràng xuống (n=50)	Đại tràng sigma (n=50)	Trực tràng (n=49)
Số lượng	<10	1 (100)	6 (18,8)	4 (8,5)	2 (4,1)	3 (6,0)	5 (10,2)
	10 - <30	0 (0,0)	3 (9,4)	8 (17,0)	6 (12,2)	7 (14,0)	9 (18,4)
	30 - <50	0 (0,0)	9 (28,1)	5 (10,6)	5 (10,2)	5 (10,0)	10 (20,4)
	50 - <100	0 (0,0)	9 (28,1)	6 (12,8)	10 (20,4)	9 (18,0)	10 (20,0)
	>100	0 (0,0)	5 (15,6)	24 (51,1)	26 (53,1)	26 (52,0)	17 (34,7)
Kích thước	<0,6 cm	1 (100)	32 (100)	47 (100)	49 (100)	49 (98,0)	48 (98,0)
	0,6 - <1cm	0 (0,0)	16 (50,0)	34 (72,3)	39 (79,6)	39 (78,0)	39 (79,6)
	1 - <2 cm	0 (0,0)	3 (9,4)	7 (14,9)	12 (24,5)	13 (26,0)	18 (36,7)
	2 - <3 cm	0 (0,0)	1 (3,1)	1 (2,1)	2 (4,1)	2 (4,0)	2 (4,1)
	3 - <4 cm	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)
	4 - <5 cm	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	≥5 cm	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	3 (6,0)	3 (6,1)
	U sùi	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	2 (4,0)	1 (2,0)
Phân loại Paris	0-Is	0 (0,0)	3 (9,4)	5 (10,6)	9 (18,4)	8 (16,0)	3 (6,1)
	0-Is	1 (100)	30 (93,8)	46 (97,9)	47 (95,9)	48 (96,0)	47 (95,9)
	0-II	0 (0,0)	16 (50,0)	22 (46,8)	22 (44,9)	20 (40,0)	21 (42,9)
Phân loại Kudo	Type II	1 (100)	23 (71,9)	30 (63,8)	27 (55,1)	27 (54,0)	24 (49,0)
	Type III	0 (0,0)	28 (87,5)	47 (100)	49 (100)	50 (100)	49 (100)
	Type IV	0 (0,0)	1 (3,1)	2 (4,3)	3 (6,1)	2 (4,0)	4 (8,2)
	Type V	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (2,0)	2 (4,0)	3 (6,1)
Phân loại JNET	Type I	1 (100)	20 (62,5)	25 (53,2)	24 (49,0)	22 (44,0)	20 (40,8)
	Type IIA	0 (0,0)	25 (78,1)	42 (89,4)	46 (93,9)	46 (92,0)	46 (93,9)
	Type IIB	0 (0,0)	1 (3,1)	4 (8,5)	2 (4,1)	2 (4,0)	4 (8,2)
	Type III	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (2,0)	2 (4,0)	3 (6,1)

Nhận xét: Polyp lan tỏa toàn bộ khung đại tràng, nhưng tập trung dày đặc nhất ở các đoạn bên trái (≥ 52% có hơn 100 polyp tại đại tràng ngang, đại tràng xuống và đại tràng sigma; trực tràng chiếm 34,7%, manh tràng chỉ 15,6%. Phần lớn polyp rất nhỏ: trên 96% có kích thước dưới 6 mm, và 50–80% nằm trong nhóm 6–<10 mm. Polyp có kích thước ≥ 1 cm rất hiếm, chủ yếu

tập trung ở đại tràng sigma và trực tràng (dưới 6%). Hình thái polyp ưu thế là polyp không cuống theo phân loại Paris 0-Is (> 94%). Cấu trúc tuyến theo phân loại Kudo type III chiếm tuyệt đối từ đại tràng lên đến trực tràng, trong khi phân loại JNET type IIA (loạn sản thấp) chiếm tỷ lệ cao từ 78–96%.

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh polyp dạ dày trên nội soi

Đặc điểm		Thân phình vị (n=19)		Hang vị (n=6)		Tá tràng (n=6)	
		n	%	n	%	n	%
Số lượng	<10	1	5,3	0	0,0	1	16,7
	10 - <30	5	26,3	3	50,0	2	33,3
	30 - <50	4	21,0	2	33,3	1	16,7
	50 - <100	6	31,6	1	16,7	2	33,3
	>100	3	15,8	0	0,0	0	0,0
Kích thước	<0,6 cm	19	100	6	100	6	100
	0,6 - <1 cm	6	31,6	4	66,7	1	16,7
	1 - <2 cm	1	5,3	0	0,0	1	16,7
Phân loại Paris	0-Is	19	100	6	100	6	100
	0-IIa	4	21,0	1	16,7	2	33,3

Nhận xét: Polyp đường tiêu hóa trên chủ yếu tập trung ở thân-phình vị, với 47,4% trường hợp có ≥50 polyp và 15,8% trên 100 polyp. Ở

hang vị và tá tràng, số lượng polyp trung bình từ 10 - <50 (khoảng 50% ca), hiếm khi vượt quá 100. Kích thước polyp phần lớn rất nhỏ, 100%

dưới 0,6 cm, chỉ lác đác polyp từ 0,6 đến dưới 1 cm, rất ít ≥ 1 cm. Về hình thái, đa số dạng không cuống Paris 0-Is (100%), 0-IIa chỉ gặp lẻ tẻ ($\leq 33\%$).

Bảng 5. Kết quả dự đoán mô bệnh học polyp dạ dày trên nội soi (n=25)

Đặc điểm Vị trí	Polyp tuyến thân vị	Polyp tăng sản	Polyp u tuyến	Ung thư biểu mô tuyến
Thân-phình vị	19 (76,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hang vị	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (24,0)	0 (0,0)
Tá tràng	0 (0,0)	2 (8,0)	5 (20,0)	0 (0,0)

Nhận xét: Trên nội soi hình ảnh chủ yếu nghi ngờ polyp tuyến thân vị (76,0%), polyp u tuyến hang vị chiếm 24,0%, polyp tuyến tá tràng chiếm 20%.

Bảng 6. Kết quả mô bệnh học

Mô bệnh học		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đại tràng	Ung thư biểu mô tuyến	8	16,0
	Polyp tuyến ống loạn sản độ thấp	40	80,0
	Polyp tuyến ống loạn sản độ cao	6	12,0
	Polyp tuyến nhung mao	1	2,0
	Polyp juvenile	3	6,0
Dạ dày	Ung thư biểu mô tuyến	0	0,0
	Polyp tuyến hang vị	1	10,0
	Polyp tuyến thân phình vị	9	90,0

Nhận xét: Tại đại tràng, có 8 người bệnh xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến (16,0%), 12,0% là u tuyến loạn sản độ cao, còn phần lớn là u tuyến loạn sản độ thấp (80%). Tại dạ dày chủ yếu polyp tuyến thân vị lành tính (90%) và chưa ghi nhận ung thư hay loạn sản độ cao.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Kết quả nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ nam/nữ gần tương đương. Điều này phù hợp với đặc điểm di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường của FAP, bệnh ảnh hưởng trên cả hai giới như nhau [1]. Đồng thời, bệnh nhân nghiên cứu được chẩn đoán mắc FAP khi còn trẻ. Tuổi trung bình là 29,5, bệnh nhân dưới 40 tuổi 76%, trong đó dưới 20 tuổi 30%. Điều này ghi nhận polyp tuyến xuất hiện ở khoảng 50% bệnh nhân từ tuổi thiếu niên và gần như 95% trước 35 tuổi trong thể điển hình, với nguy cơ ung thư gần 100% nếu không phẫu thuật dự phòng [1], [2].

Đặc điểm lâm sàng: Thường thầm lặng hoặc biểu hiện qua các triệu chứng tiêu hóa không đặc hiệu như rối loạn tiêu hóa (76%), đại tiện phân máu (62%), đau bụng (50%), phân nhầy (44%) và gầy sút cân (34%). Polyp đại

tràng nhiều gây chảy máu khi phân đi qua, dẫn đến đi ngoài máu tươi hoặc máu bầm phân, đồng thời kích thích niêm mạc tăng tiết nhầy, gây phân nhầy và tiêu chảy do giảm hấp thu nước [1]. Đáng chú ý, gần một nửa người bệnh không có triệu chứng rõ ràng và được phát hiện qua tầm soát gia đình hoặc khám sức khỏe (46%). Ở các nước phát triển, nhiều trường hợp được chẩn đoán sớm trước khi polyp gây triệu chứng nhờ theo dõi gia đình và chương trình tầm soát [1].

Đặc điểm hình ảnh nội soi đại tràng:

Polyp ở bệnh nhân FAP phân bố gần như toàn bộ khung đại tràng, ngoại trừ manh tràng có tỷ lệ thấp hơn. Các đoạn đại tràng còn lại, đặc biệt đoạn xa như đại tràng xuống, sigma và trực tràng, hầu hết đều có polyp. Sự lan tỏa này phù hợp hoàn toàn với tính chất đa polyp trải rộng của FAP kinh điển [1]. Số lượng polyp rất lớn, nhiều trường hợp trên 100 polyp mỗi đoạn. Hơn một nửa bệnh nhân có >100 polyp ở đại tràng ngang (53,1%), đại tràng xuống (52%), sigma (54%) và đại tràng lên (51,1%). Ngay cả trực tràng cũng có 34,7% bệnh nhân >100 polyp. Có thể thấy gánh nặng u tuyến trong FAP là cực kỳ lớn. Bên cạnh số lượng, kích thước polyp là một yếu tố quan trọng quyết định nguy cơ ung thư hóa. Nghiên cứu ghi nhận hầu hết polyp nhỏ dưới 6mm. Khoảng 50–80% có polyp 6–<10mm tập trung ở đại tràng sigma, ngang và trực tràng. Polyp kích thước trung bình (1–<2cm) ít hơn, chủ yếu ở đại tràng sigma (40%) và trực tràng (36,7%), thấp hơn ở manh tràng và đại tràng lên.

Đặc điểm hình ảnh nội soi dạ dày: Bệnh FAP không chỉ ảnh hưởng đại tràng mà còn gây polyp ở dạ dày và tá tràng, chủ yếu ở thân – phình vị (38%) và hang vị (12%), cũng như tá tràng (12%). Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát dạ dày ở bệnh nhân FAP. Nghiên cứu Nhật Bản cho thấy nguy cơ u tuyến dạ dày lên đến 22,8% và ung thư dạ dày 7,6% trước 50 tuổi, tăng nhanh sau đó, nhấn mạnh vai trò nội soi NBI và theo dõi lâu dài [5]. Polyp hang vị thường ít (10–<50 polyp ở 83,3% bệnh nhân), trong khi phình vị có nhiều polyp hơn (50–<100 polyp ở 31,6%, trên 100 polyp ở 15,8%). Về kích thước, gần như 100% polyp dạ dày ở cả đáy vị và hang vị trong nghiên cứu đều nhỏ hơn 6mm. Theo y văn, polyp tuyến ở đáy vị thường kích thước 1–5 mm, hiếm khi vượt quá 1cm; polyp tuyến hang vị cũng thường nhỏ nếu có, trừ khi tiến triển thành ung thư [1]. Xét về loại polyp dạ dày, ở 25 bệnh nhân có polyp, nội soi nghi ngờ chủ yếu là polyp tuyến thân vị ở 19 ca (76%). Đây là dạng polyp thường gặp nhất,

có hình ảnh là nhiều nốt nhỏ rải rác vùng đáy vị. Bên cạnh đó, có 6 ca (24%) được nhận định có polyp u tuyến ở vùng hang vị.

Mô bệnh học: Kết quả mô bệnh học tại đại tràng thấy rằng hầu như polyp đại trực tràng trong FAP là polyp tuyến. Đây là lý do vì sao FAP nếu không chữa trị sẽ dẫn đến ung thư vì polyp tuyến là tổn thương tiền ung thư. Ngoài ra, kết quả mô bệnh học tại dạ dày cho thấy 90% là polyp tuyến phình vị lành tính, có 1 trường hợp (10%) polyp tuyến ở hang vị và không có trường hợp ung thư hoặc loạn sản cao nào ở dạ dày. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu: Sasaki K. (2024) trên 443 bệnh nhân FAP ở Nhật không ghi nhận ca ung thư dạ dày nào trước tuổi 40; nguy cơ tăng rõ sau 50 tuổi [5] và Campos F.G. (2019) có 4 ca ung thư dạ dày nhưng tuổi chẩn đoán đều khá cao [6]. Khả năng ung thư dạ dày ở FAP tuy ít nhưng có thể xảy ra. Nghiên cứu tại Nhật Bản báo cáo tỷ lệ mắc mới tích lũy ở bệnh nhân 50 tuổi là 7,6% đối với ung thư dạ dày, trong khi châu Âu <1% [5].

V. KẾT LUẬN

Bệnh FAP là bệnh di truyền gen trội trên nhiễm sắc thể thường. Bệnh chủ yếu gặp ở người trẻ, với biểu hiện là polyp lan toả toàn bộ đại tràng và một phần kèm polyp dạ dày, tỷ lệ ung

thư đại tràng là rất cao nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Nội soi tầm soát kết hợp điều trị là then chốt trong chẩn đoán và định hướng phương pháp điều trị cho bệnh lý này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Menon G., Kasi A. (2025). Familial Adenomatous Polyposis. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
2. Yang J., Gurudu S.R., Koptiuch C., et al. (2020). American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in familial adenomatous polyposis syndromes. Gastrointest Endosc, 91(5), 963-982.e2.
3. Aihara H., Kumar N., Thompson C.C. (2014). Diagnosis, surveillance, and treatment strategies for familial adenomatous polyposis: rationale and update. Eur J Gastroenterol Hepatol, 26(3), 255.
4. Tomita N., Ishida H., Tanakaya K., et al. (2021). Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2020 for the Clinical Practice of Hereditary Colorectal Cancer. Int J Clin Oncol, 26(8), 1353-1419.
5. Sasaki K., Kawai K., Nozawa H., et al. (2024). Risk of gastric adenoma and adenocarcinoma in patients with familial adenomatous polyposis in Japan: a nationwide multicenter study. J Gastroenterol, 59(3), 187-194.
6. Campos F.G., Martinez C.A.R., Sulbaran M., et al. (2019). Upper gastrointestinal neoplasia in familial adenomatous polyposis: prevalence, endoscopic features and management. J Gastrointest Oncol, 10(4).

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HẠ NATRI MÁU VÀ KẾT QUẢ CHỨC NĂNG THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI 2023-2025

Đinh Thị Lan Anh¹, Trần Hữu Thông², Nguyễn Anh Tuấn¹, Vũ Tường Lâm¹, Lương Quốc Chính², Nguyễn Tuấn Đạt², Đặng Tuấn Dũng²

TÓM TẮT⁷³

Xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não là một cấp cứu thần kinh nặng nề, chiếm tỷ lệ tử vong và tàn tật cao. Việc đánh giá đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, hình ảnh học và các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và điều trị. Trong đó, rối loạn điện giải, đặc biệt là hạ natri máu, đã được ghi nhận là yếu tố thường gặp sau xuất huyết dưới nhện. Tuy nhiên, giá trị của nồng độ natri huyết thanh trong tiên lượng kết cục thần kinh vẫn còn nhiều tranh cãi. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và phân tích mối liên quan giữa nồng độ

natri huyết thanh với kết cục thần kinh ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 428 bệnh nhân chẩn đoán xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não, thu thập thông tin dịch tễ, lâm sàng, hình ảnh học và nồng độ natri huyết thanh; kết cục đánh giá bằng thang điểm GOS và mRS tại thời điểm ra viện và sau 30 ngày. **Kết quả:** Nồng độ Na có liên quan có ý nghĩa với kết cục thần kinh ($p < 0,05$), nhưng khả năng dự báo thấp (AUC 0,580-0,591). Cut-off tối ưu là 137,5 mEq/L. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân nhập viện trong tình trạng lâm sàng còn tương đối tốt. Nồng độ natri huyết thanh có liên quan đến kết cục thần kinh nhưng giá trị tiên lượng còn hạn chế.

Từ khóa: xuất huyết dưới nhện, Hạ Natri máu, vỡ phình động mạch não

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN HYPONATREMIA AND NEUROLOGICAL FUNCTIONAL

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài: