

tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 5/2019 đến 5/2021," tạp chí Dược Thái Bình, 2023, Accessed: May 26, 2025. [Online]. Available: <https://thaibinhjmp.vn/index.php/ojstbump/article/view/93>

9. Nguyễn Đình Quốc Việt, Hồ Đình Dũng (2020). "Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân sốt xuất huyết ở người lớn". https://bvcdn.org.vn/wp-content/uploads/2020/02/NCYT_Tien_luong_BN_SXH.pdf

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ CẮT POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH

Dương Thị Thu Hương¹, Vũ Thị Thu Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi của polyp đại trực tràng (ĐTT). 2. Nhận xét đặc điểm mô bệnh học và kết quả điều trị cắt polyp ĐTT qua nội soi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh tiến hành trên 200 bệnh nhân (với 313 polyp) được cắt polyp ĐTT qua nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh từ tháng 01/2025 đến tháng 08/2025. Các đặc điểm về lâm sàng, hình ảnh nội soi (phân loại Paris, JNET), mô bệnh học (WHO 2019), kết quả và biến chứng sau cắt polyp được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,8 \pm 11,8$, nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (54,5%). Nam giới chiếm 53,0%. Lý do vào viện phổ biến nhất là đau bụng (75,0%). Vị trí polyp thường gặp nhất là đại tràng ngang (29,1%). Kích thước phổ biến từ 5 - <10 mm (58,1%). Hình thái không cuống (Type Is) chiếm ưu thế (69,3%). Phân loại JNET chủ yếu là Type 2A (73,2%). Về mô bệnh học, u tuyến chiếm 76,7%. Phân loại JNET có mối tương quan chặt chẽ với kết quả mô bệnh học ($p < 0,001$), với 96,5% polyp Type IIA và 100% polyp Type IIB là tổn thương tân sinh. Tỷ lệ điều trị thành công là 98,0%, cắt nguyên khối đạt 97,1%. Tỷ lệ biến chứng thấp, với chảy máu sớm là 6,0% và thủng là 0,5%. **Kết luận:** Cắt polyp ĐTT qua nội soi là phương pháp an toàn và hiệu quả cao. Việc áp dụng nội soi dài tần hẹp với phân loại JNET cho phép dự đoán chính xác bản chất mô bệnh học, giúp tối ưu hóa chiến lược điều trị.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng, cắt polyp qua nội soi, nội soi dài tần hẹp, phân loại JNET, mô bệnh học.

SUMMARY

CLINICAL, ENDOSCOPIC, HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF ENDOSCOPIC POLYPECTOMY FOR COLORECTAL POLYPS AT QUANG NINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: (1) To describe the clinical and

endoscopic characteristics of colorectal polyps; and (2) to evaluate the histopathological features and outcomes of endoscopic polypectomy. **Methods:** A descriptive case-series study was conducted on 200 patients (313 polyps) who underwent endoscopic polypectomy at Quang Ninh General Hospital from January to August 2025. Data on clinical presentation, endoscopic findings (Paris and JNET classifications), histopathology (WHO 2019), procedural outcomes, and complications were collected and analyzed. **Results:** The mean patient age was 59.8 ± 11.8 years, with those aged ≥ 60 years accounting for 54.5%. Males comprised 53.0% of the cohort. Abdominal pain was the most frequent symptom (75.0%). Polyps were most commonly located in the transverse colon (29.1%), with a predominant size of 5–<10 mm (58.1%). Sessile morphology (Paris type Is) was the most common (69.3%). According to the JNET classification, type 2A lesions predominated (73.2%). Histopathology revealed adenomas in 76.7% of polyps. There was a strong correlation between JNET type and histopathology ($p < 0.001$): 96.5% of type IIA and 100% of type IIB polyps were neoplastic. The overall success rate of polypectomy was 98.0%, with an en-bloc resection rate of 97.1%. Complications were uncommon, including early bleeding in 6.0% and perforation in 0.5% of cases. **Conclusion:** Endoscopic polypectomy is a safe and highly effective treatment for colorectal polyps. Narrow-band imaging with JNET classification allows accurate prediction of histopathology, thereby supporting optimal therapeutic decision-making.

Keywords: Colorectal polyp; endoscopic polypectomy; narrow-band imaging; JNET classification; histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng là một bệnh lý tiêu hóa thường gặp, hình thành do sự tăng sinh bất thường của niêm mạc. Đáng chú ý, hầu hết các trường hợp ung thư đại trực tràng phát triển từ polyp u tuyến. Do đó, việc phát hiện và loại bỏ sớm các polyp này là chiến lược quan trọng nhất để dự phòng ung thư đại trực tràng.

Nội soi đại tràng được công nhận là phương pháp tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và điều trị polyp đại trực tràng. Cùng với sự tiến bộ của công nghệ, các kỹ thuật cắt polyp qua nội soi như cắt bằng thông lọng lạnh (CSP), cắt hớt

¹Bệnh viện Đa khoa khu vực Móng Cái tỉnh Quảng Ninh

²Trường Đại học Y dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Thu Hương

Email: bsthuhuong2503@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

niêm mạc (EMR) và cắt tách dưới niêm mạc (ESD) ngày càng được áp dụng rộng rãi, cho phép loại bỏ hiệu quả các tổn thương.

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, kỹ thuật cắt polyp qua nội soi đã được triển khai thường quy. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống về đặc điểm của bệnh nhân cũng như hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này tại địa phương. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với hai mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi polyp đại trực tràng.
2. Nhận xét đặc điểm mô bệnh học, kết quả điều trị cắt polyp đại trực tràng qua nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm.

Nghiên cứu được thực hiện trên 200 bệnh nhân (BN) với tổng số 313 polyp được chẩn đoán và điều trị cắt polyp đại trực tràng qua nội soi tại Khoa Thăm dò chức năng, bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, từ tháng 01/2025 đến tháng 08/2025.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được nội soi đại tràng phát hiện có polyp và có chỉ định cắt qua nội soi, có kết quả mô bệnh học và đồng ý tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có chống chỉ định nội soi hoặc cắt polyp (suy tim/hô hấp nặng, rối loạn đông máu nặng), hoặc hình ảnh nội soi nghi ngờ ung thư xâm lấn sâu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh. Chọn mẫu thuận tiện

2.3. Cỡ mẫu: Tính theo công thức

Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu được xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu; p: tỷ lệ cắt đốt thành công; lấy $p = 0,968$ theo nghiên cứu tại trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023 [1]; d: sai số cho phép, chọn $d=0,03$; α : mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$; Z: hệ số tin cậy, $Z=1,96$. Tính ra cỡ mẫu tối thiểu $n=132$. Thực tế nghiên cứu được tiến hành trên 200 bệnh nhân.

2.4. Phương pháp tiến hành: Nghiên cứu được thực hiện trên hệ thống nội soi Olympus EVIS EXERA III CV-190 có chức năng phóng đại và nhuộm màu ảo dải tần hẹp (NBI).

Thu thập thông tin: Dữ liệu về hành chính, tiền sử, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập qua bệnh án nghiên cứu.

Đánh giá nội soi: Tất cả các polyp được mô tả về vị trí, số lượng, kích thước. Hình thái polyp được phân loại theo Paris [1], và vi cấu trúc bề mặt/mạch máu được phân loại theo JNET dưới chế độ NBI [2]

Kỹ thuật cắt polyp: Lựa chọn phương pháp cắt dựa trên đặc điểm polyp theo khuyến cáo của Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Châu Âu (ESGE)[3], và tiến hành cắt polyp theo quy trình của Bộ y tế Việt Nam.

Đánh giá kết quả và biến chứng: Kết quả được đánh giá là Tốt (cắt trọn hết polyp, diện cắt ko còn u trên mô bệnh học, ko có chảy máu, ko có tai biến thủng, nhiễm trùng...); Đạt (cắt trọn hết polyp, diện cắt ko còn u trên mô bệnh học, chảy máu nhưng cầm ngay sau đó tự nhiên hoặc bằng kẹp clip, thắt endoloop...); 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).

Các biến chứng như chảy máu và thủng được theo dõi và ghi nhận.

Phân tích mô bệnh học: Kết quả mô bệnh học được chẩn đoán theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 2019[4].

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $59,8 \pm 11,8$. Độ tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,5%. Tỷ lệ nam giới chiếm 53%, nữ giới chiếm 47%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và nội soi

Bảng 1. Số lượng polyp

Số polyp/BN	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
1 polyp	113	56,5
2 polyp	66	33,0
≥ 3 polyp	21	10,5
Tổng	200	100

Nhận xét: Phần lớn là đơn polyp chiếm 56,5%

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh nội soi của polyp (n=313)

Đặc điểm	Phân nhóm	Số polyp (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Đại tràng ngang	91	29,1
	Đại tràng sigma	78	24,9
	Trực tràng	65	20,8
	Vị trí khác	79	25,2
Kích thước	<10 mm	197	62,9
	10 - <20 mm	100	31,9
	≥ 20 mm	16	5,1

Phân loại Paris	Type Is (Không cuống)	217	69,3
	Type Ip/Isp (Có cuống)	77	24,6
	Type Iia	8	2,6
	Hôn hợp	11	3,5
Phân loại JNET	Type 1	76	24,3
	Type 2A	229	73,2
	Type 2B	8	2,6

Nhận xét: Tổng số 313 polyp được cắt bỏ. Polyp phân bố nhiều nhất ở đại tràng ngang và đại tràng sigma. Kích thước phổ biến là 5 - <10mm. Hình thái không cuống (Is) và phân loại JNET Type 2A chiếm ưu thế.

Bảng 3. Kết quả mô bệnh học của polyp theo phân loại WHO 2019 (n=313)

Kết quả mô bệnh học	Số polyp (n)	Tỷ lệ (%)
Polyp tuyến	260	83,1
Loạn sản độ thấp	257	82,1
Loạn sản độ cao	3	1,0
Polyp tăng sản	49	15,7
Polyp răng cưa	2	0,6
Polyp ung thư hóa	2	0,6

Nhận xét: Polyp tuyến là loại tổn thương phổ biến nhất (83,1%), phần lớn là loạn sản độ thấp.

Bảng 4. Mối liên quan giữa phân loại JNET và kết quả mô bệnh học (n=313)

Phân loại JNET	Polyp không tân sinh* n (%)	Polyp tân sinh** n (%)	Tổng	OR = 37.3 95% CI: 15.8 – 88.0, p<0.0001
Type I	43 (56,6)	33 (43,4)	76 (24,3)	
Type IIA + IIB	8 (3,4)	229 (96,6)	237 (75,7)	
Tổng	51 (16,3)	262 (83,7)	313 (100,0)	

Ghi chú: *Polyp không tân sinh bao gồm polyp tăng sản; **Polyp tân sinh bao gồm polyp tuyến, polyp răng cưa và polyp ung thư hóa.

Nhận xét: Có mối liên quan giữa phân loại JNET và kết quả mô bệnh học

Bảng 5. Lựa chọn phương pháp cắt polyp theo kích thước (n=313)

Phương pháp cắt	Kích thước <10 mm n(%)	Kích thước 10 đến <20 mm n(%)	Kích thước ≥20 mm n(%)
Kìm sinh thiết	56 (28,4)	0	0
Thông lọng lạnh	132 (67,0)	6 (6,0)	0
Thông lọng điện	2 (1,0)	36 (36,0)	2 (12,5)
EMR	7 (3,6)	55 (55,0)	3 (18,8)
ESD	0	3 (3,0)	11 (68,8)
Tổng	197 (100,0)	100 (100,0)	16 (100,0)

Nhận xét: Phương pháp cắt polyp được lựa chọn phù hợp với kích thước tổn thương.

Bảng 6. Kết quả điều trị và biến chứng sau cắt polyp

Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kết quả cắt polyp (n=200 BN)		
Tốt	196	98,0
Đạt/Không đạt	4	2,0
Biến chứng chung (n=200 BN)		
Không biến chứng	184	92,0
Chảy máu sớm	12	6,0
Chảy máu muộn	3	1,5
Thủng	1	0,5

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị thành công cao (98%) và biến chứng thấp.

Bảng 7. Phân tích các yếu tố nguy cơ gây biến chứng chảy máu

Yếu tố nguy cơ	OR	95%CI	p
Hình thái polyp (Hôn hợp so với Type 0-I)	7,06	1,92-26,0	0,003
Kích thước polyp (≥20 mm so với <20 mm)	13,36	3,60-49,61	<0,001

Nhận xét: Hình thái và kích thước polyp là các yếu tố nguy cơ độc lập gây biến chứng chảy máu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 200 bệnh nhân với 313 polyp đại trực tràng cho thấy tuổi trung bình là $59,8 \pm 11,8$, trong đó nhóm tuổi ≥ 60 chiếm ưu thế. Đây là đặc điểm phù hợp với dịch tễ học polyp và ung thư đại trực tràng, vốn thường gặp ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Công Huy (2024)[5], trong đó độ tuổi trung bình phát hiện polyp là 59,5 tuổi. Các nghiên cứu quốc tế cũng cho thấy xu hướng tương tự ghi nhận độ tuổi trung bình phát hiện polyp là trên 60 tuổi.

Về đặc điểm số lượng polyp, phần lớn các đối tượng nghiên cứu là đơn polyp chiếm 56%. Kết quả này cũng tương tự kết quả của Lê Huyền Trân (2024)[6] cho thấy tỷ lệ đơn polyp là 52,7%. Về phân bố vị trí, chúng tôi ghi nhận polyp xuất hiện nhiều nhất ở đại tràng ngang (29,1%) và sigma (24,9%). Điều này khác biệt phần nào so với kết quả của các tác giả trong nước như Nguyễn Văn Thái (2023) tại Hà Nội [7], Trần Công Huy (2025) tại Cần Thơ [5] và một số nước trên thế giới cho thấy vị trí thường gặp nhất là trực tràng và sigma. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu và thói quen tầm soát ở từng địa phương.

Về kích thước, phần lớn polyp có đường kính <10 mm (62,9%), polyp kích thước 10–20 mm chiếm 31,9% và polyp ≥20 mm chỉ chiếm 5,1%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Huyền Trân [6] có tỷ lệ polyp dưới 1cm là 41,5% và Nguyễn Văn Thái [7] là 38,1%. Điều này cho thấy xu hướng chung là polyp được phát hiện ở kích thước nhỏ nhờ sự phổ cập của nội soi. Tuy nhiên, tỷ lệ polyp ≥20 mm trong nghiên cứu vẫn đạt 5,1%, cao hơn so với một số báo cáo tại các nước châu Âu (khoảng 2–3%), phản ánh khả năng bệnh nhân tại Quảng Ninh có thể đến muộn hơn hoặc hệ thống tầm soát chưa bao phủ đủ rộng, dẫn tới bỏ sót các tổn thương nhỏ khi chưa triệu chứng.

Về hình thái polyp, xét về phân loại Paris, đa số polyp thuộc nhóm không cuống (Type Is: 69,3%), trong khi polyp có cuống (Type Ip/Isp) chiếm 24,6%, còn lại là type IIa và hỗn hợp chiếm tỷ lệ nhỏ (2,6% và 3,5%). Phân bố này tương đồng với các nghiên cứu ở Nhật Bản và Hàn Quốc, nơi polyp không cuống được ghi nhận nhiều nhất và là nhóm có nguy cơ tiến triển ung thư cao hơn nếu kích thước lớn. Tại Việt Nam, Lê Thị Huyền Trân (2024)[6] ghi nhận polyp typ 0-Is chiếm tỷ lệ cao nhất 55,9%, tương đối tương đồng với nghiên cứu này. Sự ưu thế của polyp không cuống có ý nghĩa thực hành vì phương pháp cắt nội soi đòi hỏi kỹ thuật cao hơn, đặc biệt khi tổn thương phẳng hoặc bán phẳng, và nguy cơ biến chứng chảy máu, thủng cũng cao hơn.

Phân loại JNET cho thấy Type 2A chiếm ưu thế tuyệt đối (73,2%), trong khi Type 1 chiếm 24,3% và Type 2B chỉ 2,6%. Điều này phản ánh rằng đa số polyp trong nghiên cứu thuộc nhóm tuyến hoặc tuyến nhung mao mức độ thấp, ít có nguy cơ xâm lấn sâu. Tỷ lệ này tương tự với báo cáo của Đặng Lê Ngọc Bích (2024)[10], trong đó Type 2A chiếm tỷ lệ cao nhất 85,5% và typ IIB và typ 3 thấp. Số lượng polyp Type 2B thấp cũng phù hợp với thực tế lâm sàng, vì tổn thương dạng này thường ít gặp nhưng lại có nguy cơ ung thư hóa cao, cần cắt bỏ triệt để và làm giải phẫu bệnh để quyết định hướng xử trí tiếp theo. Về mối liên quan giữa phân loại hình thái nội soi JNET và mô bệnh học, kết quả của chúng tôi chứng minh mối tương quan rõ rệt: 96,6% polyp type IIa + IIB là tổn thương tân sinh (u tuyến hoặc ung thư), trong khi ở type I chỉ có 43,4% là tân sinh. Giá trị OR = 37,3 (CI 95%: 15,8–88,0; p < 0,0001) cho thấy phân loại JNET có giá trị dự đoán mạnh mẽ nguy cơ ác tính. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trong nước và thế giới.

Kết quả mô bệnh học trong nghiên cứu cho thấy u tuyến chiếm tỷ lệ cao (76,7%), trong đó

đa số là loạn sản độ thấp (75,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thái và cs. (2020)[7] tại Hà Nội, cũng như báo cáo quốc tế [8],[9], trong đó u tuyến là dạng polyp chiếm ưu thế và được coi là tổn thương tiền ung thư chủ yếu.

Về kỹ thuật cắt polyp, chúng tôi ghi nhận lựa chọn phương pháp phụ thuộc rõ rệt vào kích thước tổn thương: thông lạnh cho polyp < 10 mm, EMR cho polyp 10–20 mm và ESD cho polyp ≥ 20 mm. Cách tiếp cận này phù hợp với khuyến cáo ESGE 2024. Tỷ lệ thành công của cắt polyp trong nghiên cứu đạt 98%, với biến chứng thấp (chảy máu 7,5%, thủng 0,5%). Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thái (2020)[7] khi tỷ lệ cắt thành công là 100% và biến chứng chảy máu thấp, không có biến chứng thủng.

Phân tích yếu tố nguy cơ cho thấy kích thước ≥ 20 mm và hình thái hỗn hợp làm tăng nguy cơ chảy máu sau thủ thuật, với OR lần lượt 13,36 và 7,06 (p < 0,05). Điều này hoàn toàn phù hợp với y văn, khi nhiều tác giả trên thế giới, khẳng định polyp kích thước lớn và hình thái phức tạp là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất cho biến chứng.

Điểm mạnh của nghiên cứu là số lượng mẫu tương đối lớn và có phân tích mối liên quan giữa JNET và mô bệnh học, góp phần khẳng định giá trị của nội soi phóng đại với NBI. Tuy nhiên, nghiên cứu còn hạn chế do thiết kế mô tả loạt ca, chưa có nhóm chứng so sánh, và thời gian theo dõi ngắn nên chưa đánh giá được tái phát sau cắt polyp.

Tóm lại, nghiên cứu của chúng tôi khẳng định hiệu quả và độ an toàn của cắt polyp qua nội soi tại tuyến tỉnh, đồng thời nhấn mạnh vai trò của phân loại JNET trong dự đoán mô bệnh học. Kết quả này có ý nghĩa thực tiễn trong nâng cao chất lượng tầm soát và điều trị polyp đại trực tràng ở Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Cắt polyp đại trực tràng qua nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Quảng Ninh có tỷ lệ thành công cao và biến chứng thấp. U tuyến là mô bệnh học thường gặp nhất. Phân loại JNET bằng NBI có giá trị tiên đoán mạnh bản chất mô bệnh học, hỗ trợ quyết định điều trị tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Endoscopic Classification Review Group.** Update on the Paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract. *Endoscopy*. 2005;37(6):570–578. doi:10.1055/s-2005-861352.
2. **Sano Y, Tanaka S, Kudo S, et al.** Narrow-band imaging (NBI) magnifying endoscopic

- classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team. Dig Endosc. 2016;28(5):526–533.
3. **Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, et al.** Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2024. Endoscopy. 2024;56(7):516–545. doi:10.1055/a-2304-3219.
 4. **WHO.** Classification of Tumours Editorial Board. Digestive System Tumours. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019.
 5. **Trần Công Huy, Huỳnh Hiếu Tâm.** Đặc điểm hình ảnh nội soi polyp đại trực tràng theo phân loại JNET và đối chiếu kết quả mô bệnh học tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2025;(85). doi:10.58490/ctump.2025i85.3456.
 6. **Lê Huyền Trân, Huỳnh Hiếu Tâm, và cs.** Các hình thái polyp đại trực tràng theo phân loại Paris và đối chiếu kết quả mô bệnh học tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023–2024. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;(74):37–43. doi:10.58490/ctump.2024i74.2421.
 7. **Nguyễn Văn Thái, và cs.** Kết quả điều trị qua nội soi 365 polyp đại trực tràng. Tạp chí Y học lâm sàng và Dược học 108. 2020;14(2):78–85.
 8. **Zhang X, Jiang X, Shi L.** Risk factors for delayed colorectal postpolypectomy bleeding: a meta-analysis. BMC Gastroenterol. 2024;24:162. doi:10.1186/s12876-024-03251-6.
 9. **Gao P, Liu Y, Chen J, et al.** Endoscopic management of colorectal polyps. Gastroenterol Rep. 2023;11:goad027. doi:10.1093/gastro/goad027.
 10. **Đặng Lê Bích Ngọc, và cs.** Giá trị của phân loại JNET trong tiên đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(2).

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP: U NHẦY NHĨ TRÁI BIẾN CHỨNG ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CẤP

Nguyễn Ngọc Tuấn¹, Bùi Việt Anh¹, Nguyễn Trường Vũ¹,
Lê Thị Kim Thủy¹, Nông Thê Minh¹, Lê Đức Thắng¹, Trương Thị Ngọc Hà¹,
Cao Đức Thiện¹, Trương Đình Cẩm¹, Nguyễn Doãn Thái Hưng¹

TÓM TẮT

U nhầy nhĩ trái, khối u tim lành tính phổ biến nhất, là một trong các nguyên nhân gây đột quy hoặc thiếu máu cục bộ thoáng qua, tỷ lệ mắc ở nữ gấp đôi so với nam. Khi có triệu chứng tắc mạch não, đặc biệt ở bệnh nhân trẻ, cần chụp MRA sọ não và siêu âm tim qua thành ngực sớm để phát hiện nguyên nhân có thể là u nhầy nhĩ trái. Siêu âm tim qua thực quản giúp chẩn đoán xác định. Nên điều trị kháng đông trước phẫu thuật để giảm nguy cơ thuyên tắc và xác định thời điểm phẫu thuật thích hợp. Phẫu thuật cắt bỏ sớm là điều trị tối ưu đối với u nhầy nhĩ trái có biến chứng thần kinh. **Từ khóa:** u nhầy, nhĩ trái, đột quy, phẫu thuật tim hở.

SUMMARY

REPORT OF A CASE OF LEFT ATRIAL MYXOMA IN A PATIENT WITH ACUTE CEREBRAL ISCHEMIC STROKE

Left atrial myxoma, the most common benign cardiac tumor, is a recognized cause of ischemic stroke or transient ischemic attack, with a twofold higher incidence in females. In patients presenting with cerebral embolic symptoms, especially at a young age, brain MRA and transthoracic echocardiography

should be promptly performed to rule out cardiac myxoma. Transesophageal echocardiography confirms the diagnosis when available. Preoperative anticoagulation is recommended to reduce the risk of embolism and to determine optimal surgical timing. Early surgical resection. **Keywords:** myxoma, left atrium, stroke, open-heart surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tim nguyên phát hiếm gặp, theo các báo cáo ngoại khoa và khám nghiệm tử thi, tỷ lệ mắc dao động khoảng 0,3% đến 0,7% trong số tất cả u tim. U nhầy nhĩ là khối u nguyên phát lành tính phổ biến nhất chiếm khoảng 50% ở tim.^{1,2} Về vị trí, u nhầy nhĩ trái chiếm khoảng 75%, 20% ở nhĩ phải và 5% ở cả nhĩ và thất.³ Bệnh thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi từ 40 đến 60.

U nhầy tim thường có dạng keo, bề mặt nhẵn, biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vào hình thái, mức độ di động, khả năng bong tróc và vị trí của nó. Tam chứng điển hình bao gồm thuyên tắc mạch (10-45%), tắc nghẽn van hai lá, suy tim (54 – 95%) và các triệu chứng khác như chóng mặt, ho, sốt hoặc không có triệu chứng (34 – 90%).^{4,5}

U nhầy nhĩ trái chiếm khoảng 50% nguồn gốc gây ra đột quy thiếu máu não cấp hoặc thuyên tắc mạch ngoại vi, hầu hết đều bắt nguồn từ huyết khối bám vào bề mặt của u nhầy, thỉnh thoảng có sự bong ra của các mảnh vỡ khối u dẫn đến đột quy. Tuy nhiên, khoảng

¹Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Doãn Thái Hưng

Email: mdthaihung@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025