

trú ổn định tại Viện Tim TP.HCM. Phân tích đa biến nhấn mạnh ngoại tâm thu và suy tim là các yếu tố nguy cơ độc lập chính cho RLNT nặng và nguy hiểm, hỗ trợ mô hình tiên đoán để phân tầng nguy cơ và tối ưu hóa chỉ định Holter. Holter ECG đóng vai trò thiết yếu chẩn đoán sớm và phân tầng nguy cơ, đặc biệt ở bệnh nhân có triệu chứng không đặc hiệu mà không giải thích được và bệnh tim nền, nhằm giảm biến cố tim mạch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Khoa, Trần Nguyễn Phương Hải, Trần Đại Cường, Trần Hữu Chinh, Võ Phương Quỳnh Trà My, Trần Thị Kim Xuân, Hoàng Văn Sỹ. Biến đổi nhịp tim và đặc điểm rối loạn nhịp trên holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân Việt Nam có bệnh lý tim mạch. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;513. doi.org/10.51298/vmj.v513i1.2355
2. Nguyễn Văn Sĩ, Lê Văn Minh, Nguyễn Quang Cảnh. Đặc điểm holter điện tâm đồ 24 giờ tại phòng khám tổng quát. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;548(3). doi.org/10.51298/vmj.v548i3.13719
3. Brignole M, Moya A, De Lange FJ, Deharo J-C, Elliott PM, Fanciulli A, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. 2018;76(8):1119-98.
4. Kusumoto FM SM, Barrett C, et al. ACC/AHA/HRS Guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and

cardiac conduction delay. Circulation. 2019;140(8):e382-e482.

doi:10.1161/CIR.0000000000000628.

5. Steinberg JS, Varma N, Cygankiewicz I, Aziz P, Balsam P, Baranchuk A, et al. 2017 ISHNE-HRS expert consensus statement on ambulatory ECG and external cardiac monitoring/telemetry. 2017;14(7):e55-e96.
6. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijs HJGM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). European Heart Journal. 2024;45(36):3314-414.
7. Zeppenfeld K, Tfelt-Hansen J, De Riva M, Winkel BG, Behr ER, Blom NA, et al. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: Developed by the task force for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). 2022;43(40):3997-4126.

## ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ CẮT POLYP KHÔNG CUỐNG Ở ĐẠI TRỰC TRÀNG $\geq 20$ MM QUA NỘI SOI

Nguyễn Thanh Liêm<sup>1</sup>, Lê Thị Thúy Loan<sup>1\*</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Cắt polyp không cuống có kích thước lớn ở đại trực tràng qua nội soi có nguy cơ chảy máu cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polyp không cuống kích thước  $\geq 20$  mm ở đại trực tràng qua nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 31 bệnh nhân có 35 polyp không cuống  $\geq 20$  mm ở đại tràng và trực tràng. Tất cả polyp không cuống ở đại trực tràng được cắt bằng kỹ thuật cắt niêm mạc nội soi (EMR) hoặc cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) kết hợp với kẹp clip khép diện cắt. Lấy polyp làm giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Bệnh nhân có 1 polyp chiếm tỷ lệ cao nhất là 87,1%. Vị trí polyp ở đại tràng nhiều hơn trực tràng. Polyp tân sinh

chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 77,1%, kể đến là polyp không tân sinh chiếm 14,3%. Có 3 polyp ung thư chiếm tỷ lệ 8,6%. Có 26 polyp (74,3%) được cắt bằng kỹ thuật EMR và 9 polyp (25,7%) bằng kỹ thuật ESD. Tỷ lệ cắt polyp thành công là 97,1% (34/35). Có 1 polyp cắt bằng kỹ thuật ESD thất bại chiếm tỷ lệ 2,9%. 34 polyp được kẹp clip khép diện cắt sau cắt EMR hoặc ESD thành công 100%. 100% bệnh nhân không có biến chứng, tai biến trong vòng 30 ngày sau thủ thuật. **Kết luận:** Polyp không cuống  $\geq 20$  mm ở đại trực tràng có tỷ lệ ung thư cao. Điều trị polyp không cuống  $\geq 20$  mm ở đại trực tràng bằng kỹ thuật cắt EMR hoặc ESD kết hợp với kẹp clip khép diện cắt có hiệu quả cao phòng ngừa biến chứng chậm.

**Từ khóa:** polyp không cuống đại trực tràng, EMR, ESD, kẹp clip phòng ngừa.

### ABSTRACT

**ENDOSCOPIC FEATURES, HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS, AND OUTCOMES OF ENDOSCOPIC**

<sup>1</sup> Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thúy Loan

Email: lttloan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2026

Ngày duyệt bài: 25.3.2026

## POLYPECTOMY FOR NON-PEDUNCULATED COLORECTAL POLYPS $\geq 20$ MM

**Background:** Endoscopic polypectomy of large non-pedunculated polyps carries a high risk of bleeding. **Objective:** To describe the endoscopic features, histopathological characteristics, and Outcomes of endoscopic polypectomy of non-pedunculated colorectal polyps  $\geq 20$  mm. **Materials and Methods:** This descriptive cross-sectional study involved 31 patients with 35 non-pedunculated polyps  $\geq 20$  mm in the colon and rectum. All polyps were resected using either endoscopic mucosal resection (EMR) or endoscopic submucosal dissection (ESD) techniques, combined with clip placement to close the resection site. The resected polyps were sent for histopathological examination. **Results:** The majority of patients (87.1%) had one polyp. Polyps were more commonly located in the colon than in the rectum. Neoplastic polyps accounted for the majority (77.1%), followed by non-neoplastic polyps (14.3%). Three polyps (8.6%) were cancerous. Twenty-six polyps (74.3%) were resected using the EMR technique, and 9 polyps (25.7%) using the ESD technique. The overall success rate of polyp resection was 97.1% (34/35). One polyp resected using ESD failed, representing 2.9%. All 34 successfully resected polyps were closed with clips, achieving a 100% success rate. There were no complications or adverse events in the 30 days following the procedure. **Conclusion:** Non-pedunculated colorectal polyps  $\geq 20$  mm have a high malignancy rate. The treatment of these polyps using EMR or ESD techniques combined with clip closure of the resection site is highly effective in preventing delayed complications.

**Keywords:** Non-pedunculated colorectal polyps, EMR, ESD, prophylactic clip

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng là tiền thân tiềm tàng của ung thư đại trực tràng, là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong liên quan đến ung thư. Việc xác định và quản lý đúng cách các polyp đại trực tràng là một tiêu chí chất lượng quan trọng cho kết quả nội soi đại tràng. Việc nhận diện polyp ác tính vẫn phụ thuộc nhiều vào các hệ thống phân loại nội soi đã được thiết lập và đóng vai trò quan trọng trong các quyết định quản lý trong quá trình thực hiện [4]. Cắt đốt bằng thông lọng vẫn là tiêu chuẩn vàng cho việc cắt polyp có cuống. Các tổn thương không cuống có kích thước  $\geq 20$  mm thực hiện cắt niêm mạc nội soi (EMR). Các tổn thương không cuống nghi ngờ xâm lấn nông dưới niêm mạc cần được cắt EMR, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) hoặc phẫu thuật [5]. Chảy máu muộn là biến chứng thường gặp nhất sau cắt ESD và EMR các polyp có kích thước lớn ở đại trực tràng. Dùng clip khẹp diện cắt EMR polyp đại trực tràng thường được sử dụng để giảm nguy cơ chảy máu [6]. Việc đóng một phần

các khiếm khuyết lớn niêm mạc cắt ESD polyp đại trực tràng bằng clip có thể là một chiến lược hiệu quả để giảm nguy cơ chảy máu và thủng muộn [8]. Xuất phát từ thực tế lâm sàng, để góp phần tối ưu hiệu quả điều trị polyp không cuống ở đại trực tràng, xem xét ứng dụng các kỹ thuật phù hợp để cắt các polyp không cuống đạt hiệu quả cao nhất. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị polyp không cuống ở đại trực tràng bằng kỹ thuật cắt EMR và ESD kết hợp với kẹp clip khẹp diện cắt qua nội soi.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường đại học Y dược Cần Thơ từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2024, được chẩn đoán xác định polyp không cuống ở đại trực tràng qua nội soi.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân nội soi đại trực tràng xác định polyp không cuống ở đại trực tràng, kích thước polyp  $\geq 20$  mm. Bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật cắt EMR hoặc ESD qua nội soi, lấy polyp làm xét nghiệm mô bệnh học chẩn đoán xác định là polyp. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Xét nghiệm máu: số lượng tiểu cầu  $< 50.000/mm^3$ , tỷ lệ prothrombin  $< 60\%$ .

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**Phương tiện nghiên cứu:** Máy nội soi đại tràng Olympus GIF 190 của hãng Olympus, Nhật. Máy cắt đốt tự động HERBE 200s của Đức. Dụng cụ kẹp clip Disposable Endoscopic Hemoclip (kẹp clip dùng một lần).

**Các bước tiến hành:** Khám lâm sàng: tuổi, giới và triệu chứng lâm sàng. Nội soi đại tràng khảo sát polyp đại trực tràng: vị trí (trực tràng, đại tràng trái, đại tràng phải), kích thước polyp. Tiến hành cắt polyp bằng kỹ thuật cắt EMR hoặc ESD, khẹp diện cắt bằng clip. Trong quá trình cắt polyp nếu thấy điểm mạch đang chảy máu thì cầm máu bằng kim nhiệt (coagforcep) hoặc clip. Lấy polyp làm mô bệnh học. Theo dõi bệnh nhân cắt polyp: theo dõi tình trạng bệnh nhân trong và ngay sau khi cắt polyp, sau cắt polyp trong 24 giờ đầu, ngày 7, ngày thứ 30. Theo dõi nhằm phát hiện các biến chứng thủng, chảy máu nếu có và xử trí kịp thời.

**Xử lý và phân tích số liệu:** tất cả các số liệu được xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 20.0.

### 2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số 22.012.GV/PCT-HĐĐĐ ngày 10/05/2022.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới tính**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nữ	11	35,5
	Nam	20	64,5
Nhóm tuổi	<40	0	0,0
	40-59	12	38,7
	≥60	19	61,3
	Trung bình	60,74±11,68	

**Nhận xét:** Nam giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn nữ tương ứng là 64,4% và 35,6%. Tuổi trung bình là 60,74±11,68. Nhóm tuổi ≥60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,3%.

**3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học polyp không cường đại trực tràng**

**3.2.1. Đặc điểm hình ảnh nội soi polyp không cường đại trực tràng**

**Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh nội soi**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Số lượng polyp/bệnh nhân (n=31)	1	27, 87,1
	≥2	4, 12,9
Vị trí polyp (n=35)	Trực tràng	13, 37,1
	Đại tràng trái	13, 37,1
	Đại tràng phải	9, 25,8
Kích thước polyp (n=35)	20-29 mm	29, 82,9
	≥30 mm	6, 17,1

**Nhận xét:** Bệnh nhân có 1 polyp chiếm tỷ lệ cao nhất là 87,1%. Vị trí polyp ở đại tràng nhiều hơn trực tràng. Kích thước polyp từ 20-29 mm và ≥30 mm tương ứng là 82,9% và 17,1%.

**3.2.2. Đặc điểm mô bệnh học polyp không cường đại trực tràng**

**Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Mô bệnh học polyp (n=35)	Tăng sản	5, 14,3
	Tuyến ống	20, 57,1
	Tuyến ống nhánh	4, 11,4
	Tuyến nhánh	3, 8,6
	Ung thư	3, 8,6
Nghịch sản (Polyp tân sinh)	Độ thấp	20, 74,1
	Độ cao	7, 25,9

**Nhận xét:** Polyp tân sinh chiếm tỷ lệ nhiều nhất, trong đó polyp tuyến ống là 57,1%, tuyến ống nhánh 11,4% và tuyến nhánh là 8,6%. Có 3 polyp ung thư chiếm tỷ lệ 8,6%. Tỷ lệ nghịch sản

độ thấp và độ cao tương ứng là 74,1% và 25,9% ở nhóm polyp tân sinh.

**3.2.3. Một số đặc điểm bệnh nhân, hình ảnh nội soi, mô bệnh học theo kích thước polyp không cường đại trực tràng**

**Bảng 4. Một số đặc điểm bệnh nhân, hình ảnh nội soi, mô bệnh học theo kích thước polyp**

Đặc điểm	Kích thước polyp				p	
	20-29 mm		≥30 mm			
	n	%	n	%		
Giới	Nữ	11	84,6	2	15,4	>0,05
	Nam	18	81,8	4	18,2	
Nhóm tuổi	<60	9	69,2	4	30,8	>0,05
	≥60	20	90,9	2	9,1	
Vị trí polyp	Trực tràng	10	76,9	3	23,1	>0,05
	Đại tràng trái	11	84,6	2	15,4	
	Đại tràng phải	8	88,9	1	11,1	
Số lượng polyp	1	22	81,5	5	18,5	>0,05
	≥2	7	87,5	1	12,5	
Mô bệnh học	Tân sinh	23	85,2	4	14,8	>0,05
	Không tân sinh	5	100,0	0	0,0	

**Nhận xét:** Không có mối liên quan giữa kích thước polyp với giới, tuổi, vị trí, số lượng và mô bệnh học polyp.

**3.3. Kết quả điều trị polyp không cường đại trực tràng bằng kỹ thuật cắt EMR hoặc ESD kết hợp với kẹp clip khẹp điện cắt qua nội soi**

**Bảng 5. Kỹ thuật cắt polyp**

Đặc điểm	EMR		ESD	
	n	%	n	%
Bệnh nhân (n=31)	22	70,9	9	29,1
Polyp (n=35)	26	74,3	9	25,7
Cắt polyp thất bại (n=35)	0/26	0,0	1/9	11,1
Thủng khi làm thủ thuật	0/26	0,0	1/9	11,1
Cầm máu bằng kim nhiệt khi làm thủ thuật	4/26	15,4	9/9	100
Chảy máu sau thủ thuật	0/26	0,0	0/8	0,0
Thủng sau thủ thuật	0/26	0,0	0/8	0,0

**Nhận xét:** Có 26 polyp (74,3%) được cắt bằng kỹ thuật EMR và 9 polyp (25,7%) bằng kỹ thuật ESD. Có 1 bệnh nhân có 1 polyp cắt bằng kỹ thuật ESD thất bại, thủng; được phẫu thuật và mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư. Một bệnh nhân có 2 polyp sau cắt bằng kỹ thuật EMR có mô bệnh học là ung thư được phẫu thuật cắt đại tràng. 29 bệnh nhân cắt EMR hoặc ESD không có biến chứng, tai biến trong vòng 30 ngày sau thủ thuật.

#### IV. BÀN LUẬN

Nội soi cắt polyp tuyến có thể ngăn ngừa ung thư đại tràng, nhưng kỹ thuật tối ưu cho các tổn thương lớn vẫn còn gây tranh cãi. Kỹ thuật cắt EMR có tỷ lệ biến cố bất lợi thấp nhưng tỷ lệ tái phát cao, cần phải theo dõi sớm. Kỹ thuật cắt ESD có thể làm giảm tái phát nhưng có thể làm tăng tỷ lệ biến cố bất lợi. So với EMR, ESD làm giảm tỷ lệ tái phát sau 6 tháng, loại bỏ nhu cầu nội soi đại tràng theo dõi sớm có hệ thống nhưng có nhiều biến cố bất lợi hơn [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 35 polyp không cuống  $\geq 20$  mm ở đại trực tràng trên 31 bệnh nhân. Nam giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn nữ tương ứng là 64,5% và 35,5%. Tuổi trung bình là  $60,74 \pm 11,68$ . Nhóm tuổi  $\geq 60$  chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,3%. Bệnh nhân có 1 polyp chiếm tỷ lệ cao nhất là 87,1%. Vị trí polyp ở đại tràng là 62,9%. Kích thước polyp từ 20-29 mm và  $\geq 30$  mm tương ứng là 82,9% và 17,1%. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Vũ Nam và cộng sự, polyp đại trực tràng có kích thước lớn có tỷ lệ nam/nữ là 2,75/1, tuổi trung bình  $59,47 \pm 10,52$ . Tỷ lệ polyp ở trực tràng chiếm tỷ lệ 30%, ít hơn ở đại tràng là 70% [3]. Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà và cộng sự trên 32 bệnh nhân polyp không cuống đại trực tràng có kích thước  $\geq 20$  mm; cho thấy polyp đại tràng sigma chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,4%, kế đến là đại tràng lên và trực tràng lần lượt chiếm 21,9% và 18,8%. Đa số các polyp có kích thước từ 20 - 29 mm chiếm tỷ lệ 81,3% [1]. Polyp không cuống đại trực tràng thường gặp ở nam nhiều hơn nữ và  $>60$  tuổi. Vị trí polyp thường gặp ở đại tràng hơn ở trực tràng. Về mô bệnh học, polyp tân sinh chiếm tỷ lệ cao nhất; trong đó polyp tuyến ống là 57,1%, tuyến ống nhánh 11,4% và tuyến nhánh là 8,6%. Có 3 polyp ung thư chiếm tỷ lệ 8,6%. Tỷ lệ nghịch sản độ thấp và độ cao tương ứng là 74,1% và 25,9% ở nhóm polyp tân sinh. Theo nghiên cứu của Đoàn Vũ Nam và cộng sự, mô bệnh học polyp  $\geq 20$  mm, tỷ lệ polyp tuyến ống là 60%, tuyến ống nhánh là 20% và ung thư là 20%. Ở nhóm polyp tân sinh có tỷ lệ nghịch sản độ thấp là 95,83% và nghịch sản độ cao là 4,15% [3]. Mô bệnh học polyp đại trực tràng kích thước  $\geq 20$  mm có tỷ lệ polyp tân sinh chiếm tỷ lệ cao và có thể gặp polyp ung thư.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có 26 polyp (74,3%) được cắt bằng kỹ thuật EMR và 9 (25,7%) bằng kỹ thuật ESD. Có 1 bệnh nhân có 1 polyp cắt bằng kỹ thuật ESD thất bại, chuyển phẫu thuật. Mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư. Một bệnh nhân có 2 polyp, sau cắt bằng kỹ

thuật EMR có mô bệnh học là ung thư được phẫu thuật cắt đại tràng. 29 bệnh nhân được cắt polyp bằng kỹ thuật EMR hoặc ESD; không có biến chứng, tai biến trong vòng 30 ngày sau thủ thuật. Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà và cộng sự, cắt polyp không cuống  $\geq 20$  mm bằng phương pháp EMR, 9,4% trường hợp có tai biến chảy máu trong quá trình làm thủ thuật và 3,1% chảy máu trong 24 giờ sau cắt EMR, tất cả các trường đều được can thiệp bằng nội soi, không có trường hợp nào chuyển phẫu thuật [1]. Nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ và cộng sự, cắt polyp không cuống  $\geq 20$  mm bằng kỹ thuật ESD. Trong quá trình làm thủ thuật, có 84,4% trường hợp được cầm máu ổ xung bằng kim nhiệt đơn thuần, 15,6% dùng kim nhiệt và kẹp clip ổ xung; 12,5% được khép diện cắt bằng clip sau khi đã được cầm máu ổ xung bằng kim nhiệt. Theo dõi trong vòng 24 giờ đầu sau can thiệp có 92,2% không có biến chứng, 4,7% có biến chứng chảy máu, 3,1% bệnh nhân có biến chứng thủng ruột [2]. Sự khác biệt về kết quả theo dõi sau thủ thuật cắt polyp giữa các nghiên cứu có thể do nghiên cứu của chúng tôi có kẹp clip khép diện cắt sau EMR và ESD. Nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà, trong quá trình cắt polyp, nếu thấy điểm mạch đang chảy máu thì cầm máu bằng kim nhiệt hoặc clip, cắt EMR không dùng clip kẹp khép diện cắt. Tác giả Thái Doãn Kỳ, khi có chảy máu trong quá trình làm thủ thuật cắt ESD thì sử dụng kim nhiệt và/ hoặc clip để cầm máu, chỉ có 8/64 polyp (12,5%) được khép diện cắt bằng clip sau khi đã được cầm máu ổ xung bằng kim nhiệt. Chảy máu có ý nghĩa lâm sàng sau EMR ít xảy ra hơn ở nhóm kẹp clip dự phòng so với nhóm đối chứng, 4 trường hợp (3,4%) trong số 118 bệnh nhân so với 12 trường hợp (10,6%) trong số 113, với  $p = 0,031$  [6]. Tỷ lệ các biến cố bất lợi sau ESD bao gồm chảy máu và thủng ruột thấp hơn đáng kể ở nhóm kẹp clip khép diện cắt so với nhóm không dùng clip khép diện cắt (8% so với 28%,  $P = 0,008$ ). Thủng ruột xảy ra ở hai bệnh nhân trong nhóm không kẹp clip khép diện cắt, trong khi không có bệnh nhân nào trong nhóm dùng clip khép diện cắt bị thủng ruột [8]. Qua các nghiên cứu trên cho thấy, kẹp clip khép diện cắt EMR và ESD có thể làm giảm tỷ lệ chảy máu ruột. Đặc biệt có thể làm giảm tỷ lệ thủng ruột sau cắt ESD.

#### V. KẾT LUẬN

Qua nội soi 31 bệnh nhân, có 35 polyp không cuống đại trực tràng  $\geq 20$  mm. Tỷ lệ polyp

ung thư, tân sinh và polyp không tân sinh tương ứng là 8,6, 77,1% và 14,3%. Có 26 polyp được cắt EMR, tỷ lệ cắt thành công 100% và 9 polyp được cắt ESD, tỷ lệ cắt thành công 88,9% (8/9). Tất cả 29 bệnh nhân kẹp clip khép diện cắt EMR hoặc ESD. Không có biến chứng, tai biến trong vòng 30 ngày sau thủ thuật.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thị Ngọc Hà, Vũ Hải Hậu, Nguyễn Thị Thu Hiền và CS. (2024), "Kết quả điều trị polyp đại tràng không cường kích thước trên 20mm bằng phương pháp cắt đốt niêm mạc từng phần tại trung tâm tiêu hóa-gan mật, bệnh viện bạch mai năm 2023-2024", *Tạp chí y học Việt Nam*, 542(3), tr. 19-22.
2. Thái Doãn Kỳ, Vũ Văn Sơn, Trần Đức Cảnh và CS., (2024), "Đánh giá kết quả bước đầu của phương pháp cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi (esd) điều trị polyp đại trực tràng không cường kích thước  $\geq 2$ cm", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 544(2), tr. 5-10.
3. Đoàn Vũ Nam, Đào Đức Tiến, (2024), "Đặc điểm hình ảnh nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước lớn", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 542 (3), tr. 39-43.
4. Dornblaser, D., Young, S. & Shaukat, A., (2024), "Colon polyps: updates in classification and management", *Curr Opin Gastroenterol*, 40(1), pp. 14-20.
5. Ferlitsch, M., Moss, A., Hassan, C., et al., (2017), "Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline", *Endoscopy*, 49(3), pp. 270-297.
6. Gupta, S., Sidhu, M., Shahidi, N., et al., (2022), "Effect of prophylactic endoscopic clip placement on clinically significant post-endoscopic mucosal resection bleeding in the right colon: a single-centre, randomised controlled trial", *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 7(2), pp. 152-160.
7. Jacques, J., Schaefer, M., Wallenhorst, T., et al., (2024), "Endoscopic En Bloc Versus Piecemeal Resection of Large Nonpedunculated Colonic Adenomas: A Randomized Comparative Trial", *Ann Intern Med*, 177(1), pp. 29-38.
8. Omori, J., Goto, O., Habu, T., et al., (2022), "Prophylactic clip closure for mucosal defects is associated with reduced adverse events after colorectal endoscopic submucosal dissection: a propensity-score matching analysis", *BMC Gastroenterol*, 22(1), 139.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM DA CƠ ĐỊA NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Huỳnh Anh Đào<sup>1</sup>, Trương Ngọc Kim Châu<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Phú<sup>1</sup>, Trần Thảo Sương<sup>1</sup>, Trần Gia Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thùy Trang<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá mức độ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân viêm da cơ địa người lớn; khảo sát mối liên quan giữa mức độ bệnh theo SCORAD và điểm chất lượng cuộc sống theo DLQI. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 126 bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán viêm da cơ địa theo tiêu chuẩn Hanifin & Rajka cải tiến tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Mức độ bệnh được đánh giá bằng SCORAD; CLCS đo bằng DLQI. Xử lý số liệu bằng SPSS 26.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 45,12  $\pm$  21,56 năm, nam

chiếm 55,6%. Hầu hết bệnh nhân có ngứa (97,6%) và thường tổn viêm da cơ địa (98,4%). Giai đoạn cấp chiếm 38,9%. Điểm SCORAD trung bình 33,78  $\pm$  14,22, trong đó mức độ trung bình chiếm nhiều nhất (57,1%). DLQI ghi nhận đa số bệnh nhân bị ảnh hưởng nhiều đến CLCS (57,9%). Mức độ nặng SCORAD và CLCS theo DLQI ( $p < 0,05$ ) cho thấy mối liên quan thuận có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Bệnh nhân viêm da cơ địa trong nghiên cứu có triệu chứng lâm sàng điển hình, trong đó ngứa là nổi bật nhất. Phần lớn bệnh nhân có mức độ bệnh trung bình và CLCS bị ảnh hưởng đáng kể. Mối tương quan giữa SCORAD và DLQI khẳng định mức độ bệnh càng nặng thì CLCS càng suy giảm.

**Từ khóa:** viêm da cơ địa, SCORAD, DLQI, chất lượng cuộc sống.

#### ABSTRACT

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE IN ADULT PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS AT CAN THO**

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Trang

Email: nthithuytrang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2026

Ngày duyệt bài: 26.3.2026