

xác định được nguồn gốc 1 trường hợp NST Marker và phát hiện 1 trường hợp biến thể chưa rõ chức năng. Kết hợp Karyotype và CNV giúp nâng cao khả năng phát hiện và độ chính xác trong chẩn đoán trước sinh các bất thường nhiễm sắc thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Huy Cường** (2025). Đánh giá bất thường di truyền của thai nhi ở thai phụ có nguy cơ cao ở bệnh viện Sản nhi Bắc Ninh. Tạp chí Y học Việt Nam, 548(3), 165-168.
2. **Nguyễn Thị Hào** (2022). Chẩn đoán trước sinh các bất thường nhiễm sắc thể bằng kỹ thuật CNV-seq tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Tạp chí Phụ sản, 20(3), 26-31.
3. **Vũ Thị Thu Chang, Hoàng Thị Ngọc Lan, Lương Thị Lan Anh** (2025). Đánh giá hiệu quả kỹ thuật CNV-Seq trong chẩn đoán trước sinh các bất thường nhiễm sắc thể ở thai nhi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 552(3), 72-76.
4. **Đinh Thúy Linh** (2024). Nghiên cứu các bất thường số lượng nhiễm sắc thể của thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội giai đoạn 2021–2024. Tạp chí Y học Việt Nam, 549(2), 289-293.
5. **Nguyễn Mạnh Thắng** (2021). Rối loạn nhiễm sắc thể ở thai phụ có kết quả sàng lọc nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 503(1), 91–95.
6. **Huang Y.** (2025). Comprehensive chromosomal abnormality detection: integrating CNV-Seq with traditional karyotyping in prenatal diagnostics. BMC Med Genomics, 18, 81-86.
7. **Liu JP, Wang SB, Luo L, Guo YM** (2025). Improving prenatal diagnosis with combined karyotyping, CNV-seq and QF-PCR: a comprehensive analysis of chromosomal abnormalities in high-risk pregnancies. Front Genet, 13, 15:1517270.
8. **Tang, H. X., Pham, H. V., Nguyen, C. X., Nguyen, H. T., & Luu, H. T.** (2024). Comparative Efficacy of CNV-Sequencing and Karyotyping in Prenatal Genetic Diagnosis. Biomedical Research and Therapy, 11(7), 6622-6632.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG DƯỚI 1 CM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG NĂM 2023

Phạm Thị Mai¹, Vũ Thị Ngọc Lương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của bệnh nhân có polyp đại trực tràng dưới 1 cm tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, phiếu thu thập thông tin được thiết kế sẵn.

Kết quả: 74% người bệnh trong nghiên cứu thuộc nhóm trên 50 tuổi, với tiền sử có polyp đại trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất 38%. Tổng số 150 bệnh nhân cắt được 513 polyp, tỷ lệ bệnh nhân có từ 3 polyp trở lên chiếm 53,3% và kích thước trung bình của polyp là $4,4 \pm 1,63$ mm. Hình thái không cuống (Type 0-Is) chiếm tỷ lệ cao nhất 62% và phân loại theo JNET chủ yếu là JNET 1 88,7%. Về mô bệnh học u tuyến loạn sản độ

thấp chiếm ưu thế 51,3%, tiếp đến là polyp tăng sản 46,3%.

Kết luận: Đặc điểm polyp dưới 1 cm phần lớn là tổn thương đa ổ, dạng không cuống, tương ứng với hình ảnh JNET 1 và bản chất mô bệnh học chủ yếu là u tuyến loạn sản độ thấp hoặc polyp tăng sản trên nhóm bệnh nhân trung cao tuổi.

Từ khóa: polyp đại trực tràng, lâm sàng, mô bệnh học

SUMMARY

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LOWER COLORECTAL POLYPS 1 CM AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL, HAI PHONG, 2023

Objectives: Description of the clinical and histopathological characteristics of patients with colorectal polyps under 1 cm at Viet Tiep Hospital, Hai Phong in 2023.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study using a convenient sampling method and a pre-designed questionnaire.

¹ Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Mai

Email: ptmai307@gmail.com

Mã bài: N653

Ngày nhận bài: 12.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 12.3.2026

Ngày duyệt bài: 14.4.2026

Results: 74% of patients in the study were over 50 years old, with a history of colorectal polyps being the most common (38%). A total of 150 patients had 513 polyps removed, with 53.3% having three or more polyps and an average polyp size of 4.4 ± 1.63 mm. The most common type (Type 0-Is) was sessile (62%), and JNET classification was predominantly JNET 1 (88.7%). Histopathologically, low-grade dysplastic adenomas predominated (51.3%), followed by hyperplastic polyps (46.3%).

Conclusion: Polyps under 1 cm are mostly characterized by multifocal lesions, sessile in form, corresponding to JNET 1 images, and their histopathological nature is primarily low-grade dysplastic adenomas or hyperplastic polyps in middle-aged and older patients.

Keywords: Colorectal polyps: clinical presentation and histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến hàng đầu trên thế giới và tại Việt Nam [1]. Đa số các trường hợp UTĐTT đều tiến triển từ các polyp tiền ung thư, đặc biệt là các polyp tuyến (adenoma) [2,3]. Polyp là khối u lồi vào lòng đại trực tràng, nó được hình thành do sự tăng sản quá mức của lớp niêm mạc. Diễn biến của polyp đại trực tràng khá phức tạp, đã có nhiều nghiên cứu cho thấy hơn 95% ung thư đại trực tràng có nguồn gốc từ polyp [4].

Trong thực hành lâm sàng, các polyp đại trực tràng có kích thước nhỏ (dưới 1 cm) chiếm tỷ lệ đa số (khoảng 60-80% tổng số polyp phát hiện được) [4]. Mặc dù kích thước nhỏ, các nghiên cứu gần đây cho thấy một tỷ lệ đáng kể các polyp này vẫn mang đặc điểm mô bệnh học là polyp tuyến hoặc tổn thương răng cưa có nguy cơ cao, thậm chí là nghịch sản độ cao. Việc bỏ sót hoặc xử trí không triệt để các tổn thương này có thể dẫn đến ung thư đại trực tràng.

Cắt polyp là thủ thuật thường áp dụng để loại bỏ u tuyến đại trực tràng qua nội soi. Trong quy trình thực hiện, để loại bỏ các polyp, kinh điển vẫn là dùng thông lọng (snare) bắt polyp và sau đó dùng dòng điện đơn cực để cắt. Hiện nay, phương pháp cắt lạnh (Cold Snare Polypectomy - CSP) đang trở thành xu hướng ưu tiên cho các polyp dưới 1 cm nhờ tính an toàn vượt trội, hạn chế biến chứng chảy máu muộn và thủng đại tràng so với cắt nóng bằng điện [5]. Tuy nhiên, đặc điểm lâm sàng và sự tương quan giữa hình ảnh nội soi với kết quả mô bệnh học của nhóm polyp nhỏ này vẫn cần được nghiên cứu cụ thể

để tối ưu hóa chiến lược điều trị và theo dõi sau cắt. Đồng thời cung cấp các bằng chứng hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong phác đồ điều trị.

Tại Hải Phòng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp là trung tâm y tế lớn với số lượng bệnh nhân thực hiện nội soi đại trực tràng hằng năm rất cao. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành đề tài: “Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học polyp đại trực tràng dưới 1 cm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023” nhằm mục tiêu chính: Mô tả đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của bệnh nhân có polyp đại trực tràng dưới 1 cm tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Đối tượng: Bệnh nhân có polyp đại trực tràng kích thước <10mm được tiến hành cắt polyp qua nội soi bằng kỹ thuật cắt lạnh tại khoa Thăm dò chức năng Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được nội soi đại trực tràng tại khoa Thăm dò chức năng Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp chẩn đoán polyp đại trực tràng; có polyp có kích thước < 10 mm; có kết quả giải phẫu bệnh; có đầy đủ hồ sơ bệnh án bà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý huyết học, hoặc bệnh lý khác gây rối loạn đông máu; Bệnh nhân có polyp ≥ 10 mm hoặc xuất huyết tiêu hóa; Bệnh nhân có polyp ≥ 10 mm hoặc xuất huyết tiêu hóa.

- Thời gian: từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023

- Địa điểm: Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp - Hải Phòng.

2.3. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu được 150 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu, đánh giá
Phiếu thu thập thông tin: Phiếu thu thập thông tin người bệnh được thiết kế thu thập thông tin cá nhân của người bệnh, các thông tin liên quan bệnh lý và kết quả xử trí polyp trên lâm sàng, kết quả giải phẫu bệnh polyp.

Thu thập số liệu:

Bệnh nhân có chỉ định nội soi đại trực tràng cắt polyp được giải thích rõ về thủ thuật nội soi đại trực tràng và cắt polyp, các biến chứng có thể gặp khi nội soi đại tràng, trong và sau khi cắt

polyp. Bệnh nhân được giải thích về kỹ thuật cắt lạnh bằng thông lọng polyp đại tràng và ký xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiến hành nội soi đại trực tràng và đánh giá đặc điểm của polyp trước khi cắt như vị trí, kích thước, số lượng, phân loại,... Đối với các trường hợp polyp kích thước <10mm, thông tin đặc điểm được ghi lại vào phiếu thu thập thông tin. Polyp có kích thước ≥ 10 mm loại ra khỏi nghiên cứu. Tiến hành cắt lạnh polyp bằng thông lọng (polyp có kích thước <10mm), sau cắt quan sát chảy máu tại vị trí cắt sau 60 giây. Nếu không chảy máu, không can thiệp gì thêm, cắt tiếp polyp khác nếu có. Nếu còn chảy máu dạng tia hoặc chảy máu thành dòng, tiến hành can thiệp cầm máu bằng clip, kim tiêm cầm máu. Sau khi cắt, mẫu bệnh phẩm được cho vào lọ chứa sẵn dung dịch formalin 10%, nhuộm HE và đọc kết quả tại khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

Đánh giá đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học

- Đặc điểm lâm sàng: Kích thước polyp thường được tính ở vị trí đo polyp có kích thước lớn nhất. Trước khi cắt, đo kích thước polyp trực tiếp bằng cách so sánh với đường kính thông lọng, khoảng cách giữa hai mẫu kim sinh thiết khi mở hoặc đường kính ngoài vỏ nhựa catheter thông lọng trong trường hợp polyp có cuống.

Polyp dạng lõi 0-I hay dạng phẳng 0-II được đánh giá bằng cách đo chiều cao từ phần chân polyp (phần dính vào thành đại tràng) đến đỉnh polyp. Chiều cao được so sánh với kích thước đầu kim sinh thiết khi đóng (2,5 mm).

- Đặc điểm mô bệnh học: Mẫu polyp sau cắt cố định trong dung dịch formol 10%, ghi đầy đủ thông tin bệnh nhân, chẩn đoán lâm sàng được gửi tới khoa Giải phẫu bệnh. Bệnh phẩm được xử lý, chuyển bằng máy để vùi, đúc paraffin, cắt tiêu bản và nhuộm Hematoxylin-Eosin (HE). Đọc kết quả mô bệnh học polyp đại trực tràng bao gồm loại tổn thương, mức độ loạn sản (đối với polyp u tuyến).

2.5. Phương pháp phân tích số liệu

- Mã hóa, nhập liệu, làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($X \pm SD$).

- Các biến định tính được tính theo tỷ lệ phần trăm (%).

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến hành sau khi được sự đồng ý của Hội đồng đề cương và Hội đồng đạo đức trường Đại học Y dược Hải Phòng và của ban Giám đốc Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

- Thông tin thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm cá nhân của ĐTNC (n=150)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	72	48,0
	Nữ	78	52,0
Độ tuổi	Dưới 30 tuổi	7	4,7
	31 – 40 tuổi	13	8,6
	41 – 50 tuổi	19	12,7
	Trên 50 tuổi	111	74,0
Tiền sử bản thân	Polyp đại trực tràng	57	38,0
	Ung thư đại tràng	2	1,3
	Hội chứng ruột kích thích	48	32,0
	Viêm ruột	5	3,3
	Tiêu chảy kéo dài	27	18,0
	Táo bón	32	21,3
	Đại tiện phân máu	14	9,3
	Tiền sử phẫu thuật đường tiêu hóa	26	17,3

Nhận xét: Không có sự khác biệt đáng kể về giới tính của người bệnh. Về độ tuổi, người bệnh trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 74%. Người bệnh có tiền sử polyp đại trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất 38%, thấp nhất là tiền sử ung thư đại tràng chiếm 1,3%.

Bảng 2. Đặc điểm số lượng và vị trí của polyp (n=150)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số polyp cắt được trên mỗi bệnh nhân	1 polyp	33	22,0
	2 polyp	37	24,7
	≥ 3 polyp	80	53,3

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí của polyp	Polyp chỉ tập trung tại vị trí trực tràng và/hoặc đại tràng sigma	103	59,8
	Polyp rải rác > 3 vị trí của khung đại tràng	47	40,2
Kích thước polyp (trên tổng số 513 polyp cắt được)	< 5mm	221	43,1
	5 - <10mm	292	56,9
	Kích thước trung bình	4,4 mm $\pm$ 1,63	

Nhận xét: Số bệnh nhân có từ 3 polyp trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3%, đa số bệnh nhân có polyp nằm ở trực tràng và/hoặc đại tràng sigma chiếm 59,8%. Kích thước trung bình của polyp đạt 4,4 $\pm$ 1,63 mm.

Bảng 3. Phân loại polyp theo hình thái (n=150)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân loại theo JNET	JNET 1	133	88,7
	JNET 2A	17	11,3
Phân loại theo Paris	Type 0-Is (không cuống)	93	62
	Type 0-IIa (phẳng)	39	26
	Type 0-Isp (bán cuống)	5	3,3
	Type 0-Ip (cuống)	13	8,7

Nhận xét: Hình thái polyp thuộc nhóm JNET 1 chiếm 88,7% và đa số polyp có hình thái thuộc nhóm Type 0-Is 62%.

Bảng 4. Phân loại polyp dựa trên đặc điểm mô bệnh học (n=150)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Polyp tăng sản	70	46,7
Polyp tuyến không loạn sản	0	0
Polyp tuyến có loạn sản độ thấp	77	51,3
Polyp tuyến có loạn sản độ vừa	1	0,7
Polyp tuyến có loạn sản độ cao	2	1,3
Ung thư, khác	0	0
Tổng số	150	100

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học polyp cho thấy đa số bệnh nhân có Polyp tuyến có loạn sản độ thấp chiếm 51,3%, tiếp đến là Polyp tăng sản chiếm 46,3%. Các polyp có đặc điểm khác chiếm tỷ lệ thấp tổng 2%

Bảng 5. Phân loại mô bệnh học polyp theo đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm		Polyp loạn sản (n/%)	Polyp tăng sản (n/%)
Theo giới tính	Nam	43 - 55,1%	35 - 44,9%
	Nữ	37 - 51,4%	35 - 48,6%
Theo nhóm tuổi	Dưới 30 tuổi	3 - 3,8%	4 - 4,7%
	31 - 40 tuổi	7 - 8,8%	6 - 8,6%
	41 - 50 tuổi	9 - 11,3%	10 - 14,3%
	Trên 50 tuổi	61 - 76,3%	50 - 71,4%
Theo vị trí polyp	Trực tràng	18 - 22,5%	12 - 17,1%
	Đại tràng Sigma	28 - 35%	29 - 41,4%
	Đại tràng xuống	9 - 11,2%	4 - 5,7%
	Đại tràng ngang	8 - 10%	10 - 14,3%
	Đại tràng lên	15 - 18,7%	13 - 18,6%
	Manh tràng	2 - 5,3 %	2 - 2,9%
Theo kích thước polyp	< 5mm	27 - 33,7%	19 - 27,1%
	Từ 5 đến < 10mm	53 - 66,3%	51 - 72,9%

Nhận xét: Phân loại mô bệnh học polyp tương đối đồng đều theo giới tính, độ tuổi của bệnh nhân. Theo vị trí, gặp nhiều nhất là polyp tăng sản tại đại tràng Sigma, theo kích thước polyp loạn sản và tăng sản đều gặp nhiều hơn ở nhóm kích thước 5 - <10 mm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 150 bệnh nhân với 513 polyp cắt được, không có sự khác biệt rõ rệt về giới tính của ĐTNC, lứa tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là nhóm trên 50 tuổi chiếm 74%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các khuyến cáo sàng lọc ung thư đại trực tràng trên thế giới (thường bắt đầu từ tuổi 45-50). Tuổi càng cao, thời gian niêm mạc đại tràng tiếp xúc với các tác nhân gây biến đổi gen càng dài, dẫn đến hình thành polyp. Đồng thời tương ứng với nghiên cứu của Trần Công Huy [6] với tuổi trung bình phát hiện polyp là 59,5 tuổi. Xét các yếu tố tiền sử bản thân cho thấy, nhóm người bệnh tái phát chiếm tỷ lệ cao với 38% có tiền sử polyp đại trực tràng. Những người đã từng có polyp có nguy cơ tái phát hoặc mọc thêm polyp mới rất lớn. Điều này khẳng định tầm quan trọng của việc theo dõi định kỳ sau khi cắt polyp nhằm phát hiện sớm dấu hiệu tái phát và biến chứng.

Về số lượng polyp cắt được ở mỗi bệnh nhân, nhóm có trên 3 polyp chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3% cho thấy tính chất đa ổ của bệnh lý polyp đại trực tràng. Điều này đặt ra yêu cầu cực kỳ cao cho bác sĩ nội soi trong việc quan sát tỉ mỉ toàn bộ khung đại tràng để tránh bỏ sót tổn thương. Mặc dù vị trí tập trung polyp nhiều nhất là trực tràng và đại tràng sigma 59,8% tuy nhiên vẫn có 40,2% trường hợp polyp nằm rải rác ở nhiều vị trí khác nhau trên khung đại tràng phản ánh đặc điểm sinh lý đại tràng trái (sigma) và trực tràng là "vùng trũng", nơi phân lưu lại lâu nhất, tạo điều kiện cho các tác nhân gây ung thư tiếp xúc với niêm mạc. Kết quả cũng có sự tương đồng trong nghiên cứu Lê Huyền Trân và cộng sự [7] phản ánh tính đặc trưng của bệnh lý polyp đại trực tràng. Phân loại polyp theo hình thái, tìm thấy trong nghiên cứu tỷ lệ cao nhất ở nhóm JNET 1 88,7% gợi ý tính chất lành tính, đồng thời Type 0-Is (không cuống) chiếm đa số 62% phản ánh hình thái điển hình của các polyp nhỏ ở đại trực tràng.

Tiến hành giải phẫu bệnh các polyp cắt được trên 150 bệnh nhân, tổng tỷ lệ polyp u tuyến (bao gồm tất cả các mức độ loạn sản) chiếm 53,3% (80/150 ca), cao hơn so với polyp tăng sản (46,7%). Giải thích theo lộ trình hình thành ung thư đại trực tràng, u tuyến là tổn thương tiền ung thư thực sự. Việc hơn một nửa số polyp dưới 1cm là u tuyến khẳng định rằng: Dù kích thước nhỏ, việc cắt bỏ polyp ngay khi phát hiện là cực kỳ cần thiết để triệt tiêu

nguồn gốc tiềm tàng của ung thư. Xét theo mức độ loạn sản, 51,3% loạn sản mức độ thấp cho thấy điều này phù hợp với đặc điểm của polyp kích thước nhỏ (<1cm), thường chưa kịp biến đổi cấu trúc tế bào phức tạp. Tuy nhiên vẫn có 2% polyp loạn sản vừa và cao là một lời cảnh báo, cho thấy kích thước không phải là thước đo duy nhất cho sự an toàn của polyp. Nghiên cứu cũng ghi nhận 46,7% là polyp tăng sản. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, phản ánh đặc điểm dịch tễ học của nhóm polyp nhỏ thường gặp ở đại tràng xuống và trực tràng. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng trong một số nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy đặc điểm dịch tễ học nổi bật của polyp đại trực tràng [7,8].

Nghiên cứu phân loại mô bệnh học và đặc điểm lâm sàng cho thấy polyp loạn sản ở nam giới (55,1%) cao hơn so với nữ giới (51,4%). Mặc dù sự chênh lệch này không quá lớn, nhưng nó phù hợp với các báo cáo dịch tễ học về ung thư đại trực tràng, nơi nam giới thường có nguy cơ mắc các tổn thương tiền ung thư cao hơn. Điều này có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ như thói quen hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia và chế độ ăn uống nhiều đạm động vật. Bên cạnh đó, tuổi tác là yếu tố nguy cơ độc lập và quan trọng nhất đối với sự hình thành polyp. Tỷ lệ polyp loạn sản tăng vọt ở nhóm trên 50 tuổi củng cố các khuyến cáo tầm soát nội soi đại tràng định kỳ cho đối tượng này. Xét theo kích thước polyp, mặc dù tất cả các mẫu trong nghiên cứu đều dưới 1cm, nhưng xu hướng loạn sản rõ rệt hơn ở nhóm có kích thước tiệm cận 10mm. Kết quả này tương đồng với quy luật: kích thước polyp càng lớn thì tỷ lệ nghịch sản và cấu trúc u tuyến càng phức tạp.

Tóm lại, các đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của nhóm polyp dưới 1cm tại Bệnh viện Việt Tiệp cho thấy tỷ lệ u tuyến loạn sản chiếm ưu thế, đặc biệt ở bệnh nhân nam trên 50 tuổi và vị trí đại tràng trái; kết quả này khẳng định việc nội soi tầm soát toàn bộ đại tràng và can thiệp cắt bỏ sớm các tổn thương dù là nhỏ nhất chính là 'chìa khóa' vàng trong chiến lược dự phòng ung thư đại trực tràng tại cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức, thái độ của cha/mẹ trẻ về việc sử dụng kháng sinh còn hạn chế với 53,2% có kiến thức đạt và chỉ 49,1% cha/mẹ trẻ có thái độ tích cực.

VI. HẠN CHẾ

Nghiên cứu còn hạn chế về cỡ mẫu nhỏ, tiến hành tại một bệnh viện chưa mang tính đại diện cho đặc điểm polyp đại trực tràng của toàn thể quần thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Colorectal cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>. 13/02/2026
2. Prashanth R, Tagore S, Adam B. Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Prz Gastroenterol*. 2019;14(2):89–103. doi: 10.5114/pg.2018.81072
3. Rebecca L.S, Nikita S.W, Tyler B.K et al. Colorectal cancer statistics, 2026. *A Cancer Journal for Clinicians*. 2026;76(2). <https://doi.org/10.3322/caac.70067>.
4. Marcelle M, Maximos A. Colon Polyps. National Library of Medicine. 08/8/2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430761/>
5. Dazhou L, Jiao X, Gang L et al. Efficacy and safety of three different endoscopic methods in treatment of 6–20 mm colorectal polyps. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2020;55. <https://doi.org/10.1080/00365521.2020.1732456>
6. Trần Công Huy, Huỳnh Hiếu Tâm. Đặc điểm nội soi của polyp đại trực tràng được phân loại theo phân loại JNET so sánh với kết quả mô học tại bệnh viện đại học Y dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*. 2025;85, 70-75. <https://doi.org/10.58490/ctump.2025i85.3456>.
7. 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.
8. Gao P, Liu Y, Chen J, et al. Endoscopic management of colorectal polyps. *Gastroenterol Rep*. 2023;11:goad027. doi:10.1093/gastro/goad027.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC VẾT MỔ CẤY MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN Ở NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG VỚI GẠC AQUACEL VÀ DUODERM

Vũ Thị Minh Phượng¹, Nguyễn Thị Thu Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc vết mổ cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn ở người bệnh dùng thuốc chống đông với gạc Aquacel và DuoDerm tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Người bệnh đã được tiến hành cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn có sử dụng thuốc chống đông và sau cấy được sử dụng gạc Aquacel và DuoDerm tại Viện Tim mạch- Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2021 đến 10/2021.

Kết quả: Đến ngày thứ 7 sau thủ thuật, tình trạng đau của người bệnh cải thiện rõ rệt với 61,5% chỉ còn đau ít và 38,5% không còn đau theo thang điểm VAS. Dịch rỉ vết mổ chủ yếu ở mức vừa (84,6%), 100% là dịch huyết thanh, không ghi nhận máu, mủ hay mùi

bất thường. 100% người bệnh đạt mức liền thương ≥ 90%, mép vết thương màu hồng, khép kín và không có bất thường về nhiệt độ da. Một số phản ứng dị ứng nhẹ với băng gạc được ghi nhận như ngứa, đỏ da, sưng và mụn nước, không có trường hợp phù nề. 59,6% người bệnh còn khó khăn khi vận động, trong khi tỷ lệ không hài lòng với gạc Aquacel và DuoDerm chỉ 5,8%.

Kết luận: Chăm sóc vết mổ cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn bằng gạc Aquacel và DuoDerm cho thấy hiệu quả tốt, giúp giảm đau rõ rệt, kiểm soát dịch rỉ và thúc đẩy quá trình liền thương vào ngày thứ 7 sau thủ thuật. Các phản ứng dị ứng chủ yếu ở mức độ nhẹ, không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng hay phù nề vết mổ. Phần lớn người bệnh hài lòng với phương pháp chăm sóc, cho thấy tính an toàn và khả năng áp dụng trong thực hành điều dưỡng lâm sàng.

Từ khóa: chăm sóc vết mổ cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn, gạc Aquacel và DuoDerm

SUMMARY

EVALUATION OF POSTOPERATIVE WOUND CARE OUTCOMES AFTER PERMANENT

¹ Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

² Viện Tim mạch- Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Minh Phượng

Email: vuminhphuong@ndun.edu.vn

Mã bài: N654

Ngày nhận bài: 13.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2026

Ngày duyệt bài: 15.4.2026