

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

NGUYỄN VĂN NAM

NHẬN XÉT KẾT QUẢ SÓM CẮT POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG BẰNG
KỸ THUẬT CẮT HỚT NIÊM MẠC QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN
ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2 NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

BẮC NINH, NĂM 2026

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

**NHẬN XÉT KẾT QUẢ SỐM CẮT POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG BẰNG
KỸ THUẬT CẮT HỚT NIÊM MẠC QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN
ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2 NĂM 2026**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Nguyễn Văn Nam

BẮC NINH, NĂM 2026

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Sơ lược về giải phẫu và mô học đại trực tràng	4
1.2. Polyp đại trực tràng	6
1.3. Các phương pháp chẩn đoán polyp ĐTT	13
1.4. Các phương pháp cắt polyp ĐTT qua nội soi	18
1.4.1. Cắt polyp ĐTT bằng thông lọng điện	19
1.4.2. Phương pháp cắt hót niêm mạc (EMR)	20
1.4.3. Phương pháp cắt tách dưới niêm mạc (ESD).....	21
1.5. Biến chứng và theo dõi sau cắt polyp đại trực tràng.....	22
1.6. Một số nghiên cứu về EMR trong và ngoài nước.....	23
1.7 Giới thiệu tóm tắt về Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2.....	24
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	26
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	26
2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn.....	26
2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ.....	26
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	26
2.2.1. Thời gian nghiên cứu	26
2.2.2. Địa điểm nghiên cứu	26
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	26
2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	26
2.5. Phương tiện nghiên cứu	27
2.6. Phương pháp thu thập số liệu.....	28
2.7. Các biến số, chỉ tiêu nghiên cứu.....	34
2.8. Quy trình tiến hành thủ thuật.....	36
2.9. Xử lý và phân tích số liệu	39
2.10. Đạo đức trong nghiên cứu.....	39

2.11. Hạn chế của nghiên cứu.....	39
Chương 3. DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	41
3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.....	41
3.2. Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học	43
3.3. Kết quả cắt polyp bằng phương pháp EMR.....	46
Chương 4. DỰ KIẾN BÀN LUẬN.....	48
Chương 5. DỰ KIẾN KẾT LUẬN.....	49
KHUYẾN NGHỊ	50
TÀI LIỆU THAM KHẢO	

DANH MỤC CHỮ CÁI VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
ĐT		Đại Tràng
ĐTT		Đại trực tràng
EMR	Endoscopic Mucosal Resection	Kỹ thuật cắt hớt niêm mạc qua nội soi
ESD	Endoscopic Submucosal Dissection	Kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi
GPBL		Giải phẫu bệnh lý
JNET	Japan NBI Expert Team	Phân loại NBI của các chuyên gia Nhật Bản
MBH		Mô bệnh học
NBI	Narrow band Imaging	Nội soi dải tần hẹp
NICE	Narrow-band imaging International Colorectal Endoscopic Classification	Phân loại quốc tế hình ảnh nội soi đại trực tràng nhuộm màu bằng NBI
UEMR	Underwater Endoscopic Mucosal Resection	Kỹ thuật cắt niêm mạc trong môi trường nước
UT		Ung thư
WLE	White light endoscopy	Nội soi ánh sáng trắng

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Phân loại quốc tế hình ảnh NBI tổn thương ĐTT theo NICE	15
Bảng 1.2. Phân loại hình ảnh nội soi tổn thương ĐTT theo JNET	16
Bảng 2.1. Phân loại mô bệnh học polyp ĐTT của WHO năm 2010	31
Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi	41
Bảng 3.2. Phân bố theo giới	41
Bảng 3.3. Đặc điểm tiền sử gia đình	42
Bảng 3.4. Đặc điểm tiền sử bản thân	42
Bảng 3.5. Đặc điểm lâm sàng	43
Bảng 3.6. Số lượng polyp trên một bệnh nhân	43
Bảng 3.7. Vị trí polyp.....	44
Bảng 3.8. Kích thước polyp	44
Bảng 3.9. Hình ảnh nội soi phân loại theo Paris.....	45
Bảng 3.10. Kết quả giải phẫu bệnh sau khi làm EMR.....	45
Bảng 3.11. Liên quan giữa kích thước polyp và kết quả GPBL sau EMR.....	45
Bảng 3.12. Liên quan giữa phân loại Paris và kết quả GPBL sau EMR	46
Bảng 3.13. Kết quả số nhát cắt bằng EMR	46
Bảng 3.14. Thời gian cắt polyp ĐTT	47
Bảng 3.15. Biến chứng gặp trong quá trình cắt polyp	47
Bảng 3.16. Kết quả cắt Polyp bằng phương pháp EMR.....	47

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Giải phẫu đại trực tràng	4
Hình 1.2. Mô học niêm mạc đại trực tràng.....	5
Hình 1.3. Phân loại Paris hình thái polyp đại trực tràng	8
Hình 1.4. Phương pháp cắt EMR.....	21
Hình 2.1. Hệ thống máy nội soi và dụng cụ thực hiện kỹ thuật EMR.....	28
Hình 2.2. Phân loại Paris hình dạng polyp đại trực tràng	30

ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (PLĐTT) là một bệnh lý tương đối phổ biến trong nhóm bệnh ở đường tiêu hóa dưới. Polyp là khối u lồi vào lòng đại trực tràng, nó được hình thành do sự tăng sản quá mức của lớp niêm mạc. Nhiều nghiên cứu cho thấy hầu hết ung thư đại trực tràng tiến triển từ polyp tuyến. Theo Nguyễn Trường Sơn tỷ lệ ung thư gặp ở 11,43% polyp kích thước trên 20mm, và 25% polyp kích thước trên 30mm [6]. Ung thư đại trực tràng thường phát triển từ các tổn thương polyp hay u tuyến (Adenoma) lành tính, qua thời gian tăng dần khoảng 10 đến 20 năm trước khi trở thành ung thư, 95% ung thư biểu mô tuyến có nguồn gốc từ các polyp này [19], [20], [21].

Triệu chứng lâm sàng của bệnh thường là kín đáo, không điển hình và không đặc hiệu, bệnh thường diễn biến trong một thời gian dài không có triệu chứng hoặc với các dấu hiệu mà bệnh nhân thường ít quan tâm đến như đau bụng không rõ nguyên nhân, rối loạn phân, đi ngoài ra máu không thường xuyên, do vậy việc phát hiện và chẩn đoán PLĐTT thường khó khăn. Nhiều tác giả đề xuất sử dụng nội soi đại trực tràng là phương pháp sàng lọc phát hiện sớm polyp, qua nội soi việc cắt bỏ các polyp đại trực tràng đã mang lại nhiều hiệu quả tích cực cho người bệnh nâng cao chất lượng sống, thời gian phục hồi nhanh chóng.

Nội soi đại tràng với cắt polyp làm giảm tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư đại trực tràng. Cắt polyp tuyến đại trực tràng qua nội soi đã chứng minh hiệu quả làm giảm đến 90% tỉ lệ bệnh mới mắc ung thư đại– trực tràng [1], [5], [16]. Việc lựa chọn phương pháp tối ưu để cắt polyp đại trực tràng theo các đặc điểm của tổn thương bao gồm vị trí, kích thước, hình thái và mô bệnh học. Nhiều kỹ thuật cắt polyp nội soi khác nhau đã được đề xuất để điều trị các polyp không cuống hoặc polyp đại tràng có kích thước lớn. Tuy nhiên kỹ thuật tối ưu vẫn chưa rõ ràng. Tỷ lệ cắt hoàn toàn polyp bằng thông lọng lạnh (CSP), cắt niêm mạc nội soi bằng thông lọng lạnh (CS-EMR) và cắt niêm mạc nội soi

(EMR) lần lượt là 81,6%, 94,1% và 95,5% ($p < 0,001$). Tỷ lệ chảy máu trong thủ thuật, ngay sau khi cắt polyp ở nhóm CSP cao hơn so với nhóm CS-EMR và EMR (9,4% so với 4,4% so với 1,9%; $p < 0,001$) [18]. Kỹ thuật cắt polyp tiêu chuẩn hiệu quả thấp, dễ sót mô u và có tỉ lệ biến chứng cao hơn đối với các polyp không cuống [10]. Cắt hút niêm mạc là phương pháp được lựa chọn giúp tăng tỉ lệ cắt hoàn toàn và giảm các biến chứng sau cắt. Kỹ thuật cắt hút niêm mạc để điều trị các polyp đại trực tràng cũng đã từng bước được áp dụng ở các bệnh viện lớn tại Việt Nam, tuy nhiên số nghiên cứu về hiệu quả điều trị của phương pháp này chưa được công bố nhiều.

Tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2, Kỹ thuật cắt hút niêm mạc (EMR) đã được áp dụng trong điều trị polyp đại trực tràng, bước đầu đã mang lại được nhiều thành công đáng kể giúp cho bệnh nhân giảm được chi phí chữa bệnh do giảm số ngày nằm viện điều trị nội trú, giảm đáng kể các ca phẫu thuật mở thành bụng cắt polyp. Nhằm nâng cao hiệu quả trong việc chẩn đoán, điều trị polyp đại trực tràng chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài:

“ Nhận xét kết quả sớm cắt polyp đại trực tràng bằng kỹ thuật cắt hút niêm mạc qua nội soi tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2026 ”

với 2 mục tiêu:

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

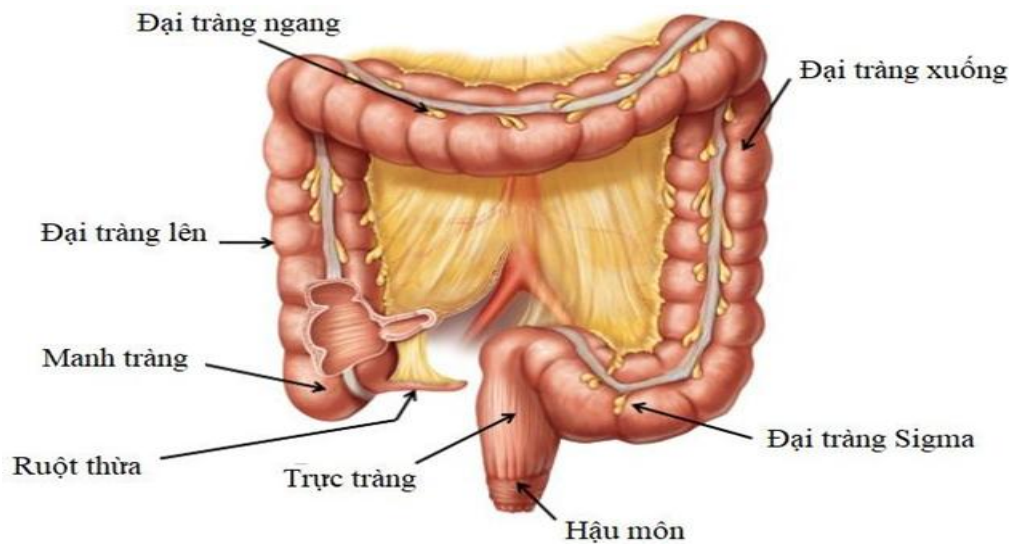
1. Mô tả một số đặc điểm nội soi, mô bệnh học của của polyp đại trực tràng tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2026.
2. Nhận xét kết quả sớm của kỹ thuật cắt hớt niêm mạc qua nội soi điều trị polyp đại trực tràng tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Sơ lược về giải phẫu và mô học đại trực tràng

1.1.1. Hình thể ngoài

Khung đại tràng có hình dạng chữ U ngược, chiều dài khoảng 1,5 - 2 mét, được chia thành 7 phần chính: Manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sigma, trực tràng và ống hậu môn. Có 3 vị trí gấp khúc tại đại tràng góc gan, đại tràng góc lách và đại tràng sigma.



Hình 1.1 Giải phẫu đại trực tràng

Đại tràng có vai trò trong tái hấp thu nước và điện giải, một số vitamin cũng như acid amin, chất béo và carbohydrat dư thừa sau tiêu hóa. Cuối cùng là nơi tạo và đào thải phân ra khỏi cơ thể.

1.1.2. Cấu tạo mô học đại trực tràng

Thành đại tràng cấu tạo bởi 4 lớp (từ ngoài vào trong): lớp thanh mạc, lớp cơ, lớp dưới niêm mạc và lớp niêm mạc.

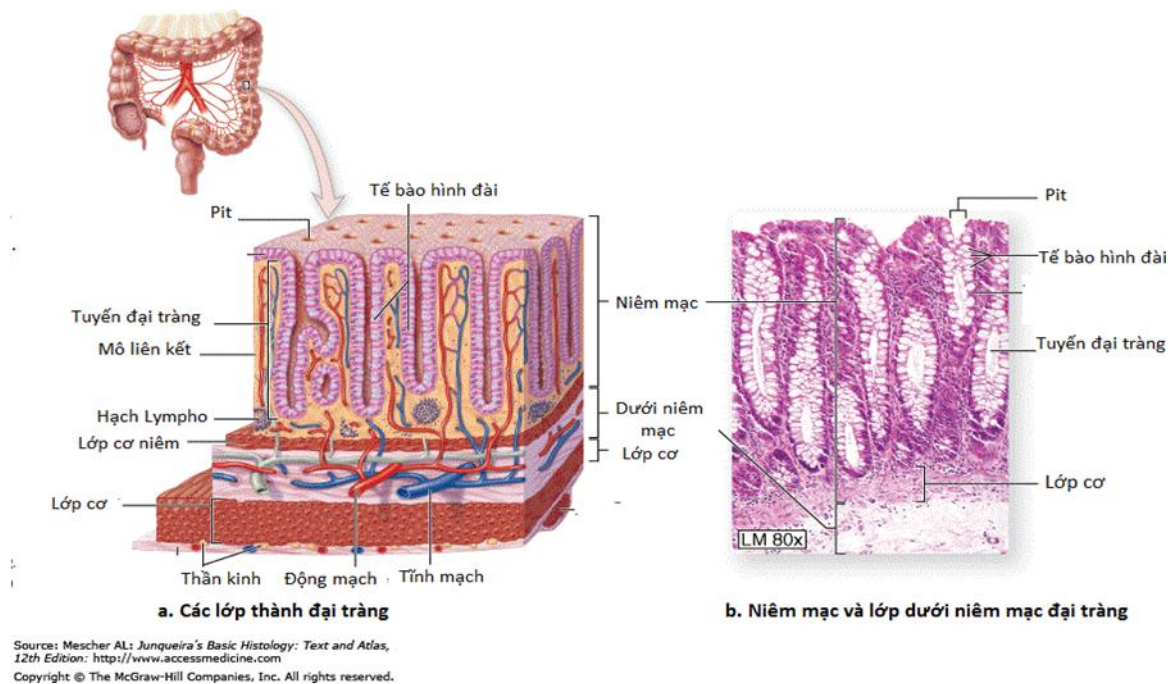
1.1.2.1. Lớp niêm mạc

Được chia thành 3 lớp: lớp biểu mô, lớp đệm và lớp cơ niêm.

- Lớp biểu mô: được phủ bởi biểu mô trụ đơn (simple columnar epithelium) có các tế bào hình đài (goblet cells) và tế bào hình trụ (columnar cells).

- Lớp đệm: nằm dưới lớp biểu mô phủ, tạo thành bởi các mô liên kết có nhiều tương bào và lympho bào. Một thành phần quan trọng khác của lớp đệm là tuyến Lieberkuhn (crypts of Lieberkuhn) là những tuyến cấu tạo bởi 1 loại biểu mô trụ đơn với 4 loại tế bào chính: tế bào hình đài tiết nhày (goblet cell), tế bào hấp thụ (absorptive cells - chức năng hấp thụ chất dinh dưỡng, điện giải, chất lỏng), tế bào tái tạo (regenerative cell - chức năng phát triển thay thế các tế bào khác của biểu mô ruột) và các tế bào nội tiết ruột (enteroendocrine cell - giải phóng ra các hormon cận tiết (paracrine hormon). Cấu trúc pit tương ứng với lỗ mở của tuyến Lieberkuhn quan sát thấy trên bề mặt lớp biểu mô của niêm mạc.

- Lớp cơ niêm: cấu tạo lớp cơ vòng ở trong và lớp cơ dọc ở ngoài



Hình 1.2 Mô học niêm mạc đại trực tràng

1.1.2.2 Lớp dưới niêm mạc

Tổ chức lỏng lẻo chứa mạch máu, thần kinh và mạch bạch huyết.

1.1.2.3 Lớp cơ

Gồm có: cơ vòng trong và dọc ngoài đều là cơ trơn. Lớp cơ dọc ngoài được biến đổi ở dải dọc đại tràng.

1.1.2.4 Lớp thanh mạc

Là lá tạng của phúc mạc. Dính với lớp cơ bằng tổ chức dưới thanh mạc và dính với phúc mạc tạo thành mạc treo.

1.2. Polyp đại trực tràng

1.2.1. Định nghĩa polyp đại trực tràng

Polyp ĐTT là u lồi vào trong lòng ĐTT, khối u được hình thành do sự tăng sinh quá mức của niêm mạc ĐTT, bề mặt polyp có lớp niêm mạc bao phủ. Cổ điển thì thuật ngữ polyp dùng để chỉ những u lồi ra từ niêm mạc. Do đó, có những khối u nhìn bề ngoài rất giống polyp ĐTT nhưng lại không phải là polyp như u mỡ, u cơ, u thần kinh, giả polyp... vì vậy polyp ĐTT là một thuật ngữ mô tả chung, nó không đặc hiệu cho bất cứ loại u lồi nào nhô lên bề mặt niêm mạc ĐTT [22].

1.2.2. Phân loại polyp đại trực tràng theo đặc điểm nội soi

1.2.2.1 Phân loại theo hình dạng polyp

Polyp ĐTT có hình thái rất đa dạng, được quy ước phần polyp dính vào thành ĐTT gọi là chân hoặc cuống polyp, còn phần ở xa nhất so với chân hay cuống gọi là đỉnh polyp, phần còn lại giữa đỉnh polyp với cuống là đầu polyp. Cuống polyp có thể ngắn hay dài, chân polyp có thể nhỏ hoặc to hơn đầu polyp. Polyp cũng có thể có nhiều đỉnh [22].

Về phương diện hình dạng, người ta chia polyp ra làm 4 loại chính như sau:

- *Polyp không có cuống (Sessile)*: Khi phần chân polyp lớn hơn phần đầu.
- *Polyp có cuống (Pedunculate)*: Khi phần đầu polyp lớn hơn phần cuống nhiều lần và có ranh giới rõ giữa đầu và cuống. Cuống polyp có dạng như cuống của các loại quả.

- *Polyp nửa cuống*: Khi phần cuống polyp chỉ nhỏ hơn phần đầu một chút không rõ ranh giới giữa đầu và cuống polyp.

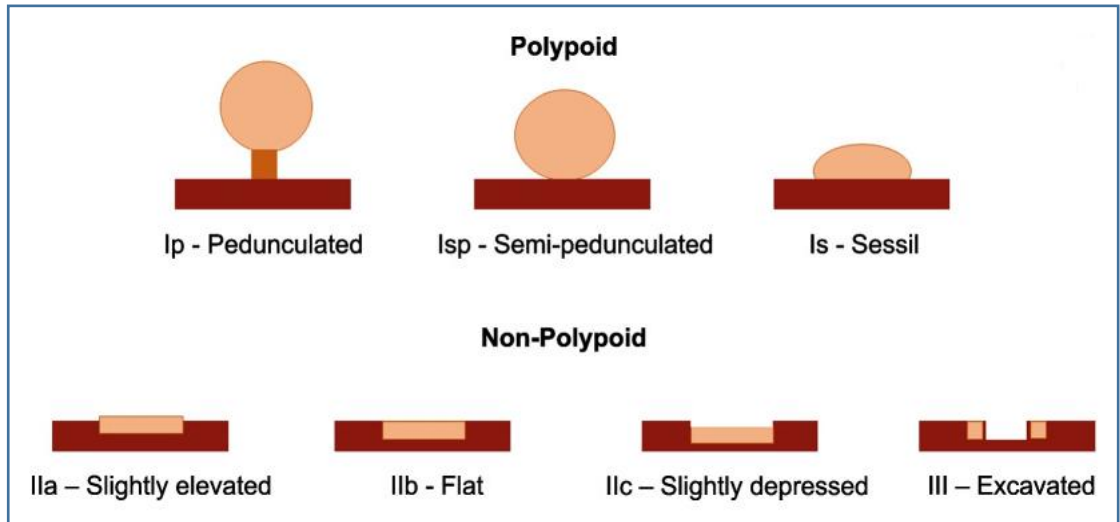
- *Polyp dạng dẹt*: Khi phần đỉnh polyp “bằng phẳng” to bè, có khi rộng gần như phần chân, có tác giả còn gọi dạng dẹt là polyp có hình tấm thảm (carpet) [23].

Hiện nay, về hình dạng các tổn thương polyp khi nội soi ĐTT được xác định dựa theo phân loại Paris (2002) cập nhật năm 2005 đã sửa đổi cho phù hợp với phân loại của Kudo năm 1993 về ung thư ĐTT giai đoạn sớm. Phân loại Paris cho phép dự đoán tình trạng mô bệnh học tiến triển và ung thư xâm lấn (các tổn thương nhóm 0-IIc, III), các tổn thương được chia thành 3 dạng gồm tổn thương lõm (loại 0-I), tổn thương phẳng (loại 0-II) và tổn thương loét (loại 0-III).

Tổn thương lõm (0-I): được phân chia thành 2 dạng hình thái bao gồm hình thái có cuống (0-Ip) là khi chiều cao của tổn thương gấp 2 lần chiều dày của lớp niêm mạc; hình thái không cuống (0-Is) là những tổn thương có chiều rộng của đáy và chiều cao tổn thương là như nhau và tổn thương lõm lên trên so với niêm mạc xung quanh lớn hơn 2,5mm tương đương với cái mũ của kim sinh thiết; bên cạnh đó có một tổn thương dạng bán cuống (0-Isp) thì quản lý như tổn thương không cuống (0-Is).

Tổn thương phẳng (0-II): bao gồm 3 hình thái như sau: phẳng gồ (0-IIa), phẳng dẹt (0-IIb) và phẳng lõm (0-IIc), các tổn thương phẳng là những tổn thương lõm lên hoặc lõm xuống nhỏ hơn 2,5mm (tương đương với cái mũ của kim sinh thiết) so với niêm mạc xung quanh.

Tổn thương dạng loét (0-III): dạng này thường hiếm gặp ở đại tràng. Các tổn thương phẳng hoặc lõm thường hiếm gặp rất dễ bỏ sót khi nội soi đại tràng, trong khi đó, các tổn thương lõm cao thường gặp hơn. Trên nội soi thường hay gặp tổn thương dạng kết hợp như IIa + IIc và IIa + Is [14].



Hình 1.3. Phân loại Paris hình thái polyp đại trực tràng [14].

Phân loại Paris định nghĩa phẳng khi chiều cao < 2,5 mm so với niêm mạc bình thường. Loại tổn thương không chỉ ra cụ thể trên phân loại Paris là u lan phía bên (lateral spreading tumour - LST). U lan phía bên là u phẳng, đường kính > 10 mm và mở rộng sang phía bên chứ không phải theo chiều dọc. U có thể có dạng hạt (LST - G, Ila + Is) hoặc không hạt (LST - NG, Iic + Iia). Có cả tổn thương gồ và lõm trên loại u này. Dự đoán khả năng ung thư hóa của polyp không chỉ dựa trên kích thước, mà còn dựa trên sự có mặt của tổn thương gồ và lõm trên đó. Nguy cơ ung thư hóa của LST – G là 7% và LST – NG là 14%.

Tổn thương lồi (Ip và Is) là phổ biến, và kích thước < 5 mm nguy cơ ung thư không đáng kể, nhưng tổn thương > 20 mm có nguy cơ ung thư hóa cao. Tổn thương lõm (typ Iic) ở đại trực tràng thường là ung thư, kể cả kích thước nhỏ (<10 mm). Các tổn thương lõm thường hiếm nhưng phát triển rất nhanh, xâm lấn ở giai đoạn sớm, khó cắt qua nội soi.

1.2.2.2 Phân loại theo kích thước polyp

Kích thước polyp thường được tính ở chỗ polyp to nhất, polyp có cuống tính đường kính (ĐK) đầu, polyp không cuống tính ĐK chân. Polyp ĐTT có

kích thước rất nhỏ, từ vài mm đến rất lớn >50mm. Để giúp cho điều trị, tiên lượng cũng như nghiên cứu người ta phân chia kích thước polyp làm 3 loại [11]:

- Polyp loại nhỏ khi đường kính đầu hoặc chân < 10mm.
- Polyp loại vừa khi đường kính đầu hoặc chân từ 10→20mm.
- Polyp loại lớn khi đường kính đầu hoặc chân từ > 20mm.

1.2.2.3. Phân loại theo vị trí polyp

Polyp có thể thấy ở bất cứ vị trí nào của ĐTT. Để tiện cho chẩn đoán, điều trị cũng như nghiên cứu, người ta chia vị trí polyp tương ứng theo sự phân chia vị trí giải phẫu của ĐTT. Như vậy ĐTT được chia làm 6 đoạn thì polyp cũng có 6 vị trí tương ứng. Đứng trên phương diện sinh lý và bệnh lý thì ĐTT lại được chia làm 2 đoạn: ĐT phải và ĐT trái, do đó có polyp ở ĐT phải và polyp ở ĐT trái

1.2.2.4. Phân loại theo số lượng polyp

Về số lượng polyp trên một bệnh nhân (BN), người ta chia polyp làm 3 loại:

+ **Polyp đơn độc (Single Polyp):**

Khi trong ĐTT của BN chỉ có một polyp thì polyp đó được gọi là polyp đơn độc. Polyp đơn độc có nhiều loại:

+ *Polyp đơn độc thiếu niên (Polyp Solitaire Juvenile)*: polyp loại này thường có cuống.

+ *Polyp tuyến đơn độc (polyp solitaire Adenomatous)*: polyp loại này có thể có cuống hoặc không có cuống.

+ **Đa polyp (Multiple polyp)**

Khi BN có từ 2 đến 99 polyp ở ĐTT thì được gọi là đa polyp

+ **Bệnh polyp (Polypose):** Thuộc nhóm bệnh này khi ĐTT của BN có từ 100 polyp trở lên. Trên 1 BN bị đa polyp hoặc bệnh polyp có thể có nhiều hình dạng, kích thước polyp khác nhau.

1.2.3 Phân loại mô bệnh học của polyp đại trực tràng

Năm 2010, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra phân loại mô bệnh học mới cho polyp đại trực tràng

- Các tổn thương tiền ung thư:

+ U tuyến: ống, nhung mao, ống nhung mao

+ Loạn sản (tân sản nội biểu mô) độ thấp

+ Loạn sản (tân sản nội biểu mô) độ cao

- Các tổn thương răng cưa: polyp tăng sản; u tuyến/polyp răng cưa không cuống. U tuyến răng cưa cổ điển.

Trong phân loại mô bệnh học mới polyp đại trực tràng u tuyến chỉ có thể kèm theo mức độ loạn sản thấp hoặc mức độ loạn sản cao. Nhóm polyp với mức độ loạn sản trung bình trước đây đã được xếp vào nhóm polyp loạn sản thấp. Lý giải cho điều chỉnh này, các nhà lâm sàng ghi nhận mức độ ý nghĩa trong biểu hiện lâm sàng và tiên lượng mức độ trung bình là tương tự như mức loạn sản thấp. Polyp loạn sản độ cao chỉ nên được chẩn đoán với các polyp u tuyến biểu hiện cả loạn sản mức độ cao của cả tế bào học và cấu trúc.

Nhóm polyp u tuyến

- *U tuyến ống* thường nằm trong nhóm u tuyến lồi, hình cầu, có cuống, đồng thời cũng có thể là nhóm dẹt. U tuyến ống thường có loạn sản nhẹ với ít nhất 80% tuyến ống có chia nhánh, nhung mao chiếm < 25%, chiếm 80 - 86% u tuyến đại trực tràng

- *U tuyến nhung mao* là tổn thương không cuống với bề mặt giống nhung mao. U tuyến nhung mao thường kích thước lớn, loạn sản nặng, với > 75% tuyến nhung mao, chiếm 3 - 16% u tuyến đại trực tràng. Đặc điểm vi thể của u tuyến nhung mao với các nhú giống hình lá được lót bởi biểu mô tuyến loạn

sản chiếm hơn 80% bề mặt ống. Cấu trúc nhung mao được xác định duy nhất bằng chiều dài của tuyến vượt quá 2 lần chiều dày của niêm mạc đại trực tràng bình thường.

- *U tuyến ống - nhung mao* là hỗn hợp của cấu trúc ống và cấu trúc nhung mao trong đó cấu trúc nhung mao chiếm < 75%. U tuyến ống - nhung mao chiếm 8 - 16% u tuyến đại trực tràng.

Nhóm polyp răng cưa:

U tuyến răng cưa cũng là một nhóm dưới của u tuyến, đã có những báo cáo và bằng chứng chứng minh tiềm năng ác tính của của loại u tuyến răng cưa này mặc dù lịch sử tự nhiên và sự tiến triển vẫn chưa được xác định rõ ràng và được bổ sung vào nhóm u tuyến trong phân loại của WHO năm 2010. U tuyến răng cưa được đặc trưng bởi những thay đổi trong cấu trúc răng cưa mà chủ yếu tập trung ở phần dưới của khe tuyến với đặc điểm khe tuyến chia nhánh, tạo hình chữ T hay chữ L ngược, giảm số lượng tế bào hình đài hoặc tế bào hình đài không điển hình với chất nhầy chỉ thấy ở phần đỉnh của bào tương, kèm theo đa số là loạn sản mức độ thấp với những thay đổi hình thái nhân tế bào không điển hình, tuy nhiên vẫn có thể gặp những hình thái của loạn sản độ cao với tỷ lệ thấp. U tuyến răng cưa được chia thành 3 loại gồm u tuyến răng cưa truyền thống (Traditional serrated adenoma-TSA), polyp hỗn hợp (Mixed hyperplastic adenomatous polyp-MHAP) và u tuyến không cuống có răng cưa (Sessile serrated adenoma-SSA) :

Nhóm Hamartomatous polyps

Là các khối u giống như được tập hợp bởi các mô bình thường nhưng sắp xếp thiếu trật tự và không cân xứng. Juvenile and Peutz-Jeghers polyps là 2 dạng hay gặp nhất của Hamartomatous polyps

- Polyp thiếu niên (Juvenil polyps):

Là loại polyp thường gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi, có thể gặp ở người lớn. Phần lớn là polyp có cuống và khó phân biệt được trên nội soi với các polyp

tuyến. Đặc điểm mô học là các tuyến hình túi giãn rộng, chứa nhiều chất nhầy và xâm nhập nhiều tế bào viêm, lớp đệm phù nề và có mạng lưới mạch máu dày đặc. Juvenile polyps không có nguy cơ ung thư hoá. Ở một số gia đình có thể gặp ở dạng đa polyp, có tính di truyền và có nguy cơ hình thành ung thư. Hình ảnh đại thể là các polyp có cuống, bề mặt nhẵn bóng, sung huyết, ít khi chia múi.

- Polyp trong hội chứng Peutz - Jeghers:

Peutz-Jeghers polyps thường là dạng có nhiều polyp, gặp ở bệnh nhân có hội chứng Peutz-Jeghers. Hiếm khi có dạng polyp đơn độc. Peutz-Jeghers polyps thường có bề mặt nhẵn, sung huyết. Khác với juvenile polyps chúng thường có bề mặt dạng chia múi, đặc biệt ở các polyp kích thước lớn

Cấu trúc vi thể của polyp thấy dạng tuyến nhú hay vi nhung mao, các tuyến có lót nhiều loại tế bào và thường giãn rộng thành nang, các polyp này thường chứa các giải cơ trơn.

Polyp dạng lympho (Lymphoid polyps):

Hiếm gặp gồm nhiều mô lympho được phủ bởi lớp niêm mạc ruột đều đặn, đôi khi có teo dẹt. Mô lympho trong polyp có thể hoàn toàn bình thường với các nang lympho rõ ràng và mô đệm là các tế bào trưởng thành. Mô lympho của polyp thường không phát triển qua lớp hạ niêm mạc và có niêm mạc lành che phủ. Có tác giả cho rằng đây là những ổ quá sản lympho dưới niêm mạc của đại tràng [22].

Phân loại mức độ loạn sản của polyp đại trực tràng

- Loạn sản độ thấp: cấu trúc khe tuyến không phức tạp với các nhân tế bào xếp giá tầng hoặc xếp tầng chỉ tới nửa dưới chiều dày của bào tương tế bào vách khe tuyến. Có thể có nhiều nhân chia nhưng khó gặp các dấu hiệu như nhân chia không điển hình, tính đa hình của nhân tế bào, hoặc mất cực tính của tế bào. Các khe tuyến thường sắp xếp song song. Hiếm gặp cấu trúc tuyến dạng sàng, xếp liền kề nhau hoặc mọc chồi phức tạp

- *Loạn sản độ cao*: tổn thương có dạng giả tầng hoặc xếp tầng rõ rệt. Nhân tế bào thường lan toả đến nửa trên (phía trong lòng) chiều dày của bào tương vách khe tuyến. Nhân tế bào thường đa hình rõ, tăng tỷ lệ nhân chia với các nhân chia không điển hình rõ kèm mất cực tính của nhân. Các thay đổi cấu trúc niêm mạc rất rõ ràng như các khe tuyến nằm kề nhau, cấu trúc dạng sàng. Khi quá trình tiến triển càng gần với ung thư thì trật tự khe tuyến càng hỗn loạn, cấu trúc càng không đều và phức tạp hơn nhân tế bào với nhiều hốc sáng kèm hạt nhân lớn. Tỷ lệ nhân/ bào tương cao và tế bào mất cực tính rõ. Ung thư biểu mô tại chỗ cũng được xếp vào loạn sản độ cao.

Polyp ác tính/ung thư:

Polyp ung thư được đánh giá trên mô bệnh học thành 2 nhóm chính:

- Ung thư trong niêm mạc (intramucosal carcinoma –m): giai đoạn này còn gọi là ung thư biểu mô tại chỗ. Tế bào ung thư còn giới hạn ở lớp trong cùng của niêm mạc đại tràng.

- Ung thư xâm lấn lớp dưới niêm mạc (submucosal carcinoma – sm): ung thư đã phát triển qua lớp cơ niêm vào lớp dưới niêm mạc.

1.3. Các phương pháp chẩn đoán polyp ĐTT

1.3.1. Chẩn đoán bằng lâm sàng

1.3.1.1 Tiền sử

- *Tiền sử gia đình:*

+ Tiền sử gia đình có người bị polyp ĐTT và UTĐTT là những thông tin có giá trị gợi ý, định hướng và giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán.

+ Bệnh polyp gia đình (FAP), yếu tố di truyền thể hiện rất rõ: tần số truyền bệnh cho con ở các gia đình này đến 50%. Polyp trong các hội chứng: Gardner; Peutz - Jeghers; Cronkhite - Canada; Turcot .., cũng thường xuất hiện ở một số thành viên trong cùng một gia đình. Vì vậy, cần khai thác tiền sử gia đình có người bị polyp ĐTT hoặc có dấu hiệu nghi ngờ bị polyp để hướng đến chẩn đoán quyết định.

- *Tiền sử bản thân:*

+ Tại thời điểm thăm khám, mặc dù bệnh nhân hoàn toàn bình thường, nhưng nếu trong tiền sử bản thân có biểu hiện phân lẫn máu thì đó là thông tin rất quan trọng, nó giúp cho thầy thuốc định hướng thăm khám những bệnh lý của hệ thống tiêu hoá trong đó có polyp ĐTT.

1.3.1.2 Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân có polyp thường rất nghèo nàn, âm thầm. Dưới đây là 1 số triệu chứng có thể gặp ở bệnh nhân có polyp đại trực tràng:

- Đi ngoài ra máu: đây là triệu chứng thường gặp nhất, có giá trị gợi ý chẩn đoán polyp đại trực tràng và cũng là dấu hiệu khiến bệnh nhân đến khám tại các cơ sở y tế, có thể thấy máu tươi thành vệt hay loang ra trên khuôn phân, hoặc phân lẫn nhày máu nâu, đen hoặc lờ lờ máu cá. Chảy máu có thể ở nhiều mức độ khác nhau nhưng thường nhẹ và vừa, tuy vậy cũng có trường hợp chảy máu nặng gây mất máu nghiêm trọng.

- Đau bụng: cũng thường gặp trong polyp đại trực tràng, có trường hợp polyp quá lớn gây ra triệu chứng như: bán tắc ruột hoặc tắc ruột hoàn toàn, khi đó biểu hiện rất điển hình của cơn đau do tắc ruột, ngoài đau bụng còn bí trung đại tiện.

- Polyp thò ra ngoài hậu môn: Triệu chứng này thường thấy ở những bệnh nhân có polyp có cuống dài nằm gần ống hậu môn.

- Một số trường hợp bệnh nhân hoàn toàn không thấy triệu chứng nhưng vẫn có thể có polyp ở đại trực tràng

1.3.2. Chẩn đoán polyp ĐTT bằng nội soi ống mềm

- Hình ảnh nội soi ánh sáng trắng (WLE)

Trong những năm gần đây nội soi ĐTT bằng ống mềm đã được ứng dụng rộng rãi để chẩn đoán và điều trị PLĐTT. Các nghiên cứu về nội soi tiêu hóa trên thế giới đều công nhận lợi ích của phương pháp nội soi trong chẩn

đoán tổn thương ở ống tiêu hóa, nó cho phép quan sát trực tiếp vị trí tổn thương, sinh thiết chính xác mô tổn thương, do đó có thể chẩn đoán chính xác và phân loại mô bệnh học, đánh giá mức độ ác tính của tổn thương từ đó có kế hoạch điều trị, quản lý, theo dõi PLĐTT và ung thư đại trực tràng.

- Hình ảnh nội soi dải băng hẹp (NBI)

+ Nội soi với dải tần ánh sáng hẹp giúp phát hiện sớm tại đại trực tràng: viêm loét, dị sản, loạn sản, ung thư sớm, phát hiện các polyp và giúp phân biệt polyp lành tính, ác tính; các tổn thương dạng loét nghi ngờ ung thư, giúp cho việc chẩn đoán và điều trị được kịp thời, nâng cao chất lượng sống và tuổi thọ của người bệnh.

Hiện nay với nhiều hệ thống phân loại tổn thương dựa trên những tiến bộ về kỹ thuật nội soi ra đời như: KUDO, JNET, NICE... giúp tăng cường chẩn đoán ung thư sớm ĐTT dựa trên các tiêu chí khác nhau như: màu sắc, mạch máu, bề mặt...

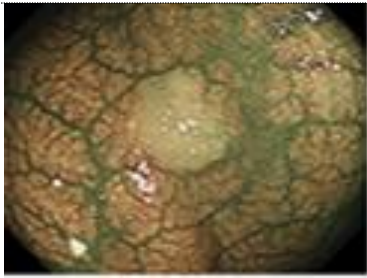


- Các hệ thống phân loại polyp đại trực tràng trên nội soi theo NBI

+ *Phân loại NICE (Narrow Band Imaging International Colorectal Endoscopic Classification)*

Năm 2009, hệ thống phân loại NICE được sử dụng căn cứ trên cấu trúc bề mặt và mạch máu để chia ra thành 3 type tương đương với các dạng tổn thương trên mô học như sau:

Bảng 1.1 Phân loại quốc tế hình ảnh NBI tổn thương ĐTT theo NICE.

Tiêu chí	Type I	Type II	Type III
Màu sắc	Giống hoặc nhạt màu hơn niêm mạc xung quanh	Nâu hơn so với niêm mạc xung quanh	Nâu đến nâu thẫm hơn so với niêm mạc xung quanh, đôi khi có mảng trắng nhạt màu hơn

Mạch máu	Có hoặc không có mạng mạch máu chạy qua bề mặt tổn thương	Mạch máu nâu và dày lên quây quanh cấu trúc màu trắng	Vùng có mạch máu bị biến dạng hoặc mất mạch máu
Bề mặt	Các chấm màu trắng hoặc sẫm có kích thước đồng dạng hoặc bề mặt mất tính đồng nhất	Cấu trúc màu trắng có hình bầu dục, hình ống hoặc dạng nhánh, quây quanh bởi mạch máu màu nâu	Vùng bề mặt biến dạng hoặc mất bề mặt
Khả năng GPBL	Tăng sản	U tuyến	Ung thư xâm lấn sâu lớp dưới niêm mạc
Hình ảnh nội soi			

+ Phân loại JNET (*Japanese Narrow Band Imaging Expert Team Classification*)

Một hạn chế của phân loại NICE là khó phân biệt giữa loạn sản độ thấp, loạn sản độ cao và ung thư xâm lấn xuống tới lớp hạ niêm mạc trong tổn thương type 2. Để giải quyết hạn chế này, năm 2012, nhóm chuyên gia Nhật Bản (*Japanese Narrow Band Imaging Expert Team -JNET*) đã nhóm họp và đưa ra phân loại JNET có sử dụng nội soi phóng đại. Phân loại JNET duy trì NICE type 1 và type 3 nhưng chia NICE type 2 thành JNET type 2A và 2B theo bảng sau:

Bảng 1.2 Phân loại hình ảnh nội soi tổn thương ĐTT theo JNET.

Tiêu chí	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3
Mạch	Không quan sát thấy	Kích thước đều nhau.	Kích thước không đều	Mất cấu trúc mạch máu

máu		Phân bố đồng đều (Dạng lưới hoặc xoắn ốc)	nhau Phân bố không đều	Mạch máu tăng kích thước, đứt đoạn
Cấu trúc bề mặt	Những chấm máu tối màu hoặc trắng cùng kích thước. Giống niêm mạc xung quanh	Đồng nhất (dạng ống, nhánh, nhú)	Không đồng nhất	Vùng vô định hình
Khả năng GPBL	Polyp tăng sản hoặc polyp tuyến răng cưa	U tân sinh trong niêm mạc, loạn sản độ thấp	U tân sinh trong niêm mạc, loạn sản độ cao/ ung thư xâm lấn nông dưới niêm mạc	Ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc
Hình ảnh nội soi				

1.3.3 .Chẩn đoán polyp ĐTT bằng X-quang

- Chụp X-quang:

Chụp bụng không chuẩn bị được chỉ định trong cấp cứu để chẩn đoán tắc ruột hoặc thủng ruột do u.

Chụp khung đại tràng cản quang là một trong những phương pháp quan trọng chẩn đoán ung thư đại tràng. Chụp đại tràng đối quang kép là cho hình ảnh tốt hơn, cho phép phát hiện được những ung thư sớm và những polyp nhỏ. Những trường hợp u chít hẹp ống soi không qua được thì chụp X quang đại tràng có cản quang là một phương pháp có ý nghĩa giúp chẩn đoán bệnh.

- Chụp cắt lớp vi tính:

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng đánh giá các tổn thương nguyên phát, hạch vùng và di căn xa ở phúc mạc, gan, buồng trứng,.. với độ chính xác về khối u từ 50% đến 90%, di căn hạch là 70%-80%.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI):

Chụp cộng hưởng từ tiểu khung: kỹ thuật chụp cộng hưởng từ tiểu khung hiện đại ngày nay hiển thị mạc treo trực tràng rất rõ nét. Cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt nhất để đánh giá xâm lấn tại chỗ và di căn hạch vùng đối với ung thư trực tràng. Chụp cộng hưởng từ tiểu khung có giá trị cao hơn cắt lớp vi tính trong đánh giá giai đoạn xâm lấn khối u (T) và di căn hạch (N) với độ nhạy là 95%, độ đặc hiệu 90%.

- Siêu âm nội soi (EUS):

Siêu âm nội soi là phương pháp xác định mức độ xâm lấn của chân hoặc cuống polyp vào ĐTT, nó rất có giá trị trong trường hợp polyp UT hoá, siêu âm nội soi còn có thể phát hiện các ổ hạch di căn quanh ĐTT để chỉ điểm cho phẫu thuật và điều trị. Ở Việt Nam kỹ thuật này chưa phổ biến vì yêu cầu trang thiết bị khá đắt tiền.

1.4. Các phương pháp cắt polyp ĐTT qua nội soi

Việc lựa chọn các phương pháp điều trị polyp ở Châu Âu hay Nhật bản hiện nay đều dựa trên các đặc điểm hình dạng (theo phân loại Paris), bề mặt (phân loại JNET, NICE...), vị trí và kích thước của polyp. Tùy thuộc vào

kinh nghiệm, cũng như điều kiện thực tế tại cơ sở khám chữa bệnh mà nhà nội soi có thể lựa chọn các phương pháp cho phù hợp. Một số các phương pháp hiện nay đang áp dụng rộng rãi như cắt polyp bằng thông lọng điện, cắt hết niêm mạc qua nội soi (EMR), cắt tách niêm mạc qua nội soi (ESD)...

1.4.1. Cắt polyp ĐTT bằng thông lọng điện

+ Nguyên lý hoạt động:

Khi thông lọng điện tiếp xúc với polyp tại đó dòng điện cao tần được chuyển từ điện năng thành nhiệt năng. Quá trình cắt đốt và cầm máu được tạo ra nhờ sự kết hợp giữa nhiệt năng với lực cơ học do thông lọng xiết chặt.

+ Thiết bị: Gồm hai phần chính

- Nguồn cắt đốt điện cao tần: có tác dụng biến dòng điện xoay chiều 110v hoặc 220v thành dòng điện cao tần có tần số từ 300KHz trở lên. Công suất của nguồn cắt đốt điện được chia làm nhiều mức từ thấp đến cao, thường từ mức 10w đến 175w. Nguồn cắt đốt điện tạo ra 3 tác dụng: đó là tác dụng cắt (cutting), tác dụng cầm máu hay điện đông (coagulation) và tác dụng phối hợp (blend).

- Phần thông lọng điện: Gồm một lõi dây kim loại do những sợi kim loại nhỏ tết vào nhau, một đầu được lắp vào tay nắm điều khiển, đầu còn lại có hình giống như thông lọng. Dây kim loại được lồng vào trong vỏ nhựa và nó có thể trượt dễ dàng trong vỏ nhựa này. Hình dáng, kích thước của polyp đã tạo ra các loại thông lọng điện khác nhau. Nhờ tay nắm điều khiển có thể mở hoạt thất thông lọng. Khi cắt polyp thông lọng điện có 2 tác dụng: cắt bằng lực cơ học và cắt đốt bằng nhiệt năng. Tuy nhiên nếu sử dụng mức công suất nguồn cắt đốt thấp hoặc thời gian dòng điện đi qua thông lọng quá ngắn, nhiệt năng tạo ra thấp, lúc đó polyp bị cắt rời chủ yếu là do lực cơ học, vì vậy dễ có biến chứng chảy máu. Ngược lại nếu sử dụng mức công suất quá cao hoặc thời gian duy trì dòng điện qua thông lọng quá dài, nhiệt năng tạo ra lúc đó sẽ

rất lớn dẫn đến nguy cơ thủng ĐTT. Vì vậy phải tùy theo kích thước, loại polyp để quyết định sử dụng mức công suất và thời gian duy trì dòng điện qua thông lọng cho phù hợp.

1.4.2. Phương pháp cắt hút niêm mạc (EMR)

Hiện nay đối với polyp không cuống, chân lan tỏa, $KT \geq 10\text{mm}$, polyp vị trí hai nếp gấp đã được quản lý bằng EMR. Nguyên tắc cơ bản của EMR là mở rộng không gian dưới niêm mạc tạo mặt phẳng để cắt bỏ an toàn các polyp đại trực tràng mà không làm tổn thương đến lớp cơ. Lịch sử của kỹ thuật EMR bắt đầu từ năm 1955 khi tiêm lần đầu tiên được sử dụng bởi Rosenberrg để tạo ra một mặt phẳng tối ưu cho polyp của sigma và trực tràng. Sau đó vào năm 1973 Deyhle đã sử dụng tiêm dưới niêm mạc vào các tổn thương phẳng hoặc không cuống để tạo điều kiện loại bỏ hoàn toàn tổn thương. Nhưng kỹ thuật chỉ được phổ biến cho các bác sỹ Nhật bản trong những năm 1990. Bây giờ nội soi cắt hút niêm mạc cho polyp $\geq 2\text{cm}$, phẳng, ngang, lan rộng đã trở thành một tiêu chuẩn thực hành để quản lý polyp đại trực tràng trên toàn thế giới. Cải tiến kỹ thuật EMR đang phát triển hàng năm. Hiện tại, EMR từng phần vẫn còn là chỉ định tiêu chuẩn với polyp đại trực tràng lớn [2].

Kỹ thuật EMR:

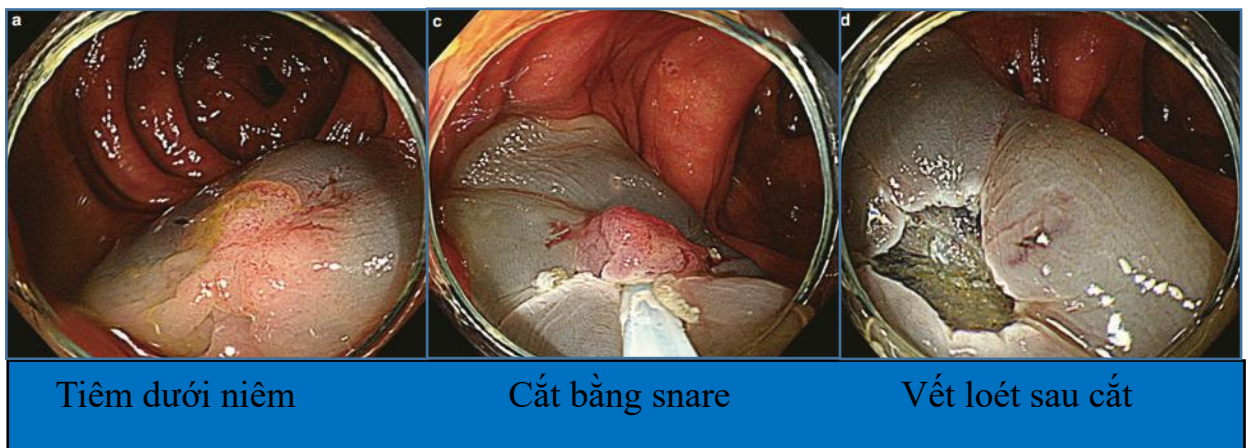
Chuẩn bị trước thủ thuật:

Việc bơm khí là cần thiết để cho lòng ruột căng lên tạo điều kiện để đánh giá niêm mạc. Việc bơm khí CO₂ được khuyến cáo dựa trên những phát hiện của một nghiên cứu tổng quan hệ thống gần đây và một nghiên cứu tiền cứu độc lập, trong đó việc sử dụng bơm khí CO₂ trong suốt quá trình làm EMR với các tổn thương đại tràng lớn có liên quan đến việc giảm các triệu chứng khó chịu sau thủ thuật như đau, đầy hơi và căng tức, so với việc bơm không khí. Tổn thương nên được đưa về vị trí khoảng 5 đến 7 giờ trong trường nội soi trước khi làm EMR.

Nâng lớp dưới niêm mạc của tổn thương bằng cách tiêm có thể tách mạch máu dưới niêm mạc tạo điều kiện thuận lợi hơn cho việc bắt tổn thương bằng snare.

Phương pháp này cho phép loại bỏ hoàn toàn tổn thương một cách an toàn, trong khi ngăn ngừa thủng và tổn thương nhiệt sâu. Dung dịch tiêm dưới niêm mạc bao gồm 3 yếu tố: dung dịch cao phân tử hoặc bình thường, epinephrine pha loãng và thuốc nhuộm trơ.

Thuốc nhuộm được sử dụng (80 mg indigo carmine trong 500 ml dung dịch cao phân tử Volulyte 6%) tạo điều kiện phân định rìa tổn thương và cho phép xác nhận mặt phẳng để cắt một cách chính xác. Nên đặt đầu kim ở vị trí tiếp tuyến với tổn thương, trong khi chạm nhẹ vào bề mặt niêm mạc. Lựa chọn snare cụ thể phụ thuộc vào kích thước tổn thương, hình thái, vị trí hoặc lựa chọn cá nhân. Lý tưởng nhất là các tổn thương nên được định vị ở vị trí 6 giờ. Ranh giới với niêm mạc bình thường nên được cách khoảng 2-3 mm. Với những tổn thương kích thước lớn >2cm, vị trí khó lồng snare, có thể dùng dao Dual knife cắt vòng xung quanh tổn thương tạo điều kiện có thể cắt 1 mảnh.



Hình 1.4 Phương pháp cắt EMR [12].

1.4.3. Phương pháp cắt tách dưới niêm mạc (ESD)

Cắt tách dưới niêm mạc (Endoscopic submucosal dissection: ESD) là phương pháp cắt trọn toàn bộ tổn thương trong 1 lần cắt, đây là phương

pháp tiên tiến nhất hiện nay trong điều trị ung thư đại tràng giai đoạn sớm cũng như một số polyp kích thước lớn, có nguy cơ tái phát cao nếu cắt bằng các phương pháp trên.

ESD có ưu điểm hơn EMR là tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn khối u cao hơn, nguy cơ tái phát tại chỗ thấp hơn. Tuy nhiên, nhược điểm của ESD là thời gian thực hiện thủ thuật lâu hơn, tỷ lệ các biến chứng cao hơn, đòi hỏi dụng cụ hiện đại hơn, yêu cầu kỹ thuật cao hơn và yêu cầu đào tạo cho bác sĩ nội soi cao hơn [17].

Quy trình ESD gồm các bước: Đánh dấu xung quanh tổn thương, tiêm dưới niêm mạc để tách tổn thương khỏi các lớp phía dưới, rạch xung quanh tổn thương tại các vị trí đã đánh dấu từ trước và cuối cùng là cắt tách dưới niêm mạc cho tới khi toàn bộ tổn thương được cắt bỏ hoàn toàn để đánh giá mô bệnh học.

1.5. Biến chứng và theo dõi sau cắt polyp đại trực tràng

1.5.1. Biến chứng

+ Chảy máu: chia ra làm 2 loại chảy máu tại thời điểm cắt và chảy máu muộn; được xác định là tai biến chảy máu tại thời điểm cắt khi tại vị trí cắt chảy máu kéo dài trên 01 phút cần phải can thiệp nội soi như kẹp clip hoặc dùng kim đốt điểm mạch, hoặc chảy máu muộn (dưới 24 giờ và sau 24 giờ) chẩn đoán dựa vào tình trạng đại tiện ra máu tươi, phân lẫn máu hoặc công thức máu giảm $\geq 20\text{g/l}$ so với thời điểm xét nghiệm trước khi cắt polyp.

+ Thủng: xảy ra ngay sau khi cắt, hiếm gặp xảy ra vài ngày sau, biến chứng này dễ xảy ra đối với các polyp to không cuống, chẩn đoán dựa vào quan sát trực tiếp thấy mất tính liên tục của đại tràng hoặc tại nơi cắt nhìn thấy lỗ thủng thấy các tạng của ổ bụng, hoặc sau cắt có dấu hiệu bụng ngoại khoa, dấu hiệu thủng tạng rỗng, X-quang có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.

+ Hội chứng sau cắt polyp: chẩn đoán dựa vào đau bụng, sốt, tăng bạch cầu, tăng protein C phản ứng, các triệu chứng của viêm phúc mạc nhưng không có tình trạng thủng đại tràng.

1.5.2. Theo dõi sau cắt polyp

- Theo dõi ngay sau khi cắt: BN cần nằm nội trú sau cắt những polyp lớn hoặc nghi ngờ có biến chứng thủng, cần dặn bệnh nhân tự theo dõi ở nhà.

- Theo dõi lâu dài: áp dụng đối với polyp ác tính. Theo dõi bằng soi đại tràng và siêu âm gan định kỳ: soi đại tràng sau 6 tháng (đối với bệnh nhân không mổ) và sau 1 năm đối với bệnh nhân được mổ cắt đại tràng, soi lại sau 2 năm và sau đó 4- 5 năm soi một lần.

1.6. Một số nghiên cứu về EMR trong và ngoài nước

Nghiên cứu đầu tiên được thực hiện bởi Yokota và cộng sự năm 1994 tại Nhật trên 337 tổn thương dạng polyp không cuống và tổn thương dạng phẳng cho thấy EMR là một lựa chọn an toàn và hiệu quả.

Nghiên cứu của Philippe Ah Soune và cộng sự năm 2010 trong hơn 3 năm với 146 khối u lớn hơn 20mm đã được cắt bỏ với 34 khối có kích thước trên 40mm bằng phương pháp EMR với tỷ lệ thành công là 96% cũng nhận thấy rằng EMR là phương pháp an toàn hiệu quả có thể cạnh tranh với ESD mặc dù đánh giá mô bệnh học không đầy đủ với việc cắt bỏ từng phần [9].

Một khuyến cáo gần đây nhất của hiệp hội nội soi Hoa Kỳ năm 2020 cũng lựa chọn EMR là phương pháp nên được ưu tiên lựa chọn đối với tổn thương tân sinh đường tiêu hóa có kích thước $\geq 20\text{mm}$ [13].

Tại Việt nam, phương pháp EMR cũng đã được áp dụng tại một số Bệnh viện tuyến Trung ương, theo nghiên cứu của Lê Quang Nhân và cộng sự tại Bệnh viện Y dược Thành phố Hồ Chí Minh kết luận phương pháp cắt niêm mạc qua nội soi điều trị polyp không cuống ở ĐTT được thực hiện an toàn, hiệu quả, góp phần giảm tỷ lệ ung thư hóa đại trực tràng [4].

Nghiên cứu của Nguyễn Đức Thông và cộng sự tiến hành nghiên cứu tại bệnh viện Nguyễn Trãi năm 2019, trên 38 bệnh nhân được cắt polyp không cuống đại trực tràng kích thước lớn hơn 1cm bằng kỹ thuật EMR, cho thấy: Tỷ lệ cắt polyp hoàn toàn trong lần 1 là 87,5%, trong lần 2 là 95%. Biến chứng chảy máu trong thủ thuật 17,5%, tất cả cầm máu thành công qua nội soi; không biến chứng thủng. Tỷ lệ sót mô u/tái phát sau cắt chung là 5,3%, trong nhóm cắt nguyên khối là 0%, cắt từng phần là 33,3%. Kết luận: Kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi điều trị polyp không cuống kích thước lớn hiệu quả cao và tương đối an toàn [7].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm và cộng sự (2025) tiến hành nghiên cứu tại bệnh viện trường đại học Y dược Cần Thơ từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 7 năm 2024 trên 51 bệnh nhân được cắt polyp không cuống đại trực tràng kích thước từ 10-19mm bằng kỹ thuật EMR, cho thấy: Kỹ thuật EMR kết hợp với kẹp clip khép diện cắt polyp không cuống đại trực tràng qua nội soi đạt kết quả thành công 100%. Tất cả bệnh nhân sau khi cắt polyp không gặp tai biến hay biến chứng. Kết luận từ nghiên cứu cho thấy, việc sử dụng kỹ thuật EMR kết hợp với kẹp clip khép diện cắt có hiệu quả cao trong điều trị polyp không cuống đại trực tràng, giúp ngăn ngừa các biến chứng, đặc biệt là chảy máu chậm. [3].

1.7. Giới thiệu tóm tắt về Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2

Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 là Bệnh viện chuyên khoa cấp 1 với quy mô 1.250 giường bệnh, 44 khoa, phòng/trung tâm và hơn 1000 viên chức lao động. Bệnh viện là tuyến cuối trong hệ thống khám chữa bệnh của tỉnh Bắc Ninh, được đầu tư trang thiết bị hiện đại, với đội ngũ nhân viên y tế trình độ chuyên môn cao. Trong những năm qua, Bệnh viện đã triển khai nhiều kỹ thuật mới, kỹ thuật chuyên sâu như: hạ thân nhiệt chỉ huy, điều trị tiêu sợi huyết cho bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn sớm, lọc máu, điện quang can

thIỆp, phẫu thuật thay khớp háng, thay khớp gối, phẫu thuật cột sống... góp phần cứu sống nhiều bệnh nhân nặng.

Khoa nội tiêu hoá được thành lập ngày 10/10/2023, trên cơ sở khoa Nội tiêu hóa – CBM được tách thành hai khoa Nội tiêu hóa và khoa Huyết học lâm sàng. Với quy mô 80 giường bệnh, gồm 12 bác sỹ và 18 điều dưỡng. Khoa nội tiêu hóa có nhiệm vụ khám, cấp cứu và điều trị bệnh lý nội khoa chuyên ngành tiêu hóa, gan, mật, tụy, bệnh lý ống tiêu hoá... đáp ứng phần nào nhu cầu điều trị bệnh nhân tiêu hoá trong tỉnh. Mỗi năm khoa tiến hành điều trị cho hơn 4000 lượt bệnh nhân nội trú, trong đó có hơn 400 bệnh nhân cắt polyp đại trực tràng, trong quá trình điều trị và theo dõi chúng tôi nhận thấy có một lượng bệnh nhân có các biến chứng sau cắt như: Hội chứng sau cắt polyp, chảy máu sau cắt, thủng... làm kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí khám chữa bệnh. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm đánh giá một cách chi tiết về hiệu quả và tính an toàn của phương pháp cắt hớt niêm mạc qua nội soi, để từ đó bác sỹ nội soi sẽ có sự lựa chọn hợp lý trong điều trị, giúp nâng cao hiệu quả điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện, đem lại sự hài lòng của người bệnh

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân nội trú có polyp đại trực tràng được phát hiện qua nội soi đại trực tràng tại phòng nội soi khoa tiêu hoá Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 từ tháng 03 năm 2026 đến tháng 8 năm 2026

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn:

- Những bệnh nhân nội trú được nội soi đại trực tràng thấy có polyp, được cắt polyp qua nội soi bằng kỹ thuật cắt hót niêm mạc, theo dõi biến chứng sau cắt tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 từ 01/03/2026 – 30/08/2026.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tồn thương nghi ngờ ung thư xâm lấn lớp dưới niêm: bề mặt /màu sắc không đều, sùi mà dấu phòng sau tiêm dưới niêm (-)

- Bệnh nhân có các chống chỉ định của cắt polyp đại tràng như suy tim cấp, rối loạn đông máu...

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu

Từ 01/03/2026 đến 30/8/2026

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu:

Bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu theo phương pháp: Mô tả cắt ngang

- Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

- + Lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.
- Cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu ngẫu nhiên cho 1 tỷ lệ

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times p (1-p) / d^2$$

Trong đó:

- + $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$
- + p: Tỷ lệ ước tính dựa trên nghiên cứu trước đó (tỷ lệ thành công của kỹ thuật là 97,96%) theo nghiên cứu của Nguyễn Lê Viên 97,96%[8]. Từ đó chọn $p = 0,9796$.

+ d: Sai số tuyệt đối chấp nhận được : $d = 0.05$

Vậy cỡ mẫu nghiên cứu (n) là: $n = 1,96^2 \times 0,9796 \times 0,0204 : 0,05^2 = 31$

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là khoảng 31 bệnh nhân. Tuy nhiên, nghiên cứu thu thập toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ tháng 03 đến tháng 8 năm 2026, với cỡ mẫu dự kiến khoảng 50 bệnh nhân (theo thống kê báo cáo định kỳ hàng tháng của khoa có khoảng 40 bệnh nhân cắt polyp /1 tháng, trong đó cắt theo phương pháp EMR khoảng 10 bệnh nhân/ 1 Tháng), lớn hơn cỡ mẫu tối thiểu yêu cầu, do đó bảo đảm độ tin cậy và giá trị khoa học của nghiên cứu.

2.5. Phương tiện nghiên cứu

- Bộ mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế để ghi nhận các kết quả khám lâm sàng, cận lâm sàng của từng bệnh nhân, có mã hóa đầy đủ.
- Máy nội soi dạ dày đồng bộ, thế hệ Videoscope nhãn hiệu OLYMPUS CV170 do Nhật Bản sản xuất bao gồm: ống soi mềm, màn hình video, bộ xử lý hình ảnh CV-170.
- Máy cắt đốt (ESG-100 của hãng Olympus, Nhật bản).
- Các dụng cụ can thiệp:
 - + Dao cắt: Dual Knife, kim tiêm nội soi, Snare các kích thước, clip cầm máu loại tiêu chuẩn.

+ Dung dịch tiêm nâng niêm mạc gồm nước muối sinh lý 0,9%, Volulyte 6%, Indigo Carmine, adrenalin 1mg pha tỷ lệ 1/10.000.

+ Ống nhựa trong gắn ở đầu dây soi (Overtube)



Hệ thống Máy nội soi tiêu hóa ống mềm olympus CV 170



Máy cắt đốt ESG-100



Dual Knife, Snare, tiêm cầm máu, hemo-

Hình 2.1 Hệ thống máy nội soi và dụng cụ thực hiện kỹ thuật EMR

2.6. Phương pháp thu thập số liệu:

2.6.1. Tuổi, giới, tiền sử, thời gian xuất hiện triệu chứng

- Tuổi: là tuổi của bệnh nhân theo hồ sơ bệnh án, phân theo nhóm tuổi có 4 giá trị: < 20; 20 - 40; 40 -60 và \geq 60.

- Giới: phân nhóm nam, nữ

- Tiền sử gia đình và bản thân: + Tiền sử bản thân: có các triệu chứng đau bụng theo dọc khung đại tràng, mót rặn, mót đi ngoài, rối loạn tiêu hóa, hội chứng lỵ.

+ Tiền sử gia đình: gia đình có người mắc bệnh lý polyp ĐTT, ung thư ĐTT. Tính tiền sử người liên quan huyết thống trong khoảng 01 bậc với bệnh nhân: Bố, mẹ, anh chị em ruột, con.

2.6.2. Đánh giá các chỉ số toàn thân, cơ năng

- Gày sút cân: có thể có hoặc không, gầy sút cân được xác định là tình trạng cân nặng giảm 5% so với trọng lượng của cơ thể trước đây trong khoảng thời gian 01 năm.

- Thiếu máu: dựa trên kết quả của công thức máu. Phân loại thiếu máu theo tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới (WHO):

+ < 130 g/l ở nam giới

+ < 120 g/l ở nữ giới

+ < 110 g/l ở người lớn tuổi (≥ 70 tuổi)

- Đại tiện phân lẫn máu: phân có kèm theo máu, tính chất máu có thể thấy máu tươi thành vệt hay loang ra khuôn phân hoặc thấy máu ở giấy vệ sinh khi đi đại tiện hoặc có phân lẫn nhày với máu màu nâu đen hoặc nhều nhều như máu cá.

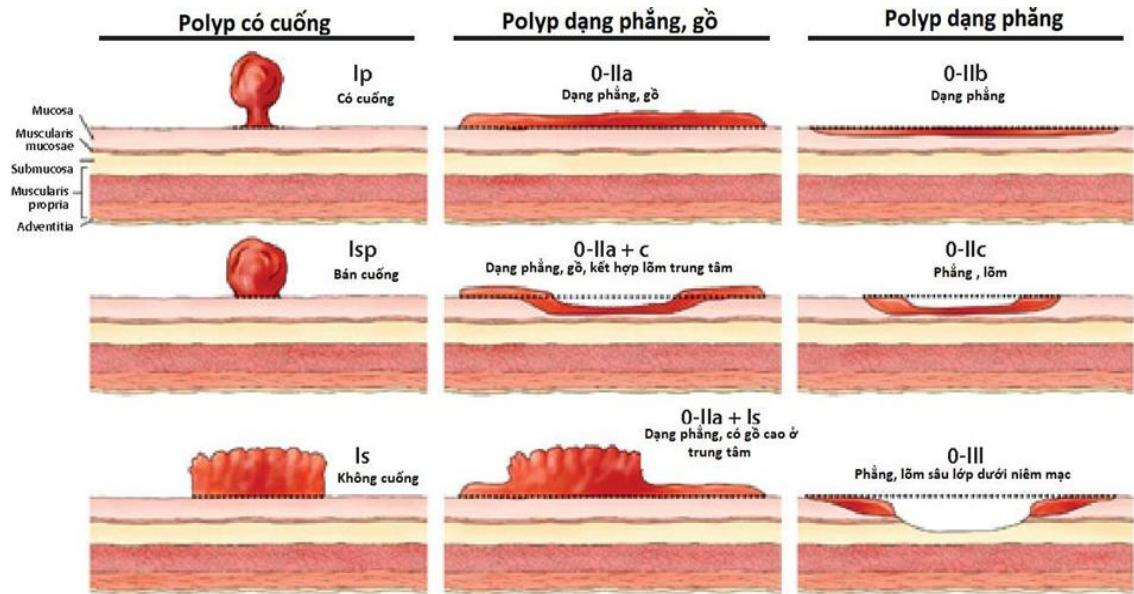
- Đau bụng: có hay không, vị trí đau tương ứng với vị trí của đại tràng, đau kiểu co thắt, đau quặn từng cơn hoặc liên tục, đau liên quan đến ăn uống hoặc khi đi đại tiện xong hết đau. Chỉ những trường hợp dọc theo khung đại tràng, đau vừa đến đau nhiều khiến bệnh nhân lo lắng đi khám, ảnh hưởng đến sinh hoạt.

- Hội chứng lỵ: mót rặn, phân nát nhày, hoặc phân lẫn máu

2.6.3. Đánh giá đặc điểm polyp qua nội soi

- **Hình dạng polyp:** được nhận định theo tiêu chuẩn của phân loại của Paris. Xác định chiều cao tổn thương dựa vào chiều cao của kìm sinh thiết ở tư thế

đóng, tìm tiêu chuẩn độ cao khoảng 2,5mm để phân loại tổn thương. Nếu chiều cao polyp trên hơn chiều cao đầu tìm sinh thiết được phân loại là type 0-I, ngược lại nếu thấp hơn đầu tìm sinh thiết được xếp loại vào nhóm type 0-II.



Hình 2.2. Phân loại Paris hình dạng polyp đại trực tràng.

Tổn thương phân loại gồm:

- + Loại 0-I, bao gồm cả hình thái có cuống (0-Ip, 0-Isp) và không cuống (0-Is), được xác định có lõi lên trên so với niêm mạc xung quanh trên 2,5mm;
- + Loại 0-II, bao gồm các hình thái phẳng (0-IIa), phẳng (0-IIb) và lõm (0-IIc), được xác định có lõi lên dưới 2,5mm hoặc lõm xuống nhỏ hơn 2,5mm so với niêm mạc xung quanh;
- + Loại 0-III, tổn thương lõm sâu, loét > 2,5mm so với niêm mạc xung quanh.

Trong nghiên cứu này chúng tôi loại bỏ polyp hình dạng polyp 0-Ip và III do không phù hợp với phương pháp EMR.

- **Kích thước polyp:** tính theo đơn vị milimet (mm), kích thước polyp được tính tại chỗ polyp có đường kính to nhất. Việc xác định kích thước polyp trên

thực tế thường sử dụng snare kích thước 20mm hoặc 25mm, hoặc sử dụng một kim sinh thiết tiêu chuẩn (chúng tôi sử dụng kim sinh thiết tiêu chuẩn của hãng Olympus) có độ mở là 8mm, độ rộng khi đóng là 2,5mm, và phân ra 4 loại:

- + Kích thước : < 10mm
- + Kích thước: từ 10mm đến 20mm.
- + Kích thước: từ 20mm đến 29mm.
- + Kích thước: \geq 30mm.

- Vị trí polyp:

+ Vị trí polyp được xác định trong quá trình nội soi, được mô tả theo vị trí giải phẫu đại trực tràng gồm: Polyp trực tràng, polyp ĐT Sigma, polyp ĐT xuống, polyp ĐT góc lách, polyp ĐT ngang, polyp ĐT góc gan, polyp ĐT lên và polyp manh tràng.

- Số lượng polyp:

- + Bệnh nhân có 01 polyp.
- + Bệnh nhân có 2 đến 4 polyp.
- + Bệnh nhân có \geq 5 polyp.

- Mô bệnh học của polyp:

Các polyp sau khi được cắt được cố định bằng dung dịch Formol 10% được chuyển đến khoa GPBL để đọc kết quả. Đọc kết quả và phân loại MBH dựa theo phân loại khối u của WHO năm 2010.

Bảng 2.1. Phân loại mô bệnh học polyp ĐTT của WHO năm 2010.

Các tổn thương tiền ung thư	ICD 10
U tuyến	8140/0
Ổng	8211/0
Nhung mao	8261/0
Ổng nhung mao	8261/0
Loạn sản (tân sản nội biểu mô), độ thấp	8148/0

Loạn sản (tân sản nội biểu mô), độ cao	8148/2
Các tổn thương răng cưa	
Polyp tăng sản	
U tuyến/polyp răng cưa không cuộn	8213/0
U tuyến răng cưa cổ điển	8213/0
Các u mô thừa (Hamartomas)	
Polyp phối hợp với hội chứng Cowden Polyp	
thanh thiếu niên (Juvenile polyp)	
Polyp Peutz-Jeghers	
Khác	

Trong phân loại mô bệnh học mới polyp ĐTT năm 2010, u tuyến chỉ có mức độ loạn sản thấp hoặc mức độ loạn sản cao.

Đánh giá mức độ loạn sản được chia làm 2 mức:

- *Loạn sản độ thấp:* cấu trúc khe tuyến không phức tạp với các nhân tế bào xếp giả tầng hoặc xếp tầng chỉ tới nửa dưới chiều dày của bào tương tế bào vách khe tuyến. Có thể có nhiều nhân chia nhưng khó gặp các dấu hiệu như nhân chia không điển hình, tính đa hình của nhân tế bào, hoặc mất cực tính của tế bào. Các khe tuyến thường sắp xếp song song. Hiếm gặp cấu trúc tuyến dạng sàng, xếp liền kề nhau hoặc mọc chồi phức tạp

- *Loạn sản độ cao:* tổn thương có dạng giả tầng hoặc xếp tầng rõ rệt. Nhân tế bào thường lan toả đến nửa trên (phía trong lòng) chiều dày của bào tương vách khe tuyến. Nhân tế bào thường đa hình rõ, tăng tỷ lệ nhân chia với các nhân chia không điển hình rõ kèm mất cực tính của nhân. Các thay đổi cấu trúc niêm mạc rất rõ ràng như các khe tuyến nằm kề nhau, cấu trúc dạng sàng. Khi quá trình tiến triển càng gần với ung thư thì trật tự khe tuyến càng hỗn loạn, cấu trúc càng không đều và phức tạp hơn nhân tế bào với nhiều hốc sáng kèm hạt nhân lớn. Tỷ lệ nhân/ bào tương cao và tế bào mất cực tính rõ. Ung

thư biểu mô tại chỗ cũng được xếp vào loạn sản độ cao.

Polyp ác tính/ung thư:

Polyp ung thư được đánh giá trên mô bệnh học thành 2 nhóm chính:

- Ung thư trong niêm mạc (intramucosal carcinoma – m): gian đoạn này còn gọi là ung thư biểu mô tại chỗ. Tế bào ung thư còn giới hạn ở lớp trong cùng của niêm mạc đại tràng.

- Ung thư xâm lấn lớp dưới niêm mạc (submucosal carcinoma – sm): ung thư đã phát triển qua lớp cơ niêm vào lớp dưới niêm mạc.

2.6.4. Đánh giá kết quả cắt polyp qua nội soi

- **Số nhát cắt:** là cắt rời polyp trong 01 lần thực hiện thao tác cắt, có thể cắt trọn polyp trong 01 nhát cắt được gọi là cắt nguyên khối (en bloc) hoặc phải thực hiện số nhát cắt nhiều lần đối với các polyp lớn không thể trông trọn thòng lọng trong 01 lần cắt được gọi là cắt từng phần (piece meal).

- **Thời gian cắt thực hiện thủ thuật:** được tính từ lúc bắt đầu tiêm nâng niêm mạc cho đến khi kết thúc thủ thuật, đơn vị tính bằng phút.

+ Thời gian thực hiện thành công thủ thuật: < 30 phút.

+ Thời gian thực hiện thành công thủ thuật: 30 phút đến 60 phút.

+ Thời gian thực hiện thành công thủ thuật: > 60 phút.

- **Tai biến:**

+ Chảy máu: chia ra làm 2 loại chảy máu tại thời điểm cắt và chảy máu muộn; được xác định là tai biến chảy máu tại thời điểm cắt khi tại vị trí cắt chảy máu kéo dài trên 01 phút cần phải can thiệp nội soi như kẹp clip hoặc dùng kim đốt điểm mạch, hoặc chảy máu muộn (dưới 24 giờ và sau 24 giờ) chẩn đoán dựa vào tình trạng đại tiện ra máu tươi, phân lẫn máu hoặc công thức máu giảm $\geq 20\text{g/l}$ so với thời điểm xét nghiệm trước khi cắt polyp.

+ Thủng: chẩn đoán dựa vào quan sát trực tiếp thấy mất tính liên tục của đại tràng hoặc tại nơi cắt nhìn thấy lỗ thủng thấy các tạng của ổ bụng,

hoặc sau cắt có dấu hiện bụng ngoại khoa, dấu hiệu thủng tạng rỗng, X-quang có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.

+ Hội chứng sau cắt polyp: chẩn đoán dựa vào đau bụng, sốt, tăng bạch cầu, tăng protein C phản ứng, các triệu chứng của viêm phúc mạc nhưng không có tình trạng thủng đại tràng.

- Kết quả cắt polyp tại thời điểm nằm viện:

+ Kết quả tốt: polyp được cắt rời bằng 01 nhát cắt, không chảy máu, không thủng.

+ Kết quả đạt: polyp được cắt trên 01 nhát cắt, hoặc có chảy máu nhưng cầm máu được qua nội soi, không thủng,

+ Kết quả không đạt: cắt không hết polyp, hoặc có biến chứng thủng, hoặc có biến chứng chảy máu không cầm được qua nội soi phải chuyển mổ.

2.7. Các biến số, chỉ tiêu nghiên cứu

❖ Nhóm biến số, chỉ số cho mục tiêu 1:

* Nhóm biến đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tên biến	Định nghĩa	Cách đo lường	Đơn vị	Loại biến
Tuổi	Tuổi của bệnh nhân tại thời điểm nội soi	Ghi theo hồ sơ bệnh án	Năm	Định lượng
Giới	Giới tính sinh học của bệnh nhân	Nam / Nữ	Không	Định tính
Tiền sử gia đình	Các bệnh lý kèm theo của gia đình	Ghi nhận từ bệnh án	Không	Định tính
Tiền sử bản thân	Các bệnh lý kèm theo của bản thân	Ghi nhận từ bệnh án	Không	Định tính

Triệu chứng lâm sàng	Các biểu hiện lâm sàng trước nội soi	Đau bụng, đi ngoài ra máu, hội chứng lỵ, thiếu máu, gây sút cân, không triệu chứng	Không	Định tính
----------------------	--------------------------------------	--	-------	-----------

* Nhóm biến đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học

Tên biến	Định nghĩa	Cách đo lường	Đơn vị	Loại biến
Số lượng polyp	Tổng số polyp phát hiện trên nội soi	Đếm trực tiếp	Polyp	Định lượng
Vị trí polyp	Vị trí của polyp tương ứng với mốc giải phẫu đại trực tràng	Trực tràng, đại tràng sigma, đại tràng xuống, ngang...	Không	Định tính
Kích thước polyp	Đường kính lớn nhất của polyp	Đo qua độ mở của kim sinh thiết, Snare.	mm	Định lượng
Phân loại Paris	Phân loại hình thái tổn thương	0-Ip, 0-Is, 0-IIa, 0-IIb...	Không	Định tính
Kết quả mô bệnh học	Chẩn đoán mô học sau cắt	Loạn sản độ thấp, loạn sản độ cao, ung thư	Không	Định tính

❖ Nhóm biến số, chỉ số cho mục tiêu 2:

* Chỉ số về kết quả điều trị của bệnh nhân nghiên cứu

Tên biến	Định nghĩa	Cách đo lường	Đơn vị	Loại biến
Kỹ thuật cắt	Kỹ thuật EMR được sử dụng	Cắt en bloc / cắt từng mảnh	Không	Định tính
Thời gian thủ thuật	Thời gian từ bắt đầu đến kết thúc cắt polyp	Đồng hồ thủ thuật	Phút	Định lượng
Biến chứng chảy máu	Xuất huyết xảy ra trong, sau khi cắt polyp	Có / Không	Không	Định tính
Thủng đại trực tràng	Tổn thương xuyên thành đại trực tràng	Có / Không	Không	Định tính
Hội chứng	Các triệu chứng của	Có / Không	Không	Định tính

sau cắt polyp	viêm phúc mạc nhưng không có tình trạng thủng đại tràng			
Kết quả cắt polyp bằng phương pháp EMR	Polyp được cắt rời bằng 01 nhát cắt, hoặc cắt làm nhiều mảnh, có hoặc không xảy ra tai biến	Tốt/ đạt/ không đạt	Không	Định tính

2.8. Quy trình tiến hành thủ thuật

2.8.1. Người thực hiện:

Là các bác sĩ nội soi tiêu hoá có chứng chỉ nội soi can thiệp, có khả năng làm kỹ thuật nội soi cắt hết niêm mạc qua nội soi, trong quá trình nội soi được thống nhất về nhận định và mô tả tổn thương. Các tổn thương được mô tả, chụp ảnh, đánh giá sau sinh thiết hoặc cắt polyp theo một mẫu bệnh án nghiên cứu chi tiết

2.8.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- + Hỏi và khám lâm sàng theo mẫu bệnh án đã xây dựng thống nhất.
- + Làm đầy đủ các xét nghiệm (công thức máu, nhóm máu, đông máu, sinh hóa, điện tim). Kết quả nội soi đại tràng trước đó có polyp với hình dạng và kích thước đủ tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu.
- + Giải thích đầy đủ mục đích yêu cầu của kỹ thuật, các nguy cơ thất bại và tai biến có thể xảy ra cho bệnh nhân và người nhà biết, viết giấy cam kết.
- + Bệnh nhân được uống thuốc làm sạch ruột theo hướng dẫn trước khi làm thủ thuật.
- + Bệnh nhân nặng, có các yếu tố nguy cơ cần khám và hội chẩn với các khoa liên quan.

2.8.3. Thực hiện kỹ thuật cắt polyp qua nội soi bằng phương pháp EMR

* *Phương pháp vô cảm:*

BN được tiền mê:

- Thuốc mê tĩnh mạch: Propofol, Fentanyl.....
- Thuốc chống co thắt: Buscopan (Butylscopolamin) tiêm tĩnh mạch

Sau khi bệnh nhân được gây mê sẽ tiến hành thủ thuật cắt polyp bằng phương pháp EMR

- Bước 1: đánh giá phân loại polyp

- + Xác định polyp đầu tiên bằng ánh sáng trắng đánh giá phân loại hình thái theo Paris dựa; sau đó nhuộm NBI bộc lộ rõ ranh giới polyp, đánh giá xếp loại theo JNET.

- Bước 2: tiêm nâng niêm mạc

+ Người phụ chuẩn bị dung dịch tiêm nâng dưới niêm mạc bằng dung dịch gồm Volulyte 6%, Indigo Carmine, adrenalin 1mg pha tỷ lệ 1/10000 khoảng 20ml, cùng kim tiêm dưới niêm mạc, thông lọng nhiệt tùy loại theo kích thước polyp, hemoclip.

+ Đưa polyp về vị trí thuận lợi, thường ở vị trí từ 5h - 7h. Đây là vị trí đi ra của các dụng cụ từ kênh thủ thuật, giúp cho việc thực hiện thủ thuật được thuận lợi nhất.

+ Đưa kim tiêm dưới niêm mạc qua kênh thủ thuật để tiếp cận polyp, tiêm dưới niêm mạc cạnh chân polyp, tiêm phía xa trước phía gần sau, số lượng dung dịch mỗi lần tiêm khoảng 2-3ml, số lượng mỗi polyp tiêm từ 5ml- 20ml tùy kích thước của polyp. Polyp được xác định là nâng lên hoàn toàn khi toàn bộ polyp được nâng lên với độ cao tương ứng với phần nâng lên của niêm mạc xung quanh polyp.

- Bước 3: Dùng snare cắt polyp

+ Sau khi tiêm nâng rút kim đưa snare hình oval có độ mở 20 mm hoặc 25mm tùy vào kích thước polyp. Đưa snare tiến sát đỉnh polyp, mở snare để bắt trọn polyp. Sau khi bắt được polyp cần kiểm tra để khẳng định không có niêm mạc đại trực tràng bị bắt vào polyp bằng cách nói nhẹ độ siết của snare

và kéo lắc nhẹ cán của snare đánh giá độ di động tương đối của polyp, cần hết sức lưu ý vấn đề này để giảm nguy cơ thủng đại tràng. Trong trường hợp khó có thể cắt hết polyp bằng 1 lần cắt có thể cắt nhiều lần nhưng cố gắng cắt 1 lần để kết quả giải phẫu bệnh chính xác nhất.

Ngoài ra, với các polyp ở vị trí khó như sau nếp niêm mạc, đại tràng góc gan, đại tràng góc lách có thể dùng mũ chụp gắn ở đầu ống soi (cap), để chèn lên nếp niêm mạc phía trước polyp tạo khoảng trống giúp đánh giá tổn thương được tốt hơn, quá trình tiêm dưới niêm mạc và đặt snare sẽ dễ dàng hơn.

+ Tiến hành cắt polyp bằng nguồn cắt ESG 100 của hãng Olympus đặt ở chế độ Pulse Cut Fast hoặc Pulse Cut Slow (chế độ cắt và đông đồng thời) với công suất cắt và đốt từ 15 – 120W tùy theo kích thước polyp, polyp nhỏ dùng công suất thấp, polyp to dùng công suất cao hơn theo khuyến cáo của nhà sản xuất. Thực hiện đánh đông trước bằng cách nhấn từng nhịp khoảng 1 giây vào chân đông điện cho tới khi thấy chân polyp bắt đầu chuyển màu trắng thì dừng lại. Sau đó chuyển sang thì cắt polyp, lúc này phối hợp nhịp nhàng giữa bác sỹ nội soi và kỹ thuật viên phụ soi, quá trình bác sỹ nhấn chân cắt đồng thời với việc người phụ xiết chặt snare ở mức tối đa cho tới khi polyp được cắt rời hoàn toàn ra khỏi thành đại tràng.

- Bước 4: Xử lý đánh giá tổn thương, tai biến tại vị trí sau khi cắt polyp

+ Sau cắt, bơm căng hơi lòng đại tràng kiểm tra vị trí cắt để chắc chắn không có biến chứng như chảy máu hoặc thủng và cũng để xác định không còn mô polyp sót lại sau cắt. Nếu mô polyp còn sót, tiến hành cắt bằng thông lọng hoặc đốt bằng kim nhiệt tùy theo kích thước mô polyp còn sót. Nếu chảy máu từ vết cắt được xử trí bằng tiêm cầm máu pha nước muối với Adrenalin 1/10.000 hay đốt điện bằng kẹp cầm máu hoặc clip cầm máu. Với trường hợp có biến chứng thủng sẽ xử trí ngay các biến chứng này bằng kẹp clip đóng lỗ thủng, nếu thất bại chuyển phẫu thuật cấp cứu. Sau cùng, tiến hành kẹp clip khép kín chân cắt nếu cần thiết, số lượng clip tùy thuộc vào kích thước chân cắt..

+ Tất cả các polyp sau cắt đều được lấy bệnh phẩm, bệnh phẩm được lấy ra ngoài bằng thông lọng hoặc được hút chặt vào đầu ống soi và kéo ra ngoài cùng với ống soi. Bệnh phẩm sau đó được cho vào ống nghiệm có chứa dung dịch Formol 10% và gửi đến Khoa giải phẫu bệnh - Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 trong ngày để đọc kết quả mô bệnh học dựa phương pháp nhuộm Hematoxillin – Eosin.

- Theo dõi các tai biến sau can thiệp trong vòng 24 giờ tại phòng bệnh, khi ổn định cho ra viện, dặn dò theo dõi, có diễn biến bất thường

2.9. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu trên cơ sở phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Phân tích thống kê bằng phương pháp tính tần suất, tỷ lệ, giá trị trung bình, so sánh tỷ lệ bằng kiểm định X², độ lệch chuẩn, tính tỷ suất chênh và khoảng tin cậy, $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê.

2.10. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

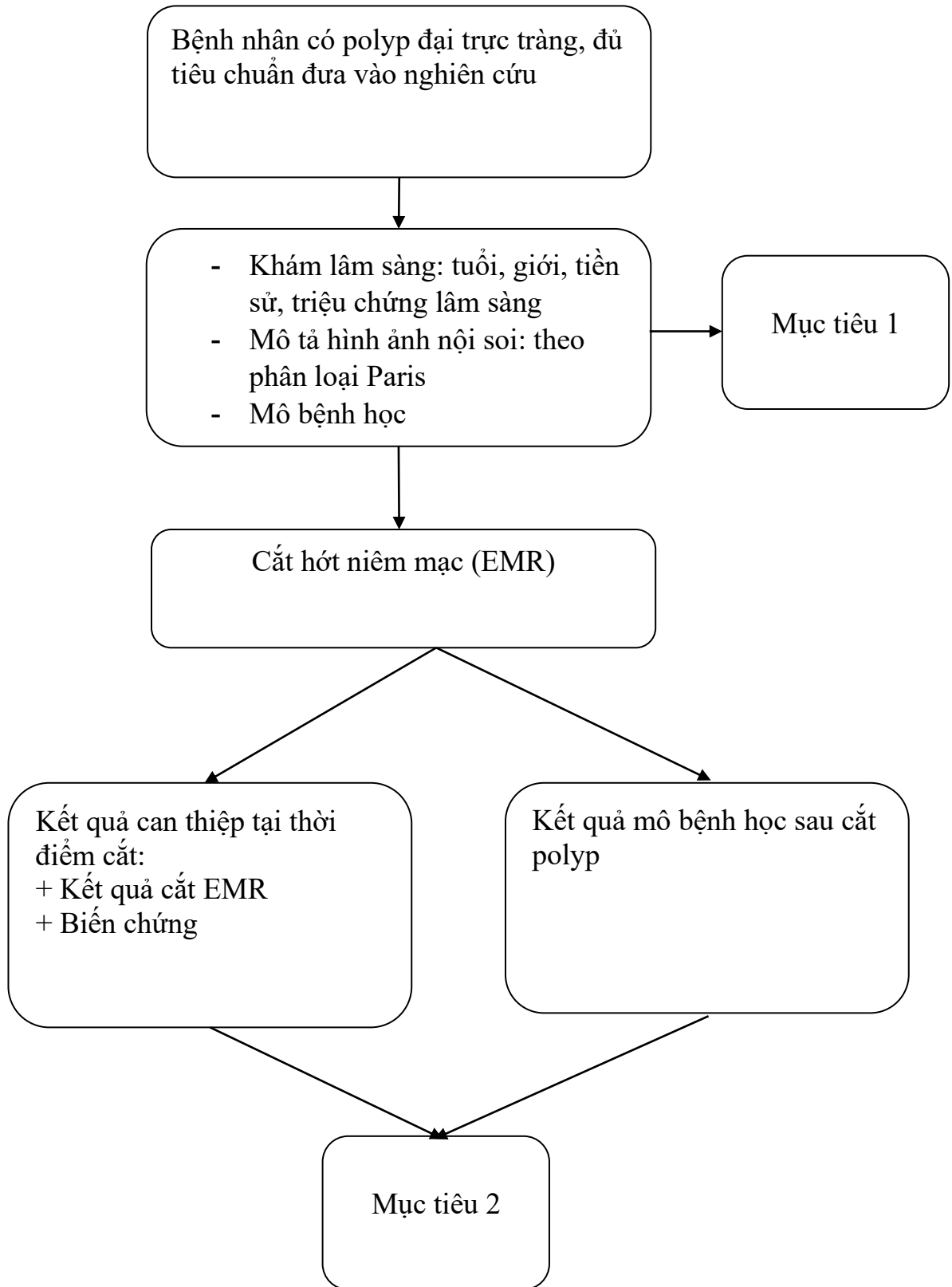
- Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành thu thập số liệu và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận hợp tác tham gia của đối tượng nghiên cứu.

- Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

2.11. Hạn chế nghiên cứu

- Hạn chế của nghiên cứu: kết quả nội soi cắt hớt niêm mạc điều trị ung thư sớm (EMR) phụ thuộc nhiều vào trình độ, kinh nghiệm của bác sĩ nội soi và dụng cụ, trang thiết bị của bệnh viện.

- Sai số và biện pháp khắc phục: có thể đến từ quá trình nhập liệu, cần kiểm tra những giá trị bất thường. Nhờ đồng nghiệp soát lại

Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3
DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 20		
20 – 40		
40-60		
≥ 60		
Tổng		
Trung bình		

Nhận xét:

3.1.2. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu theo giới

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam		
Nữ		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.3. Đặc điểm tiền sử gia đình

Bảng 3.3. Đặc điểm tiền sử gia đình

<i>Tiền sử gia đình</i>	Số lượng	Tỷ lệ %
Khoẻ mạnh		
Có Polyp đại trực tràng		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.4. Đặc điểm tiền sử bản thân

Bảng 3.4. Đặc điểm tiền sử bản thân

<i>Tiền sử bản thân</i>	Số lượng	Tỷ lệ %
Khoẻ mạnh		
Có Polyp đại trực tràng		
Có ung thư đại trực tràng		
Bệnh khác đi kèm		
Tổng		

Nhận xét:

3.2. Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.5. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Có		Không	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Đau bụng				
Đi ngoài phân lẫn máu				
Hội chứng ly				
Thiếu máu				
Gầy sút cân				
Không triệu chứng				

Nhận xét:

3.2.2. Đặc điểm số lượng polyp

Bảng 3.6. Số lượng polyp trên một bệnh nhân

Số lượng Polyp	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
1		
2 - 4		
≥ 5		
Tổng		
Trung bình		

Nhận xét:

3.2.3. Đặc điểm vị trí polyp trong đại trực tràng

Bảng 3.7. Vị trí polyp trong đại trực tràng

Vị trí polyp	Bệnh nhân polyp đại trực tràng	
	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ %
Trực tràng		
Đại tràng sigma		
Đại tràng xuống		
Đại tràng góc lách		
Đại tràng ngang		
Đại tràng góc gan		
Đại tràng lên		
Manh tràng		
Tổng		

Nhận xét:

3.2.4. Đặc điểm kích thước polyp

Bảng 3.8. Kích thước polyp đại trực tràng

Kích thước Polyp	Số lượng	Tỷ lệ %
<10mm		
10mm - 20mm		
20mm - 29mm		
≥ 30mm		
Tổng		

Nhận xét:

3.2.5. Hình ảnh nội soi phân loại theo Paris

Bảng 3.9. Hình ảnh nội soi phân loại theo Paris

Kết quả nội soi		Số lượng	Tỷ lệ %
Phân loại Paris	0-Ip		
	0-Isp		
	0-Is		
	0-IIa +c		
	0-IIa + Is		
Tổng			

Nhận xét:

3.2.6. Kết quả giải phẫu bệnh sau khi làm EMR

Bảng 3.10. Kết quả giải phẫu bệnh sau khi làm EMR

Kết quả GPB	Số lượng	Tỷ lệ %
Loạn sản thấp		
Loạn sản cao		
Ung thư		
Tổng		

Nhận xét:

3.2.7. Liên quan giữa kích thước polyp và kết quả GPBL sau EMR

Bảng 3.11. Liên quan giữa kích thước polyp và kết quả GPBL sau EMR

Kích thước	Kết quả giải phẫu bệnh			Tổng
	Loạn sản thấp	Loạn sản cao	Ung thư	
<10mm				
10mm -20mm				
20mm - 29mm				
≥ 30mm				
Tổng				

Nhận xét:

3.2.8. Liên quan giữa phân loại Paris và kết quả GPBL sau EMR

Bảng 3.12. Liên quan giữa phân loại Paris và kết quả GPBL sau EMR

Phân loại Paris	Kết quả giải phẫu bệnh			Tổng
	Loạn sản thấp	Loạn sản cao	Ung thư	
0-Ip				
0-Isp				
0-Is				
0-IIa +c				
0-IIa + Is				
Tổng				
P				

Nhận xét:

3.3. Kết quả cắt polyp bằng phương pháp EMR

3.3.1. Kết quả cắt polyp bằng phương pháp EMR

Bảng 3.13. Kết quả số nhát cắt polyp bằng EMR

Kỹ thuật cắt		n	Tỉ lệ (%)
Cắt nguyên khối (en bloc)			
Cắt từng phần (piece meal)	Có		
	Không		
	Nhát cắt trung bình		

Nhận xét:

3.3.2. Thời gian cắt polyp bằng phương pháp EMR

Bảng 3.14. Thời gian cắt polyp ĐTT

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Thời gian cắt	< 30 phút		
	30 phút – 60 phút		
	> 60 phút		
Tổng			

Nhận xét:

3.3.3. Biến chứng gặp trong quá trình cắt polyp bằng phương pháp EMR

Bảng 3.15. Biến chứng gặp trong quá trình cắt polyp

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy máu tại thời điểm cắt		
Chảy máu muộn		
Thủng		
Hội chứng sau cắt polyp		

Nhận xét:

3.3.4. Kết quả cắt Polyp bằng phương pháp EMR

Bảng 3.16. Kết quả cắt Polyp bằng phương pháp EMR

Kết quả cắt	Số lượng	Tỷ lệ %
Kết quả tốt		
Kết quả đạt		
Kết quả không đạt		
Tổng		

Nhận xét:

Chương 4: DỰ KIẾN BÀN LUẬN

-Bàn luận dựa vào kết quả nghiên cứu có so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước

Chương 5: DỰ KIẾN KẾT LUẬN

KIẾN NGHỊ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. **Quách Trọng Đức, Nguyễn Thúy Oanh (2007)**, "*Nghiên cứu phân bố polyp tuyến đại – trực tràng theo vị trí và kích thước của polyp*", Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 17 (4), tr.242-247.
2. **Thái Doãn Kỳ (2011)**, "*Tổng quan: kỹ thuật cắt hút niêm mạc và cắt bỏ hạ niêm mạc qua nội soi.*" ", Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam, Tập 6 (23), tr.1521-1531
3. **Nguyễn Thanh Liêm (2025)**, "*Đặc điểm nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị bằng phương pháp EMR kết hợp với kẹp clip khép diện cắt polyp không cuống đại trực tràng từ 10-19mm*", Tạp chí y học Việt Nam, Tập 551, số 1, tr 94-98.
4. **Lê Quang Nhân (2015)**, "*Kết quả sớm kỹ thuật cắt niêm mạc điều trị Polyp không cuống đại trực tràng qua nội soi*", Y học TP. Hồ Chí Minh, T19(5), tr.18-21.
5. **Thái Thị Hồng Nhung, Trịnh Đăng Khoa (2019)**, "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học và đánh giá kết quả cắt đốt polyp đại trực tràng qua nội soi tại bệnh viện trường đại học y dược cần thơ*", Tạp chí y dược học cần thơ – số 22-23-24-25/2019
6. **Nguyễn Trường Sơn, Hoàng Mai Hương (2021)**, "*Nghiên cứu tỷ lệ polyp đại trực tràng ung thư theo kích thước*", Tạp chí Y học Việt Nam, số 2(507), Tr.123-126.
7. **Nguyễn Đức Thông và cộng sự (2019)**, "*Đặc điểm nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polyp không cuống đại trực tràng kích thước trên 1 cm bằng kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi tại Bệnh viện Nguyễn Trãi*", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, Tập 9 (số 6+7), tr 137-141.

- 8. Nguyễn Lê Viên và cộng sự (2025)** “*Kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng phương pháp cắt niêm mạc qua nội soi tại bệnh viện quân y 175*”
Tạp chí Y Dược thực hành, Tập 175 (số 42), tr 38-46.

TIẾNG ANH

- 9. Ah Soune, P., Ménard, C., Salah, E., et al. (2010)**, "*Large endoscopic mucosal resection for colorectal tumors exceeding 4 cm*", World J Gastroenterol. 16(5), pg. 588-95
- 10. Belle S. et al (2014)**, “*Recurrence after endoscopic mucosal resection - therapy failure?*”, Int J Colorectal Dis. 29, pg. 209 – 215
- 11. 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), pg. 270-297.
- 12. Hoon Jai Chun, Suk-Kyun Yang, Myung-Gyu Choi (2018)**, "*Clinical Gastrointestinal Endoscopy*", Clinical Gastrointestinal Endoscopy.
- 13. Kaltenbach, T., Anderson, J. C., Burke, C. A., et al. (2020)**, "*Endoscopic Removal of Colorectal Lesions-Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer*", Gastrointest Endosc. 91(3), pg. 486-519.
- 14. Kandel, P. và Wallace, M. B. (2017)**, "*Colorectal endoscopic mucosal resection (EMR)*", Best Pract Res Clin Gastroenterol. 31(4), pg. 455-471.
- 15. Krenzer, A., Heil, S., Fitting, D., et al. (2023)**, "*Automated classification of polyps using deep learning architectures and few-shot learning*", BMC Med Imaging. 23(1), pg. 59
- 16. Kuipers, E. J., Grady, W. M., Lieberman, D., et al. (2015)**, "*Colorectal cancer*", Nat Rev Dis Primers. 1, pg. 15065.

17. Landin, M. D. và Guerrón, A. D. (2020), "*Endoscopic Mucosal Resection and Endoscopic Submucosal Dissection*", *Surg Clin North Am.* 100(6), pg. 1069-1078.
18. Li, D., Wang, W., Xie, J., et al., (2020), "Efficacy and safety of three different endoscopic methods in treatment of 6-20 mm colorectal polyps", *Scand J Gastroenterol*, 55(3), pg. 362-370
19. Oines, M., Helsing, L. M., Bretthauer, M., et al. (2017), "*Epidemiology and risk factors of colorectal polyps*", *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 31(4), pg. 419-424.
20. Pop, O. L., Vodnar, D. C., Diaconeasa, Z., et al. (2020), "*An Overview of Gut Microbiota and Colon Diseases with a Focus on Adenomatous Colon Polyps*", *Int J Mol Sci.* 21(19).
21. Sawicki, T., Ruszkowska, M., Danielewicz, A., et al. (2021), "*A Review of Colorectal Cancer in Terms of Epidemiology, Risk Factors, Development, Symptoms and Diagnosis*", *Cancers (Basel).* 13(9).
22. Shussman, N. và Wexner, S. D. (2014), "*Colorectal polyps and polyposis syndromes*", *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2(1), pg. 1-15.
23. Strum, W. B. (2016), "*Colorectal Adenomas*", *N Engl J Med.* 374(11), pg. 1065-75.

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

I- Hành chính

Họ và tên:.....Giới:..... Tuổi:.....

Địa chỉ:.....

Điện thoại :..... Nghề nghiệp:.....

Ngày vào viện:..... Ngày ra viện:.....

II- Lý do vào viện

Kiểm tra sức khỏe Đau bụng Hội chứng ly

Đại tiện phân lẫn máu

III- Tiền sử

Bản thân:

Polyp ĐTT: Có Không

Ung thư ĐTT: Có Không

Bệnh khác: Có Không

Gia đình:

Có người có polyp ĐTT: Có Không

Có người ung thư đại trực tràng: Có Không

Bình thường:

IV- Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:

Đau bụng: Có Không
Đại tiện phân lẫn máu: Có Không
Hội chứng lỵ: Có Không
Không triệu chứng:

- Triệu chứng toàn thân

Thiếu máu : Có Không
Gầy sút cân: Có Không

2. Đặc điểm nội soi:

- Vị trí polyp:.....

Manh tràng Đại tràng lên Đại tràng góc gan
Đại tràng ngang Đại tràng góc lách Đại tràng xuống
Đại tràng Sigma Trực tràng

- Kích thước polyp:.....

10mm – 19mm 20mm – 29mm ≥30mm

- Số lượng polyp trên một bệnh nhân:.....

- Phân loại hình dạng polyp theo Paris:.....

0-Isp 0-Is 0-IIa 0-IIa +c

0-IIa + Is 0-IIb

3. Kết quả GPBL

- Sau làm EMR:.....

Loạn sản độ thấp Loạn sản độ cao Ung thư

4. Kết quả điều trị EMR

Cắt 1 mảnh: Có Không

Cắt nhiều mảnh Có Không Số nhát cắt:....

Thời gian cắt:Phút (tính từ lúc tiêm nâng niêm mạc đến khi kết thúc cắt polyp)

Dưới 30 phút Từ 30 đến 60 phút Trên 60 phút

Kẹp clip: Có Không

Thùng: *Có* *Không*

Chảy máu tại thời điểm cắt cần can thiệp nội soi:

Có *Không*

Chảy máu muộn trong 24 giờ: *Có* *Không*

Chảy máu muộn sau 24 giờ: *Có* *Không*

Chảy máu phải truyền máu: *Có* *Không*

Hội chứng sau cắt polyp : *Có* *Không*

Đánh giá kết quả tại thời điểm cắt:

Kết quả tốt Kết quả đạt Kết quả không đạt