

đặc điểm trên bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn và thang điểm H2FPEF trong các nhóm nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, et al.** Epidemiology of heart failure. *European Journal of Heart Failure*. 2020; 22(8): 1342 - 1356.
2. **Shah KS, Xu H, Matsouaka RA, et al.** Heart Failure with Preserved, Borderline, and Reduced Ejection Fraction: 5-Year Outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017; 70(20): 2476 - 2486.
3. **Paulus WJ.** H2FPEF Score. *Circulation*. 2018; 138: 871 - 873.
4. **Satoru S, Koichi K.** H2FPEF score for predicting future heart failure in stable outpatients with cardiovascular risk factors. *ESC Heart Fail*. 2020; 7(1): 65 - 74.
5. **Hội Tim mạch quốc gia Việt Nam.** Khuyến cáo của hội Tim mạch quốc gia Việt Nam về chẩn đoán và điều trị suy tim: Cập nhật 2022. 2022.
6. **Hoàng Văn Kỳ.** Điểm H2FPEF của người bệnh tăng huyết áp kèm khó thở chưa rõ nguyên nhân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 521(2): 173.
7. **Daisuke S, Eiichiro Y.** H2FPEF Score as a Prognostic Value in HFpEF patients. *American Journal of Hypertension*. 2019; 32(11): 1082 - 1090.
8. **Andrea Bi, Anna D, Daniele B, Marco M, et al.** H2FPEF and HFA-PEFF scores performance and the additional value of cardiac structure and function in patients with atrial fibrillation. *International Journal of Cardiology*. 2024; 413: 132 - 385.

ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ CẮT ĐỐT KẾT HỢP VỚI KẸP CLIP QUA NỘI SOI POLYP CÓ CUỐNG Ở ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Thanh Liêm¹, Lê Thị Thúy Loan¹, Huỳnh Văn Lộc¹,
Trần Đặng Đăng Khoa¹, Lương Thị Thúy Loan², Nguyễn Văn Tuấn¹,
Nguyễn Việt Phương¹, Nguyễn Thị Kim Tường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cắt đốt polyp có cuống ở đại trực tràng qua nội soi có nguy cơ chảy máu cao hơn so với polyp không cuống. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt đốt kết hợp với kẹp clip polyp có cuống ở đại trực tràng qua nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 108 bệnh nhân polyp có cuống ở đại trực tràng. Tất cả bệnh nhân polyp có cuống ở đại trực tràng được cắt đốt kết hợp với kẹp clip qua nội soi. Lấy polyp làm giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Nội soi 108 bệnh nhân có 162 polyp có cuống ở đại trực tràng với kích thước đầu polyp từ 6-19mm. Tỷ lệ polyp tân sinh và polyp không tân sinh tương ứng là 53,4% và 42,6%. Tất cả polyp có cuống ở đại trực tràng được cắt đốt và kẹp clip vào chân cuống polyp thành công. Tất cả bệnh nhân đều không có tai biến, biến chứng trong thủ thuật và trong vòng 30 ngày sau thủ thuật. **Kết luận:** Polyp có cuống ở đại trực tràng có tỷ lệ polyp tân sinh cao. Điều trị polyp có cuống ở đại trực tràng bằng phương pháp cắt đốt kết hợp với kẹp clip qua nội soi đạt hiệu quả cao, không ghi nhận có biến chứng.

Từ khóa: polyp có cuống đại trực tràng, cắt polyp qua nội soi, kẹp clip phòng ngừa.

SUMMARY

THE ENDOSCOPIC, HISTOPATHOLOGICAL FINDINGS, AND RESULTS OF ENDOSCOPIC POLYPECTOMY WITH PROPHYLACTIC CLIPPING OF PEDUNCULATED COLORECTAL POLYPS

Background: Endoscopic polypectomy of pedunculated colorectal polyps carries a higher risk of bleeding compared to non-pedunculated polyps. **Objectives:** This study aims to describe the endoscopic imaging, histopathological findings, and results of endoscopic polypectomy with prophylactic clipping in the management of pedunculated colorectal polyps. **Materials and Methods:** This was a cross-sectional study involving 108 patients with pedunculated colorectal polyps. All patients underwent endoscopic polypectomy with clipping. The excised polyps were sent for histopathological examination. **Results:** A total of 162 pedunculated colorectal polyps were identified in the 108 patients, with polyp head sizes ranging from 6 to 19 mm. The proportion of neoplastic polyps was 53.4%, while non-neoplastic polyps accounted for 42.6%. All pedunculated colorectal polyps were successfully removed via endoscopic polypectomy and clipped. No adverse events or complications were observed either during the procedure or within 30 days following the procedure. **Conclusion:** Pedunculated colorectal polyps have a high rate of neoplastic change. Endoscopic polypectomy combined with prophylactic clipping is an effective and safe treatment option for these polyps, with no significant complications noted in this study. **Keywords:** Pedunculated colorectal polyps, endoscopic polypectomy, prophylactic clip

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thúy Loan

Email: lttloan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng là tiền thân của hầu hết các loại ung thư đại trực tràng [1]. Nội soi đại tràng với cắt polyp làm giảm tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong do ung thư đại trực tràng. Đây là nền tảng của việc phòng ngừa hiệu quả ung thư đại trực tràng. Nghiên cứu về polyp cho thấy việc cắt bỏ u tuyến trong quá trình nội soi đại tràng có liên quan đến việc giảm tỷ lệ tử vong do ung thư đại trực tràng tới 50% so với nhóm đối chứng. Nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng trong suốt cuộc đời ở Hoa Kỳ là khoảng 4,3%, với 90% các trường hợp xảy ra sau 50 tuổi. Sự giảm gần đây về tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong do ung thư đại trực tràng phần lớn là do việc áp dụng rộng rãi sàng lọc ung thư đại trực tràng và cắt bỏ polyp. Mục đích chính của cắt polyp là loại bỏ hoàn toàn tổn thương đại tràng và phòng ngừa tối đa ung thư đại trực tràng [2]. Nên thực hiện cắt bỏ polyp đại trực tràng qua nội soi đối với các tổn thương có kích thước ≥ 6 mm, vì tỷ lệ ung thư biểu mô cao hơn ở các tổn thương ≥ 6 mm so với các tổn thương ≤ 5 mm (lấy nguy cơ ung thư biểu mô tương đương đối với các tổn thương ≤ 5 mm là 1, thì nguy cơ này tăng lên 7,2, 12,7 và 14,6 đối với các tổn thương có kích thước lần lượt là 6–10 mm, 11–20 mm và 20 mm) và vì thường khó phân biệt giữa u tuyến lành tính và ung thư biểu mô chỉ bằng nội soi đại tràng [3]. Tuy nhiên, cắt polyp có thể gây ra các biến chứng như chảy máu sau cắt polyp, tỷ lệ chảy máu dao động từ 0,4-10,2%. Chảy máu có thể xảy ra ngay sau khi cắt polyp, thường được điều trị vào thời điểm đó hoặc có thể trì hoãn. Trong trường hợp sau, chảy máu có thể nghiêm trọng hơn và cần phải nội soi can thiệp lần thứ hai. Tỷ lệ chảy máu muộn sau cắt polyp dao động trong khoảng 0,6-1,2%. Nhiều yếu tố có liên quan đến việc tăng nguy cơ chảy máu sau cắt polyp, bao gồm kích thước polyp >10 mm, vị trí (đại tràng phải), hình dạng (polyp có cuống có nguy cơ chảy máu cao hơn so với không cuống), chỉ số khối cơ thể, số lượng polyp được cắt bỏ, kinh nghiệm của bác sĩ nội soi, bệnh lý của polyp được cắt và chảy máu ngay sau thủ thuật cắt polyp. Việc sử dụng aspirin và thuốc chống viêm không steroid không làm tăng nguy cơ chảy máu sau cắt polyp. nỗ lực giảm nguy cơ chảy máu sau thủ thuật cắt polyp bằng các phương pháp dự phòng khác nhau đã được mô tả trong nhiều nghiên cứu, hồi cứu, tiền cứu và một số nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng. Trong số các phương pháp này, việc cắt polyp có dự phòng trước hoặc sau cắt polyp vẫn còn gây tranh cãi, với các kết quả trái

ngược nhau được báo cáo trong các nghiên cứu khác nhau [4]. Ở bệnh nhân polyp có cuống đại trực tràng được nội soi cắt đốt phối hợp kẹp clip hoặc tiêm adrenaline vào cuống polyp. Tỷ lệ biến chứng chảy máu ở bệnh nhân nội soi cắt đốt polyp phối hợp kẹp clip thấp hơn so với tiêm adrenaline vào cuống polyp [5]. Xuất phát từ tình hình thực tế, để góp phần giảm nguy cơ chảy máu sau cắt đốt polyp đại trực tràng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị bằng phương pháp cắt đốt kết hợp với kẹp clip qua nội soi ở bệnh nhân polyp có cuống ở đại trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường đại học Y được Cần Thơ từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2023, được chẩn đoán xác định polyp có cuống ở đại trực tràng qua nội soi.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân nội soi đại trực tràng xác định polyp có cuống ở đại trực tràng, kích thước đầu polyp ≥ 6 mm và <20 mm, kích thước cuống polyp <5 mm. Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp cắt đốt kết hợp với kẹp clip qua nội soi, lấy polyp làm xét nghiệm mô bệnh học chẩn đoán xác định là polyp.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân đã phẫu thuật đại tràng, trực tràng. Xét nghiệm máu: số lượng tiểu cầu $<50.000/\text{mm}^3$, tỷ lệ prothrombin $<60\%$.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi đại tràng Olympus GIF 180, GIF 190 của hãng Olympus, Nhật. Máy cắt đốt tự động HERBE 200s của Đức. Dụng cụ kẹp clip Disposable Endoscopic Hemoclip (kẹp clip dùng một lần).

Các bước tiến hành: Khám lâm sàng: tuổi, giới và triệu chứng lâm sàng. Nội soi đại tràng khảo sát polyp đại trực tràng: vị trí (trực tràng, đại tràng trái, đại tràng phải), kích thước đầu polyp, chiều dài cuống polyp. Tiến hành cắt đốt polyp và kẹp clip tại chân cuống polyp. Lấy polyp làm mô bệnh học. Theo dõi bệnh nhân cắt đốt polyp: theo dõi tình trạng bệnh nhân trong và ngay sau khi cắt đốt polyp, sau cắt polyp trong 24 giờ đầu, ngày 7, ngày thứ 30. Theo dõi nhằm phát hiện các biến chứng thủng, chảy máu nếu có và xử trí kịp thời.

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

SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới tính**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	63	58,3
	Nữ	45	41,7
Nhóm tuổi	<40	8	7,4
	40-59	48	44,4
	≥60	52	48,2
	Trung bình	58,44±12,30	

Nhận xét: Nam giới chiếm 58,3% và nữ giới chiếm 41,7%. Tuổi trung bình là 58,44±12,30. Nhóm tuổi <40 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 7,4%.

3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học polyp có cuống đại trực tràng**3.2.1. Đặc điểm hình ảnh nội soi polyp có cuống đại trực tràng****Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh nội soi**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Số lượng polyp/bệnh nhân (n=108)	1	70	64,8
	≥2	38	35,2
Vị trí polyp (n=162)	Trực tràng	18	11,1
	Đại tràng trái	68	42,0
	Đại tràng phải	76	46,9
Kích thước đầu polyp (n=162)	≤10 mm	81	50,0
	>10 mm	81	50,0

Nhận xét: Bệnh nhân có 1 polyp chiếm 68,4%. Vị trí polyp ở đại tràng trái có tỷ lệ cao nhất là 62,0%. Kích thước ≤10 mm và >10 mm có số lượng bằng nhau.

3.2.2. Đặc điểm mô bệnh học polyp có cuống đại trực tràng**Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Mô bệnh học polyp (n=162)	Tăng sản	69	42,6
	Tuyến ống	79	48,8
	Tuyến ống nhánh	14	8,6
Nghịch sản (Polyp tuyến ống)	Độ thấp	75	94,9
	Độ cao	4	5,1
Nghịch sản (Polyp tuyến ống nhánh)	Độ thấp	14	100
	Độ cao	0	0,0

Nhận xét: Polyp tuyến ống và tuyến ống nhánh chiếm tỷ lệ tương ứng là 48,8% và 8,6%. Tỷ lệ nghịch sản độ thấp và độ cao tương ứng là 94,9% và 5,1% ở nhóm polyp tuyến ống. Polyp tuyến ống nhánh 100% có nghịch sản độ thấp.

3.2.3. Một số đặc điểm bệnh nhân, hình ảnh nội soi, mô bệnh học theo kích thước**đầu polyp có cuống đại trực tràng****Bảng 4. Một số đặc điểm bệnh nhân, hình ảnh nội soi, mô bệnh học theo kích thước đầu polyp**

Đặc điểm		Kích thước polyp (n=162)				p
		≤10 mm		>10 mm		
		n	%	n	%	
Giới	Nữ	30	48,4	32	51,6	>0,05
	Nam	51	51,0	49	49,0	
Nhóm tuổi	<60	33	42,9	44	57,1	>0,05
	≥60	48	56,5	37	43,5	
Vị trí polyp	Trực tràng	4	22,2	14	77,8	0,009
	Đại tràng trái	31	45,6	37	54,5	
	Đại tràng phải	46	60,5	30	39,5	
Số lượng polyp	1	40	57,1	30	42,9	>0,05
	≥2	41	44,6	51	55,4	
Mô bệnh học	Tân sinh	36	52,2	33	47,8	>0,05
	Không tân sinh	45	48,4	48	51,6	

Nhận xét: Vị trí polyp ở trực tràng có kích thước đầu polyp >10 mm chiếm tỷ lệ 77,8%, nhiều hơn ở đại tràng trái (54,5%) và đại tràng phải (39,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.3. Kết quả điều trị polyp có cuống ở đại trực tràng bằng phương pháp cắt đốt kết hợp với kẹp clip qua nội soi**3.3.1. Số lượng clip kẹp****Bảng 5. Số lượng clip kẹp**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Số lượng clip kẹp trên bệnh nhân	1	63	58,3
	2	25	23,1
	≥3	20	18,6
Số lượng clip kẹp trên polyp	1	134	82,7
	2	28	17,3

Nhận xét: Bệnh nhân sử dụng 2 và ≥3 clip kẹp chiếm tỷ lệ tương ứng là 23,1% và 18,6%. Số lượng 1 clip kẹp/1 polyp chiếm tỷ lệ cao nhất là 82,7%.

3.3.2. Kết quả điều trị polyp đại trực tràng. Polyp có cuống ở đại trực tràng được cắt đốt và kẹp clip thành công qua nội soi là 100%. 100% bệnh nhân không có tai biến, biến chứng trong khi cắt đốt polyp và sau khi cắt polyp qua nội soi.

IV. BÀN LUẬN

Qua nội soi 108 bệnh nhân, chúng tôi phát hiện có 162 polyp có cuống ở đại trực tràng. Bệnh nhân bị polyp đại trực tràng thường gặp ở nam nhiều hơn nữ và nhóm tuổi thường gặp từ 40 tuổi trở lên. Bệnh nhân có từ 2 polyp trở lên chiếm 35,2%. Số lượng polyp đại trực tràng có

kích thước polyp từ 6-10 mm chiếm 50% và kích thước từ 11-19 mm là 50%. Nguy cơ polyp và ung thư đại trực tràng tăng lên theo tuổi. Kích thước polyp đại trực có liên quan đến nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng. So với các tổn thương ≤ 5 mm, kích thước polyp càng lớn thì nguy cơ ung thư càng tăng lên [3]. Tuy nhiên, thường khó phân biệt giữa u tuyến lành tính và ung thư biểu mô chỉ bằng nội soi đại tràng.

Mô bệnh học polyp có cuống ở đại trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ polyp tân sinh (tuyến ống là 48,8% và tuyến ống nhánh là 8,6%) cao hơn polyp không tân sinh (polyp tăng sản là 42,6%). Đa số các polyp tân sinh có nghịch sản độ thấp và 5,1% ở nhóm polyp tuyến ống có nghịch sản độ cao. Kết quả này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi trên những polyp có kích thước nhỏ và vừa (polyp có kích thước ≤ 19 mm). Tuy nhiên, số polyp tân sinh chiếm tỷ lệ cao, có nguy cơ phát triển thành nghịch sản độ cao và ung thư đại trực tràng trong tương lai. Đây là những polyp có nguy cơ ung thư đại trực tràng. Một số polyp đại trực tràng tích tụ đủ đột biến để phát triển thành nghịch sản độ cao và cuối cùng các thành phần nghịch sản xâm lấn vào lớp dưới niêm mạc đại trực tràng. Sự xâm lấn của các thành phần nghịch sản vào lớp dưới niêm mạc là định nghĩa lâm sàng của ung thư đại trực tràng [1].

Ung thư đại trực tràng là một loại ung thư phổ biến ở Hoa Kỳ, là nguyên nhân thứ 2 gây tử vong do ung thư ở cả hai giới. Năm 2016, ước tính số ca ung thư đại trực tràng mới là 134.490, có khả năng dẫn đến 49.910 ca tử vong. Sàng lọc ung thư đại trực tràng bằng nội soi để phát hiện sớm polyp ở giai đoạn tiền ung thư là vô cùng quan trọng trong việc ngăn ngừa những ca tử vong này. Tỷ lệ tử vong do ung thư đại trực tràng giảm trung bình 2,7% mỗi năm từ năm 2004 đến năm 2013 nhờ sàng lọc và loại bỏ các polyp tiền ung thư [4]. Về nguyên tắc, cắt polyp qua nội soi cũng nên được thực hiện đối với các khối u tuyến dạng polyp nhỏ có kích thước ≤ 5 mm. Tuy nhiên, việc theo dõi bằng nội soi đại tràng cũng được chấp nhận. Nên thực hiện cắt bỏ nội soi đối với các tổn thương tân sinh phẳng và lõm ngay cả khi kích thước ≤ 5 mm. Nội soi đại tràng toàn phần và cắt bỏ các tổn thương tân sinh qua nội soi hiện được thực hiện rộng rãi ở Nhật Bản. Khuyến cáo mạnh mẽ rằng nên thực hiện cắt bỏ qua nội soi đối với các tổn thương có kích thước ≥ 6 mm vì tỷ lệ ung thư biểu mô cao hơn ở các tổn thương ≥ 6 mm so với các tổn thương ≤ 5 mm [3].

Mục đích cắt polyp đại trực tràng là loại bỏ hoàn toàn tổn thương và phòng ngừa tối đa ung thư. Tuy nhiên, các kỹ thuật và kết quả của việc cắt polyp qua nội soi đại tràng vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ và do đó việc thực hành rất khác nhau. Các kỹ thuật cắt polyp đã được mở rộng song song với những tiến bộ trong hình ảnh nội soi, công nghệ và các công cụ. Các kỹ thuật tối ưu bao gồm hiệu quả, an toàn và hiệu suất. Các đặc điểm của tổn thương đại trực tràng bao gồm vị trí, kích thước, hình thái và mô học có liên quan đến việc lựa chọn phương pháp cắt polyp tối ưu. Ví dụ, cắt lạnh polyp bằng thông lọng cho các tổn thương nhỏ, có thể loại bỏ mô tuyến với niêm mạc bình thường xung quanh; cắt niêm mạc cho các tổn thương lớn và phẳng; tiêm dưới niêm mạc để nâng tổn thương lên trước khi cắt polyp bằng thông lọng đã cải thiện việc cắt polyp hoàn toàn và an toàn hơn [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, polyp có cuống đại trực tràng được cắt đốt qua nội soi phối hợp với kẹp clip. Kết quả nghiên cứu, 100% polyp được cắt đốt thành công và kẹp clip vào chân cuống polyp thành công. Ở bệnh nhân polyp có cuống đại trực tràng được nội soi cắt đốt phối hợp kẹp clip hoặc tiêm adrenaline vào cuống polyp. Tỷ lệ biến chứng chảy máu ở bệnh nhân nội soi cắt đốt phối hợp kẹp clip thấp hơn so với tiêm adrenaline vào cuống polyp [5]. Khi bệnh nhân không được điều trị thuốc chống đông máu, việc nội soi cắt đốt polyp phối hợp kẹp clip không có hiệu quả về mặt chi phí điều trị. Tuy nhiên, đối với những bệnh nhân đã được điều trị bằng thuốc chống đông máu và kháng tiểu cầu, nội soi cắt đốt polyp phối hợp kẹp clip dự phòng chảy máu là một chiến lược hiệu quả về mặt chi phí điều trị. Hiệu quả chi phí điều trị của chiến lược kẹp clip dự phòng chảy máu phụ thuộc vào chi phí của clip, thời gian nằm viện, số lượng clip được kẹp và hiệu quả của clip [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân không có biến chứng, tai biến trong thủ thuật và trong vòng 30 ngày sau thủ thuật. Ngay từ cái nhìn đầu tiên, polyp có cuống có thể dễ dàng điều trị bằng nội soi. Tuy nhiên, polyp có cuống có nguy cơ chảy máu cao hơn so với polyp không cuống. Cuống polyp và đầu polyp lớn làm tăng nguy cơ chảy máu muộn sau cắt polyp. Vì vậy, việc xử lý trước các polyp lớn có thể là cần thiết. Đối với polyp có đầu ≥ 20 mm hoặc cuống có đường kính ≥ 10 mm, các hướng dẫn gần đây của Hiệp hội nội soi tiêu hóa Châu Âu đã khuyến nghị xử lý trước cuống bằng cách tiêm adrenaline pha loãng và/hoặc cầm máu cơ

học [7]. Cắt đốt polyp phối hợp với kẹp clip có hiệu quả cao trong dự phòng chảy máu muộn sau cắt polyp. Tuy nhiên, các polyp có kích thước từ 6 mm đến 15 mm cắt đốt polyp phối hợp với sử dụng clip và endoloop đóng kín hoàn toàn, không có khe hở của niêm mạc sau khi cắt polyp có tỷ lệ chảy máu muộn thấp hơn đáng kể so với nhóm chỉ phối hợp với kẹp clip khép miệng vết cắt polyp [8].

V. KẾT LUẬN

Qua nội soi 108 bệnh nhân, có 162 polyp có cuống ở đại trực tràng với kích thước đầu polyp từ 6-19 mm. Tỷ lệ polyp tân sinh và polyp không tân sinh tương ứng là 53,4% và 42,6%. Polyp có cuống ở đại trực tràng được cắt đốt và kẹp clip vào chân cuống polyp thành công 100%. 100% bệnh nhân không có tai biến, biến chứng trong thủ thuật và trong vòng 30 ngày sau thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aasma Shaukat, Tonya Kaltenbach, Jason A. Dominitz, et al.**, Endoscopic Recognition and Management Strategies for Malignant Colorectal Polyps: Recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol*, 2020. 115(11): p. 1751-1767.
2. **Tonya Kaltenbach, Joseph C. Anderson, Carol A. Burke, et al.**, Endoscopic Removal of Colorectal Lesions-Recommendations by the US

- Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*, 2020. 158(4): p. 1095-1129.
3. **Shinji Tanaka, Yusuke Saitoh, Takahisa Matsuda, et al.**, Evidence-based clinical practice guidelines for management of colorectal polyps. *J Gastroenterol*, 2021. 56(4): p. 323-335.
4. **Christine Boumitria, Fazia A. Mira, Imran Ashraf, et al.**, Prophylactic clipping and post-polypectomy bleeding: a meta-analysis and systematic review. *Ann Gastroenterol*, 2016. 29(4): p. 502-508.
5. **George Kouklakis, Alexandros Mpoumpouris, Anthia Gatopoulou, et al.**, Endoscopic resection of large pedunculated colonic polyps and risk of postpolypectomy bleeding with adrenaline injection versus endoloop and hemoclip: a prospective, randomized study. *Surg Endosc*, 2009. 23(12): p. 2732-7.
6. **Neehar D Parikh, Kyle Zanocco, Rajesh N Keswani, et al.**, A cost-efficacy decision analysis of prophylactic clip placement after endoscopic removal of large polyps. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2013. 11(10): p. 1319-24.
7. **Monika Ferlitsch, Cesare Hassan, Raf Bisschops, et al.**, Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2024. *Endoscopy*, 2024. 56(7): p. 516-545.
8. **Jian-Hua Xu, Peng Gao, Min Zhou, et al.**, Clip-assisted endoloop ligation of the mucosal defect after resection of colorectal polyps decreased postprocedural delayed bleeding. *Therap Adv Gastroenterol*, 2022. 15: p. 1-9.

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2024

Nguyễn Thích Thiện¹, Mai Minh Huy¹,
Nguyễn Nhật Quang², Nguyễn Hữu Thuận¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong những năm gần đây, tỷ lệ viêm phổi có xu hướng tăng đặc biệt là ở trẻ em. Viêm phổi không chỉ là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nhóm bệnh này, cao hơn cả tỷ lệ tử vong do AIDS và sốt rét cộng lại. **Mục tiêu:** Khảo sát tình hình và phân tích tính hợp lý của kháng sinh được sử dụng trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 301 hồ sơ bệnh án nội trú của

trẻ em điều trị viêm phổi tại Khoa Hô hấp, có sử dụng kháng sinh và có ngày ra viện trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2024 đến ngày 30/06/2024. Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Excel 2016 và SPSS 20.0. **Kết quả:** Trong số 301 hồ sơ bệnh án, nhóm trẻ từ 1-5 tuổi chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao nhất (42,5%), tiếp đến là nhóm từ 2 đến dưới 12 tháng tuổi (39,9%). Trong đó, số ca viêm phổi nặng chiếm 12%, số ca điều trị có bệnh mắc kèm là 16,6%. Về sử dụng kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3 được dùng nhiều nhất với 57,8%, trong đó Cefotaxim được dùng phổ biến nhất với 51,8%. Phần lớn bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp đơn trị liệu (66,4%), với thời gian điều trị phổ biến từ 6-10 ngày (63,5%). Dựa trên Bộ tiêu chí phân tích tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh cho thấy lựa chọn kháng sinh phù hợp đạt 92,4%, liều dùng kháng sinh hợp lý là 87,7%, nhịp đưa liều phù hợp là 97%. Kết quả điều trị ghi nhận được có 99% bệnh nhân được xuất viện trong tình trạng khỏi bệnh và đỡ, giảm. Kết quả khảo sát cho

¹Trường Đại học Nam Cần Thơ

²Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thích Thiện

Email: nguyenthien1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024