

KẾT QUẢ CẮT POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT NIÊM MẠC QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

*Nguyễn Lê Viên¹, Hoàng Ngọc Khánh¹, Lê Thanh Nga¹,
Nguyễn Văn Gia Khánh¹, Hoàng Anh Dũng²*

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và kết quả của phương pháp cắt niêm mạc qua nội soi (EMR) trong điều trị polyp đại trực tràng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, có can thiệp lâm sàng trên 33 bệnh nhân polyp đại trực tràng, với tổng số 57 polyp, trong đó 49 polyp được cắt qua nội soi. Kỹ thuật cắt được thực hiện sau khi tiêm phòng niêm mạc với dung dịch nước muối thông thường có pha epinephrine. Những vị trí chảy máu được cầm máu bằng các clip. Bệnh nhân được theo dõi các biến chứng cho đến khi xuất viện.

Kết quả:

Polyp u tuyến là loại phổ biến nhất (73.5%) trong các tủy mô bệnh học.

Kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi có tỷ lệ thành công 97.96%.

Không có tai biến hay biến chứng chảy máu, thủng đại tràng trong và sau thủ thuật.

Kết luận: Cắt polyp đại trực tràng qua nội soi là phương pháp an toàn, tỉ lệ thành công cao. Những trường hợp polyp có kích thước lớn, không bóc tách được niêm mạc sau tiêm dưới niêm nên tiến hành cắt từng phần.

Từ khóa: polyp đại trực tràng, cắt polyp, EMR.

¹ Phân hiệu phía Nam/Học viện Quân y;

² Bệnh viện Quân y 175.

Người phản hồi: Hoàng Ngọc Khánh, Email: hoangngockhanh@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/03/2025

Ngày phản biện: 16/6/2025

RESULTS OF COLORECTAL POLYP REMOVAL BY ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION AT MILITARY HOSPITAL 175

SUMMARY

Objective: Study on histopathological characteristics and results of endoscopic mucosal resection in the treatment of colorectal polyps.

Subjects and methods: This is a prospective, cross-sectional clinical intervention study conducted on 33 patients with colorectal polyps, with a total of 57 polyps, of which 49 polyps were resected endoscopically. Resection was performed after injecting the mucosa with normal saline solution mixed with epinephrine. Bleeding sites were controlled using hemostatic clips. Patients were monitored for complications until discharge.

Results:

Adenomatous polyps were the most common type (73.5%) among the histopathological types.

Endoscopic mucosal resection had a success rate of 97.96%.

There were no complications such as bleeding or colon perforation during and after the procedure.

Conclusion: Endoscopic mucosal resection is a safe method with a high success rate. In cases of large polyps that cannot be separated after submucosal injection, partial resection should be performed.

Keywords: colorectal polyps, polypectomy, EMR.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (PLĐTT) là một bệnh lý tương đối phổ biến trong nhóm bệnh ở đường tiêu hóa dưới. Diễn biến của PLĐTT khá phức tạp, đã có nhiều nghiên cứu cho thấy: hơn 95% ung thư đại trực tràng có nguồn gốc từ polyp [1]. Ở Việt

Nam kỹ thuật nội soi đại trực tràng (ĐTT) ống mềm trong những năm gần đây đã được áp dụng rộng rãi [2], do vậy số bệnh nhân được phát hiện PLĐTT ngày càng nhiều, những nghiên cứu về hình ảnh đại thể và vi thể của polyp đã có những bước

tiền mới, nội soi kết hợp với sinh thiết để làm rõ bản chất polyp, từ đó đề ra phương pháp điều trị cũng như tiên lượng, theo dõi sau điều trị [3]. Cùng với sự phát triển của nội soi, các phương pháp điều trị PLĐTT cũng được nghiên cứu và ngày càng hoàn thiện, trong đó kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi (endoscopic mucosal resection - EMR) đã được một số bệnh viện lớn triển khai trong cắt polyp đại trực tràng, trong đó có Bệnh viện Quân y 175. Kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi ống mềm (EMR) căn cứ vào đặc điểm cấu trúc mô liên kết lỏng lẻo của lớp dưới niêm mạc; có thể làm tăng khoảng cách lớp niêm mạc với lớp cơ của thành đại tràng bằng cách tiêm các dung dịch vào lớp dưới niêm mạc; từ đó có thể dùng thông lọng cắt phần niêm mạc có chứa thương tổn tân sinh đồng thời tránh được nguy cơ thủng đại tràng. Hiện nay tại Bệnh viện Quân y 175 đã triển khai kỹ thuật nhưng chưa có công trình nào đánh giá về hiệu quả điều trị của phương pháp này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài ***“Kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng phương pháp cắt niêm mạc qua nội soi tại bệnh viện quân y 175”*** với mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và kết quả của phương pháp cắt niêm mạc qua nội soi (EMR) trong điều trị polyp đại trực tràng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân có polyp đại trực

tràng điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 8 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Tuổi ≥ 18 .

- Những bệnh nhân được chẩn đoán PLĐTT qua nội soi ống mềm, thương tổn niêm mạc đại trực tràng tít 0-Is, tít 0-II và tít 0-III theo phân loại Paris.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và cung cấp đủ các thông tin vào bệnh án nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân ung thư đại trực tràng.

- Bệnh nhân có rối loạn chức năng đông máu.

- Bệnh nhân có các bệnh toàn thân nặng như: suy tim cấp, loạn nhịp tim, viêm phúc mạc, rối loạn đông máu, đái tháo đường không kiểm soát được, bệnh nhân bị viêm đại tràng cấp xuất huyết ồ ạt. Bệnh nhân bị viêm đại tràng mạn tính do xạ trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang, có can thiệp lâm sàng.

- Địa điểm nghiên cứu: phòng nội soi, khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 175.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: với thiết kế nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng chúng tôi lấy toàn bộ mẫu trong thời gian nghiên cứu.

- Các bước nghiên cứu:

Tiếp nhận và lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn đối tượng nghiên cứu.

Thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm và chuẩn bị trước soi.

Thông nhất về quy trình soi.

Thực hiện kỹ thuật nội soi cắt polyp. Kỹ thuật được coi là thành công khi tổn thương được cắt trọn mà không phải cắt làm nhiều mảnh.

Xử trí các tai biến trong khi thực hiện thủ thuật nếu có.

Xét nghiệm mô bệnh học các mảnh sinh thiết.

Theo dõi bệnh nhân sau cắt polyp trong thời gian nằm viện.

- Các số liệu được xử lý và phân tích theo các thuật toán thống kê sử dụng trong Y sinh học, bằng phần mềm SPSS.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

3.1. Về đặc điểm mô bệnh học

3.1.1.Các tít mô bệnh

Bảng 1. Các tít mô bệnh học (n=49)

Tít mô bệnh học	Tần số	Tỷ lệ %
Polyp dạng viêm	8	16,3
Polyp tăng sản	4	8,2
Polyp u tuyến ống	36	73,5
Ung thư biểu mô tuyến	1	2,0
Tổng	49	100

- 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.

- Nghiên cứu được tiến hành theo đúng qui định và chỉ đạo của Hội đồng khoa học, Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Quân y 175.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2023 đến tháng 08/2024 chúng tôi ghi nhận có 33 bệnh nhân polyp đại trực tràng được điều trị với kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi với tổng số 49 polyp.

Nhận xét: Trong tổng số 49 polyp được cắt ra bằng phương pháp cắt niêm mạc, có 37 (75,5%) polyp thực sự là tổn thương tân sinh niêm mạc, còn lại 12(24,5%) polyp là thương tổn dạng viêm hoặc tăng sản.

3.1.2.Mức độ loạn sản của polyp u tuyến

Bảng 2. Mức độ loạn sản của polyp u tuyến ống (n=36)

Mức độ loạn sản	Tần số	Tỷ lệ %
Mức độ cao	4	11,1
Mức độ thấp	32	88,9
Tổng	36	100

Nhận xét: Trong số 36 polyp u tuyến, có 32 thương tổn loạn sản mức độ thấp và 4 thương tổn loạn sản mức độ cao.

3.2. Kết quả kỹ thuật cắt EMR

3.2.1. Dấu hiệu nâng lên của polyp

Trong số 57 polyp chúng tôi thực hiện cắt niêm mạc có 49 trường hợp đủ điều kiện chỉ định, trong đó 48 polyp thực hiện cắt niêm mạc qua nội soi trong nghiên cứu này nâng lên hoàn toàn sau tiêm phòng dưới niêm với hình ảnh nâng lên của thương tổn tương ứng với độ nâng lên của phần niêm mạc kề bên. 01 trường hợp sau khi tiến hành tiêm phòng niêm mạc, tổn thương không được nhấc lên, dùng thông lọng cắt 1 phần bề mặt, lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

3.2.2.Dung dịch tiêm phòng dưới niêm mạc

Thể tích dung dịch nước muối thông thường pha Adrenaline 1/10.000 trung bình 10ml cho các trường hợp cắt trọn thương tổn 1 lần. Có 4 trường hợp kích thước polyp khổng lồ, phải tiêm bổ sung dung dịch để niêm mạc tiếp tục được nâng lên để thực hiện thủ thuật, tổng thể tích dung dịch trong tình huống này lên khoảng 30ml.

3.2.3.Kết quả kỹ thuật cắt hớt niêm mạc polyp qua nội soi

Bảng 3. Tỷ lệ thực hiện các loại kỹ thuật cắt polyp (n=49)

Kỹ thuật cắt	Tần số	Tỷ lệ %
Cắt nguyên khối	48	97,96
Cắt từng phần	1	2,04
Tổng	49	100

Nhận xét: Kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi được tiến hành cho 49 polyp đại trực tràng trên bệnh nhân; trong đó có 48 polyp được thực hiện kỹ thuật cắt trọn 1 lần.

Kết quả phân tích trên 49 polyp được cắt niêm mạc qua nội soi ghi nhận đa số thương tổn được cắt trọn so với cắt mảnh niêm mạc (97,96% so với 2,04%).

3.2.4.Thủ thuật kẹp clip kiểm soát và phòng ngừa chảy máu

Thủ thuật kẹp clip được áp dụng nhằm cầm máu và phòng ngừa chảy máu từ vết cắt. Có 22/49 trường hợp kẹp clip tại vết cắt niêm mạc:

Tất cả 22 trường hợp được kẹp clip dự phòng cho các thương tổn kích thước trung bình trở lên có đáy vết cắt sâu đến lớp cơ hay lộ mạch máu ở đáy vết cắt.

Số lượng clip nhiều nhất dùng để cầm máu và phòng ngừa chảy máu từ vết cắt là 4 clip (2 trường hợp, chiếm 4,1%)

3.2.5.Tai biến trong và biến chứng sau cắt polyp

Bảng 4. Tỷ lệ các tai biến trong và biến chứng sau cắt polyp (n=33)

Tai biến, biến chứng		Tần số	Tỷ lệ %
Thủng đại - trực tràng		0	0
Chảy máu	Chảy máu sớm	0	0
	Chảy máu muộn	0	0

Nhận xét: Không có trường hợp nào có tai biến hay biến chứng chảy máu, thủng đại trực tràng trong nghiên cứu này.

1.1.6.Đánh giá thành công của kỹ thuật

Bảng 5. Tỷ lệ thành công của thủ thuật (n=49)

Kết quả ngay sau thực hiện thủ thuật	Tần số	Tỷ lệ %
Thành công	48	97,96
Thất bại kỹ thuật	1	2,04
Tai biến (chảy máu, thủng đại tràng)	0	0

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi có 49 trường hợp cắt niêm mạc polyp đại trực tràng, đã thực hiện thành công cắt 48 polyp (97,96%). Có 1 trường hợp xem như thất bại của phương pháp cắt niêm mạc qua nội soi, cụ thể:

Thất bại kỹ thuật: thương tổn týp 0-IIa, kích thước 25mm, sau khi tiến hành tiêm nhắc niêm mạc, tổn thương không nhắc lên được, dùng thông lòng cắt 1 phần bề mặt, lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh, kỹ thuật tiêm nhắc niêm mạc làm biến dạng cấu trúc trong khi chưa loại bỏ hết được toàn bộ tổn thương.

Nghiên cứu của chúng tôi không có thất bại nào do tai biến trong thực hiện thủ thuật.

3. BÀN LUẬN

1.1. Về đặc điểm mô bệnh học

1.1.1. Phân loại mô bệnh học

Polyp u tuyến (tubular adenoma) chiếm đa số (73,5%), phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, theo số liệu của WHO (2019), trong đó polyp u tuyến là dạng phổ biến nhất, có nguy cơ ung thư hóa cao khi loạn sản nặng. Polyp tăng sản (8,2%), thường gặp ở các tổn thương nhỏ (<10mm), bề mặt mịn, và ít nguy cơ ung thư hóa. Tuy nhiên, ở một số trường hợp đặc biệt (polyp tăng sản lớn hoặc ở vùng đại tràng phải), nguy cơ tiến triển ác tính có thể gia tăng. Polyp dạng viêm (16,3%) loại này thường xuất hiện trên nền viêm mạn tính, chẳng hạn như viêm loét đại tràng hoặc bệnh Crohn. Nguy cơ ác tính hóa thấp, nhưng cần được theo dõi nếu có tổn thương tái phát.

1.1.2. Mức độ loạn sản của polyp u tuyến

Trong nhóm polyp u tuyến (36 polyp), nghiên cứu phân tích mức độ loạn sản thành 2 mức:

- Loạn sản thấp 88,9% (32/36). Chiếm đa số trong nhóm polyp u tuyến, thường gặp ở các tổn thương nhỏ và bề mặt nhẵn. Nguy cơ ung thư hóa thấp

hơn, nhưng vẫn cần cắt bỏ để loại trừ nguy cơ tiến triển.

- Loạn sản cao 11,1% (4/36).

Thường xuất hiện trong các polyp lớn hơn (>20mm). Đây là dạng có nguy cơ ác tính cao, cần được xử lý triệt để bằng EMR hoặc phẫu thuật nếu không thể cắt trọn qua nội soi.

Một số ít trường hợp loạn sản nặng, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cắt bỏ polyp sớm để ngăn ngừa ung thư hóa.

1.2. Kết quả kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi

1.2.1. Dấu hiệu nâng lên và tiêm phòng dưới niêm mạc

Dấu hiệu nâng lên của thương tổn:

Các thương tổn trong nghiên cứu cho dấu hiệu nâng lên tốt sau khi tiêm dung dịch nâng dưới niêm mạc, cho thấy các tổn thương chưa xâm lấn sâu vào lớp cơ. Đây là tiêu chí quan trọng trong đánh giá khả năng cắt bỏ của EMR, phù hợp với nghiên cứu của Mukai (2001) [4], trong đó các thương tổn không nâng lên thường liên quan đến xâm lấn lớp cơ.

Việc nâng lên tốt cho thấy polyp trong nghiên cứu hầu hết ở giai đoạn tiền

ung thư hoặc loạn sản, chưa xâm lấn sâu.

Dung dịch tiêm phòng:

Sử dụng NaCl 0,9% với Adrenaline (0,01%) để tăng độ phòng niêm mạc và cầm máu tại chỗ. Adrenaline giúp cầm máu hiệu quả, trong khi NaCl tạo lớp đệm an toàn giữa niêm mạc và lớp cơ. Dung dịch này tạo lớp đệm an toàn, phân tách lớp niêm mạc và cơ, giảm nguy cơ thủng, phù hợp với khuyến cáo của Tokyo Consensus (2003) và với nghiên cứu của Seo M. (2003) [5] sử dụng dung dịch NaCl 0,9% kết hợp xanh methylen để đánh dấu ranh giới tổn thương, cho tỷ lệ cắt trọn tương tự.

1.2.2. Phương pháp cắt

97,96% trường hợp sử dụng kỹ thuật cắt nguyên khối (en bloc), giúp giảm nguy cơ sót tổn thương và đảm bảo kết quả mô bệnh học chính xác. Phù hợp với nghiên cứu của Kudo (2006) [6], tỷ lệ tái phát sau cắt nguyên khối chỉ 1-3%, thấp hơn đáng kể so với cắt từng phần. Cắt nguyên khối giúp đảm bảo không sót mô bệnh học, giảm nguy cơ tái phát và cho phép đánh giá chính xác viền cắt. Nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận chỉ 1 trường hợp duy nhất, với 2,04% cắt từng phần. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Karita M. (1995) [7], nơi kỹ thuật cắt từng phần được sử dụng cho các polyp lớn hoặc khó tiếp cận. Mặc dù kỹ thuật này đảm bảo loại bỏ các tổn thương lớn, nhưng tăng nguy cơ tái phát (5-10%) do khó kiểm soát mô bệnh còn sót lại.

1.2.3. Tai biến trong và biến chứng sau cắt polyp

Không ghi nhận thủng hoặc chảy máu nặng. Một số trường hợp chảy máu nhẹ được xử lý hiệu quả bằng Adrenaline hoặc kẹp clip cầm máu.

Tỷ lệ biến chứng thấp phản ánh kỹ thuật thực hiện chính xác và hiệu quả. Theo nghiên cứu của Yokota T. (1990) [8], tỷ lệ biến chứng thủng là 0,7%, trong nghiên cứu này không ghi nhận trường hợp nào, cho thấy có sự cải thiện rõ trong kỹ thuật. So sánh với các nghiên cứu tương quan: Nguyễn Tạ Quyết (2020) [9] báo cáo tỷ lệ chảy máu là 2,5%, thấp hơn so với nhiều nghiên cứu quốc tế nhưng cao hơn nghiên cứu này (0% chảy máu nặng). Nghiên cứu của Seo M. (2003) [5]: cho thấy tỷ lệ thủng 0,5% và chảy máu 1,8%, tương tự với các báo cáo số lượng lớn trên thế giới.

1.2.4. Tỷ lệ thành công

Đạt 97,96% (32/33), phù hợp với các nghiên cứu quốc tế như của Yokota T. (1990) [8] (87-97%) và Cornio (2006) [10] (95-98%). Thành công này phản ánh kỹ thuật chính xác và sự phối hợp hiệu quả giữa bác sĩ nội soi và kíp thực hiện.

4. KẾT LUẬN

Về mô bệnh học: polyp u tuyến là loại phổ biến nhất (73,5%) trong các typ mô bệnh học đại trực tràng. Trong số 36 polyp u tuyến, có 32 thương tổn loạn sản mức độ thấp và 4 thương tổn loạn sản mức độ cao.

Về kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi điều trị polyp: kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi (EMR) là phương pháp hiệu quả và an toàn với tỷ lệ thành công của kỹ thuật 97,96%. Không ghi nhận tai biến hay biến chứng trong nhóm nghiên cứu này, cần nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Gia Lợi, Đinh Quý Minh (2006). Nghiên cứu một số đặc điểm mô học của polyp đại - trực tràng. *Tạp chí Y học thực hành*, 6(547), 12-14.
2. Trần Quốc Tiến (2007). *Nhận xét giá trị của nội soi nhuộm màu Indigo carmin trong chẩn đoán ung thư đại - trực tràng*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Tống Văn Lực (2002). *Nghiên cứu kết quả cắt polyp đại - trực tràng bằng thông lộng điện theo hình ảnh nội soi mềm và xét nghiệm mô bệnh học*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Mukai M, Iwase H, Himeno S et al (2001). A Novel Approach to Endoscopic Colorectal Mucosal Resection Using a Three- Channel Outer Tube and Multiple Forceps: An Experimental Assessment. *Endoscopy*, 33(3), 6-253.
5. Seo M., Song E.M, Kim G.U, Hwang S.W et al (2017). Local recurrence and subsequent endoscopic treatment after endoscopic piecemeal mucosal resection with or without precutting in the colorectum. *Intestinal research*, 15(4), 10-502.
6. Kudo S (1993). Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. *Endoscopy*, 25, 61-455.
7. Karita M, Tada M, Akita K (1994). The successive strip biopsy partial resection technique for large early gastric and colon cancers. *Gastrointest Endos*, 38(2), 174-8.
8. Yokota T.T, Sugihara K, Yoshida S (1994). Endoscopic mucosal resection for colorectal neoplastic lesions. *Diseases of the Colon & Rectum*, 37(11), 1108-11.
9. Nguyễn Tạ Quyết (2019). *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi ống mềm trong điều trị thương tổn tân sinh của niêm mạc đại - trực tràng*. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
10. Conio M, Ponchon T, Blanchi S, Filiberti R (2006). Endoscopic mucosal resection. *Am J Gastroenterol*, 101(3), 653-63.
11. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2024, <https://www.esge.com/colorectal-polypectomy-and-endoscopic-mucosal-resection-esge-guideline-update-2024>.