

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa CLCS của NB GXHM với các đặc điểm: hoàn cảnh sống, tổn thương phối hợp, số lượng đường gãy, phương pháp PT. Có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn hạn chế và thời gian theo dõi ngắn, cần tiến hành những nghiên cứu sâu hơn để phân tích mối liên quan giữa các yếu tố này với CLCS của NB GXHM.

V. KẾT LUẬN

CLCS của người bệnh cải thiện sau PT GXHM, có sự khác biệt tại các thời điểm trước và sau PT 1 tháng ($p < 0,05$). Điểm CLCS thuộc lĩnh vực đau và hạn chế cơ năng có điểm trung bình thấp hơn so với lĩnh vực tâm lý xã hội tại các thời điểm nghiên cứu ($p < 0,05$). Các đặc điểm trình độ học vấn, mức thu nhập hàng tháng, bệnh kèm theo, biến chứng PT và tình trạng cố định hàm sau PT có ảnh hưởng đến CLCS của NB sau 1 tháng PT GXHM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ologunde R. and McLeod N.M.H.** (2018). Use of patient-reported outcome measures in oral and maxillofacial trauma surgery: a review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, **56**(5), 371–379.
2. **Lewandowski B., Szeliga E., Czenczek-**

3. **Lewandowska E., et al.** (2018). Comparison of oral-health-related quality of life in patients in the short- and long-term period following lower-facial injury and fractures – preliminary report. *Dental and Medical Problems*, **55**(1), 57–62.
4. **Sikora M., Chlubek M., Grochans E., et al.** (2019). Analysis of Factors Affecting Quality of Life in Patients Treated for Maxillofacial Fractures. *IJERPH*, **17**(1), 4.
5. **Boljevic T., Vukcevic B., Pajic S., et al.** (2019). Oral health-related quality of life of patients undergoing different treatment of facial fractures: The OHIP-14 questionnaire. *Nigerian journal of clinical practice*, **22**, 1213–1217.
6. **Soh C.L., Tan P.G., and Mohd Nor N.** (2021). Oral health related quality of life after treatment in maxillofacial trauma patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*, **33**(3), 267–271.
7. **Conforte J.J., Alves C.P., Sánchez M. del P. R., et al.** (2016). Impact of trauma and surgical treatment on the quality of life of patients with facial fractures. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, **45**(5), 575–581.
8. **Omeje K.U., Adebola A.R., Efunkoya A.A., et al.** (2015). Prospective study of the quality of life after treatment of mandibular fractures. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, **53**(4), 342–346.
9. **Viozzi C.F.** (2017). Maxillofacial and Mandibular Fractures in Sports. *Clinics in Sports Medicine*, **36**(2), 355–368.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT LẠNH POLYP DƯỚI 10MM, SO SÁNH VỚI CẮT POLYP TIÊU CHUẨN

Nguyễn Ánh Dương¹, Vũ Trường Khanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá bước đầu cắt Snare lạnh polyp đại tràng kích thước 0,5cm – 1,0cm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 106 bệnh nhân Trung tâm Tiêu hóa Gan mật bệnh viện Bạch Mai thời gian từ tháng 05/2022 đến tháng 08/2022. **Kết quả:** 54/106 người bệnh được thực hiện phương pháp cắt polyp lạnh. Kích thước trung bình polyp của cắt lạnh nhỏ hơn so với cắt nhiệt ($5,80 \pm 1,30$ với $7,67 \pm 1,82$, $p < 0,0001$). Cắt lạnh chủ yếu thực hiện ở các tổn thương bề mặt, hơi lõm -IIa (79,6%). 100% trường hợp cắt lạnh không cần tiêm nhắc hỗ trợ so nhóm cắt nhiệt tỷ lệ là 78,9% ($p < 0,0001$). Kẹp clips ngăn biến chứng chảy máu,

thủng ở nhóm cắt nhiệt cao hơn so với cắt lạnh (38,5% với 3,7%, $p < 0,0001$). Trong nghiên cứu không gặp biến chứng chảy máu muộn, thủng sau cắt polyp. **Kết luận:** Cắt lạnh polyp đại tràng an toàn ở nhóm polyp nhỏ (5-10mm), ít cần dùng dụng cụ tiêm nhắc, clips hơn nhóm cắt nhiệt.

Từ khóa: Cắt polyp lạnh, Cắt polyp nóng, nội soi đại tràng, polyp nhỏ

SUMMARY

ASSESSMENT OF COLD POLYPECTOMY BELOW 10MM, COMPARISON WITH HOT POLYPECTOMY

Objective: Initial assessment of cold polypectomy below 10mm, comparison with hot polypectomy. **Method:** A prospective descriptive study on 106 patients from the Center for Gastroenterology-Hepatology, Bach Mai Hospital, from May 2022 to August 2022. **Results:** 54/106 patients performed the cold polyp removal method. The mean polyp size of cold polypectomy was smaller than that of hot polypectomy (5.80 ± 1.30 vs 7.67 ± 1.82 , $p < 0.0001$). Cold polypectomy is mainly performed on

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ánh Dương

Email:

Ngày nhận bài: 11.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022

flat, elevated lesions lesions -IIa (79.6%). 100% of cases of cold polypectomy did not need submucosal injection compared to the hot polypectomy group, the rate was 78.9% ($p < 0.0001$). Clips prevented bleeding and perforation complications higher in the hot polypectomy group than in the cold polypectomy group (38.5% vs 3.7%, $p < 0.0001$). In the study, there were no complications of late bleeding or perforation after polypectomy. **Conclusion:** Cryosection of cold polypectomy is safe in the small polyp group (5-10mm), less need to use lifting tools, and clips than in the hot polypectomy.

Keywords: cold polypectomy, hot polypectomy, colonoscopy, small polyp

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (PLĐTT) là các tổ chức tân sinh được tạo ra do sự tăng sinh tổ chức quá mức phát triển thành khối u lồi vào lòng đại tràng. PLĐTT chiếm 70% là u tuyến và có nguy cơ trở thành ung thư biểu mô.[13] Nội soi cắt polyp là thủ thuật xâm lấn tối thiểu để loại bỏ các u tuyến đại tràng, đặc biệt là những khối u nhô lên. Cắt polyp thường dùng thông lọng (snare) bao quanh tổn thương sau đó được cắt bằng nguồn điện cao tần. Phương pháp này được gọi là "cắt nóng" (hot snare polypectomy – HSP). Cắt và đông máu bằng nguồn điện cao tần được cho là giúp ngăn ngừa chảy máu sau khi cắt polyp, tuy nhiên việc cắt bằng nguồn điện gây bỏng thành đại tràng có thể gây thủng ruột.

Hiện nay phương pháp cắt polyp lạnh (cold snare polypectomy – CSP) đã được phát triển và đưa vào ứng dụng lâm sàng với ưu điểm hạn chế được những biến chứng của phương pháp cắt nóng. Các tổn thương được loại bỏ nhờ yếu tố cơ học bằng thông lọng mà không dùng nguồn điện cắt đốt nhờ đó làm giảm tỷ lệ chảy máu, không còn hội chứng sau cắt polyp (viêm phúc mạc do nhiệt) và thủng đại tràng muộn, thời gian nội soi và thời gian cắt polyp cũng giảm.[1], Theo như nghiên cứu của Takuji Kawamura và cộng sự (2018) tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn polyp của phương pháp cắt lạnh không thua kém cắt nóng (98,2% so với 97,4%) và chảy máu sau cắt cần nội soi cầm máu chỉ xảy ra ở nhóm cắt nóng.[4] Theo báo cáo của Đồng Đức Hoàng và cộng sự (2019) cho cũng cho thấy tỷ lệ cắt hoàn toàn ở nhóm cắt nóng và cắt lạnh là tương đương nhau (98,6% với 96,7%, $p > 0,05$) và thời gian cắt ở nhóm cắt lạnh là ngắn hơn so với nhóm cắt nóng.

Do những ưu điểm trên cắt polyp lạnh được sử dụng rộng rãi ở nhiều nơi và được khuyến cáo bởi hội nội soi Nhật Bản (JSGE)[10] và hội nội soi châu Âu (ESGE).[1] Tại trung tâm Tiêu hóa gan mật, Bệnh viện Bạch Mai, phương pháp này đã

được đưa vào sử dụng trong thời gian gần đây, tuy nhiên chưa có những nghiên cứu nào về kết quả điều trị của phương pháp này. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả cắt lạnh polyp dưới 10mm, so sánh với cắt polyp tiêu chuẩn"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân có polyp đại trực tràng không cuống có kích thước polyp ≤ 10 mm trên nội soi.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý rối loạn đông máu
- Bệnh nhân có tiểu cầu ≤ 50 G/l, Prothrombin $\leq 60\%$

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu thực hiện tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật bệnh viện Bạch Mai thời gian từ tháng 05/2022 đến tháng 08/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đối chứng

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu có tổng cộng 106 đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.3.2. Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có polyp đại trực tràng có kích thước ≤ 10 mm, có chỉ định cắt qua nội soi.

- Bước 2: Tiến hành thu thập thông tin người bệnh: thông tin chung, dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng phục vụ quá trình cắt polyp.

- Bước 3: Tiến hành cắt polyp qua nội soi:
+ Kỹ thuật:
o Bệnh nhân được chuẩn bị đại tràng giống như nội soi đại tràng thường quy.

o Tư thế bệnh nhân khi nội soi: nằm nghiêng trái tuy nhiên bệnh nhân có thể thay đổi vị trí tùy vào thao tác kỹ thuật tại thời điểm cắt.

o Tiến hành nội soi và tìm polyp. Quá trình cắt polyp làm theo trình tự sau:

o Thì định vị: điều chỉnh ống soi để có thể quan sát polyp ở vị trí 5 giờ tới 7 giờ (tránh vị trí 9-12h).

o Thì cắt: nhiều polyp ở dạng phẳng hoặc hơi nhô lên nên thông lọng có xu hướng bị trượt. Có ít nhất 2 cách sau để bắt polyp vào trong thông lọng:

• Thông lọng có thể được tỳ vào niêm mạc lành ở phía gần của polyp với ống soi sau đó mở

chậm sao cho phần còn lại của polyp nằm trong thông lọng. Cách này giúp tránh bị sót cực gần của polyp khi cắt.

- Có thể mở hoàn toàn thông lọng sau đó ép xuống niêm mạc quanh polyp.

Quan trọng là điều chỉnh thông lọng song song với niêm mạc và tỷ xuống niêm mạc, thông lọng đặt ở vùng niêm mạc lành cánh rìa polyp 1-2mm. Khi đó có thể hút bớt khí trong đại tràng để dễ bắt polyp hơn, sau đó siết vòng tử tử để đảm bảo polyp không lọt ra ngoài, lực siết tăng dần lên đến khi lực cơ học nơi thông lọng cắt đứt rời polyp ra khỏi niêm mạc.

Nếu thông lọng bị kẹt lại giữa tổn thương và niêm mạc khi cắt hoặc khi đã siết chặt thông lọng nhưng vẫn không cắt đứt được polyp thì nên nhẹ nhàng kéo thông lọng vào kênh sinh thiết hoặc mở chu vi thông lọng rồi siết lại thêm các lần tới khi đứt hết polyp. Những trường hợp này có thể thấy giữa diện cắt có lõi trắng nhợt lờ ra thành phần có cơ niêm và tổ chức dưới niêm mà không có mô tân sinh còn sót lại nên không cần loại bỏ vùng này đi.

Tránh việc tháo thông lọng rồi bắt lại tổn thương có thể làm cắt không hết toàn bộ polyp hoặc mảnh cắt bị chia nhỏ.

Sau cắt cần kiểm tra lại diện cắt cần thận bằng đèn soi có thể sử dụng chế độ dài tần hẹp để chắc chắn cắt hết tổn thương.

Trường hợp diện cắt còn tổn thương sẽ dùng thông lọng sẵn có hoặc kim sinh thiết cắt nốt phần polyp còn lại.

- Thì gấp: polyp được hút ra qua kênh sinh thiết hoặc lấy ra cùng với kim sinh thiết trong trường hợp mảnh polyp lớn, sau đó đưa đi chẩn đoán mô bệnh học

- Bước 4: Đánh giá kết quả cắt lạnh polyp so sánh với nhóm cắt nóng: về số mảnh cắt, biến chứng, dụng cụ can thiệp.

2.3.3. Phương tiện nghiên cứu:

- Hệ thống nội soi truyền hình Fuji,

Bảng 1. Đặc điểm về vị trí cắt và kích thước polyp

Đặc điểm		Cắt nhiệt (n=52)		Cắt lạnh (n=54)		p
		n	%	n	%	
Vị trí polyp	Trực tràng	24	46,2	17	31,5	>0,05**
	Đại tràng sigma	11	21,1	15	27,8	
	Đại tràng xuống	4	7,7	6	11,1	
	Đại tràng ngang	10	19,2	5	9,3	
	Đại tràng lên, manh tràng	3	5,8	11	20,3	
Kích thước polyp (mm)	TB±ĐLC	7,67±1,82		5,80±1,30		<0,0001*
	Nhỏ nhất – lớn nhất	5 – 10		5 – 10		

Nhận xét: Kích thước trung bình của nhóm cắt lạnh là 5,80±1,30, nhóm cắt nhiệt là

OLYMPUS

- + Bộ xử lý trung tâm
- + Ống nội soi đại tràng

- Thiết bị hỗ trợ cho cắt polyp theo phương pháp cắt lạnh:

Thông lọng thông thường hình bầu dục, kích thước 30x13mm, dây đầu thông lọng: 0,47mm. Hoặc thông lọng chuyên dụng mở 9-15 mm sợi mỏng 0,3mm.

2.4. Biến số nghiên cứu

- Nhóm biến số về thông tin chung: tuổi, giới
- Nhóm biến số về đặc điểm polyp: vị trí, hình thái, kích thước
- Nhóm biến số về quá trình cắt: số mảnh cắt, cách thức cầm máu, dụng cụ dùng khi cắt
- Nhóm biến số về tai biến khi cắt: chảy máu, hội chứng sau cắt polyp, thủng đại tràng sau cắt polyp

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS20.0.
- Thống kê mô tả: sử dụng tần số, tỷ lệ % cho biến định tính, sử dụng trung bình và độ lệch chuẩn cho biến định lượng.
- Thống kê suy luận: sử dụng Fisher exact test để so sánh tỷ lệ biến số trên 2 nhóm với tần số mong đợi <5, sử dụng Mann Whitney test so sánh 2 giá trị trung bình của biến số phân bố không chuẩn

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có tổng số 106 đối tượng tham gia, trong đó nam giới chiếm tỷ lệ 56,7%, tuổi trung bình 56,1±11,9 tuổi nhỏ nhất 32 tuổi, lớn nhất 81 tuổi. Có 52 đối tượng được cắt polyp bằng phương pháp cắt nhiệt và 54 đối tượng cắt bằng phương pháp cắt lạnh. Trong và sau quá trình cắt, chúng tôi không ghi nhận được các biến chứng về chảy máu, thủng sau cắt hoặc hội chứng sau cắt polyp.

*Mann Whitney test, ** KHI bình phương test 7,67±1,82, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước polyp trung bình giữa hai nhóm

phương pháp cắt ($p < 0,0001$). Trục tràng và đại tràng sigma là vị trí polyp được cắt thường gặp, tại vị trí đại tràng lên và manh tràng tỷ lệ được

sử dụng cắt lạnh cao hơn so với cắt nhiệt. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về vị trí cắt polyp ở hai phương pháp ($p > 0,05$).

Bảng 2. Tỷ lệ kiểu hình polyp theo PARIS giữa hai phương pháp cắt

Phân loại Paris	Cắt nhiệt (n=52)		Cắt lạnh (n=54)		p
	n	%	n	%	
Có cuống-Is	4	7,7	1	1,9	<0,0001*
Không cuống-Is	34	65,4	10	18,5	
Bề mặt, hơi lồi-IIa	14	26,9	43	79,6	
Tổng	52	100	54	100	

*Fisher Exact test

Nhận xét: Trong nhóm cắt nhiệt, đa phần người bệnh có polyp không cuống -Is (65,4%), trong nhóm cắt lạnh phần lớn đối tượng có polyp thuộc nhóm bề mặt, hơi lồi-IIa (79,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ kiểu hình polyp theo PARIS giữa hai phương pháp cắt ($p < 0,0001$).

Bảng 3. Tỷ lệ người bệnh sử dụng tiêm nhắc hỗ trợ cắt giữa hai nhóm phương pháp cắt

Dụng cụ kim tiêm nhắc	Cắt nhiệt (n=52)		Cắt lạnh (n=54)		p
	n	%	n	%	
Không tiêm nhắc	41	78,9	54	100	<0,0001*
Có tiêm nhắc	11	21,2	0	0	
Tổng	52	100	54	100	

*Fisher Exact test

Nhận xét: Không có đối tượng nghiên cứu nào cần tiêm nhắc hỗ trợ cắt, trong nhóm cắt nhiệt có 11/52 (21,2%) đối tượng cần tiêm nhắc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sử dụng kim tiêm nhắc hỗ trợ cắt giữa hai phương pháp cắt ($p < 0,0001$).

Bảng 4. Đặc điểm về số mảnh cắt

Số mảnh cắt	Cắt nhiệt (n=52)		Cắt lạnh (n=54)		p
	n	%	n	%	
1 mảnh	52	100	49	90,7	>0,05*
≥ 2 mảnh	0	0	5	9,3	
Tổng	52	100	54	100	

*Fisher Exact test

Nhận xét: Tỷ lệ cắt bổ sung mảnh thứ hai của phương pháp cắt lạnh là 9,3% và không có trường hợp cắt 2 mảnh trong nhóm cắt nhiệt. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mảnh cắt bổ sung giữa hai nhóm phương pháp ($p > 0,05$).

Bảng 5. Đặc điểm về dùng kẹp clips ngăn chảy máu, thủng.

Dùng clips ngăn chảy máu, thủng	Cắt nhiệt (n=52)		Cắt lạnh (n=54)		p
	n	%	n	%	
Không dùng	32	61,5	52	96,3	<0,0001*
Có dùng kẹp clips	20	38,5	2	3,7	
Tổng	52	100	54	100	

*Fisher Exact test

Nhận xét: Tỷ lệ dùng kẹp clips ngăn chảy máu, dự phòng thủng ở nhóm cắt nhiệt và cắt lạnh lần lượt là 38,5% và 3,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ dùng kẹp clips giữa hai phương pháp ($p < 0,0001$).

IV. BÀN LUẬN

Nội soi cắt polyp đại trực tràng được áp dụng rộng rãi để ngăn chặn sự phát triển của ung thư đại trực tràng và giảm tỷ lệ tử vong.[6] Tùy vào kích thước, vị trí và số lượng polyp mà bác sĩ nội soi lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp sao cho có thể loại bỏ hoàn toàn polyp,

ít xảy ra biến chứng và thời gian can thiệp ngắn nhất. Đối với những polyp lớn, polyp có cuống các mạch máu tăng sinh trong polyp có kích thước lớn việc cắt polyp cần có nguồn cắt điện để giảm nguy cơ chảy máu sau cắt. Nhưng với những polyp dạng 0-I kích thước < 10mm và polyp dạng 0-II các mạch máu tăng sinh trong polyp nhỏ, có thể cắt không cần nguồn cắt điện mà không gây ra chảy máu hoặc chảy máu ít và tự cầm. [5] Ưu điểm của phương pháp cắt polyp lạnh là giảm những biến chứng do sử dụng nguồn cắt điện gây ra như: chảy máu muộn,

thủng và hội chứng sau cắt; thời gian can thiệp ngắn hơn.[4] Trong nghiên cứu của chúng tôi, 106 người bệnh đã được lựa chọn vào nghiên cứu trong đó 54 bệnh nhân được thực hiện phương pháp cắt lạnh và 52 bệnh nhân được thực hiện phương pháp cắt nhiệt làm so sánh để đánh giá về tính hiệu quả. Kích thước polyp trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,80 \pm 1,30$ mm ở nhóm cắt lạnh và $7,67 \pm 1,82$ mm ở nhóm cắt nhiệt ($p < 0,0001$), tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi Yasuyuki I cũng báo cáo kích thước trung bình trong nhóm cắt lạnh là 5,7mm,[3] trong nghiên cứu của Đồng Đức Hoàng thực hiện tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, kích thước polyp trung bình cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi ($7,84 \pm 2,44$). Việc lựa chọn phương pháp phù hợp với kích thước polyp hết sức quan trọng, nó ảnh hưởng đến khả năng cắt bỏ hoàn toàn polyp, theo báo cáo của Pohl và cộng sự tỷ lệ cắt bỏ không hoàn toàn bị ảnh hưởng bởi kích thước polyp với tỷ lệ 5,8% đối với polyp 5 – 7 mm và 9,4% đối với polyp 8 – 9 mm.[8] Về vị trí phát hiện polyp đa số polyp phát hiện ở phần đại tràng trái 70,4% (trực tràng 31,5%, đại tràng sigma 27,8%, đại tràng xuống 11,1%), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đồng Đức Hoàng với tỷ lệ polyp xuất hiện ở đại tràng trái là 79,6%. Trong một cuộc nội soi đại trực tràng khảo sát kỹ niêm mạc đại tràng để phát hiện polyp là rất quan trọng và cần nên đặc biệt chú ý niêm mạc vùng đại tràng trái.

Nghiên cứu cũng cho thấy trong nhóm cắt nhiệt, đa phần người bệnh có polyp không cuống -Is (65,4%), trong nhóm cắt lạnh phần lớn đối tượng có polyp thuộc nhóm bề mặt, hơi lồi -IIa (79,6%) ($p < 0,0001$), kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Kawamura T và cộng sự với tỷ lệ 0-I ở nhóm cắt lạnh và cắt nhiệt là 67,6% và 68,6%.[4] Sự khác biệt này có thể là do sự phát hiện polyp trên thực tế các polyp dạng 0-II khó phát hiện do dễ bị các nếp niêm mạc che lấp. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trong nhóm cắt nhiệt có 11/52 (21,2%) đối tượng cần tiêm nâng niêm mạc, không có đối tượng nghiên cứu nào cần sử dụng tiêm nâng niêm mạc hỗ trợ cắt lạnh ($p < 0,0001$).

Đặc điểm về số mảnh cắt bổ sung, trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp thực hiện cắt polyp ≥ 2 mảnh và đều ở phương pháp cắt lạnh. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Kawamura T và cộng sự chỉ có 3/341 trường hợp cần cắt bổ sung. Sự khác biệt này có thể là trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp

cắt 2 mảnh chủ yếu ở polyp có kiểu hình hơi lồi 0-IIa (3/5 trường hợp), việc cắt polyp ở kiểu hình này rất dễ bỏ sót tổng thương dẫn đến có những lượt cắt bổ sung. Về sử dụng kẹp clips để cầm máu, dự phòng thủng tỷ lệ kẹp clips ở nhóm cắt nhiệt và cắt lạnh lần lượt là 38,5% và 3,7% ($p < 0,0001$). Sự khác biệt này có thể là do trong nhóm cắt nhiệt có kích thước polyp lớn hơn so với nhóm cắt lạnh, nghiên cứu của Moon HS cho thấy kích thước của polyp là yếu tố nguy cơ độc lập duy nhất dẫn đến chảy máu muộn sau khi cắt polyp đại tràng.[7]

Về tai biến và biến chứng trong và sau cắt polyp theo phương pháp cắt lạnh. Trong nghiên cứu không gặp biến chứng chảy máu muộn ở cả hai nhóm. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây, Repici và cộng sự báo cáo không có hiện tượng chảy máu muộn trong một loạt 1015 trường hợp cắt bỏ polyp < 10 mm, trong số 823 bệnh nhân.[9] Hơn nữa, Horiuchi và cộng sự báo cáo tỷ lệ chảy máu muộn sau CSP thấp ngay cả đối với bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc chống đông,[2] hay báo cáo của Kawamura T và cộng sự cho thấy tỷ lệ chảy máu muộn là tương tự nhau đối với cả hai nhóm (0,5% ở nhóm cắt nhiệt so với 0% ở cắt lạnh).[4] Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy không xảy ra biến chứng thủng và chảy máu sớm trong quá trình cắt, kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu thực hiện trước đây.[4]

V. KẾT LUẬN

Trong quá trình nghiên cứu có 54/106 người bệnh được thực hiện phương pháp cắt polyp lạnh. Kích thước trung bình polyp của cắt lạnh nhỏ hơn so với cắt nhiệt ($5,80 \pm 1,30$ với $7,67 \pm 1,82$, $p < 0,0001$). Cắt lạnh chủ yếu thực hiện ở các tổn thương bề mặt, hơi lồi -IIa (79,6%). 100% trường hợp cắt lạnh không cần tiêm nhắc hỗ trợ so nhóm cắt nhiệt tỷ lệ là 78,9% ($p < 0,0001$). Kẹp clips ngăn biến chứng chảy máu, dự phòng thủng ở nhóm cắt nhiệt cao hơn so với cắt lạnh (38,5% với 3,7%, $p < 0,0001$). Trong nghiên cứu không gặp biến chứng chảy máu muộn, thủng sau cắt polyp. Cắt lạnh polyp đại tràng an toàn ở nhóm polyp nhỏ (5-10mm), ít cần dùng dụng cụ tiêm nhắc, clips hơn nhóm cắt nhiệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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), 270-297.
2. Horiuchi, A., Nakayama, Y., Kajiyama, M. et

- al. (2014), "Removal of small colorectal polyps in anticoagulated patients: a prospective randomized comparison of cold snare and conventional polypectomy", *Gastrointest Endosc.* 79(3), 417-23.
3. **Ichise, Y., Horiuchi, A., Nakayama, Y. et al.** (2011), "Prospective randomized comparison of cold snare polypectomy and conventional polypectomy for small colorectal polyps", *Digestion.* 84(1), 78-81.
 4. **Kawamura, T., Takeuchi, Y., Asai, S. et al.** (2018), "A comparison of the resection rate for cold and hot snare polypectomy for 4-9 mm colorectal polyps: a multicentre randomised controlled trial (CRESCENT study)", *Gut.* 67(11), 1950-1957.
 5. **Lee, J.** (2016), "Resection of Diminutive and Small Colorectal Polyps: What Is the Optimal Technique?", *Clin Endosc.* 49(4), 355-8.
 6. **Løberg, M., Kalager, M., Holme, Ø et al.** (2014), "Long-term colorectal-cancer mortality after adenoma removal", *N Engl J Med.* 371(9), 799-807.
 7. **Moon, H. S., Park, S. W., Kim, D. H. et al.** (2014), "Only the size of resected polyps is an independent risk factor for delayed postpolypectomy hemorrhage: a 10-year single-center case-control study", *Ann Coloproctol.* 30(4), 182-5.
 8. **Pohl, H., Srivastava, A., Bensen, S. P. et al.** (2013), "Incomplete polyp resection during colonoscopy-results of the complete adenoma resection (CARE) study", *Gastroenterology.* 144(1), 74-80.e1.
 9. **Repici, A., Hassan, C., Vitetta, E. et al.** (2012), "Safety of cold polypectomy for <10mm polyps at colonoscopy: a prospective multicenter study", *Endoscopy.* 44(1), 27-31.
 10. **Tanaka, S., Saitoh, Y., Matsuda, T. et al.** (2021), "Evidence-based clinical practice guidelines for management of colorectal polyps", *J Gastroenterol.* 56(4), 323-335.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI DỊ TẬT TIM THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Trần Thị Minh Thu¹, Đinh Thúy Linh¹, Nguyễn Duy Ánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình thái dị tật tim thai được chẩn đoán tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 252 thai phụ được chẩn đoán xác định có thai có BTBS. **Kết quả:** Dị tật thông liên thất gặp nhiều nhất với 53 trường hợp, (21%), tiếp theo là các BTBS phối hợp nhiều tổn thương gồm 33 trường hợp (13,1%). Các BTBS như Fallot, thiếu sản tim, chuyển gốc ĐM, thông sán nhĩ thất, thất (P) hai đường ra cũng chiếm số lượng lớn. Đa số các trường hợp là BTBS đơn độc, chiếm 75%. Có 63 trường hợp BTBS trong 252 trường hợp trong nghiên cứu có phối hợp với bất thường hệ cơ quan khác ngoài tim, chiếm 25%. **Kết luận:** Các bất thường bệnh tim bẩm sinh được quan sát thấy nhiều nhất trong nghiên cứu là thông liên thất và đa số là BTBS đơn độc. Chỉ có 25% trường hợp có bất thường khác kèm theo ngoài TBS.

Từ khóa: BTBS (bệnh tim bẩm sinh)

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF FETAL HEART DEFECTS DIAGNOSED AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To describe the morphological characteristics of fetal heart defects diagnosed at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:**

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Người chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Minh Thu

Email: minhthu.hmu.16989@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022

Cross-sectional description of 252 fetuses diagnosed with congenital heart defects. **Results:** Ventricular septal defect was the most common with 53 cases, (21%), followed by complex heart defects in 33 cases (13.1%). Congenital abnormalities such as Tetralogy of Fallot, cardiac hypoplasia, transposition of the great arteries, atrioventricular septal defect, double outlet right ventricle also account for a large number. The average gestational age at first diagnosis of congenital heart defects by ultrasound is 24.73 ± 5.99 weeks. Most cases were inflicted with isolated congenital heart defects, accounting for 75%. There were 63 cases of congenital abnormalities in 252 cases in the study associated with extracardiac anomalies, accounting for 25%. **Conclusion:** The pregnant women in this study are of reproductive age. The most observed congenital heart abnormalities in the study were ventricular septal defect and most cases were inflicted with isolated congenital heart defects. Only 25% of cases had extracardiac abnormalities.

Keyword: CHD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tim bẩm sinh (TBS) là dị tật bẩm sinh phổ biến nhất, xảy ra ở khoảng 4-13 trên 1000 ca sinh sống [1] và chiếm 10% số thai chết lưu [2]. Bệnh tim bẩm sinh (BTBS) cũng là một trong những nguyên nhân chính gây ra tình trạng bệnh tật và tử vong ở trẻ em trên toàn thế giới [3].

Với sự phát triển của các phương pháp phẫu thuật sau sinh, hầu hết các BTBS có thể phẫu thuật để đạt được kết quả chức năng tim bình thường. Tuy nhiên khi kết hợp với bất thường khác các cơ quan ngoài tim hay bất thường di