

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮT HỚT NIÊM MẠC DƯỚI NƯỚC QUA NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KHÔNG CUỐNG KÍCH THƯỚC ≥ 10 MM TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Hoàng Minh Tuấn¹, Dương Quang Huy²,
Nguyễn Đức Lưu¹, Bùi Thị Thanh Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt polyp đại trực tràng (ĐTT) không cuống, kích thước trên 10mm bằng phương pháp UEMR. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 73 polyp ĐTT không cuống, kích thước trên 10mm của 69 bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. Phân loại nội soi theo Paris và NICE, phân loại mô bệnh học theo Tổ chức y tế thế giới (WHO). Đánh giá kết quả, tính an toàn của kỹ thuật UEMR tại thời điểm nằm viện và sau 3 tháng. **Kết quả:** Kết quả cắt polyp tốt đạt 96,7%, trong đó cắt nguyên khối chiếm tỷ lệ 95,9%, chảy máu tức thì gặp ở 1,4% trường hợp, chảy máu muộn sau thủ thuật gặp ở 1,4% trường hợp, không gặp biến chứng thủng ống tiêu hóa và hội chứng sau cắt polyp. **Kết luận:** UEMR là phương pháp an toàn, có hiệu quả trong điều trị polyp ĐTT không cuống có kích thước từ ≥ 10 mm, đặc biệt với tổn thương có hình thái phẳng. **Từ khóa:** Polyp đại trực tràng, UEMR, Bệnh viện Quân Y 103

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF UNDERWATER ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION FOR NON-PEDUNCULATED COLORECTAL POLYPS ≥ 10 MM: A SINGLE-CENTER STUDY FROM MILITARY HOSPITAL 103

Objective: To evaluate the outcomes of underwater endoscopic mucosal resection (UEMR) for non-pedunculated colorectal polyps larger than 10 mm. **Subjects and methods:** A prospective study was conducted on 73 non-pedunculated colorectal polyps ≥ 10 mm in size from 69 patients treated at Military Hospital 103. Polyps were classified endoscopically using the Paris and NICE classification systems, and histopathologically based on the World Health Organization (WHO) criteria. Outcomes and safety of UEMR were assessed both during hospitalization and at 3-month follow-up. **Results:** The rate of successful polyp resection was 96.7%, with en bloc resection achieved in 95.9% of cases, immediate bleeding occurred in 1.4% of cases, and delayed post-procedural bleeding also occurred in 1.4%. No cases of perforation or post-polypectomy syndrome were observed. **Conclusion:** UEMR is a safe and effective technique for the treatment of non-

pedunculated colorectal polyps ≥ 10 mm, particularly for flat lesions. **Keywords:** Colorectal polyps, UEMR, Military Hospital 103

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (ĐTT) là bệnh ung thư phổ biến có tỷ lệ mắc cao thứ 3 và tỷ lệ tử vong cao thứ 4 trên thế giới [1]. Ung thư ĐTT thường tiến triển từ những polyp tuyến có kích thước ≥ 10 mm [2]. Cắt polyp ĐTT qua nội soi đã chứng minh hiệu quả làm giảm đến 90% tỉ lệ bệnh mới mắc ung thư ĐTT [3].

Phương pháp cắt hớt niêm mạc dưới nước (UEMR) được Binmoeller và cs xuất năm 2012 để điều trị các polyp ĐTT lớn, phẳng. Nguyên lý của phương pháp này dựa trên việc ngâm trong nước làm giảm lực giãn lòng đại tràng, tăng độ nổi của niêm mạc và dưới niêm mạc, đồng thời làm cho niêm mạc (bao gồm cả tổn thương) nổi lên trong lòng đại tràng trong khi lớp cơ vòng vẫn giữ nguyên hình dạng. Kết quả là các tổn thương niêm mạc phẳng hoặc không cuống trở lên nhỏ và có xu hướng nổi lên, tạo điều kiện thuận lợi cho bắt polyp vào thòng lọng của snare, do đó tránh được tình trạng thủng. Nhiều nghiên cứu cho thấy phương pháp UEMR có nhiều ưu điểm vượt trội hơn so với EMR truyền thống về khả năng cắt nguyên khối, trong khi không có sự khác biệt về các biến chứng [5] [6]. Tại Việt Nam, hiệu quả của của phương pháp UEMR đối với polyp kích thước ≥ 10 mm còn chưa được công bố nhiều, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm "Đánh giá kết quả sớm của phương pháp cắt hớt niêm mạc dưới nước trong điều trị polyp đại trực tràng không cuống, kích thước ≥ 10 mm".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Đối tượng nghiên cứu:** 69 bệnh nhân với 73 polyp ĐTT, được can thiệp cắt polyp bằng phương pháp UEMR tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân Y 103, từ tháng 7/2024-3/2025.

* **Tiêu chuẩn tuyển chọn:** Bệnh nhân có polyp không cuống, kích thước ≥ 10 mm (type 0-I_s, 0-IIa, 0-IIb, 0-IIc theo phân loại Paris 2002), có chỉ định cắt polyp qua nội soi bằng phương pháp UEMR và đồng ý tham gia nghiên cứu, cung

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tuấn

Email: mtuan95@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025

cấp đủ các thông tin vào bệnh án nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định với nội soi can thiệp, có polyp nghi ngờ xâm lấn lớp dưới niêm mạc trên nội soi tăng cường hình ảnh (NICE III), không đồng ý làm thủ thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc.

* Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn tuyển chọn và loại trừ.

* Các bước nghiên cứu: Lựa chọn bệnh nhân, khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng, nội soi cắt polyp theo phương pháp UEMR, theo dõi kết quả điều trị sau cắt polyp 3 tháng.

Chỉ định UEMR: tương tự như chỉ định của EMR, theo hướng dẫn của Bộ y tế 2014.

Chỉ tiêu nghiên cứu: vị trí polyp (theo giải phẫu đại tràng), kích thước polyp (theo đường kính chỗ lớn nhất của polyp), hình thái polyp trên nội soi (theo phân loại Paris 2002 và NICE), mô bệnh học theo WHO – 2019; kết quả điều trị tốt: cắt sạch polyp, sau 3 tháng không tái phát, không sót tổn thương; kết quả điều trị không tốt: cắt sạch polyp, sau 3 tháng sót/tái phát tổn thương.

* **Xử lý số liệu:** Nhập liệu bằng Excel 2019 và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được xét duyệt thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu khoa học của Bệnh viện Quân y 103 số QĐ 89/HĐĐĐ ngày 19/08/2024. Tất cả thông tin của bệnh nhân được hoàn toàn giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm polyp (n=73)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Vị trí	Manh tràng	1	1,4%
	Đại tràng lên	7	9,6%
	Đại tràng góc gan	4	5,5%
	Đại tràng ngang	5	6,8%
	Đại tràng xuống	9	12,3%
	Đại tràng sigma	27	37%
Kích thước	Trực tràng	20	27,4%
	10-19mm	61	83,6%
Hình thái (phân loại Paris)	≥ 20mm	12	16,4%
	Trung bình	15,1±3,93	
Bề mặt (phân loại NICE)	OIs	43	58,9%
	OIIa	24	32,9%
	LST	6	8,2%
Bề mặt (phân loại NICE)	NICE I	26	35,6%
	NICE II	47	64,4%

Nhận xét: Tỷ lệ polyp nhiều nhất ở vị trí đại tràng sigma (37%), nhóm kích thước từ 10-19mm (83,6%), hình thái chủ yếu là OIs (58,9%), kiểu bề mặt chiếm đa số là NICE II (64,4%).

Bảng 3.2. Kết quả mô bệnh học (n=73)

Loại mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ
U tuyến ống, độ thấp	42	57,6
U tuyến ống, độ cao	3	4,1
U tuyến nhung mao, độ thấp	2	2,7
U tuyến ống nhung mao, độ thấp	8	11
Tổn thương dạng răng cưa, loạn sản độ thấp	7	9,6
Polyp tăng sản	9	12,3
Polyp viêm	2	2,7

Nhận xét: 85% các trường hợp là polyp u tuyến và tổn thương dạng răng cưa (chủ yếu loạn sản mức độ thấp: 80,9%; mức độ cao là 4,1%), 15% là polyp viêm và polyp tăng sản

Bảng 3.3. Đặc điểm kỹ thuật cắt (n=73)

Thủ thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Cắt bỏ nguyên khối	70	95,9
Cắt bỏ từng phần	3	4,1
Tổng	73	100

Nhận xét: Tỷ lệ cắt bỏ nguyên khối là chủ yếu chiếm 95,9% tỷ lệ cắt bỏ từng phần chiếm 4,1%

Bảng 3.3. Biến chứng của kỹ thuật (n=73)

	Số lượng (n=73)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu trong can thiệp	1	1,4
Chảy máu sau can thiệp sớm	0	0
Chảy máu sau can thiệp muộn	1	1,4
Thủng đại tràng	0	0
Hội chứng sau cắt polyp	0	0
Can thiệp cầm máu trong thủ thuật (kẹp clip)	30	41,1

Nhận xét: Biến chứng trong thủ thuật: chảy máu tức thì gặp ở 1,4% trường hợp, không gặp biến chứng thủng ống tiêu hóa. Biến chứng sau thủ thuật: chảy máu muộn sau thủ thuật gặp ở 1,4% trường hợp, không gặp biến chứng thủng ống tiêu hóa và hội chứng sau cắt polyp. Can thiệp cầm máu trong thủ thuật: kẹp clip cầm máu, chiếm tỷ lệ 41,1%.

Bảng 3.4. Lượng nước bơm trong thủ thuật (n=73)

	Vị trí polyp				
	M.tràng, ĐT lên, góc gan	Đại tràng ngang	ĐT góc lách, xuống	Đại tràng sigma	Trực tràng
N (ca)	12	5	9	27	20
Lượng nước	320 ± 101	256 ± 13	275 ± 38	259 ± 88	214 ± 93
Trung bình	258,7 ± 89,9				

Nhận xét: Lượng nước bơm trung bình 1 lần cắt polyp: $258,7 \pm 89,9$ ml, lượng nước bơm trung bình ở vị trí đại tràng phải (320 ± 101 ml) cao hơn ở trực tràng (214 ± 93 ml) với $p < 0,01$.

Bảng 3.5 Thời gian thủ thuật UEMR (n=73)

	Vị trí polyp				
	M.tràng, ĐT lên, góc gan	Đại tràng ngang	ĐT góc lách, xuống	Đại tràng sigma	Trực tràng
N (ca)	12	5	9	27	20
Thời gian	305 ± 120	230 ± 50	283 ± 53	231 ± 73	222 ± 98
Trung bình	$247,6 \pm 90$				

Nhận xét: Thời gian can thiệp trung bình là $247,6 \pm 90$ s thời gian can thiệp trung bình ở vị trí đại tràng phải (305 ± 120 s) cao hơn ở trực tràng (222 ± 98 s) với $p < 0,01$.

Bảng 3.6. Tình trạng polyp tại thời điểm sau cắt 3 tháng (n=61)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Đạt	Kết quả tốt	59	96,7%
	Polyp tái phát	0/61	0%
	Sốt tổn thương	2/61	3,3%
	Tổng	61	100%

Nhận xét: Kiểm tra sau 03 tháng cắt polyp tỷ lệ polyp tái phát là 0%, sốt tổn thương gặp 02 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,3%. Kết quả cắt polyp đạt tốt ở 59/61 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 96,7%.

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa kích thước polyp và kết quả cắt polyp (n=61)

Kích thước	Kết quả cắt polyp		Tổng
	Tốt	Không tốt	
10 – 19mm	49 (100%)	0 (0%)	40
≥ 20 mm	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12
Tổng	58	2	61
p	$p < 0,05$		

Nhận xét: Ở nhóm polyp kích thước < 20 mm, kết quả cắt polyp tốt đạt 100%, trong khi ở nhóm polyp kích thước ≥ 20 mm, kết quả cắt polyp tốt đạt 83,3%, có 02 trường hợp không đạt kết quả tốt chiếm 16,7%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa cắt bỏ nguyên khối với kết quả cắt polyp (n=61)

Cắt nguyên khối	Kết quả cắt polyp		Tổng
	Tốt	Không tốt	
Cắt bỏ nguyên khối	58 (100%)	0 (0%)	58
Cắt bỏ từng phần	1 (33,3%)	2 (66,7%)	2
Tổng	58	2	61
P	$P < 0,01$		

Nhận xét: Ở nhóm polyp được cắt bỏ nguyên khối (enbloc), kết quả cắt polyp tốt đạt 100%, trong khi ở nhóm polyp cắt bỏ không

nguyên khối, có 1 trường hợp đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 33,3%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hình ảnh nội soi và mô bệnh học. Vị trí gặp nhiều nhất là đại tràng sigma chiếm 37%, tiếp theo là trực tràng chiếm 27,4%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo đó, nghiên cứu của Trần Thanh Hà và cs (2022) cũng nhận thấy tỷ lệ polyp ở đại tràng sigma là 50% và 32,1% [7], Lê Quang Đình và cs (2024) cũng gặp tỷ lệ polyp ở 2 vị trí trên tương ứng là 37,7% và 25,8% [8]. Vị trí của polyp ĐTT ở các nghiên cứu khác nhau thì có sự khác nhau nhưng có thể nhận thấy rằng polyp thường phát hiện cao nhất ở trực tràng và đại tràng sigma. Đây cũng chính là 2 vị trí có xuất độ ung thư ĐTT cao nhất theo nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

Kích thước trung bình của các polyp được cắt bằng phương pháp UEMR là $15,1 \pm 3,93$ mm nhóm polyp có kích thước 10-19mm chiếm tỷ lệ cao nhất (83,6%), trong khi nhóm polyp kích thước trên 20mm chiếm tỷ lệ 16,4%, Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Lê Quang Đình và cs với 89,6% polyp kích thước từ 10-19mm và 10,4% polyp kích thước trên 20mm [8]. Tác giả Trần Thanh Hà và cs cũng cho thấy kết quả tương tự với 79,8% polyp kích thước 10-19mm và 20,2% polyp kích thước từ 20mm trở lên [7]. Điều này là do đặc điểm của mẫu nghiên cứu của chúng tôi là nhóm polyp kích thước trên 10mm. Tỷ lệ gặp polyp có kích thước rất lớn (≥ 20 mm) không cao có thể do các polyp của nhóm nghiên cứu là loại không cuống, cần thời gian để tiến triển tăng kích thước và hầu như ít ảnh hưởng đến các biểu hiện rối loạn đại tiện.

Polyp có hình thái OIs chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,9%, hình thái OIIa và LST lần lượt là 32,9% và 8,3%, không gặp ca polyp nào nhóm OIIb và OIIc. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Lê Quang Đình và cs với 66,1% polyp hình thái OIs và 33,9% polyp hình thái OIIa/OIIb [8]. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng polyp không cuống có nguy cơ ác tính cao hơn polyp có cuống. Vì vậy, trên lâm sàng khi gặp các tổn thương dạng Is, O-IIa, các nhà nội soi cần đặc biệt lưu tâm, cần theo dõi, đánh giá kỹ và chính xác kết quả mô bệnh học vì nguy cơ ung thư hoá của tổn thương dạng này là rất cao.

Phần lớn polyp có cấu trúc bề mặt trên hình ảnh NBI thuộc nhóm NICE II có 47 trường hợp chiếm tỷ lệ 64,4% và 26 trường hợp NICE I

chiếm tỷ lệ 35,6%. Nghiên cứu của Lê Quang Đình và cộng sự cho thấy 91,5% polyp NICE II và 8,5% polyp NICE I [8]. Sự khác biệt này có thể do kinh nghiệm của bác sĩ nội soi, đặc điểm của nhóm polyp đa phần là polyp kích thước từ 10-19mm.

Kết quả mô bệnh học cho thấy 85% các trường hợp là polyp u tuyến và tổn thương dạng răng cưa (chủ yếu loạn sản mức độ thấp: 80,9%; mức độ cao là 4,1%), 15% là polyp viêm và polyp tăng sản. Ung thư ĐTT thường phát triển từ các tổn thương polyp hay u tuyến 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 [9].

4.2. Kết quả điều trị polyp đại trực tràng và một số yếu tố ảnh hưởng. Kết quả cắt polyp trong nghiên cứu đạt kết quả tốt chiếm 96,7%, kết quả không tốt chiếm 3,3%. Trong đó 70/73 polyp được cắt bỏ toàn bộ (cắt bỏ en bloc) chiếm tỷ lệ 95,9%, 03 trường hợp cắt bỏ thành nhiều mảnh chiếm tỷ lệ 4,1%. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Trần Văn Sơn tiến hành phương pháp UEMR trên tất cả các polyp bất kể kích thước với tỷ lệ đạt kết quả tốt là 92,2% và tỷ lệ đạt là 7,8% [10]. Tương tự, nghiên cứu của Spadaccini và cs đánh giá trên 433 bệnh nhân với 508 polyp đại trực tràng được điều trị bằng phương pháp UEMR cho thấy tỷ lệ cắt bỏ toàn bộ là 96,35%, tỷ lệ tái phát là 8,82% [6]. Như vậy với các polyp có kích thước trên 10mm, phương pháp UEMR đã cho thấy rất nhiều hiệu quả tích cực và tương đồng với những nghiên cứu trên thế giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối với nhóm polyp kích thước 10-19mm cho kết quả tốt 100%, với tỷ lệ cắt nguyên khối 98,6%, biến chứng chảy máu thì muộn gặp 1,42% các trường hợp, không gặp biến chứng thủng ống tiêu hóa trong trường hợp nào, thời gian thủ thuật nhanh do dễ dàng bắt các polyp. Với nhóm polyp kích thước trên 20mm, có tỷ lệ cắt en bloc đạt 83,3%, kết quả tốt đạt 83,3% (tỷ lệ sót tổn thương/tái phát: 3,27%), không có biến chứng nào gặp ở nhóm này. Như vậy kích thước polyp có liên quan đến kết quả cắt polyp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp có 1 trường hợp (1,4%) chảy máu trong thủ thuật và 1 trường hợp chảy máu thì muộn chiếm tỷ lệ 1,4%. Không có trường hợp nào thủng ống tiêu hóa và hội chứng sau cắt polyp. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp biến chứng thủng ống tiêu hóa. Tuy nhiên các nghiên cứu về phương pháp UEMR cũng ghi

nhận biến chứng thủng tức thì trong 1 số trường hợp. Ponogoti và Rex năm 2016 cũng ghi nhận 1 trường hợp thủng trong quá trình thực hiện kỹ thuật UERM, tuy nhiên 2 ông cho rằng vết thủng này là do thực hiện UEMR ở tư thế ống soi gặp ngược làm kéo căng và làm thủng đại tràng [5].

Lượng nước bơm trong thủ thuật trung bình là $258,7 \pm 89,9$ ml, lượng nước bơm nhiều nhất trong 1 thủ thuật UEMR là 500ml, lượng nước bơm ít nhất là 150ml ở trực tràng. Thực tế không có khuyến cáo cụ thể về tổng lượng nước được bơm vào đại tràng trong thủ thuật UEMR, một nghiên cứu của Binmoeller và cs năm 2019 có đề cập đến lượng nước bơm vào đại tràng trong khoảng 100-300ml cho đến khi tổn thương bị chìm ngập trong nước [5].

Thời gian cắt trung bình đối với 1 polyp đại trực tràng bằng phương pháp UEMR là $247,6 \pm 90$ s. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu của Takeshi Yamashina và cs năm 2019 cho thấy thời gian cắt trung bình là 165s (2,75 phút). Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến thời gian thủ thuật UEMR. Các polyp có kích thước càng lớn, lượng nước bơm vào càng nhiều, bác sĩ nội soi không có nhiều kinh nghiệm là những yếu tố có thể ảnh hưởng đến làm thời gian thủ thuật kéo dài hơn.

V. KẾT LUẬN

UEMR là phương pháp an toàn, có hiệu quả trong điều trị polyp ĐTT không cưỡng có kích thước từ ≥ 10 mm, đặc biệt với tổn thương có hình thái phẳng.

Kết quả cắt polyp tốt đạt 96,7%, trong đó cắt nguyên khối chiếm tỷ lệ 95,9%, chảy máu tức thì gặp ở 1,4% trường hợp, chảy máu muộn sau thủ thuật gặp ở 1,4% trường hợp, không gặp biến chứng thủng ống tiêu hóa và hội chứng sau cắt polyp.

Kết quả điều trị tốt hơn khi cắt polyp nguyên khối và polyp có kích thước < 20 mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **E. Dekker, P. J. Tanis, J. L. A. Vleugels, P. M. Kasi, and M. B. Wallace**, "Colorectal cancer," *Lancet*, vol. 394, no. 10207, pp. 1467-1480, Oct 19 2019, doi: 10.1016/S0140-6736(19)32319-0.
2. **M. Oines, L. M. Helsingen, M. Bretthauer, and L. Emilsson**, "Epidemiology and risk factors of colorectal polyps," *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, vol. 31, no. 4, pp. 419-424, Aug 2017, doi: 10.1016/j.bpg.2017.06.004.
3. **Quách Trọng Đức, Nguyễn Thúy Oanh** "Nghiên cứu phân bố polyp tuyến đại trực tràng theo vị trí và kích thước của polyp", " *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 11 (4), tr.242-247, 2007.
4. **R. M. Soetikno, T. Gotoda, Y. Nakanishi, and**

- N. Soehendra**, "Endoscopic mucosal resection," *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 57, no. 4, pp. 567-579, 2003/04/01/ 2003, doi:
- A. Nett and K. Binmoeller**, "Underwater Endoscopic Mucosal Resection," *Gastrointest Endosc Clin N Am*, vol. 29, no. 4, pp. 659-673, Oct 2019, doi: 10.1016/j.giec.2019.05.004.
 - M. Spadaccini et al.**, "Underwater EMR for colorectal lesions: a systematic review with meta-analysis (with video)," *Gastrointest Endosc*, vol. 89, no. 6, pp. 1109-1116 e4, Jun 2019, doi: 10.1016/j.gie.2018.10.023.
 - Trần Thanh Hà, Nguyễn Lĩnh Toàn, Dương Quang Huy, Nguyễn Quang Duật**, "Nghiên cứu hình ảnh nội soi, mô bệnh học, của polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm", (in vietnam), *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 517 (2), tr.136-140., 2022.
 - Lê Quang Đình, Lê Nhân Quang, Quách Trọng Đức**, Comparison of Underwater versus Conventional Endoscopic Mucosal Resection for Nonpedunculated Colorectal Neoplasms: A Randomized Controlled Trial. 2024.
 - M. Ferlitsch et al.**, "Sex-specific prevalence of adenomas, advanced adenomas, and colorectal cancer in individuals undergoing screening colonoscopy," *JAMA*, vol. 306, no. 12, pp. 1352-8, Sep 28 2011, doi: 10.1001/jama.2011.1362.
 - Trần Văn Sơn**, "Kết quả điều trị polyp đại trực tràng bằng kỹ thuật nội soi cắt niêm mạc trong môi trường nước tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh," *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. Tập 537- Tháng 4-Số 1, pp. 117-121, 2024.

KẾT QUẢ LẤY HUYẾT KHỐI BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH LỚN TUẦN HOÀN NÃO TRƯỚC CỬA SỔ 6 ĐẾN 24 GIỜ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN BẰNG CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Xuân Quyết¹, Nguyễn Anh Tuấn^{2,3}, Đào Việt Phương^{2,3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhồi máu não do tắc mạch lớn tuần hoàn trước là một thể đột quy nghiêm trọng với tiên lượng nặng nếu không được tái thông kịp thời. Trong điều kiện hạn chế kỹ thuật, sử dụng cắt lớp vi tính (CLVT) cơ bản để lựa chọn bệnh nhân can thiệp trong khung giờ muộn (6–24 giờ) là giải pháp thực tiễn. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của can thiệp lấy huyết khối ở nhóm bệnh nhân được tuyển chọn dựa trên CLVT cơ bản. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 66 bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tuần hoàn trước, được can thiệp lấy huyết khối tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 - 12/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 67,4 ± 10,6, đa số sống tại nông thôn. Tắc động mạch não giữa (MCA) đơn thuần (37,9%) hoặc kết hợp với động mạch cảnh trong (ICA) là phổ biến nhất (31,8%). Tỷ lệ tái thông tốt (mTICI ≥ 2b) đạt 84,8%, mTICI3 đạt 53%. Sau 3 tháng, 18,2% bệnh nhân cải thiện lâm sàng tốt (mRS 0 – 2). Tắc MCA có khả năng tái thông tốt cao gấp 6,27 lần so với tắc ICA đoạn trong sọ. Thời gian đến can thiệp càng dài thì tỷ lệ tái thông càng thấp. Tuổi ≥ 60 là yếu tố tiên lượng hồi phục kém hơn sau can thiệp 3 tháng. **Kết luận:** Lấy huyết khối cơ học trong cửa sổ muộn dựa trên CLVT cơ bản vẫn mang lại hiệu quả tái thông và phục hồi tốt, gợi mở khả năng mở

rộng chỉ định tại các tuyến y tế không có điều kiện kỹ thuật cao. **Từ khóa:** Đột quy não, tắc mạch lớn, lấy huyết khối, CLVT, cửa sổ muộn.

SUMMARY

OUTCOMES OF MECHANICAL THROMBECTOMY IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH ANTERIOR CIRCULATION LARGE VESSEL OCCLUSION DIAGNOSED BY CT SCAN IN THE 6 TO 24-HOUR TIME WINDOW

Objects: Acute ischemic stroke due to anterior circulation large vessel occlusion (LVO) is a severe condition with poor outcomes if not promptly reperfused. In settings without advanced imaging, basic CT scan can be a practical tool for selecting patients for thrombectomy in the extended time window (6–24 hours). This study evaluates the effectiveness of mechanical thrombectomy in such patients. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 66 medical records with acute anterior circulation LVO stroke who underwent mechanical thrombectomy at Bach Mai Hospital between 6 - 12/2024. **Results:** The mean age was 67.4 ± 10.6 years, with most patients living in rural areas. The most common occlusion sites were the middle cerebral artery (MCA), either alone (37.9%) or combined (31.8%) with internal carotid artery (ICA). Good recanalization (mTICI ≥ 2b) was achieved in 84.8% of cases, with 53% reaching mTICI 3. After 3 months, 18.2% showed significant clinical improvement (mRS 0 - 2). MCA occlusion was 6.27 times more likely to have good recanalization compared to intracranial ICA occlusion. Longer onset-to-treatment time was linked to lower recanalization success. Patients aged ≥60 had worse functional outcomes at 3 months. **Conclusion:** Mechanical thrombectomy guided by

¹Bệnh viện Nội tiết Trung ương

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Phương

Email: daovietphuong85@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025