

Kết quả của phương pháp cắt niêm mạc qua nội soi dưới nước (UEMR) trong điều trị Polyp không cuống đại trực tràng kích thước 10 - 20 mm

Đặng Thanh^{1,2*}, Hồ Đăng Quý Dũng², Trần Đình Trí², Trần Văn Huy¹

(1) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Polyp không cuống đại trực tràng có nguy cơ tiến triển thành ung thư, do đó cần được loại bỏ hiệu quả. Kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi dưới nước (UEMR) là một phương pháp mới được kỳ vọng có hiệu quả và độ an toàn cao hơn so với phương pháp cắt niêm mạc nội soi quy ước (CEMR), tuy nhiên dữ liệu về hiệu quả và độ an toàn của phương pháp này tại Việt Nam vẫn còn chưa nhiều. **Mục tiêu:** 1. Xác định tỷ lệ cắt và bờ an toàn (R0) của UEMR trong điều trị polyp không cuống đại trực tràng kích thước 10 - 20 mm, đối chiếu với CEMR. 2. So sánh biến chứng của hai phương pháp điều trị trên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát hiệu quả điều trị trên 100 polyp không cuống đại trực tràng kích thước 10 - 20 mm tại Khoa Nội soi, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2023 đến tháng 6/2024; chia ngẫu nhiên thành hai nhóm: UEMR (n = 50) và CEMR (n = 50). **Kết quả:** Tỷ lệ cắt trọn khối của UEMR cao hơn CEMR (100% so với 90%, $p < 0,05$). Tỷ lệ bờ an toàn (R0) cũng vượt trội hơn ở nhóm UEMR (96% so với 84%, $p < 0,05$). UEMR giảm đáng kể biến chứng chảy máu (6,0% so với 24,0%, $p < 0,05$) so với CEMR, tỷ lệ hội chứng đốt điện sau cắt cũng thấp hơn ở nhóm UEMR (6,0% so với 18,0%) nhưng khác biệt không có ý nghĩa, $p > 0,05$. **Kết luận:** UEMR là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị polyp không cuống đại trực tràng kích thước 10-20 mm, cho tỷ lệ cắt trọn khối và bờ an toàn (R0) cao hơn, ít biến chứng hơn so với CEMR.

Từ khóa: Polyp, đại trực tràng, kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi dưới nước.

Results of underwater endoscopic mucosal resection in the treatment of 10 - 20 mm sessile colorectal Polyps

Dang Thanh^{1,2*}, Ho Dang Quy Dung², Tran Dinh Tri², Tran Van Huy¹

(1) University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh City

Abstract

Background: Sessile colorectal polyps have a significant risk of progressing to cancer and thus require effective removal. Underwater endoscopic mucosal resection (UEMR) is a novel technique that is expected to have higher efficacy and safety compared to conventional endoscopic mucosal resection (CEMR). However, effectiveness and safety of UEMR in Vietnam remains limited. This study is aimed at determining the efficacy and safety of UEMR in treating 10-20 mm sessile colorectal polyps, in compared to CEMR. **Methods:** This is an observational study. 100 patients having sessile colorectal polyps (10 - 20 mm in size) at the Endoscopy Department of Cho Ray Hospital from November 2023 to June 2024 were enrolled in this study. Patients were randomly divided into two groups: UEMR (n = 50) and CEMR (n = 50). **Results:** The en bloc resection rate was higher in the UEMR group than the CEMR group (100% vs. 90%, $p < 0.05$). The negative margin (R0) rate was also superior in the UEMR group (96% vs. 84%, $p < 0.05$). UEMR significantly reduced the rate of bleeding complications (6.0% vs. 24.0%, $p < 0.05$) compared to CEMR. The rate of post-polypectomy electrocoagulation syndrome was lower in the UEMR group (6.0% vs. 18.0%), but the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). **Conclusion:** UEMR is a relatively safe and effective method for treating sessile colorectal polyps 10 - 20 mm in size, achieving higher en bloc resection and R0 rates with fewer complications compared to CEMR.

Keywords: Polyps, colorectal, underwater endoscopic mucosal resection.

*Tác giả liên hệ: Đặng Thanh. Email: vhdangthanh86@gmail.com.

Ngày nhận bài: 3/12/2024; Ngày đồng ý đăng: 10/4/2025; Ngày xuất bản: 10/6/2025

DOI: 10.34071/jmp.2025.3.9

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp không cuống đại trực tràng (ĐTT) có nguy cơ cao tiến triển thành ung thư ĐTT nếu không được xử lý kịp thời [1]. Do đó, phát hiện sớm và cắt bỏ polyp ĐTT có vai trò quan trọng trong giảm tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư ĐTT [2]. Cắt niêm mạc nội soi quy ước (CEMR - Conventional Endoscopic Mucosal Resection) là kỹ thuật phổ biến để điều trị các polyp không cuống, tuy nhiên còn tồn tại một số hạn chế như: cần tiêm dưới niêm mạc nên có thể làm hẹp lòng ĐTT, dẫn đến khó tiếp cận tổn thương và nguy cơ đưa tế bào xuống lớp sâu hơn của thành ruột; khó cắt trọn khối với các polyp kích thước > 10 mm, tỷ lệ tái phát tại chỗ cao [3, 4].

Xuất phát từ ý tưởng bơm nước làm nổi polyp và không cần tiêm dưới niêm mạc, kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi dưới nước (UEMR - Underwater Endoscopic Mucosal Resection) lần đầu tiên được Binmoeller và cộng sự mô tả vào năm 2012, đã chứng minh được hiệu quả và độ an toàn trong nhiều nghiên cứu trên thế giới [5, 6]. Tuy nhiên tại Việt Nam dữ liệu về hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật này vẫn còn hạn chế, nhất là với polyp không cuống ĐTT > 10 mm. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm 2 mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ cắt và bờ an toàn (R0) của UEMR trong điều trị polyp không cuống đại trực tràng kích thước 10 - 20 mm, đối chiếu với CEMR.*

2. *So sánh biến chứng của hai phương pháp điều trị trên.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân (BN) ≥ 18 tuổi được chỉ định nội soi ĐTT tại Khoa Nội soi, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2023 đến tháng 6/2024, có tổn thương polyp không cuống ở ĐTT thỏa mãn các tiêu chuẩn: polyp kích thước 10 - 20 mm; đã có kết quả sinh thiết không có tổn thương ác tính hoặc dựa trên hình ảnh nội soi đánh giá theo phân loại JNET I, IIA và IIB [7]; phù hợp chỉ định cắt polyp qua nội soi và BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Rối loạn đông máu, đang xuất huyết tiêu hóa

hoặc có bệnh lý khác như Crohn, viêm loét ĐTT; đang sử dụng thuốc kháng đông hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu mà hiện tại không thể ngưng thuốc trong 7 ngày trước thủ thuật; JNET III hoặc kết quả sinh thiết là ung thư hoá. Có chống chỉ định nội soi ĐTT (suy tim nặng, suy hô hấp, sốc...). Không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát hiệu quả điều trị

Các bước tiến hành

100 polyp không cuống chọn vào nghiên cứu được đánh giá theo phân loại JNET, Paris và ước lượng kích thước bằng độ mở kim sinh thiết, sau đó chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm:

+ Nhóm UEMR: Cắt polyp theo UEMR (n=50), thực hiện trong môi trường bơm đầy nước, không tiêm dưới niêm mạc.

+ Nhóm CEMR: Cắt polyp theo CEMR (n=50), tiêm dưới niêm mạc trước khi cắt bằng snare.

Sau cắt bệnh nhân được theo dõi ngoại trú đến 14 ngày. Đánh giá và xử lý các biến chứng: chảy máu sau cắt (tức thì: sau > 60 giây; sớm: 48 giờ sau cắt; muộn: từ giờ 48 đến 14 ngày sau cắt), mức độ chảy máu (nhẹ: đi cầu ra máu lượng ít, tự giới hạn, lâm sàng bình thường; nặng: đi cầu ra máu nhiều lần, có biểu hiện của mất máu cấp). Chụp X-quang bụng không chuẩn bị, CT-scan bụng có cản quang nếu đau bụng tăng dần, có phản ứng thành bụng.

Biến số nghiên cứu

Đánh giá tỷ lệ cắt trọn khối (en bloc), bờ an toàn (R0) và các biến chứng (chảy máu, thủng ĐTT, hội chứng đốt điện) của 2 nhóm UEMR và CEMR.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh các biến số định tính và kiểm định T-test để so sánh các biến số định lượng. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài đã được hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua, mã số : H2023/377

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		UEMR n (%)	CEMR n (%)	Tổng n(%)
Giới	Nam	28 (56,0)	36 (72,0)	64 (64,0)
	Nữ	22 (44,0)	14 (28,0)	36 (36,0)
Tuổi trung bình		60,4	61,9	61,2
Tiền sử bản thân polyp ĐTT		44 (88,0)	45 (90,0)	89 (89,0)
Tiền sử gia đình polyp ĐTT		49 (98,0)	49 (98,0)	98 (98,0)

Nam giới chiếm ưu thế (64,0%) với tuổi trung bình là 61,2; không có sự khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm về giới và tuổi. Hầu hết BN có tiền sử bản thân (89,0%) và gia đình mắc polyp ĐTT (98,0%).

3.1.2. Đặc điểm polyp đại trực tràng

Bảng 2. Đặc điểm polyp đại trực tràng

Đặc điểm polyp		UEMR n (%)	CEMR n (%)	Tổng n(%)
Vị trí	Trực tràng	14 (28,0)	15 (30,0)	29 (29,0)
	ĐT sigma	22 (44,0)	13 (26,0)	35 (35,0)
	ĐT xuống	5 (10,0)	8 (16,0)	13 (13,0)
	Khác	9 (18,0)	14 (28,0)	23 (23,0)
Số lượng	1	47 (94,0)	47 (94,0)	94 (94,0)
	2	3 (6,0)	3 (6,0)	6 (6,0)
Kích thước (mm)	10-15	47 (94,0)	43 (86,0)	90 (90,0)
	16-20	3 (6,0)	7 (14,0)	10 (10,0)
JNET	I	2 (4,0)	0 (0,0)	2 (2,0)
	IIA	31 (62,0)	27 (54,0)	58 (58,0)
	IIB	17 (34,0)	23 (46,0)	40 (40,0)
Mô bệnh học	U tuyến	42 (84,0)	41 (82,0)	83 (83,0)
	Tăng sản lành tính	6 (12,0)	4 (8,0)	10 (10,0)
	Ung thư	2 (4,0)	5 (10,0)	7 (7,0)

Polyp chủ yếu được phát hiện ở đại tràng sigma (35,0%) và trực tràng (29,0%) với kích thước 10 - 15 mm chiếm đa số (90,0%), hầu hết có phân loại JNET IIA, IIB (58,0% và 40,0%). U tuyến là loại mô bệnh học phổ biến nhất (83,0%). Không có sự khác biệt về các đặc điểm của polyp giữa 2 nhóm UEMR và CEMR, $p>0,05$.

3.2. Kết quả cắt polyp bằng phương pháp CEMR và UEMR

3.2.1. Tỷ lệ cắt trọn khối và kết quả diện cắt

Bảng 3. Tỷ lệ cắt trọn khối và kết quả diện cắt

Kết quả cắt		UEMR n (%)	CEMR n (%)	Tổng n(%)
Khối cắt polyp	Trọn khối	50 (100,0)	45 (90,0)	95 (95,0)
	Nhiều mảnh	0 (0,0)	5 (10,0)	5 (5,0)
	p		0,028	
Diện cắt	R0	48 (96,0)	42 (84,0)	90 (90,0)
	R1	2 (4,0)	8 (16,0)	10 (10,0)
	p		0,046	

Tỷ lệ cắt trọn khối và diện cắt R0 của UEMR vượt trội hơn so với CEMR (100,0% và 96,0% so với 90,0% và 84,0%; $p<0,05$).

3.2.2. Biến chứng của CEMR và UEMR

Bảng 4. Biến chứng của CEMR và UEMR

Biến chứng		UEMR n (%)	CEMR n (%)	Tổng n(%)
Chảy máu	Có	3 (6,0)	12 (24,0)	15 (15,0)
	Không	47 (94,0)	38 (76,0)	85 (85,0)
	p		0,023	
Thời gian chảy máu	Tức thì	48 (96,0)	42 (84,0)	90 (90,0)
	Sớm	2 (4,0)	8 (16,0)	10 (10,0)
	p		0,637	
Mức độ chảy máu	Nhẹ	3 (100,0)	12 (100,0)	15 (100,0)
	Nặng	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	p		-	
Xử lý chảy máu	Chế độ đông	1 (33,3)	6 (50,0)	7 (46,7)
	Hemoclip	2 (66,7)	10 (83,3)	12 (80,0)
Hội chứng đốt điện sau cắt	Có	3 (6,0)	9 (18,0)	12 (12,0)
	Không	47 (94,0)	41 (82,0)	88 (88,0)
	p		0,061	

UEMR có tỷ lệ biến chứng chảy máu (6,0%) thấp hơn đáng kể so với CEMR (24,0%; $p = 0,023$). Tất cả các trường hợp chảy máu đều là mức độ nhẹ, được xử lý hiệu quả bằng hemoclip hoặc chế độ đông. Tỷ lệ hội chứng đốt điện sau cắt cũng thấp hơn ở nhóm UEMR (6,0% so với 18,0%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa ($p = 0,061$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Kết quả nghiên cứu cho thấy nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (64,0%) ở cả 2 nhóm UEMR và CEMR; tuổi trung bình là 61,2. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong đó polyp ĐTT thường gặp ở nam giới và độ tuổi trung niên trở lên do sự gia tăng các yếu tố nguy cơ như thói quen ăn uống không lành mạnh, ít vận động và đặc biệt là tuổi > 50 [7, 8]. Gần 89,0% BN có tiền sử bản thân mắc polyp ĐTT và 98,0% có người thân trong gia đình mắc polyp ĐTT, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát sớm và quản lý chặt chẽ ở nhóm đối tượng nguy cơ cao.

Phần lớn polyp được phát hiện ở đại tràng sigma (35,0%) và trực tràng (29,0%); các vị trí khác như đại tràng xuống, đại tràng ngang, góc gan, đại tràng lên và manh tràng chiếm tỷ lệ thấp hơn. Điều này phù hợp với kết quả các nghiên cứu trước đó về vị trí của polyp ĐTT [7]. Hầu hết BN chỉ có 1 polyp (94,0%), kích thước 10 - 15 mm chiếm đa số (90,0%) phù hợp với tiêu chí nghiên cứu tập trung vào các tổn thương kích thước trung bình - lớn. Theo

phân loại JNET, phần lớn các polyp thuộc nhóm IIA (58,0%), tiếp theo là nhóm IIB (40,0%), cho thấy hầu hết có tổn thương loạn sản trong niêm mạc từ độ thấp cho đến cao/ung thư xâm lấn nông dưới niêm mạc. Phân tích mô bệnh học ở 2 nhóm UEMR và CEMR cho thấy u tuyến là loại polyp phổ biến nhất (lần lượt là 84,0% và 82,0%). Các loại polyp không tân sinh như tăng sản lành tính chiếm 12,0% ở nhóm UEMR và 8,0% ở nhóm CEMR; trong khi tỷ lệ polyp ung thư cao hơn ở nhóm CEMR (10,0% so với 4,0%). Tuy nhiên, sự khác biệt về các đặc điểm trên giữa 2 nhóm UEMR và CEMR là không đáng kể ($p > 0,05$), điều này đảm bảo tính đồng nhất giữa 2 nhóm trong nghiên cứu.

4.2. Kết quả cắt polyp bằng phương pháp CEMR và UEMR

4.2.1. Tỷ lệ cắt trọn khối và kết quả điện cắt

Tỷ lệ cắt trọn khối của nhóm UEMR đạt 100,0%, cao hơn đáng kể so với 90,0% ở nhóm CEMR ($p = 0,028$). Tỷ lệ điện cắt R0 (bờ an toàn) ở nhóm UEMR cũng vượt trội hơn (96,0% so với 84,0%, $p = 0,046$). Kết quả này tương tự các nghiên cứu nước ngoài khác [9, 10]. Takeshi Y (2019) ghi nhận tỷ lệ R0 của UEMR và CEMR cho polyp không cuống 10 - 20 mm lần lượt là 69% và 50%, tỷ lệ cắt trọn khối lần lượt là 89% và 75% [11]. Nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp của Xue Wang và cộng sự (2024) đã chứng minh rằng so với CEMR, UEMR có liên quan đến tỷ lệ cắt bỏ trọn khối cao hơn (OR 1,69; 95%CI 1,36 - 2,10, $p < 0,00001$, $I^2 = 33\%$) [6]. Đáng chú ý, kết quả cho thấy đối với polyp 10 - 19 mm, tỷ lệ cắt bỏ trọn khối

của UEMR cao hơn so với CEMR (OR = 1,71; 95%KTC: 1,09 - 2,69, $p = 0,02$, I² = 0%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong nhóm UEMR, tỷ lệ diện cắt R0 (cắt bỏ hoàn toàn với biên âm tính, không còn mô bệnh lý tại rìa cắt) là 96,0%, cao hơn so với 84,0% của nhóm CEMR. Trong khi đó, tỷ lệ diện cắt R1 (cắt bỏ không hoàn toàn với biên dương tính, còn sót lại mô bệnh lý tại rìa cắt) là 4,0% ở nhóm UEMR, thấp hơn so với 16,0% ở nhóm CEMR. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0,046$, chỉ ra rằng UEMR có hiệu quả cao hơn CEMR trong việc đạt được diện cắt R0. Tương đồng chúng tôi, nhiều nghiên cứu cho thấy UEMR liên quan đến tỷ lệ cắt bỏ trọn khối và R0 cao hơn đáng kể so với CEMR, đặc biệt với các tổn thương đại tràng phẳng và cổ định lớn mà không làm tăng nguy cơ biến cố bất lợi [10]. Phân tích tổng hợp của Xue Wang cũng cho thấy tỷ lệ cắt bỏ R0 là 51,59% đối với UEMR và 42,68% đối với CEMR [6]. Những kết quả này có thể là do hiệu ứng phóng đại tự nhiên dưới nước, giúp cải thiện khả năng phân định ranh giới của các tổn thương cũng như phát hiện mô tân sinh còn sót lại sau khi cắt bỏ [10]. Hiệu ứng nổi của nước giúp các polyp nổi trong nước và có xu hướng co lại, giúp dễ dàng bắt giữ và loại bỏ các polyp cố định có diện tích bề mặt niêm mạc lớn hơn [5]. Trong quá trình UEMR, các tổn thương trôi nổi trong lòng chứa đầy nước, trong khi lớp cơ propria bên dưới vẫn giữ nguyên cấu trúc tròn. Ngâm nước làm giảm độ giãn nở của lòng ruột so với phương pháp thổi khí và ngăn ngừa các tổn thương lớn lan rộng hơn trên thành đại tràng. Điều này giúp cho ngay cả những tổn thương lớn cũng có thể bị mắc kẹt bằng dây có kích thước tiêu chuẩn và dễ cắt bỏ hơn. Hiệu ứng này càng rõ rệt hơn đối với các tổn thương lớn. Ngược lại, thổi khí và tiêm dưới niêm mạc trong quá trình CEMR thường làm kéo dài kích thước của các tổn thương và làm phẳng tổn thương mục tiêu, gây trượt dây và giảm khả năng bắt toàn bộ tổn thương [10]. Điều này có thể ảnh hưởng xấu đến tỷ lệ thành công của cắt bỏ trọn khối và tỷ lệ R0, cũng như làm tăng số lần cắt bỏ cần thiết để loại bỏ hoàn toàn một polyp. Do đó, UEMR có khả năng tăng tỷ lệ cắt bỏ toàn bộ, tỷ lệ cắt bỏ R0, và tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn, từ đó làm giảm tỷ lệ tái phát.

4.2.2. Biến chứng của CEMR và UEMR

UEMR giúp giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng chảy máu (6,0% so với 24,0%; $p = 0,023$), cho thấy sự an toàn vượt trội so với CEMR. Kết quả này phù hợp với

nghiên cứu của Rajat Garg và cộng sự (2020), trong đó UEMR được đánh giá là phương pháp an toàn hơn với tỷ lệ chảy máu trong khi làm thủ thuật thấp hơn đáng kể [12]. Chảy máu tức thì chiếm 73,3% (11/15 BN) và chảy máu sớm chiếm 26,7% (4/15 BN) với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Cả 2 nhóm UEMR và CEMR đều chỉ ghi nhận các trường hợp chảy máu nhẹ, không có trường hợp nào chảy máu nặng. Điều này cho thấy mặc dù CEMR có tỷ lệ chảy máu cao hơn so với UEMR, biến chứng chảy máu trong cả 2 phương pháp chủ yếu đều là nhẹ và có thể quản lý bằng sử dụng chế độ đông hoặc hemoclip. Hội chứng đốt điện sau cắt cũng thấp hơn ở nhóm UEMR (6,0% so với 18,0%), mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,061$). Hội chứng này xảy ra do tổn thương nhiệt từ quá trình cắt đốt polyp gây ảnh hưởng đến thành ruột mà không gây thủng, dẫn đến bóng xuyên thành và viêm phúc mạc tại chỗ. Trong vòng vài giờ và tối đa 5 ngày sau thủ thuật nội soi đại tràng, bệnh nhân bị đau bụng tại chỗ, có các dấu hiệu phúc mạc, sốt và tăng bạch cầu mà không có dấu hiệu thủng [13]. Tỷ lệ hội chứng đốt điện sau cắt thấp hơn ở nhóm UEMR có thể do cơ chế tiến hành của UEMR đã giúp bảo vệ các lớp niêm mạc và giảm thiểu tổn thương nhiệt trong quá trình cắt polyp. Điều này cho thấy UEMR có thể là lựa chọn an toàn hơn về mặt biến chứng liên quan đến nhiệt trong các thủ thuật nội soi loại bỏ polyp.

5. KẾT LUẬN

UEMR là phương pháp khá an toàn và hiệu quả trong điều trị polyp không cuống ĐTT kích thước 10-20 mm. Kết quả nghiên cứu cho thấy UEMR có tỷ lệ cắt trọn khối (100%) và diện cắt R0 (96%) cao hơn đáng kể so với CEMR, đồng thời giảm rõ rệt biến chứng chảy máu (6% so với 24%, $p < 0,05$). Tỷ lệ hội chứng đốt điện sau cắt cũng thấp hơn ở nhóm UEMR, mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Những phát hiện này khẳng định lợi thế của UEMR so với CEMR trong cải thiện hiệu quả kết quả điều trị và giảm thiểu nguy cơ biến chứng, đặc biệt với các polyp kích thước trung bình. Phương pháp này có tiềm năng ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng, tuy nhiên cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá toàn diện hiệu quả lâu dài và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Grahn SW, Varma MG. Factors that increase risk of colon polyps. Clinics in colon and rectal surgery. 2008;21(4):247-55.
2. Lê Thị Ánh Tuyết, Trịnh Xuân Hùng, Trần Thị Ánh Tuyết, Đoàn Mai Loan, Mai Thanh Bình. Đánh giá kết quả cắt polyp đại trực tràng kích thước $\geq 2\text{cm}$ có cuống với dụng cụ hỗ trợ cầm máu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí y dược lâm sàng 108 2024;19(4):60-4.
3. Hurlstone D, Sanders D, Cross S, Adam I, Shorthouse A, Brown S, et al. Colonoscopic resection of lateral spreading tumours: a prospective analysis of endoscopic mucosal resection. Gut. 2004;53(9):1334-9.
4. Zhang Z, Xia Y, Cui H, Yuan X, Wang C, Xie J, et al. Underwater versus conventional endoscopic mucosal resection for small size non-pedunculated colorectal polyps: a randomized controlled trial. BMC gastroenterology. 2020;20(1):1-10.
5. Binmoeller KF, Weilert F, Shah J, Bhat Y, Kane S. "Underwater" EMR without submucosal injection for large sessile colorectal polyps (with video). Gastrointestinal endoscopy. 2012;75(5):1086-91.
6. Wang X, Wang Y, Cao X, Zhang C, Miao L. Underwater versus conventional endoscopic mucosal resection for $\geq 10\text{ mm}$ sessile or flat colorectal polyps: A systematic review and meta-analysis. PloS one. 2024;19(3):e0299931.
7. Lê Quang Nhân, Huỳnh Mạnh Tiến, Quách Trọng Đức, Lê Đình Quang, Trần Thái Ngọc Huy, Đặng Minh Luân, et al. Nghiên cứu giá trị của phân loại jnet trong tiên đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng. Tạp chí y học Việt Nam 2023;525(1B):75-81.
8. Trần Văn Sơn, Dương Hồng Thái. 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. 2024;537(1):117-21.
9. Schenck RJ, Jahann DA, Patrie JT, Stelow EB, Cox DG, Uppal DS, et al. Underwater endoscopic mucosal resection is associated with fewer recurrences and earlier curative resections compared to conventional endoscopic mucosal resection for large colorectal polyps. Surgical endoscopy. 2017;31(10):4174-83.
10. Nagl S, Ebigbo A, Goelder SK, Roemmele C, Neuhaus L, Weber T, et al. Underwater vs conventional endoscopic mucosal resection of large sessile or flat colorectal polyps: a prospective randomized controlled trial. Gastroenterology. 2021;161(5):1460-74. e1.
11. Yamashina T, Uedo N, Akasaka T, Iwatsubo T, Nakatani Y, Akamatsu T, et al. Comparison of underwater vs conventional endoscopic mucosal resection of intermediate-size colorectal polyps. Gastroenterology report. 2019;157(2):451-61. e2.
12. Garg R, Singh A, Mohan BP, Mankaney G, Regueiro M, Chahal P. Underwater versus conventional endoscopic mucosal resection for colorectal lesions: a systematic review and meta-analysis. Endoscopy international open. 2020;8(12):E1884-e94.
13. Zhuang ZF, Ye ZH, Zhong ZS, He GH, Wang J, Huang SP. A case report of a post-polypectomy syndrome with severe sepsis and organ dysfunction. Annals of palliative medicine. 2020;9(2):488-92.