

ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS ACCORDING TO THE WASP CLASSIFICATION AND OUTCOMES OF COLD SNARE POLYPECTOMY FOR NON-PEDUNCULATED COLORECTAL POLYPS SMALLER THAN 10 MM: A PILOT STUDY

Nguyen Van Binh^{1,3}, Huynh Thi Hong Ngoc⁴, Do Duc Tri Nhan², Huynh Ngoc Nguyen Khanh², Danh Minh³,
Nguyen Thanh Liem^{1*}

¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An ward, Can Tho city, Vietnam.

²Phuong Chau International Hospital in Can Tho - 300 Nguyen Van Cu, Tan An ward, Can Tho city, Vietnam

³Phuong Chau International Hospital in Soc Trang - 373 Phu Loi, Phu Loi ward, Can Tho city, Vietnam

⁴Can Tho Central General Hospital - 315 Nguyen Van Linh, Tan An ward, Can Tho city, Vietnam

Received: 16/04/2026

Revised: 26/06/2026; Accepted: 22/07/2026

ABSTRACT

Objective: To describe endoscopic characteristics based on the WASP classification and evaluate the outcomes of cold snare polypectomy for non-pedunculated polyps smaller than 10 mm.

Methods: A Pilot study was conducted on 30 patients who underwent colonoscopy at Phuong Chau International Hospital in Can Tho and Phuong Chau International Hospital in Soc Trang from May 2025 to August 2025. All polyps smaller than 10 mm were removed using cold snare polypectomy. Clinical, endoscopic, and histopathological characteristics and complications were analysed.

Results: The mean age was 45.6 ± 11.6 years; females accounted for 56.7%. A total of 65 polyps were identified, with the majority located in the left colon (43.1%) and the right colon (41.5%). Serrated polyps accounted for 7.7%. Positive WASP classification was observed in NICE 1 (15.4%) and NICE 2 (12.8%). The complete resection rate was 100%. The rate of early bleeding complications was low (3.3%), with no delayed complications recorded.

Conclusion: Endoscopy with WASP classification is valuable in lesion identification. Cold snare polypectomy is a safe and effective method for removing small non-pedunculated colorectal polyps.

Keywords: Colorectal polyps, WASP classification, cold snare polypectomy.

*Corresponding author

Email: ntliem@ctump.edu.vn Phone: (+84) 918801525 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5903



ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI THEO PHÂN LOẠI WASP VÀ KẾT QUẢ CẮT POLYP KHÔNG CUỐNG NHỎ HƠN 10 MM Ở ĐẠI TRỰC TRÀNG BẰNG THÔNG LẠNH: NGHIÊN CỨU PILOT

Nguyễn Văn Bình^{1,3}, Huỳnh Thị Hồng Ngọc⁴, Đỗ Đức Trí Nhân², Huỳnh Ngọc Nguyên Khánh², Danh Minh³, Nguyễn Thanh Liêm^{1*}

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, phường Tân An, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

²Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ - 300 Nguyễn Văn Cừ, phường Tân An, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

³Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Sóc Trăng - 373 Phú Lợi, phường Phú Lợi, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

⁴Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ - 315 Nguyễn Văn Linh, phường Tân An, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 26/06/2026; Ngày duyệt đăng: 22/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm nội soi theo phân loại WASP và kết quả cắt polyp không cuống nhỏ hơn 10 mm bằng thông lạnh.

Phương pháp: Nghiên cứu Pilot trên 30 bệnh nhân có chỉ định nội soi đại trực tràng tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ và Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Sóc Trăng từ tháng 5-8 năm 2025. Tất cả polyp nhỏ hơn 10 mm được cắt bằng thông lạnh và được phân tích về đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và biến chứng.

Kết quả: Tuổi trung bình $45,6 \pm 11,6$; nữ chiếm 56,7%. Tổng số 65 polyp được ghi nhận, chủ yếu ở đại tràng trái (43,1%) và đại tràng phải (41,5%). Polyp răng cưa chiếm 7,7%. Phân loại WASP dương tính ở NICE 1 (15,4%) và NICE 2 (12,8%). Tỷ lệ cắt polyp thành công đạt 100%. Biến chứng chảy máu sớm thấp (3,3%), không ghi nhận biến chứng muộn.

Kết luận: Nội soi với phân loại WASP có giá trị trong nhận diện tổn thương. Cắt polyp bằng thông lạnh là phương pháp an toàn và hiệu quả đối với polyp không cuống kích thước nhỏ.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng, phân loại WASP, cắt polyp bằng thông lạnh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền thân của đa số ung thư đại trực tràng là polyp đại trực tràng. Bệnh nhân mắc u tuyến/polyp răng cưa không cuống hoặc u tuyến răng cưa truyền thống có nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng cao hơn so với bệnh nhân mắc u tuyến thông thường [1]. Có nhiều yếu tố nguy cơ gây tổn thương răng cưa ở đại trực tràng như chủng tộc, tiền sử gia đình mắc ung thư hoặc polyp đại trực tràng, uống rượu, hút thuốc lá, béo phì [2]. Có nhiều yếu tố liên quan đến polyp răng cưa đại trực tràng như tuổi, giới, bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường [3]. Polyp răng cưa có thể được phát hiện trên nội soi theo tiêu chuẩn WASP (Workgroup on serrated polyps and Polyposis) với độ tin cậy cao [4]. Cắt bỏ hoàn toàn các tổn thương răng cưa là mục tiêu chính để ngăn ngừa sự phát triển của ung thư đại trực tràng. Các kỹ thuật cắt bỏ để điều trị các tổn thương đại trực tràng tương tự như các kỹ thuật được sử dụng cho u tuyến thông thường. Cắt polyp bằng thông lạnh là một kỹ thuật an toàn để cắt bỏ các polyp không cuống nhỏ và có tỷ lệ thu hồi polyp cao [2].

Xuất phát từ những yếu tố liên quan đến polyp răng cưa đại trực tràng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát polyp đại trực tràng theo phân loại WASP, đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phương pháp cắt polyp bằng thông lạnh tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ và Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Sóc Trăng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu Pilot.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ và Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Sóc Trăng.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 5-8 năm 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa dưới đến khám và điều trị, có chỉ định nội soi đại trực tràng và cắt polyp tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ và Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Sóc Trăng. Tất cả polyp đại trực tràng là polyp không cuống và có kích thước nhỏ hơn 10 mm.

- Tiêu chuẩn chọn: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, được nội soi đại trực tràng và cắt polyp bằng thông lạnh, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật đại trực tràng, kết quả nội soi nghi ngờ ung thư đại trực tràng, xét nghiệm máu có số lượng tiểu cầu $< 50.000/mm^3$ và/hoặc tỷ lệ prothrombin $< 60\%$.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được chọn là 30 bệnh nhân. Đối tượng nghiên cứu được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

*Tác giả liên hệ

Email: ntlm@ctump.edu.vn Điện thoại: (+84) 918801525 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5903

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: giới, tuổi, tiền sử bản thân có polyp đại trực tràng (có hoặc không), tiền sử gia đình có polyp đại trực tràng (có hoặc không), tiền sử gia đình có ung thư đại trực tràng (có hoặc không).

- Đánh giá về hút thuốc lá, theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng Bệnh Hoa Kỳ (2009) [5], xác định hút thuốc lá (có hoặc không). Đánh giá về uống rượu theo bảng câu hỏi sàng lọc rối loạn sử dụng rượu AUDIT-C (The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption) của Bradley K.A và cộng sự (2007) [6], xác định uống rượu (có hoặc không). Chẩn đoán béo phì dựa trên chỉ số khối cơ thể theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (2004) cho người châu Á [7], xác định béo phì (có hoặc không).

- Chẩn đoán tăng huyết áp theo Hiệp hội Tăng huyết áp Quốc tế [8] hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán và đang dùng thuốc điều trị, xác định tăng huyết áp (có hoặc không).

- Chẩn đoán đái tháo đường theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ [9] hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán và đang dùng thuốc điều trị, xác định đái tháo đường (có hoặc không).

- Hình ảnh nội soi: vị trí polyp (trực tràng, đại tràng trái, đại tràng phải), kích thước polyp (mm). Phân loại polyp theo NICE (NBI International Colorectal Endoscopic) bao gồm 3 loại: NICE 1, NICE 2 và NICE 3 [10]. Phân loại polyp theo WASP [4] (có hoặc không).

- Mô bệnh học: phân thành 3 nhóm là polyp tăng sản, polyp răng cưa và polyp tuyến.

- Kết quả cắt polyp đại trực tràng thành công qua nội soi được xác định khi polyp được cắt trọn; cắt polyp thất bại khi còn sót lại polyp; thủng đại trực tràng (có hoặc không).

- Chảy máu sớm (có hoặc không), chảy máu ngay sau cắt polyp khi cần can thiệp cầm máu, loại III và IV. Chảy máu muộn (có hoặc không) được xác định khi có 2 trong 3 tiêu chí dưới đây sau khi hoàn thiện việc cắt polyp: (1) biểu hiện chóng mặt hoặc đại tiện phân có máu; (2) hemoglobin máu giảm > 2 g/dL; (3) huyết áp tâm thu giảm > 20 mmHg hoặc nhịp tim tăng $> 20\%$ so với bình thường [11].

- Theo dõi bệnh nhân cắt polyp: theo dõi tình trạng bệnh nhân trong khi cắt polyp, sau cắt polyp 1 tuần và 4 tuần.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Kỹ thuật, công cụ: máy nội soi đại tràng Evis Exera II GIF-190 (hãng Olympus, Nhật).

- Quy trình thu thập số liệu: bệnh nhân uống thuốc xổ làm sạch đại tràng (theo quy trình chuẩn bị ruột trước nội soi đại trực tràng của Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ và Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Sóc Trăng). Khám lâm sàng ghi nhận thông tin bệnh nhân (tuổi, giới, tiền sử bản thân về polyp đại trực tràng, tiền sử gia đình về polyp và ung thư đại trực tràng). Tiến hành nội soi đại trực tràng, cắt polyp bằng thông lọng lạnh, lấy polyp làm xét nghiệm mô bệnh học. Ghi nhận biến chứng sớm và biến chứng muộn.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Xác định có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận theo Quyết định số 25.216.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30/6/2025. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 30)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	13	43,3
	Nữ	17	56,7
Tuổi	< 40 tuổi	8	26,7
	40-59 tuổi	18	60,0
	≥ 60 tuổi	4	13,3
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	45,6 $\pm$ 11,6	
Tiền sử bản thân có polyp đại trực tràng	Có	3	10,0
	Không	27	90,0
Tiền sử gia đình có polyp đại trực tràng	Có	0	0,0
	Không	30	100,0
Tiền sử gia đình có ung thư đại trực tràng	Có	1	3,3
	Không	29	96,7

Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam, tương ứng là 56,7% và 43,3%. Tuổi trung bình là 45,6 $\pm$ 11,6; nhóm tuổi từ 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (60%). Tiền sử bản thân có polyp đại trực tràng, gia đình có polyp đại trực tràng và ung thư đại trực tràng chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 2. Thói quen sinh hoạt, bệnh kèm theo (n = 30)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Uống rượu, bia	Có	18	60,0
	Không	12	40,0
Hút thuốc lá	Có	8	26,7
	Không	22	73,3
Béo phì	Có	12	40,0
	Không	18	60,0
Tăng huyết áp	Có	7	23,3
	Không	23	76,7
Đái tháo đường	Có	1	3,3
	Không	29	96,7

Thói quen uống rượu, bia và béo phì chiếm tỷ lệ cao, tương ứng là 60% và 40%. Bệnh kèm theo tăng huyết áp chiếm tỷ lệ nhiều hơn so với đái tháo đường.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng (n = 30)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	23	76,7
Táo bón	7	23,3
Đại tiện phân lỏng	6	20,0
Phân có lẫn máu	3	10,0
Phân có lẫn nhầy	2	6,7
Ăn không tiêu	2	6,7
Không triệu chứng	0	0

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (76,7%); kế đến là táo bón và tiêu phân lỏng, chiếm tỷ lệ tương ứng là 23,3% và 20%.

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

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượng polyp/bệnh nhân (n = 30)	1 polyp	9	30,0
	2 polyp	10	33,3
	≥ 3 polyp	11	36,7
Vị trí polyp (n = 65)	Trực tràng	10	15,4
	Đại tràng trái	28	43,1
	Đại tràng phải	27	41,5
Kích thước (n = 65)	≤ 5 mm	30	46,2
	6-9 mm	35	53,8
Phân loại NICE (n = 65)	Loại 1	26	40,0
	Loại 2	39	60,0
	Loại 3	0	0
Phân loại WASP/NICE 1 (n = 26)	Có	4	15,4
	Không	22	84,6
Phân loại WASP/NICE 2 (n = 39)	Có	5	12,8
	Không	34	87,2
Mô bệnh học (n = 65)	Tăng sản	27	41,5
	Răng cưa	5	7,7
	Tuyến	33	50,8

Bệnh nhân có từ 2 polyp trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (70%). Vị trí polyp ở đại tràng trái và đại tràng phải chiếm tỷ lệ tương ứng là 43,1% và 41,5%. Kích thước polyp từ 6-9 mm chiếm tỷ lệ 53,8%, nhiều hơn so với kích thước polyp ≤ 5 mm chiếm tỷ lệ 46,2%. Phân loại NICE 2 chiếm tỷ lệ cao hơn NICE 1. Phân loại WASP theo NICE 1 và NICE 2 chiếm tỷ lệ tương ứng là 15,4% và 12,8%. Về mô bệnh học, polyp răng cưa chiếm tỷ lệ 7,7%.

3.3. Kết quả cắt polyp đại trực tràng qua nội soi

Bảng 5. Kết quả cắt polyp qua nội soi trên bệnh nhân (n = 30)

Kết quả		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kết quả cắt polyp qua nội soi	Thành công	30	100
	Thất bại	0	0
Biến chứng sớm	Chảy máu	1	3,3
	Thủng thành đại trực tràng	0	0
Biến chứng muộn (1 tuần sau khi cắt polyp)	Chảy máu	0	0
	Thủng thành đại trực tràng	0	0
Biến chứng muộn (4 tuần sau khi cắt polyp)	Chảy máu	0	0
	Thủng thành đại trực tràng	0	0

Tất cả bệnh nhân đều được cắt lạnh polyp thành công qua nội soi. Chỉ có 1 bệnh nhân bị chảy máu ngay sau khi cắt polyp và được kẹp hemoclip thành công. Không có bệnh nhân nào bị biến chứng muộn trong vòng 4 tuần sau cắt lạnh.

Bảng 6. Kết quả cắt polyp qua nội soi trên polyp

Kết quả cắt polyp qua nội soi		Polyp ≤ 5 mm (n = 30)		Polyp 6-9 mm (n = 35)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kết quả cắt polyp qua nội soi	Thành công	30	100	35	100
	Thất bại	0	0	0	0
Biến chứng sớm	Chảy máu	1	3,3	1	2,9
	Thủng thành đại trực tràng	0	0	0	0
Biến chứng muộn (1 tuần sau khi cắt polyp)	Chảy máu	0	0	0	0
	Thủng thành đại trực tràng	0	0	0	0
Biến chứng muộn (4 tuần sau khi cắt polyp)	Chảy máu	0	0	0	0
	Thủng thành đại trực tràng	0	0	0	0

100% polyp đại trực tràng có kích thước ≤ 5 mm và 6-9 mm được cắt lạnh thành công. Tuy nhiên, có 1 polyp kích thước ≤ 5 mm và 1 polyp kích thước từ 6-9 mm bị chảy máu ngay sau cắt polyp và được kẹp clip cầm máu thành công. Không ghi nhận polyp nào có biến chứng muộn trong vòng 4 tuần sau cắt lạnh.

4. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân, nam chiếm tỷ lệ thấp hơn nữ; tuổi trung bình $45,6 \pm 11,6$; nhóm tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất, phù hợp với xu hướng gia tăng polyp đại trực tràng ở nhóm tuổi trung niên. Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng, chiếm tỷ lệ 76,7%. Theo nghiên cứu của Hồ Thị Bích Thủy và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Nguyễn Trãi, thành phố Hồ Chí Minh, ở bệnh nhân polyp đại trực tràng có kích thước ≤ 10 mm: nam chiếm tỷ lệ nhiều hơn nữ, tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1,18; tuổi trung bình của bệnh nhân là $61,44 \pm 10,04$; lý do thường gặp là đau bụng (35,4%) và kiểm tra sức khỏe (31,3%) [12]. Sự khác nhau giữa 2 nghiên cứu có thể do sự khác biệt về vị trí địa lý của bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ uống rượu (60%) và béo phì (40%) tương đối cao. Bệnh kèm theo thường gặp là tăng huyết áp (23,3%) và 1 bệnh nhân bị đái tháo đường. Đây là những yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận có liên quan đến sự hình thành polyp răng cưa. Theo nghiên cứu của Vu N.T.H và cộng sự, một số yếu tố như tuổi, giới, bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường có liên quan đến polyp răng cưa đại trực tràng [3].

Kết quả nội soi cho thấy polyp phân bố tương đối đồng đều giữa đại tràng trái và đại tràng phải. Điều này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng vì polyp răng cưa thường gặp ở đại tràng phải và dễ bị bỏ sót nếu nội soi không kỹ. Việc áp dụng phân loại WASP giúp tăng khả năng nhận diện tổn thương răng cưa. Nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ polyp răng cưa là 7,7%, cao hơn so với nghiên cứu của Vu N.T.H và cộng sự: tỷ lệ bệnh nhân có polyp răng cưa không cuống là 4,2%; theo kích thước polyp, tỷ lệ polyp răng cưa không cuống ở polyp ≤ 5 mm, 6-10 mm, 11-20 mm và trên 20 mm tương ứng là 33,1%, 45,5%, 19,8% và 1,7% [3]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến cỡ mẫu nhỏ của nghiên cứu Pilot hoặc đặc điểm dân số của nghiên cứu. Ngoài ra, việc nhận diện polyp răng cưa trên nội soi còn phụ thuộc vào

kinh nghiệm của bác sĩ và chất lượng chuẩn bị đại tràng. Theo nghiên cứu của Vu N.T.H và cộng sự, phân loại WASP có hiệu quả chẩn đoán phân biệt các dạng tổn thương răng cửa không cuống ở đại trực tràng; với polyp có kích thước nhỏ hơn 10 mm, phân loại WASP có độ nhạy 34,8% và độ đặc hiệu 98,5%; giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác lần lượt là 54,8%, 96,8% và 95,5% [13].

Về hiệu quả điều trị, kỹ thuật cắt polyp bằng thông lạng lạnh đạt tỷ lệ thành công 100% cho các polyp nhỏ hơn 10 mm. Tỷ lệ biến chứng thấp, chỉ ghi nhận 1 trường hợp chảy máu sớm và được xử trí thành công, không có biến chứng muộn, khẳng định tính an toàn của kỹ thuật. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hồ Thị Bích Thủy và cộng sự: cắt polyp nhỏ bằng phương pháp cắt lạnh đạt tỷ lệ cắt polyp nguyên khối là 95,8%, chảy máu sớm chiếm tỷ lệ 4,2% và được xử trí kẹp hemoclip; không ghi nhận biến chứng chảy máu muộn, thủng và hội chứng sau cắt polyp [12]. Qua nghiên cứu cho thấy đây là phương pháp an toàn và hiệu quả đối với polyp nhỏ không cuống.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ và thiết kế Pilot nên chưa thể suy rộng kết quả cho cộng đồng. Tuy nhiên, nghiên cứu cung cấp dữ liệu ban đầu có giá trị về đặc điểm polyp răng cửa và hiệu quả cắt polyp bằng thông lạng lạnh tại cơ sở lâm sàng. Đây là nghiên cứu Pilot làm nền tảng cho chúng tôi tiếp tục thực hiện nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế phân tích để đánh giá rõ hơn các yếu tố nguy cơ cũng như giá trị chẩn đoán của phân loại WASP.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy polyp răng cửa đại trực tràng chiếm tỷ lệ 7,7% trong nhóm bệnh nhân được khảo sát. Nội soi đại trực tràng kết hợp phân loại WASP có giá trị trong nhận diện polyp răng cửa, góp phần hỗ trợ chẩn đoán và định hướng xử trí phù hợp. Kỹ thuật cắt polyp không cuống kích thước nhỏ hơn 10 mm bằng thông lạng lạnh đạt hiệu quả cao với tỷ lệ thành công 100% và tỷ lệ biến chứng thấp, không ghi nhận biến chứng muộn. Điều này khẳng định đây là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị polyp đại trực tràng nhỏ.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Erichsen R et al. Increased risk of colorectal cancer development among patients with serrated polyps. *Gastroenterology*, 2016, 150 (4): 895-902.e895. doi: 10.1053/j.gastro.2015.11.046
- [2] Monreal-Robles R et al. Serrated polyps of the colon and rectum: a concise review. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*, 2021, 86 (3): 276-286. doi: 10.1016/j.rgmexen.2021.06.001
- [3] Vu N.T.H et al. Prevalence, risk factors, and BRAF mutation of colorectal sessile serrated lesions among Vietnamese patients. *World J Clin Oncol*, 2024, 15 (2): 290-301. doi: 10.5306/wjco.v15.i2.290
- [4] Joep E.G IJspeert et al. Development and validation of the WASP classification system for optical diagnosis of adenomas, hyperplastic polyps and sessile serrated adenomas/polyps. *Gut*, 2016, 65 (6), 963-970. doi: 10.1136/gutjnl-2014-308411
- [5] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). State-specific secondhand smoke exposure and current cigarette smoking among adults - United States, 2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2009, 58 (44): 1232-1235. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5844a3.htm>.
- [6] Bradley K.A et al. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*, 2007, 31 (7), 1208-1217. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x
- [7] Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 2004, 363 (9403), 157-163. doi: 10.1016/s0140-6736(03)15268-3
- [8] Unger T et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 2020, 75 (6), 1334-1357. doi: 10.1161/hypertensionaha.120.15026
- [9] ElSayed N.A et al. Classification and diagnosis of diabetes: standards of care in diabetes - 2023. *Diabetes Care*, 46 (Suppl 1): S19-S40. doi: 10.2337/dc23-S002
- [10] Hewett D.G et al. Validation of a simple classification system for endoscopic diagnosis of small colorectal polyps using narrow-band imaging. *Gastroenterology*, 2012, 143 (3): 599-607.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2012.05.006
- [11] Kim H.S et al. Risk factors for immediate postpolypectomy bleeding of the colon: a multicenter study. *Am J Gastroenterol*, 2006, 101 (6): 1333-1341. doi: 10.1111/j.1572-0241.2006.00638.x
- [12] Hồ Thị Bích Thủy và cộng sự. Nghiên cứu hiệu quả cắt polyp đại tràng nhỏ hơn hoặc bằng 10 mm bằng phương pháp thông lạng lạnh. *Tạp chí Y Dược Huế*, 2023, 13 (5): 97-103. doi: 10.34071/jmp.2023.5.13
- [13] Vu N.T.H et al. Endoscopic characteristics and performance of WASP classification in the diagnosis of colorectal sessile-serrated lesions in Vietnamese patients. *JGH Open*, 2024, 8 (6): e13109. doi: 10.1002/jgh3.13109