

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT ĐỐT KẾT HỢP KẸP CLIP Ở BỆNH NHÂN CÓ POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Thái Thị Hồng Nhung*, Lương Thị Thúy Loan

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: tthnhung@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Polyp đại trực tràng là bệnh lý thường gặp ở đường tiêu hóa dưới, bệnh phổ biến ở mọi quốc gia trên thế giới, mọi lứa tuổi và ở cả hai giới. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh polyp đại trực tràng có xu hướng ngày càng tăng trong thời gian gần đây. Nội soi đại trực tràng giúp chẩn đoán chính xác hình dạng, kích thước, vị trí của polyp và có thể can thiệp cắt đốt polyp. Hiệu quả của việc dùng kẹp clip để dự phòng chảy máu sau cắt đốt chưa được nghiên cứu nhiều. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng. 2. Đánh giá kết quả điều trị polyp đại trực tràng bằng phương pháp cắt đốt qua nội soi kết hợp kẹp clip. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 62 bệnh nhân có polyp đại trực tràng có chỉ định cắt đốt qua nội soi. Tất cả bệnh nhân có polyp vào viện được nội soi đại trực tràng đánh giá polyp và can thiệp cắt đốt qua nội soi kết hợp clip. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là rối loạn đi tiêu và đau bụng. Đa số polyp nằm ở đại tràng sigma, dạng polyp đơn độc kích thước trung bình, mô bệnh học ghi nhận có 62,9% là polyp u tuyến ống. Tỷ lệ cắt đốt polyp thành công qua nội soi kết hợp kẹp clip là 96,8%. **Kết luận:** Polyp đại trực tràng là bệnh có ít triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học đa dạng, chẩn đoán tốt nhất là qua nội soi. Phương pháp điều trị bằng cắt đốt polyp kết hợp clip qua nội soi có hiệu quả cao.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng, cắt đốt qua nội soi, kẹp clip.

ABSTRACT

RESEARCH ON THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERIZATIONS AND THE TREATMENT RESULTS BY ENDOSCOPIC POLYPECTOMY WITH HEMOCLIPS IN PATIENTS WITH COLORECTAL POLYPS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Thai Thi Hong Nhung, Luong Thi Thuy Loan

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Colorectal polyp is one of the most common lower gastrointestinal diseases. It is popular in all over the world, all age groups and both of gender. The number of patients with colorectal polyps has increased in recent days. The colorectal endoscopic procedure helps clinicians diagnose exactly the appearance, size or position of polyps and perform endoscopic polypectomy if needed. The prophylactic efficacy of hemoclips to prevent bleeding after endoscopic polypectomy has not been studied in common. **Objectives:** 1. To describe the clinical, endoscopic and pathological characterizations of colorectal polyps. 2. To evaluate the treatment results of endoscopic polypectomy combined with hemoclips in patients with colorectal polyps. **Materials and methods:** The study was conducted at Hospital of Can Tho University of Medicine and Pharmacy. All patients with clinical characteristics of colorectal polyps were indicated colonoscopy for detecting polyps, performing polypectomy and then taking hemoclips. After endoscopic polypectomy, all patients were followed up during 1 month to record any early and late complications. **Results:** Among 62

participants, disorder of defecation and abdominal pain were the most common complaints of patients. For endoscopic characteristics, most of polyps were single, middle-size and located in sigmoid colon. There was 62.9% non-neoplasia polyps and 32.7% neoplasia polyps. The successful rate of endoscopic polypectomy combined with hemoclips was 96.8%. **Conclusion:** patients with colorectal polyps usually had fewer symptoms and various endoscopic and pathological characteristics. The endoscopic polypectomy combined with hemoclips was a good therapy in treatment of colono-rectal polyps with high successful rate.

Keywords: Colorectal polyps, endoscopic polypectomy, hemoclips, pathological characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng là bệnh lý thường gặp ở đường tiêu hóa dưới, bệnh phổ biến ở mọi quốc gia trên thế giới, mọi lứa tuổi và gặp ở cả hai giới. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh polyp đại trực tràng có xu hướng ngày càng tăng trong thời gian gần đây. Triệu chứng lâm sàng của polyp đại trực tràng bao gồm: rối loạn tiêu hóa, tiêu ra máu, đau bụng...đôi khi cũng không biểu hiện triệu chứng nên rất khó phát hiện [6]. Nguy cơ phát triển thành ung thư của polyp đại trực tràng có liên quan đến kích thước, số lượng và đặc điểm vi thể của polyp. Chính vì vậy, việc phát hiện và cắt bỏ các polyp đại trực tràng trong giai đoạn sớm là biện pháp hiệu quả nhất để phòng ngừa các biến chứng của polyp mà nguy hiểm nhất là biến chứng ung thư hóa.

Nội soi đại tràng có thể giúp xác định chính xác hình thái, vị trí, mức độ tổn thương của polyp và đồng thời tiến hành cắt đốt polyp khi có chỉ định. Cắt đốt polyp qua nội soi là một biện pháp loại bỏ các polyp có $d \geq 5\text{mm}$ được áp dụng rất phổ biến. Tuy biện pháp này khá hiệu quả nhưng các bác sĩ nội soi lo ngại nhất là biến chứng chảy máu sau cắt đốt, đặc biệt là các polyp to, thế nên biện pháp kẹp hemoclip sau cắt đốt để dự phòng biến chứng chảy máu được áp dụng ngày càng phổ biến trên lâm sàng.

Tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, kỹ thuật cắt polyp đại trực tràng qua nội soi được áp dụng từ năm 2012 và đã gặt hái được những thành công nhất định. Tuy nhiên, phương pháp kết hợp kẹp hemoclip sau cắt đốt chưa được nghiên cứu nhiều, vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp cắt đốt nội soi kết hợp kẹp clip ở bệnh nhân có polyp đại trực tràng đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ” với các mục tiêu sau: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, giải phẫu bệnh của polyp đại trực tràng. 2. Đánh giá kết quả điều trị polyp đại trực tràng bằng phương pháp cắt đốt nội soi kết hợp kẹp clip.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Các bệnh nhân nội soi đại trực tràng xác định có polyp đại trực tràng, được cắt đốt polyp qua nội soi kết hợp kẹp clip sau cắt đốt.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân nội soi đại trực tràng phát hiện thấy tổn thương nghi ngờ polyp hoặc polyp đại trực tràng nhưng không cắt được hoặc không có bệnh phẩm để làm mô bệnh học.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu.

- Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu được thiết kế theo công thức: $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$

p: Chúng tôi chọn $p=0,959$. Theo tỷ lệ cắt thành công polyp đại trực tràng của tác giả Tổng Văn Lược là 95,9% [7]. d: sai số cho phép là 0,05 (<10%).

Cỡ mẫu là $n \geq 61$. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được 62 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng mẫu.

- Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới.

Đặc điểm lâm sàng: tiền sử bản thân gia đình, lý do vào viện, thời gian xuất hiện triệu chứng, đặc điểm đau bụng, đặc điểm rối loạn đi tiêu.

Đặc điểm nội soi và giải phẫu bệnh của polyp đại trực tràng.

Đánh giá kết quả điều trị polyp đại trực tràng bằng phương pháp cắt đốt qua nội soi kết hợp kẹp clip.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Có 62 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là $57,77 \pm 13,55$. Tỷ lệ nam > nữ.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng

- Đặc điểm lâm sàng của polyp đại trực tràng

Bảng 1. Lí do nội soi đại tràng

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rối loạn đi tiêu	20	32,2
Đau bụng	30	48,4
Nội soi định kỳ	12	19,35
Tổng	62	100

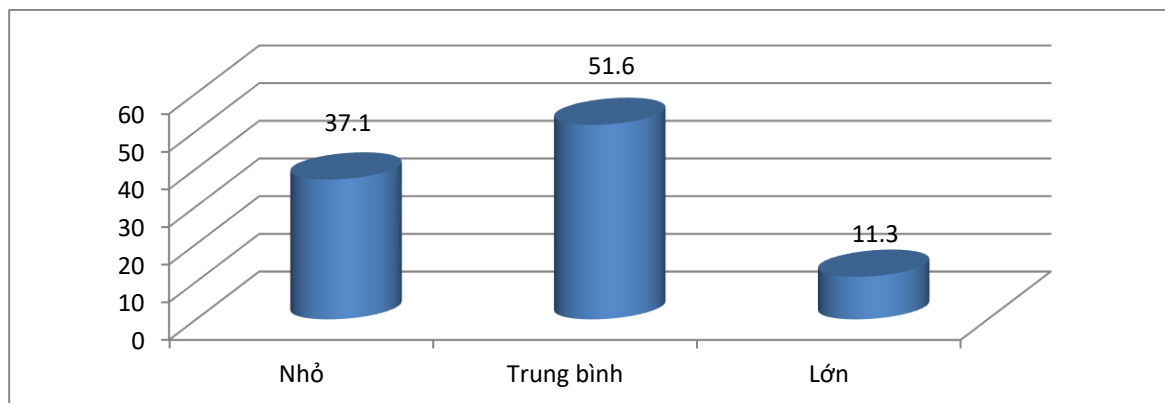
Nhận xét: Lí do nội soi đại tràng thường gặp là rối loạn đi tiêu và đau bụng.

- Hình ảnh nội soi của polyp đại trực tràng

Bảng 2. Vị trí polyp qua nội soi đại trực tràng

Vị trí polyp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Manh tràng	0	0
Đại tràng lên	10	16,1
Đại tràng góc gan	2	3,2
Đại tràng ngang	6	9,7
Đại tràng góc lách	1	1,6
Đại tràng xuống	9	14,5
Đại tràng sigma	18	29
Trực tràng	16	25,8
Tổng	62	100

Nhận xét: Polyp đại tràng sigma chiếm tỷ lệ cao nhất là 29%, kế đến là tại trực tràng chiếm tỉ lệ 25,8%.



Biểu đồ 1: Kích thước polyp

Nhận xét: Polyp có kích thước trung bình (10-20mm) chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 51,6%.

- Giải phẫu bệnh của polyp đại trực tràng

Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh của polyp đại trực tràng

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Polyp u tuyến ống	39	62,9
Polyp tăng sản	23	37,1
Tổng	62	100

Nhận xét: Polyp u tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,9%.

Bảng 4. Mức độ nghịch sản của polyp đại trực tràng

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nghịch sản nhẹ	7	43,75
Nghịch sản vừa	6	37,5
Nghịch sản nặng	3	18,75
Tổng	16	100

Nhận xét: Ghi nhận được 16 trường hợp nghịch sản, trong đó nghịch sản nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,75%.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị polyp đại trực tràng bằng phương pháp cắt đốt qua nội soi kết hợp kẹp clip

- Số lượng hemoclip cần cho 1 polyp

Số lượng hemoclip trung bình/ 1 polyp cắt đốt: $1,46 \pm 0,62$.

Bảng 5 . Số lượng hemoclip cần cho 1 polyp

Số clip/ 1 polyp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
01	37	59,7
02	21	33,9
03	4	6,5
Tổng	62	100

Nhận xét: Phần lớn trường hợp chỉ cần kẹp 01 clip, chiếm tỷ lệ 59,7%.

- Biến chứng sau cắt đốt polyp có kết hợp kẹp clip

Có 2 trường hợp ghi nhận biến chứng chảy máu chiếm tỷ lệ 3,2%, sau đó được nội soi lại kẹp thêm clip và hết chảy máu.

Chưa ghi nhận biến chứng muộn hơn sau cắt đốt polyp đại trực tràng có kết hợp clip.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng

- Đặc điểm lâm sàng

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân đến khám vì polyp đại trực tràng thường gặp nhất là đau bụng chiếm 48,4%, kế đến là rối loạn đi tiêu chiếm 32,2% và nội soi định kỳ 19,35%. So sánh kết quả trên với một số tác giả như Bùi Nhuận Quý [8] rối loạn đi tiêu là 53,58%, đau bụng 27,86%; tác giả Tống Văn Lược [7] rối loạn đi tiêu là 91,17%, đau bụng 5,88%. Như vậy tỷ lệ rối loạn đi tiêu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả khác, tỉ lệ bệnh nhân có đau bụng tương đương với các nghiên cứu khác. Cũng như nhiều nhận định của các tác giả, triệu chứng của bệnh polyp đại trực tràng thường nghèo nàn, không đặc hiệu, nhưng đau bụng và rối loạn đi tiêu được nhiều nghiên cứu đánh giá là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở các bệnh nhân có polyp đại trực tràng, nên có thể xem là triệu chứng gợi ý chẩn đoán quan trọng, triệu chứng này giúp thầy thuốc thực hiện các xét nghiệm thăm dò để chẩn đoán xác định polyp đại trực tràng.

- Đặc điểm nội soi

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 37,1% polyp có đường kính <10mm, 51,6% polyp có đường kính từ 10 đến 20mm và 11,3% polyp có đường kính >20mm. Tỷ lệ polyp kích thước nhỏ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Bùi Nhuận Quý [15] kích thước <10mm 76,43%, 10-20mm 14,29%, >20mm 9,28%; Nguyễn Quốc Bảo [2] kích thước <10mm 72%, 10-20mm 23,1% và >20mm 4,9%. Điều này có thể lý giải là do sự khác biệt về tiêu chuẩn chọn mẫu. Nghiên cứu của chúng tôi đề cập chủ yếu đến các polyp có chỉ định cắt đốt và kẹp clip nên phần lớn mẫu là các polyp kích thước trung bình và to.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, polyp không cuống chiếm tỷ lệ là 50%, polyp cuống ngắn chiếm 25,8% và polyp cuống dài chiếm 24,2%. Kết quả này của chúng tôi về polyp không cuống tương tự với tác giả Quách Trọng Đức [6] 57,7%, Bùi Nhuận Quý [15] 65%. Qua các kết quả trên cho thấy có sự khác nhau về hình dạng polyp giữa các nghiên cứu, điều này có thể lý giải bởi sự khác biệt giữa các nghiên cứu về đối tượng nghiên cứu, vùng địa lý và cỡ mẫu chưa đủ lớn.

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy polyp ở đại tràng sigma chiếm tỷ lệ cao nhất là 29%, tiếp theo đó là polyp trực tràng chiếm 25,8%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với tác giả khác như Đỗ Nguyệt Ánh cũng ghi nhận polyp đại tràng sigma chiếm tỷ lệ cao nhất là 43%, polyp trực tràng chiếm 17,4%, polyp đại tràng trái chiếm 5,8%, polyp đại tràng ngang 4,7%, polyp đại tràng phải chiếm 2,4% và polyp manh tràng chiếm 3,5% [1]. So sánh với các tác giả nước ngoài như Iravani cho thấy polyp ở trực tràng và đại tràng sigma chiếm cao nhất với 63,1%, polyp ở đại tràng trái chiếm 19,6%, polyp đại tràng ngang chiếm 7,6%, polyp đại tràng phải chiếm 5,8% và polyp manh tràng chiếm thấp nhất với 3,1% [14]. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ theo vị trí của polyp đại trực tràng ở các nghiên cứu khác nhau thì có sự khác nhau, có thể lý giải cho điều này là do sự khác biệt trong quá trình lấy mẫu như địa lý, chủng tộc và số lượng mẫu được lấy ở các nghiên cứu khác nhau. Nhưng có thể nhận xét rằng polyp xuất hiện ở vị trí trực tràng và đại tràng sigma chiếm tỷ lệ ưu thế hơn các polyp ở vị trí khác.

- Mô bệnh học

Sau thống kê kết quả mô bệnh học có 62,9% là polyp u tuyến ống, polyp tăng sản

chiếm 37,1%. Kết quả của một số nghiên cứu của các tác giả trong nước và ngoài nước khác gồm có Tổng Văn Lược polyp tuyến chiếm tỷ lệ 24,41%, polyp không tân sinh chiếm 75,59% [7]; Lê Minh Tuấn polyp tuyến chiếm 21%, polyp không tân sinh chiếm 79% [9]. Tác giả Bae ghi nhận tỷ lệ polyp tuyến chiếm 61,7% [10], Hodadoostan tỷ lệ polyp tuyến chiếm 91% [13]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ polyp u tuyến ống khá cao vì phần lớn các mẫu nghiên cứu là polyp kích thước trung bình lớn.

Dựa theo kết quả thống kê, chúng tôi ghi nhận được 16 trường hợp nghịch sản trong đó nghịch sản nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,75%, nghịch sản vừa chiếm tỷ lệ 37,5% và nghịch sản nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 18,75%. Nghiên cứu của nhiều tác giả khác như Tổng Văn Lược [7] nghịch sản nhẹ 52%, nghịch sản vừa 40%, nghịch sản nặng 8%; Nguyễn Thị Chín [3] nghịch sản nhẹ 72,7%, nghịch sản vừa 18,2%, nghịch sản nặng 9,1%. Với các tác giả nước ngoài như Zhan nghịch sản nhẹ 52,5%, nghịch sản nặng 26,7% [15]. Nhìn chung thì kết quả của chúng tôi và của hầu hết các tác giả khác đều đi đến kết luận polyp có nghịch sản thì nghịch sản nhẹ chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tỷ lệ nghịch sản nặng ít hơn rất nhiều nhưng lại quan trọng nhất vì có nguy cơ chuyển hóa thành ung thư cao nhất.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Theo nghiên cứu của chúng tôi, số lượng clip trung bình cho mỗi polyp cắt là 1,46 clip, có 59,7% bệnh nhân chỉ cần 1 clip cho mỗi polyp cắt đốt, chỉ có 6,5% bệnh nhân cần đến 03 clip. Theo nghiên cứu của Linda A Feagins, số lượng kẹp clip trung bình là 1,5 clip/mỗi vị trí cắt để khẹp miệng vết cắt. Nghiên cứu của chúng tôi về số lượng kẹp clip trung bình tương tự với nghiên cứu của Linda A Feagins [15]. Số lượng kẹp clip/ 1 polyp cắt đốt tùy thuộc vào kích thước polyp và đánh giá của bác sĩ nội soi trong quá trình cắt đốt với mục đích chính là hạn chế biến chứng chảy máu sau cắt đốt, và nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận phần lớn các trường hợp chỉ cần 1 clip là đủ để dự phòng biến chứng chảy máu, tuy nhiên vì cỡ mẫu nhỏ nên cần đánh giá thêm về vấn đề này thông qua các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp chảy máu sau cắt polyp có kết hợp kẹp clip chiếm tỷ lệ 3,2%, sau đó bệnh nhân được can thiệp kẹp thêm clip và không chảy máu thêm. Theo nghiên cứu của Linda A Feagins về kẹp clip sau cắt polyp $d \geq 10\text{mm}$, tỉ lệ chảy máu sau đó là 2,3% [15]. Tác giả M Sobrino-Faya ghi nhận tỷ lệ chảy máu sau kẹp clip là 3,3% [16]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ chảy máu sau cắt đốt polyp có kết hợp kẹp clip không khác nhiều so với các nghiên cứu khác. Qua đó có thể nhận xét thủ thuật cắt đốt polyp đại trực tràng qua nội soi kết hợp kẹp clip có hiệu quả đáng kể trong dự phòng biến chứng chảy máu sau cắt.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn đi tiêu và đau bụng là hai triệu chứng thường gặp nhất trên bệnh nhân polyp đại trực tràng. Polyp xuất hiện nhiều ở đại tràng sigma, chủ yếu là polyp đơn độc, có cuống, kích thước trung bình. Kết quả mô bệnh học có 62,9% là polyp u tuyến ống, 37,1% là polyp tăng sản, nghịch sản nhẹ chiếm 43,75%, nghịch sản nặng chiếm 18,75%. Thủ thuật cắt đốt polyp đại trực tràng qua nội soi kết hợp kẹp clip tỷ lệ thành công cao, tỷ lệ biến chứng thấp, ghi nhận có 3,2% chảy máu sau cắt đốt kết hợp kẹp clip.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Nguyệt Ánh (2011), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học polyp đại trực tràng và kết quả điều trị cắt polyp qua nội soi tại bệnh viên E”, *Tạp chí Y Học Thực Hành*, (5), tr.34-36.
2. Nguyễn Quốc Bảo (2016), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và kết quả điều trị của bệnh lý polyp đại trực tràng tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
3. Nguyễn Thị Chín (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học polyp đại tràng tại Bệnh Viện Việt Tiệp Hải Phòng", *Tạp chí Y học thực hành*, (12), tr.34-36.
4. Quách Trọng Đức, Nguyễn Thúy Oanh (2007), "Nghiên cứu polyp tuyến đại trực tràng theo kích thước và vị trí polyp", *Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh*, (11), tr.242-247.
5. Trần Quang Hiệp, Hà Văn Quyết (2008), "Nghiên cứu ứng dụng nội soi cắt polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Vũ Văn Khiên (2002), "Nghiên cứu lâm sàng, nội soi và mô bệnh học và hiệu quả cắt polyp đại trực tràng qua nội soi", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 345(1), tr.28-32.
7. Tống Văn Lược (2008), "Kết quả cắt đốt polyp đại trực tràng bằng thông lọng điện theo hình ảnh nội soi mô mềm và xét nghiệm mô bệnh học", Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Bùi Nhuận Quý và Nguyễn Thúy Oanh (2013), "Khảo sát mối liên quan giữa lâm sàng, nội soi và giải phẫu bệnh của polyp đại trực tràng", *Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh*, 17(6), tr.19-24.
9. Lê Minh Tuấn (2009), "Nhận xét hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại tràng và kết quả cắt polyp bằng nguồn cắt endoplasma", Luận văn Thạc sĩ Y Học, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Bae (2015), “Distribution of the colonoscopic adenoma detection rate according to age: is recommending colonoscopy screening for Koreans over the age of 50 safe?”, *Annals of coloproctology*, 31(2), pp.46-51.
11. Bas, Gunduz (2015), “What are the endoscopic and pathological characteristics of colorectal polyps?”, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 16(13), pp.5163.
12. Choe, J.W (2014), “Screening colonoscopy in asymptomatic average-risk Koreans: Analysis in relation to age and sex”, *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 22(7), pp.1003-1008.
13. Hodadoostan (2010), “Clinical and pathology characteristics of colorectal polyps in Iranian population”, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 11(2), pp.557-560.
14. Iravani (2014), “Prevalence and characteristics of colorectal polyps in symptomatic and asymptomatic Iranian patients undergoing colonoscopy from 2009-2013”, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 15(22), pp.9933-9937.
15. Linda A Feagins (2019), “Efficacy of Prophylactic Hemoclips in Prevention of Delayed Post-Polypectomy Bleeding in Patients With Large Colonic Polyps”, *Gastroenterology*, 157(4), pp.967-976.
16. M Sobrino-Faya (2002), “Clips for the prevention and treatment of post polypectomy bleeding (hemoclips in polypectomy)”, *Rev Esp Enferm Dig*, 94(8), pp.457-462.
17. Zhan (2015), “Frequent co-occurrence of high grade dysplasia in large flat colonic polyps (>20mm) and synchronous polyps”, *BMC gastroenterology*, 15(1), pp.82.

(Ngày nhận bài: 12/3/2021 - Ngày duyệt đăng: 18/9/2021)
