

KẾT QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA CẮT HỐT NIÊM MẠC DƯỚI NƯỚC SO VỚI CẮT QUY ƯỚC TRONG ĐIỀU TRỊ POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KHÔNG CUỐNG KÍCH THƯỚC TỪ 10 - 30mm

Hoàng Minh Tuấn¹, Bùi Thị Thanh Nga¹, Dương Quang Huy^{1}*

Tóm tắt

Mục tiêu: So sánh hiệu quả và độ an toàn của cắt hốt niêm mạc dưới nước (underwater endoscopic mucosal resection - UEMR) với cắt quy ước (conventional endoscopic mucosal resection - CEMR) trong điều trị polyp đại trực tràng (ĐTT) không cuống kích thước từ 10 - 30mm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên, đối chứng, nhãn mở trên 178 bệnh nhân (BN) có polyp ĐTT không cuống kích thước từ 10 - 30mm, được điều trị bằng UEMR hoặc CEMR tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 7/2024 - 12/2025. Các đặc điểm lâm sàng, nội soi, kỹ thuật và biến chứng được thu thập và so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Tỷ lệ cắt nguyên khối (NK) cao ở cả hai nhóm UEMR và CEMR (96,6% so với 92,1%; $p > 0,05$). Ở dưới nhóm kích thước polyp từ 20 - 30mm, UEMR cho tỷ lệ cắt NK cao hơn so với CEMR (91,3% so với 62,5%; $p = 0,028$). UEMR có thời gian thủ thuật ngắn hơn và tỷ lệ sử dụng clip cầm máu thấp hơn so với CEMR ($p < 0,05$). Tỷ lệ biến chứng thấp và tương đương giữa hai phương pháp. **Kết luận:** UEMR và CEMR đều là các phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị polyp ĐTT không cuống kích thước từ 10 - 30mm. UEMR có xu hướng cải thiện tỷ lệ cắt NK (đặc biệt trong nhóm polyp có kích thước từ 20 - 30mm), thời gian thủ thuật và giảm nhu cầu sử dụng clip cầm máu, trong khi tỷ lệ biến chứng tương đương giữa hai phương pháp.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng; Cắt hốt niêm mạc dưới nước; Cắt quy ước.

SAFETY AND EFFICACY OF UNDERWATER VERSUS CONVENTIONAL ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION FOR 10 - 30mm NONPEDUNCULATED COLORECTAL POLYPS

Abstract

Objectives: To compare the efficacy and safety of underwater endoscopic mucosal resection (UEMR) with conventional endoscopic mucosal resection (CEMR) in the

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Dương Quang Huy (huyduonghvqy@gmail.com)

Ngày nhận bài: 07/5/2026

Ngày được chấp nhận đăng: 22/6/2026

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i8.2023>

treatment of 10 - 30mm nonpedunculated colorectal polyps. **Methods:** A randomized, controlled, clinical interventional, open-label study was conducted at Military Hospital 103 between July 2024 and December 2025 and included 178 patients with nonpedunculated colorectal polyps measuring 10 - 30mm, treated with either UEMR or CEMR. Clinical, endoscopic, and procedural outcomes, as well as complications, were compared between the two groups. **Results:** The en bloc resection rate was high in both groups, with no statistically significant difference between UEMR and CEMR (96.6% vs 92.1%; $p > 0.05$). In the subgroup of polyps measuring 20 - 30mm, UEMR achieved a significantly higher en-bloc resection rate (91.3% vs 62.5%; $p = 0.028$). The UEMR group had a shorter procedure time and a lower rate of hemostatic clip use compared to the CEMR group ($p < 0.05$). The overall complication rates were low and comparable between the two techniques. **Conclusion:** Both UEMR and CEMR are safe and effective methods for the treatment of 10 - 30mm nonpedunculated colorectal polyps. UEMR shows a trend toward improved en bloc resection rates, particularly in lesions measuring 20 - 30mm, as well as shorter procedure time and reduced need for hemostatic clips, while maintaining a comparable safety profile.

Keywords: Colorectal polyps; Underwater endoscopic mucosal resection; Conventional endoscopic mucosal resection.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng là thuật ngữ chỉ các tổn thương lồi ở lòng ống tiêu hóa, được hình thành do sự tăng sinh bất thường của niêm mạc ĐTT [1]. Đây là bệnh lý thường gặp ở Việt Nam và trên thế giới, nhiều nghiên cứu cho thấy phần lớn ung thư ĐTT phát triển từ các polyp tuyến, đặc biệt các polyp có kích thước $\geq 10\text{mm}$ [1, 2]. Hiện nay, cắt hót niêm mạc qua nội soi (EMR) đã trở thành phương pháp nền tảng trong điều trị polyp ĐTT, đặc biệt là polyp không

cưỡng hoặc kích thước lớn (kể cả polyp $\geq 20\text{mm}$) [3, 4].

Có nhiều biến thể của EMR, trong đó có hai kỹ thuật phổ biến nhất CEMR và UEMR [5, 6]. Phương pháp CEMR sử dụng dung dịch tiêm dưới niêm mạc để nâng tổn thương lên khỏi lớp cơ, tạo thuận lợi để bắt và cắt bỏ bằng thông lọng nhiệt [5]. Tuy vậy, khả năng cắt NK của CEMR đối với tổn thương ĐTT có kích thước $> 20\text{mm}$ chỉ vào khoảng 70% dẫn đến tỷ lệ tái phát tại chỗ cao. Do đó, các kỹ thuật cải tiến như UEMR được phát triển nhằm nâng cao khả

năng cắt nguyên khối, giảm tái phát và cải thiện tính an toàn trong điều trị tổn thương tân sinh ĐTT. Phương pháp UEMR được giới thiệu từ năm 2012, dựa trên nguyên lý bơm nước làm nổi tổn thương và không cần tiêm dưới niêm mạc, đã chứng minh được hiệu quả và tính an toàn trong nhiều nghiên cứu trên thế giới [5, 6].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu so sánh hiệu quả và tính an toàn của hai phương pháp này còn hạn chế, đặc biệt với polyp ĐTT không cuống kích thước từ 10 - 30mm [7, 8]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của CEMR và UEMR trong điều trị polyp ĐTT không cuống kích thước từ 10 - 30mm.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 178 BN có polyp ĐTT không cuống, được điều trị nội trú tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 7/2024 - 12/2025.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN > 18 tuổi; BN có polyp ĐTT không cuống kích thước từ 10 - 30mm; kiểu bề mặt NICE I, II; có hình thái 0-Is, 0-IIa, 0-IIb, LST (laterally spreading tumor - u lan rộng sang bên) có chỉ định cắt polyp bằng kỹ

thuật EMR; BN đồng ý tham gia nghiên cứu, cung cấp đủ các thông tin vào bệnh án nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có chống chỉ định cắt polyp ĐTT; BN không đồng ý làm thủ thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên, đối chứng, nhãn mở.

* *Cỡ mẫu và chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất. Tất cả BN đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu đều được đưa vào nghiên cứu.

* *Các bước nghiên cứu*: BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thu thập các đặc điểm lâm sàng, nội soi và cận lâm sàng ban đầu. Trong trường hợp một BN có nhiều polyp ĐTT không cuống kích thước từ 10 - 30mm đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, chỉ chọn một polyp để nghiên cứu và được phân ngẫu nhiên vào một trong hai phương pháp CEMR hoặc UEMR. Polyp nghiên cứu được lựa chọn dựa trên kích thước lớn nhất hoặc đặc điểm nội soi điển hình; trường hợp nghi ngờ xâm lấn sâu trên nội soi ánh sáng trắng, NBI hoặc có dấu hiệu “tiêm không nâng” thì polyp này không được

đưa vào nghiên cứu và được chuyển phương pháp điều trị phù hợp (ESD/phẫu thuật). Polyp này được cắt theo kỹ thuật tương ứng bởi bác sĩ có kinh nghiệm nội soi can thiệp và làm thành thạo kỹ thuật EMR. BN được theo dõi trong và sau thủ thuật để ghi nhận kết quả cắt và các biến chứng, bệnh phẩm được gửi làm mô bệnh học. Các polyp còn lại vẫn được xử trí theo đúng khuyến cáo điều trị và không được đưa vào phân tích.

* *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); kỹ thuật cắt: Cắt NK (khi tổn thương được lấy

trọn trên nội soi chỉ sau 1 lần cắt và diện cắt sau đó được đánh giá bằng nội soi ánh sáng trắng độ phân giải cao kết hợp với các kỹ thuật nội soi tăng cường hình ảnh khẳng định không phát hiện mô tồn dư); cắt từng phần (cắt ≥ 2 lần để lấy hết tổn thương); thời gian thủ thuật; biến chứng chảy máu trong và sau thủ thuật; thủng ống tiêu hóa tức thì/thì muộn; hội chứng điện đông.

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm Excel 2019 và SPSS 22.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức, Bệnh viện Quân y 103 theo Quyết định số 996/QĐ-HVQY ngày 26/3/2025. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	CEMR (n = 89)	UEMR (n = 89)	Tổng (n = 178)	p
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)	63,6 $\pm$ 10,0	61,9 $\pm$ 12,4	62,7 $\pm$ 11,2	0,304
Giới tính, n (%)				
Nam	61 (68,5)	62 (69,7)	123 (69,1)	0,871
Nữ	28 (31,5)	27(30,3)	55 (30,9)	

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,7 $\pm$ 11,2. Tỷ lệ nam giới chiếm 69,1%. Các đặc điểm chung giữa hai nhóm CEMR và UEMR là tương đồng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi và giới tính (p > 0,05).

Bảng 2. Đặc điểm polyp ĐTT ở hai nhóm CEMR và UEMR.

Đặc điểm	CEMR (n = 89)	UEMR (n = 89)	Tổng (n = 178)	p
Vị trí, n (%)				
Manh tràng	2 (2,2)	2 (2,2)	4 (2,2)	0,717
Đại tràng phải	14 (15,7)	14 (15,)	28 (15,7)	
Đại tràng ngang	10 (11,2)	6 (6,7)	16 (9,0)	
Đại tràng trái	6 (6,7)	10 (11,2)	16 (9,0)	
Đại tràng sigma	29 (32,6)	34 (38,2)	63 (35,4)	
Trực tràng	28 (25,8)	23 (31,5)	51 (28,7)	
Kích thước (mm), n (%)				
10 - 19	73 (82,0)	66 (74,2)	139 (78,1)	0,205
20 - 30	16 (18,0)	23 (25,8)	39 (21,9)	
Phân loại Paris, n (%)				
0-Is	54 (60,7)	51 (57,3)	105 (59,0)	0,798
0-IIa	26 (29,2)	25 (28,1)	51 (28,7)	
0-Iib	4 (4,5)	7 (7,9)	11 (6,2)	
LST	5 (5,6)	6 (6,7)	11 (6,2)	
NICE type, n (%)				
1	12 (13,5)	17 (19,1)	29 (16,3)	0,310
2	77 (86,5)	72 (80,9)	149 (83,7)	
Mô bệnh học, n (%)				
Tăng sản/viêm	7 (7,9)	10 (11,2)	17 (9,6)	0,230
U tuyến độ thấp	69 (77,5)	74 (83,1)	143 (80,3)	
U tuyến độ cao	11 (12,4)	4 (4,5)	15 (8,4)	
Ung thư	2 (2,2)	1 (1,1)	3 (1,7)	

Các đặc điểm của polyp ĐTT giữa hai nhóm CEMR và UEMR không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí, kích thước, hình thái (theo Phân loại Paris, 2002), phân loại NICE và mô bệnh học ($p > 0,05$). Polyp được cắt bằng phương pháp EMR gặp chủ yếu ở đại tràng sigma (35,4%) và trực tràng (28,7%). Nhóm polyp kích thước từ 10 - 19mm chiếm đa số ở cả hai nhóm. Polyp dạng 0-Is, NICE type 2 chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm. Về mô bệnh học, đa số tổn thương là u tuyến loạn sản mức độ thấp (80,3%), loạn sản mức độ cao chiếm 8,4% và ung thư ở 3 trường hợp (1,7%) với mức độ xâm nhập nông (Sm1 - Sm2).

Bảng 3. Đặc điểm kỹ thuật cắt.

Đặc điểm	CEMR (n = 89)	UEMR (n = 89)	Tổng (n = 178)	p
Cắt nguyên khối, n (%)				
Có	82 (92,1)	86 (96,6)	168 (94,4)	0,193
Không	7 (7,9)	3 (3,4)	10 (5,6)	
Thời gian thủ thuật (giây), $\bar{X} \pm SD$ (IQR)	220 (170 - 270)	180 (135 - 270)	-	0,001
Kẹp clip cầm máu, n (%)				
Có	69 (77,5)	43 (48,3)	112 (62,9)	0,001
Không	20 (22,5)	46 (51,7)	66 (37,1)	

Tỷ lệ cắt NK ở nhóm UEMR cao hơn so với nhóm CEMR (96,6% so với 92,1%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,193$). Thời gian thủ thuật trung vị ở nhóm UEMR ngắn hơn so với nhóm CEMR là 180 giây (135 - 270) so với 220 giây (170 - 270), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Tỷ lệ sử dụng clip cầm máu cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm CEMR so với nhóm UEMR (77,5% so với 48,3%; $p < 0,001$).

Bảng 4. Tỷ lệ cắt NK theo kích thước polyp.

Kích thước (mm)	CEMR, n/n (%)	UEMR, n/n (%)	p
10 - 19	72/73 (98,6)	65/66 (98,5)	0,943
20 - 30	10/16 (62,5)	21/23 (91,3)	0,028

Khi phân tích theo kích thước, ở nhóm polyp kích thước từ 10 - 19mm, tỷ lệ cắt NK không khác biệt giữa hai phương pháp (98,6% ở CEMR so với 98,5% ở UEMR; $p = 0,943$). Tuy nhiên, ở nhóm polyp kích thước từ 20 - 30mm, UEMR cho tỷ lệ cắt NK cao hơn có ý nghĩa thống kê so với CEMR (91,3% so với 62,5%; $p = 0,028$).

Bảng 5. Biến chứng của kỹ thuật.

Đặc điểm	CEMR n = 89 (%)	UEMR n = 89 (%)	Tổng n = 178 (%)	p
Chảy máu tức thì	9 (10,1)	2 (2,2)	11 (6,2)	0,057
Chảy máu sau thủ thuật	3 (3,4)	1 (1,1)	4 (2,2)	0,621
Thủng ĐTT tức thì	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Thủng ĐTT thì muộn	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Hội chứng điện đông	2 (2,2)	0 (0)	2 (1,1)	0,497

Tỷ lệ biến chứng thấp và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Chảy máu tức thì có xu hướng cao hơn ở nhóm CEMR so với UEMR (10,1% so với 2,2%; $p = 0,057$). Tỷ lệ chảy máu sau thủ thuật tương đương giữa hai nhóm (3,4% so với 1,1%; $p = 0,621$). Không ghi nhận trường hợp thủng ĐTT ở cả tức thì và muộn. Hội chứng điện đông sau cắt hiểm gặp (1,1%) và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p = 0,497$).

Bảng 6. Yếu tố ảnh hưởng đến khả năng cắt NK.

Yếu tố	OR (95%CI)	p
Kỹ thuật (UEMR so với CEMR)	0,20 (0,04 - 1,02)	0,053
Kích thước polyp (20 - 30mm so với 10 - 19mm)	47,28 (6,47 - 345,60)	< 0,001
Phân loại Paris (Is so với IIa/IIb/LST)	0,20 (0,04 - 1,07)	0,060
Phân loại NICE (type 2 so với type 1)	0,68 (0,05 - 8,65)	0,769

Trong phân tích hồi quy logistic đa biến, kích thước polyp là yếu tố liên quan độc lập mạnh nhất đến khả năng cắt NK (OR = 47,28; 95%CI: 6,47 - 345,60; $p < 0,001$). Phương pháp UEMR có xu hướng cho tỷ lệ cắt NK cao hơn 4,9 lần so với CEMR, tuy nhiên, chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,053$). Các yếu tố khác như phân loại Paris và NICE không liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết quả cắt NK.

BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu, hai nhóm CEMR và UEMR tương đồng về tuổi, giới tính và đặc điểm nội soi của polyp (vị trí, kích thước, hình thái, đặc điểm bề mặt), điều này phù hợp với thiết kế thử nghiệm ngẫu nhiên, giúp hạn chế sai lệch chọn mẫu và đảm bảo tính so sánh của hai kỹ thuật [6, 7]. Độ tuổi trung bình của BN là $62,76 \pm 11,27$, chủ yếu là nhóm từ 40 - 60 tuổi và tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh lý polyp

ĐTT [6 - 8]. Đặc điểm mô bệnh học của tổn thương cũng không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm, với phần lớn là adenoma tuyến và loạn sản mức độ thấp, phù hợp với các nghiên cứu trước đây [6, 7]. Đồng thời, nghiên cứu ghi nhận 3 trường hợp ung thư xâm nhập dưới niêm mạc nông (Sm1 - Sm2). Các trường hợp này sau đó đã được chuyển đến chuyên Khoa Ung bướu để tiếp tục đánh giá bổ sung bằng nhuộm hóa mô miễn dịch và chụp PET-CT. Sau hội chẩn đa chuyên khoa, các BN được theo dõi định kỳ.

Về đặc điểm tổn thương, phần lớn polyp thuộc nhóm kích thước từ 10 - 19mm (78,1%), trong khi nhóm kích thước từ 20 - 30mm chiếm tỷ lệ thấp hơn (21,9%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước polyp là yếu tố ảnh hưởng lớn nhất đến khả năng cắt NK ($OR \approx 47$; $p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với y văn, nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy các tổn thương không cuống ≥ 20 mm thường khó cắt NK bằng CEMR và phải cắt từng mảnh, làm tăng nguy cơ tái phát [5, 6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy UEMR đạt tỷ lệ cắt NK cao hơn so với CEMR. Kết quả này phù hợp với các thử nghiệm ngẫu nhiên trước đây [5, 6, 8] và gần đây của tác giả Lê Đình Quang và CS, trong đó UEMR cho tỷ lệ cắt NK cao hơn (100% so với 94,6%; $p = 0,014$) [7]. Cơ chế giải thích là “hiệu ứng nổi” khi bơm nước vào lòng ĐTT giúp lớp niêm mạc và dưới niêm mạc tách khỏi lớp cơ, từ đó dễ dàng bắt trọn tổn thương bằng thông lọng mà không cần tiêm nâng [6]. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy UEMR có xu hướng cải thiện tỷ lệ cắt NK so với CEMR, sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến ($OR = 0,20$; 95%CI: 0,04 - 1,02; $p = 0,053$). Tuy nhiên, khi phân tích dưới nhóm, chúng tôi ghi nhận UEMR cho tỷ lệ cắt NK vượt trội có ý nghĩa thống kê so với CEMR trong nhóm polyp kích thước từ 20 -

30mm (91,3% so với 62,5%; $p = 0,028$), trong khi không có sự khác biệt ở nhóm polyp kích thước từ 10 - 19mm ($p = 0,943$). Do đó, kết hợp giữa kết quả hồi quy và phân tích dưới nhóm cho thấy sự nhất quán: UEMR có xu hướng đạt tỷ lệ cắt NK cao hơn CEMR với các polyp kích thước trung bình - lớn.

Về thời gian thủ thuật, UEMR có thời gian ngắn hơn so với CEMR (180 giây so với 220 giây; $p = 0,001$). Điều này có thể liên quan đến việc loại bỏ bước tiêm dưới niêm mạc, giảm số lần thao tác (do hiệu ứng nổi dẫn đến polyp co lại, nổi lên và dễ bắt được bằng thông lọng hơn). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây [5, 6, 8] và một nghiên cứu gần đây của Lê Đình Quang, trong đó thời gian trung vị của UEMR là 65 giây so với 185 giây ở CEMR ($p < 0,001$) [7].

Về biến chứng, tỷ lệ chảy máu trong nghiên cứu thấp hơn ở nhóm UEMR so với CEMR, tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước; trong đó, UEMR có tỷ lệ biến chứng tương đương hoặc thấp hơn CEMR [7]. Theo nghiên cứu của Nett A và CS, nước có thể đóng vai trò như một “bộ tản nhiệt”, giúp giảm tổn thương nhiệt sâu và hạn chế biến chứng [6]. Ngoài ra, không ghi nhận trường hợp thủng ĐTT trong nghiên cứu, củng cố tính an toàn của cả hai kỹ thuật khi được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu chưa đủ lớn, đặc biệt trong phân tích dưới nhóm polyp có kích thước từ 20 - 30mm, có thể ảnh hưởng đến độ tin cậy của kết quả. Thứ hai, đây là nghiên cứu đơn trung tâm nên tính khái quát chưa cao. Thời gian theo dõi chưa đủ dài để đánh giá đầy đủ tỷ lệ tái phát sau cắt.

KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, cả UEMR và CEMR đều là các phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị polyp ĐTT không cuống kích thước từ 10 - 30mm. UEMR có xu hướng cải thiện một số chỉ số kỹ thuật như tỷ lệ cắt NK và thời gian thủ thuật, trong khi tỷ lệ biến chứng tương đương giữa hai phương pháp. Đặc biệt trong nhóm polyp kích thước từ 20 - 30mm, UEMR cho thấy xu hướng đạt tỷ lệ cắt NK cao hơn so với CEMR, gợi ý đây có thể là lựa chọn ưu tiên ở nhóm tổn thương này. Tuy nhiên, cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định vai trò của UEMR trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shussman N, Wexner SD. Colorectal polyps and polyposis syndromes. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2014; 2(1):1-15.
2. Nusko G, Mansmann U, Partzsch U, et al. Invasive carcinoma in colorectal adenomas: Multivariate analysis of

patient and adenoma characteristics. *Endoscopy*. 1997; 29(7):626-31.

3. Tanaka S, Kashida H, Saito Y, et al. Japan gastroenterological endoscopy society guidelines for colorectal endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection. *Dig Endosc*. 2020; 32(2):219-239.

4. Ferlitsch M, Hassan C, Bisschops R, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European society of gastrointestinal endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2024. *Endoscopy*. 2024.

5. Thiruvengadam SS, Fung BM, Barakat MT, et al. Endoscopic Mucosal Resection: Best Practices for Gastrointestinal Endoscopists. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2022; 18(3):133-144.

6. Nett A, Binmoeller K. Underwater endoscopic mucosal resection. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2019; 29(4):659-673.

7. Le QD, Le NQ, Quach DT. Underwater vs conventional endoscopic mucosal resection for nonpedunculated colorectal neoplasms: A randomized controlled trial. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2025; 17(6):103635.

8. Đặng Thanh, Hồ Đăng Quý Dũng, Trần Đình Trí và CS. 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 - 20mm. *Tạp chí Y Dược Huế*. 2025; 15(3):73-78.