

Nghiên cứu

Đánh giá kết quả và tính an toàn của chiến lược kẹp clip dự phòng sau cắt polyp đại trực tràng kích thước ≥ 20 mm

Bùi Minh Nhật^{1*}, Lê Viết Nho²

¹Bệnh viện Đa khoa Gia đình Đà Nẵng

²Trường Y Dược, Đại học Đà Nẵng

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Bùi Minh Nhật, email: buiminhnhat18061992@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 09/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 25/08/2026; Ngày xuất bản (Published): 28/09/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.1057

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Polyp đại trực tràng kích thước lớn (≥ 20 mm) có nguy cơ cao xảy ra biến chứng chảy máu muộn sau cắt qua nội soi. Mặc dù kẹp clip dự phòng sau cắt được đề xuất nhằm hạn chế biến chứng này, nhưng hiệu quả của phương pháp hiện vẫn còn là chủ đề tranh luận trên thế giới và dữ liệu chính thức tại Việt Nam còn hạn chế.

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước ≥ 20 mm; (2) Đánh giá kết quả cắt polyp và các biến cố sau thủ thuật, đặc biệt là chảy máu muộn, ở các trường hợp được kẹp clip dự phòng sau cắt.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát được thực hiện trên 63 bệnh nhân với 67 polyp đại trực tràng kích thước ≥ 20 mm tại Bệnh viện Gia Đình Đà Nẵng (từ tháng 3/2024 đến tháng 9/2025). Các kỹ thuật can thiệp bao gồm cắt polyp bằng thông lọng điện (HSP), cắt hót niêm mạc nội soi thông thường (CEMR) và cắt hót niêm mạc nội soi có cuống (S-EMR). Tất cả các trường hợp đều được kẹp clip dự phòng đóng kín diện cắt. Các tiêu chí đánh giá chính gồm tỷ lệ cắt nguyên khối, biến chứng sớm/muộn và kết quả nội soi theo dõi sau 3 tháng.

Kết quả: Bệnh nhân chủ yếu là nam giới (55,6%) và trên 40 tuổi (77,8%). Polyp tập trung nhiều nhất ở đại tràng sigma (38,8%) và trực tràng (22,4%). Tỷ lệ cắt nguyên khối chung đạt 83,6%, trong đó kỹ thuật HSP đạt tỷ lệ cao nhất (92,5%, $p = 0,01$). Tổng cộng có 119 clip đã được sử dụng (trung bình $1,8 \pm 1,2$ clip/polyp). Đáng chú ý, không ghi nhận trường hợp nào bị chảy máu muộn sau cắt polyp (tỷ lệ 0%). Các biến chứng tức thì (chảy máu 3,2%, thủng 1,6%) đều được xử trí thành công qua nội soi. Sau 3 tháng theo dõi, tỷ lệ sót mô/tái phát là 3,2% và 6,3% trường hợp còn lưu clip cũ.

Kết luận: Kẹp clip dự phòng sau cắt polyp đại trực tràng kích thước ≥ 20 mm cho kết quả tích cực và an toàn trong quần thể nghiên cứu, với tỷ lệ chảy máu muộn quan sát được thấp. Tuy nhiên, cần các nghiên cứu có nhóm chứng và cỡ mẫu lớn hơn để xác định rõ hiệu quả phòng ngừa chảy máu muộn của chiến lược này.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng; cắt polyp qua nội soi; kẹp clip dự phòng; chảy máu muộn sau cắt polyp.

Evaluation of the outcomes and safety of a prophylactic clip closure strategy after resection of colorectal polyps ≥ 20 mm

Bui Minh Nhat^{1*}, Le Viet Nho²

¹Family General Hospital Da Nang

²The University of Da Nang - School of Medicine and Pharmacy

Abstract

Background: Large colorectal polyps (≥ 20 mm) carry a substantial risk of delayed post-polypectomy bleeding (DPPB). While prophylactic clipping is proposed to mitigate this risk, its efficacy remains a subject of international debate with limited data from Vietnam.

Objectives: (1) To characterize the clinical, endoscopic, and histopathological features of colorectal polyps ≥ 20 mm; (2) To evaluate the outcomes of polypectomy and post-procedural adverse events, particularly delayed bleeding, following prophylactic clip closure.

Materials and Methods: An observational study was conducted on 63 patients (67 polyps ≥ 20 mm) at Family Hospital Da Nang (March 2024 - September 2025). Resection techniques included hot snare polypectomy (HSP), conventional endoscopic mucosal resection (CEMR), and stalked endoscopic mucosal

resection (S-EMR). All resection sites underwent mandatory prophylactic clip closure. Outcomes included en bloc resection rates, immediate/delayed complications, and 3-month follow-up findings.

Results: The majority of patients were male (55.6%) and aged ≥ 40 years (77.8%). Polyps were predominantly located in the sigmoid colon (38.8%) and rectum (22.4%). The overall en bloc resection rate was 83.6%, with HSP achieving the highest success (92.5%, $p = 0.01$). A total of 119 clips were applied (mean: 1.8 ± 1.2 per polyp). Notably, the incidence of DPPB was 0%. Immediate complications (bleeding 3.2%, perforation 1.6%) were successfully managed endoscopically. At 3 months, the residual/recurrence rate was 3.2%, and 6.3% of patients had retained clips.

Conclusions: Prophylactic clip closure after resection of colorectal polyps ≥ 20 mm yielded favorable and safe outcomes in the study population, with a low observed rate of delayed post-polypectomy bleeding. However, further studies with a control group and larger sample sizes are needed to determine the effectiveness of this strategy in preventing delayed post-polypectomy bleeding.

Keywords: Colorectal polyps; endoscopic polypectomy; prophylactic clip closure; delayed post-polypectomy bleeding.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT), đặc biệt là các tổn thương có kích thước ≥ 20 mm, đóng vai trò trung tâm trong chuỗi sinh bệnh học ung thư đại trực tràng (CRC). Cắt polyp qua nội soi đã được chứng minh giúp giảm đến 50% tỷ lệ tử vong do CRC [1], 2]. Tuy nhiên, khi kích thước polyp tăng, quy trình này chuyển từ một thủ thuật phòng ngừa đơn giản sang một can thiệp phức tạp với nguy cơ cao. Biến chứng đáng lo ngại nhất là chảy máu muộn sau cắt polyp (DPPB), thường xảy ra từ 24 giờ đầu đến 11 ngày sau thủ thuật [3] và có thể kéo dài đến 30 ngày [4]. Cơ chế bệnh sinh chính chủ yếu do bong sớm lớp hoại tử hoặc tổn thương nhiệt sâu làm lộ mạch dưới niêm mạc trong khi biểu mô chưa kịp tái tạo [5].

Cắt polyp qua nội soi có sử dụng điện là phương pháp điều trị ưu tiên hiện nay, tuy nhiên nguy cơ DPPB vẫn đáng kể, nhất là đối với polyp lớn, cuống to hoặc vị trí khó, với tỷ lệ 2,7% đến 12,0% nếu không có dự phòng [6]. Nguy cơ này tăng theo kích thước polyp, ước tính 11,6 - 13,0% cho mỗi 1 mm đường kính tăng thêm [7, 8]. Do đó, kẹp clip dự phòng được đề xuất nhằm đóng kín niêm mạc, chèn ép mạch máu và bảo vệ nền vết cắt khỏi môi trường dịch tiêu hóa và phân [9].

Mặc dù về lý thuyết, đóng kín vết cắt giúp giảm nguy cơ chảy máu, nhưng bằng chứng lâm sàng còn nhiều tranh cãi. Một số nghiên cứu ghi nhận lợi ích của kẹp clip, với mức giảm nguy cơ DPPB khoảng 3,6 - 7,1% [10, 11], đặc biệt rõ ở đại tràng phải [12]. Trái lại, nhiều nghiên cứu khác như Feagins (2019) [13] hay Forbes (2020) [14] chưa cho thấy vai trò của kẹp clip.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu hệ thống về hiệu quả và độ an toàn của kẹp clip dự phòng sau cắt polyp lớn còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm bổ sung bằng chứng trong bối cảnh thực hành trong nước, nơi có những khác biệt về chi phí, mô hình bệnh tật và kỹ thuật nội soi so với các nước phương Tây.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 63 bệnh nhân được nội soi đại tràng tại khoa Nội từ tháng 3/2024 đến 9/2025, có ít nhất 1 polyp ĐTT kích thước ≥ 20 mm được chỉ định cắt đốt nội soi và kẹp clip dự phòng sau cắt theo quy trình nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, có polyp ĐTT kích thước ≥ 20 mm khi đo thực tế sau cắt, được cắt nội soi bằng thông lộng điện và kẹp clip dự phòng sau cắt.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không thể sinh thiết được polyp vì mọi lý do.

- Bệnh nhân có polyp phân loại NICE 3 hoặc xâm lấn sâu dưới niêm mạc trên giải phẫu bệnh.

- Bệnh nhân không tái khám và nội soi lại sau 3 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu quan sát kết quả điều trị.

2.2.2. Các bước tiến hành

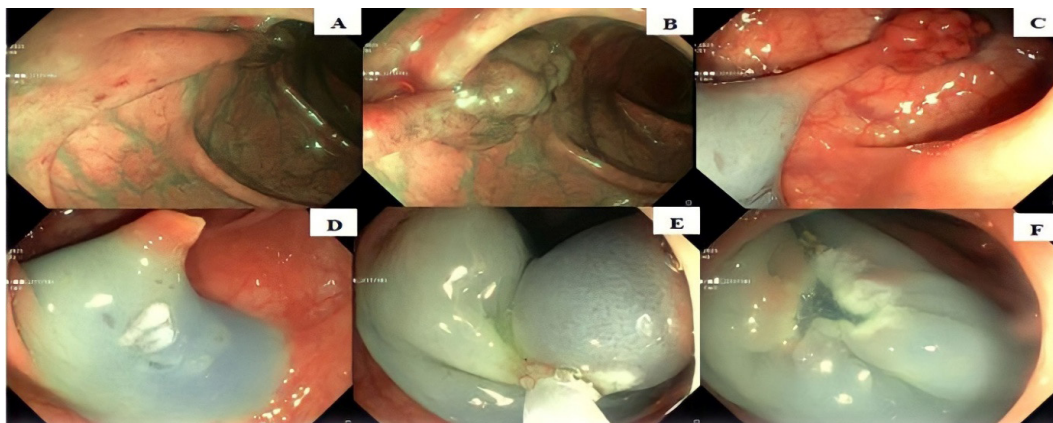
Bước 1. Khám và chuẩn bị bệnh nhân: khám lâm sàng, khai thác tiền sử, loại trừ chống chỉ định nội soi, giải thích và ký cam kết thủ thuật, xét nghiệm cơ bản và làm sạch đại tràng.

Bước 2. Nội soi chẩn đoán và sinh thiết: polyp NICE 1 - 2 được chỉ định cắt; loại trừ khỏi nghiên cứu các polyp NICE 3 hoặc ung thư xâm lấn sâu.

Bước 3. Cắt polyp: Polyp có cuống dày < 10 mm được cắt bằng thông lộng điện thường quy (HSP). Đối với polyp có cuống dày ≥ 10 mm, tiến hành tiêm dung dịch nâng vào vùng chân cuống polyp nhằm tạo lớp đệm dưới niêm mạc, sau đó sử dụng thông lộng để cắt tổn thương theo kỹ thuật cắt hót niêm mạc có cuống (S-EMR), với mục tiêu cắt phần cuống và niêm mạc quanh chân cuống một cách triệt để [15]. Polyp

không cưỡng được xử trí bằng cắt hớt niêm mạc thông thường (CEMR), kết hợp đốt rìa khi cần thiết. Sau khi hoàn tất cắt polyp, tất cả các trường hợp đều được kẹp clip dự phòng để đóng kín diện cắt

Bước 4. Theo dõi và đánh giá kết quả: theo dõi sau thủ thuật trong 30 ngày và hướng dẫn tái khám khi có triệu chứng bất thường. Nội soi sau 3 tháng để đánh giá tổn thương còn sót lại hoặc tái phát và tình trạng clip tồn lưu.



Hình 1. Kỹ thuật S-EMR trên polyp lớn có cuống

Chú thích: (A, B) Hình ảnh polyp lớn có cuống; (C) Tiêm nâng chân polyp; (D) Cắt 1/2 trên cuống polyp; (E) Cắt hớt niêm mạc hết cuống polyp; (F) Diện cắt polyp

2.2.3. Kỹ thuật kẹp clip dự phòng

- **Tiếp cận diện cắt:** Đưa ống soi cách 3 - 5 mm, điều chỉnh góc nhìn sao cho diện cắt nằm chính diện để hạn chế trượt clip.

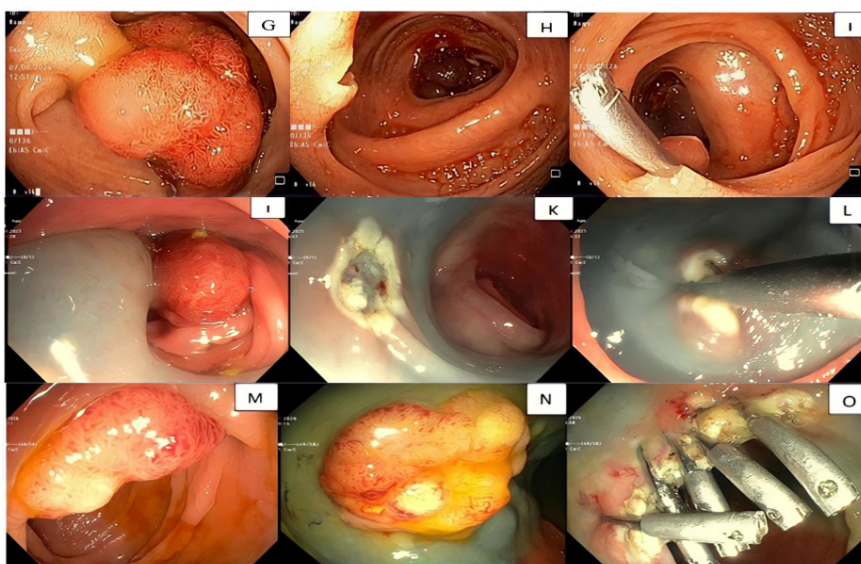
- **Đặt clip:** Mở càng clip, áp sát diện cắt, kẹp tròn mép niêm mạc và dưới niêm mạc hai bên diện cắt. Kiểm tra độ bám, nếu chắc thì thả clip.

- **Hướng đặt clip:** HSP đặt clip vuông góc cuống, song song diện cắt; S-EMR và CEMR đặt clip vuông

góc với diện cắt.

- **Số lượng clip:** Tùy vào kích thước diện cắt; vết thương rộng kẹp tuần tự theo kiểu “khóa kéo” đến khi đóng kín [9].

- **Tiêu chuẩn đánh giá kẹp clip thành công:** Clip bám chắc, không tuột khi rửa nước. Diện cắt được đóng kín hoặc không còn điểm chảy máu, mạch lộ. Không xuất hiện chảy máu tức thì sau thủ thuật.



Hình 2. Kỹ thuật kẹp clip dự phòng sau cắt polyp

Chú thích: (G, H, I) Kẹp clip sau cắt bằng HSP; (J, K, L) Kẹp clip sau cắt bằng S-EMR; (M, N, O) Kẹp clip sau cắt bằng CEMR

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Đánh giá các đặc điểm lâm sàng và nội soi, mô bệnh học của đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ cắt nguyên khối (en bloc), các biến chứng sớm và muộn sau cắt polyp (chảy máu, thủng, hội chứng sau cắt polyp), số lượng clip sử dụng, kết quả nội soi sau 3 tháng theo dõi.

2.2.5. Định nghĩa các biến chứng

- Chảy máu tức thì sau cắt polyp (IPB): xảy ra trong cuộc soi, kéo dài trên 60 giây hoặc cần can thiệp ngay.

- Chảy máu muộn sau cắt polyp (delayed post-polypectomy bleeding – DPPB): xảy ra sau kết thúc cuộc soi, trong vòng 30 ngày, dẫn đến cấp cứu, nhập viện hoặc nội soi can thiệp lại [4].

- Thủng liên quan đến cắt polyp: là việc phát hiện khí hoặc dịch trong lòng ruột hiện diện ở bên ngoài

đường tiêu hóa, hoặc tổn thương xuyên thành phát hiện trực tiếp bằng nội soi trong hoặc liên quan đến thời gian nội soi cắt polyp [4].

- Hội chứng sau cắt polyp (PPS): do tổn thương nhiệt xuyên thành đại tràng, biểu hiện bằng đau bụng, sốt nhưng không có hơi trong ổ bụng [16].

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và phân tích bằng phương pháp thống kê mô tả, trình bày dưới dạng tần suất, tỷ lệ và giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, trung vị và IQR (nếu phân phối không chuẩn).

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua và cấp phép bởi Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế số H2024/327 ngày 10/6/2024. Thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật, kết quả chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của polyp nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới tính

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 40	14	22,2
	≥ 40	49	77,8
	Trung bình	52,5 $\pm$ 15,4 (min = 17; max = 79)	
Giới tính	Nam	35	55,6
	Nữ	28	44,4
	Tỷ lệ nam/nữ	1,25	

Bệnh chủ yếu gặp ở người trên 40 tuổi (77,8%) và ưu thế ở nam giới (55,6%).

3.1.2. Đặc điểm nội soi polyp ĐTT

Bảng 2. Vị trí, hình thái, phân độ NICE polyp đại trực tràng

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
	Trực tràng	15	22,4
	Đại tràng sigma	26	38,8
	Vị trí khác	26	38,8
Hình thái polyp	Có cuống	48	71,6
	Không cuống	19	28,4
Số polyp/bệnh nhân	1	60	95,2
	2	2	3,2
	3	1	1,6
Phân độ NICE	NICE 1	1	1,5
	NICE 2	66	98,5

Vị trí polyp hay gặp nhất ở đại tràng sigma tiếp đến là trực tràng. Polyp có cuống chiếm phần lớn, đa số có 01 polyp lớn/ bệnh nhân và hầu hết được xếp NICE 2.

Bảng 3. Số lượng và kích thước polyp đại trực tràng

Đặc điểm	Có cuống (n = 48)	Không cuống (n = 19)
Số lượng bệnh nhân	44	19
Polyp trung bình/ bệnh nhân	1,1	1,0
Phân nhóm kích thước	Polyp 20 - 29 mm	16
	Polyp 30 - 39 mm	3
	Polyp ≥ 40 mm	0
Kích thước (mm)	Nhỏ nhất	20
	Lớn nhất	35
	Trung bình	23,1 ± 4,3
Đường kính cuống polyp trung bình (mm)	7,3 ± 2,8 (min = 5; max =14)	0,0

Phần lớn polyp có kích thước 20 - 29 mm; các polyp ≥ 40 mm ít gặp và đều thuộc nhóm có cuống. Kích thước polyp trung bình nhóm có cuống lớn hơn nhóm không cuống.

3.1.3. Đặc điểm mô bệnh học polyp đại trực tràng

Bảng 4. Đặc điểm và phân loại mô bệnh học

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phân loại mô bệnh học	U tuyến ống	61
	U tuyến ống nhung mao	6
Phân độ polyp u tuyến	Loạn sản độ thấp	48
	Loạn sản độ cao	16
	Ung thư tại chỗ	3

Polyp u tuyến ống chiếm hầu hết (91,0%) và đa số là loạn sản độ thấp (71,6%).

3.2. Đánh giá kết quả cắt polyp kết hợp kẹp clip dự phòng

3.2.1. Các kỹ thuật cắt polyp trong nghiên cứu

Bảng 5. Các kỹ thuật cắt polyp qua nội soi

Kỹ thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thông lọng điện thường quy (HSP)	40	59,7
Cắt hót niêm mạc có cuống (S-EMR)	8	11,9
Cắt hót niêm mạc thông thường (CEMR)	19	28,4
Tổng	67	100,0

Đa số polyp trong nghiên cứu được cắt bằng thông lọng điện thường quy.

3.2.2. Kết quả cắt polyp qua nội soi

Bảng 6. Tỷ lệ cắt nguyên khối theo phương pháp cắt

Kết quả cắt	Chung (n=67)	HSP	CEMR	S-EMR	p
Nguyên khối (n, %)	56 (83,6)	37 (92,5)	15 (78,9)	4 (50,0)	p = 0,01
Cắt nhiều lần	11 (16,4)	3 (7,5)	4 (21,1)	4 (50,0)	

Tỷ lệ cắt nguyên khối chung là 83,6%, trong đó HSP cao nhất. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê theo kiểm định Fisher–Freeman–Halton Exact Test (p < 0,05).

3.2.3. Biến chứng sau cắt polyp

Bảng 7. Tỷ lệ biến chứng sau cắt polyp

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không có biến chứng	59	93,6
Chảy máu tức thì (IPB)	2	3,2
Chảy máu muộn (DPPB)	0	0,0
Thủng	1	1,6
Hội chứng sau cắt polyp (PPS)	1	1,6
Tổng	63	100,0

Chỉ có tỷ lệ nhỏ (6,4%) trường hợp cắt polyp có biến chứng và không có DPPB.

3.2.4. Sử dụng clip dự phòng sau cắt

Bảng 8. Số lượng clip dự phòng được sử dụng trong nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượng clip/polyp		
1	38	56,7
2	15	22,4
3	9	13,4
4	3	4,5
6	2	3,0
Số clip trung bình	1,8 ± 1,2	
Số clip trung vị	1,0 (1,0 - 2,0)	

Đa số các trường hợp (97%) cần 1 - 4 clip để đóng kín vết thương sau cắt polyp.

3.2.5. Liên quan số clip sử dụng và đặc điểm polyp

Bảng 9. Số clip sử dụng theo đặc điểm polyp

Đặc điểm polyp		Số polyp	Trung vị (Q1-Q3)	Trung bình ± SD	p
Hình thái	Không cuống	19	1,0 (1,0 - 3,0)	2,0 ± 1,3	> 0,05*
	Có cuống	48	1,0 (1,0 - 2,0)	1,7 ± 1,1	
Kích thước	< 30 mm	51	1,0 (1,0 - 2,0)	1,5 ± 0,8	< 0,001*
	≥ 30 mm	16	2,0 (1,0 - 3,0)	2,7 ± 1,6	
Vị trí	Đại tràng phải	21	2,0 (2,0 - 3,0)	2,6 ± 1,3	< 0,05**
	Đại tràng trái	31	1,0 (1,0 - 2,0)	1,6 ± 1,1	
	Trực tràng	15	1,0 (1,0 - 1,0)	1,1 ± 0,3	
Kiểm định:		* Mann–Whitney U test	** Kruskal–Wallis test		

Số clip sử dụng tăng theo kích thước và vị trí polyp càng xa hậu môn (p < 0,05).

3.2.6. Kết quả nội soi sau 3 tháng

Bảng 10. Hình ảnh nội soi sau 3 tháng

Hình ảnh nội soi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đánh giá vết cắt		
Không thấy sẹo	12	19,0
Sẹo phẳng	49	77,8
Sốt mô/tái phát	2	3,2
Còn clip		
Có	4	6,3
Không	59	93,7

Tỷ lệ thấy được sẹo qua nội soi là 81,0%, trong đó tỷ lệ sót mô/tái phát chỉ chiếm 3,2% (1,6% HSP và 1,6% CEMR). Ngoài ra, có 6,3% trường hợp còn clip cũ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và chiến lược can thiệp

Dữ liệu từ Bảng 2 và 3 cho thấy 71,6% polyp ĐTT ≥ 20 mm là loại có cuống, kích thước tối đa 42 mm. Mặc dù trong quần thể chung, polyp có cuống chỉ chiếm khoảng 13% [15], nhưng khi kích thước tăng, tỷ lệ này đảo ngược (chiếm 66,7% ở polyp ≥ 10 mm) [17]. Sự thay đổi này có thể liên quan đến cơ chế phát triển theo trục dọc của tổn thương dưới tác động của nhu động ruột.

Polyp có cuống chiếm ưu thế giải thích cho tỷ lệ cắt nguyên khối cao trong nghiên cứu (83,6%). Về kỹ thuật, cuống polyp đóng vai trò “trục neo”, giúp thông lộng dễ ôm trọn tổn thương. Kết quả en bloc 92,5% của nhóm HSP trong nghiên cứu là phù hợp khuyến cáo ESGE 2024, khi ưu tiên kỹ thuật này cho polyp có cuống [4].

Một kết quả đáng chú ý là tỷ lệ cắt nguyên khối của S-EMR chỉ đạt 50,0%, thấp hơn HSP (92,5%) và CEMR (78,9%). S-EMR là kỹ thuật mới được Forootan và cộng sự mô tả nhằm xử trí polyp có cuống dày, trong đó tiêm dung dịch vào chân cuống để tạo lớp đệm và hỗ trợ kiểm soát mạch máu [15]. Trong nghiên cứu này, S-EMR được áp dụng cho polyp có cuống dày ≥ 10 mm thay cho kẹp cơ học trước cắt, đồng thời duy trì chiến lược kẹp clip sau cắt thống nhất. Việc tiêm nâng làm tăng đường kính cuống, có thể gây khó khăn khi đưa thông lộng sát chân polyp và dẫn đến xu hướng cắt hai thì, qua đó làm giảm tỷ lệ en-bloc. Do nhóm S-EMR có đặc điểm tổn thương khác biệt và chỉ gồm 8 polyp, kết quả không nên được dùng để so sánh trực tiếp với HSP hoặc CEMR mà chủ yếu mang tính thăm dò. Cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá hiệu quả, tính an toàn và đường cong học tập của kỹ thuật này.

4.2. Hiện tượng “không chảy máu muộn”

Tỷ lệ DPPB quan sát được là 0% thấp hơn một số nghiên cứu thế giới có kẹp clip dự phòng (Albéniz: 5% [10]; Pohl: 3,5% [11]; Feagins: 2,2% [13]) và tương đương một số tác giả trong nước (Nguyễn Thanh Liêm: 0% [18]; Thái Thị Hồng Nhung: 0% [19]) nhưng ở đối tượng polyp nhỏ hơn. Kết quả này có thể liên quan chiến lược “kẹp tích cực” được áp dụng nhất quán. Trung bình mỗi polyp được kẹp $1,8 \pm 1,2$ clip, cho thấy xu hướng ưu tiên đóng kín hoàn toàn diện cắt. Quan điểm thực hành này phù hợp với nhận định của Albéniz rằng hiệu quả bảo vệ của clip chỉ đạt được khi đóng kín hoàn toàn, trong khi kẹp không hoàn toàn không làm giảm nguy cơ chảy máu [10].

Tuy nhiên, cần thận trọng khi diễn giải kết quả này. Với cỡ mẫu 63 bệnh nhân, khoảng tin cậy 95% (Clopper–Pearson) chính xác cho DPPB là 0,0 - 5,7%, nghĩa là về mặt thống kê, tỷ lệ DPPB thực sự của quần

thể có thể lên tới 5,7% dù không ghi nhận biến cố nào trong mẫu. Do đó, không thể loại trừ khả năng kết quả 0% chỉ phản ánh sự dao động ngẫu nhiên do cỡ mẫu còn hạn chế. Bên cạnh đó, thiết kế không có nhóm chứng hạn chế khả năng suy luận quan hệ nhân quả giữa kẹp clip và giảm DPPB. Ngoài ra, mặc dù không chủ động loại trừ, việc không gặp đối tượng đang dùng thuốc chống đông hoặc kháng ngưng tập tiểu cầu trong nghiên cứu, cũng có thể làm cho kết quả tích cực hơn.

Dù vậy, tỷ lệ DPPB 0% có thể phản ánh mức độ tuân thủ cao nguyên tắc “complete closure” trong nghiên cứu. So với khuyến cáo ESGE và ASGE (kẹp chọn lọc theo nguy cơ), chiến lược này chủ động hơn. Sự khác biệt được giải thích bởi nhiều yếu tố: (1) tỷ lệ polyp cuống cao, nên kẹp clip dự phòng phù hợp với khuyến cáo ASGE 2020 (cuống dày ≥ 5 mm) [20], dù vậy chỉ định hơi rộng hơn so với tiêu chuẩn ESGE 2024 (cuống dày ≥ 10 mm) [4]; (2) kiểm soát chảy máu tức thì tốt (IPB 3,2%), cho phép ưu tiên kẹp clip sau cắt, nhằm bảo đảm diện cắt sát gốc, mà vẫn kiểm soát được biến chứng (bằng clip) nếu xảy ra; và (3) trong bối cảnh y tế Việt Nam, việc bệnh nhân quay lại bệnh viện cấp cứu vì chảy máu, đặc biệt vào ban đêm hoặc ở xa, gặp nhiều khó khăn hơn so với Châu Âu, khiến bác sĩ có xu hướng ưu tiên tối đa hóa an toàn ngay từ đầu.

4.3. Biến chứng và giới hạn của clip

Nghiên cứu ghi nhận 2 ca chảy máu tức thì (3,2%), 1 ca thủng (1,6%) và 1 ca hội chứng sau cắt polyp (1,6%). Hai ca chảy máu tức thì kiểm soát tốt bằng kẹp clip. Đối với ca thủng do phát hiện ngay trong cuộc soi, nên đã kiểm soát thành công bằng 6 kẹp clip, bệnh nhân đã tránh được phẫu thuật. Nhưng trường hợp PPS ở manh tràng vẫn xảy ra dù đã kẹp đến 4 clip dự phòng. Điều này chứng minh kẹp clip chỉ đóng kín niêm mạc, không ngăn chặn được tổn thương nhiệt xuyên thành đã tác động lên thành đại tràng. Như vậy, clip chỉ giải quyết vấn đề về cơ học (đóng lỗ thủng) nhưng không thể giải quyết vấn đề về nhiệt học (bỏng điện). Do đó, kỹ thuật tiêm nâng và kiểm soát dòng điện là yếu tố quan trọng để ngăn ngừa PPS, chứ không phải là clip.

4.4. Tái phát và chiến lược theo dõi

Tỷ lệ sót mô/tái phát sau 3 tháng là 3,2% (1,6% sau HSP và 1,6% sau CEMR), thấp hơn so với Hoàng Thị Ngọc Hà (11,1% với PEMR) [21] và Maas et al. (13,4% với CEMR) [22]. Sự khác biệt nhiều khả năng liên quan đến đặc điểm hình thái tổn thương hơn là ưu thế của kỹ thuật. Trong các nghiên cứu trước, tổn thương dẹt hoặc không cuống chiếm ưu thế, thường khó xác định ranh giới và phải cắt từng mảnh. Ngược lại, nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là polyp có cuống, với diện

cắt cách xa tổn thương, thuận lợi cho cắt trọn.

Tuy nhiên, thời gian theo dõi 3 tháng có thể chưa đủ để đánh giá tái phát dài hạn, đặc biệt ở nhóm polyp không cuống. Đối với các tổn thương ≥ 20 mm được cắt từng mảnh, US Multi-Society Task Force và ESGE khuyến cáo nội soi kiểm tra sớm sau 3 - 6 tháng, sau đó tiếp tục theo dõi để phát hiện tái phát muộn [23, 24].

Ngoài ra, sau 3 tháng, có 6,3% trường hợp còn clip nhưng đều không có triệu chứng và được lấy ra an toàn. Kết quả này phù hợp với ý văn, cho thấy clip tồn lưu hiếm khi gây ảnh hưởng lâm sàng đáng kể [25]. Qua đó, khẳng định thêm tính an toàn của kỹ thuật kẹp clip dự phòng.

4.5. Một số hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được xem xét khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, thiết kế quan sát không có nhóm chứng nên chưa thể khẳng định trực tiếp hiệu quả của kẹp clip dự phòng trong giảm chảy máu sau cắt polyp. Thứ hai, thời gian theo dõi 3 tháng còn ngắn để đánh giá tái phát dài hạn. Cuối cùng, nghiên cứu chưa thực hiện phân tích kinh tế y tế, do đó chưa thể đánh giá tính chi phí-hiệu quả của chiến lược kẹp clip trong bối cảnh Việt Nam. Các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, nhóm chứng và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết.

5. KẾT LUẬN

Kẹp clip dự phòng sau cắt polyp đại trực tràng kích thước ≥ 20 mm là chiến lược có tính khả thi và an toàn trong quần thể nghiên cứu, với tỷ lệ biến cố chảy máu muộn quan sát được thấp và kết quả cắt polyp khả quan. Tuy nhiên, do nghiên cứu không có nhóm chứng và cỡ mẫu còn hạn chế, kết quả không ghi nhận chảy máu muộn chưa đủ để khẳng định kẹp clip có hiệu quả phòng ngừa tuyệt đối biến chứng này. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế so sánh và thời gian theo dõi dài hơn để xác định rõ hơn hiệu quả của chiến lược kẹp clip dự phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nishad N., Thoufee M. H. Post-polypectomy colorectal bleeding: current strategies and the way forward. *Clin Endosc.* 2025;58(2):191-200. doi: 10.5946/ce.2024.241.
2. Kwok Karl, Mosadeghi Sasan, Lew Daniel Polypectomy techniques for pedunculated and nonpedunculated polyps. *Techniques Innovations in Gastrointestinal Endoscopy.* 2023;25(4):361-371.
3. Lee J. M., Kim W. S., Kwak M. S., Hwang S. W., Yang D. H., Myung S. J., et al. Clinical outcome of endoscopic management in delayed postpolypectomy bleeding. *Intest Res.* 2017;15(2):221-227. doi: 10.5217/ir.2017.15.2.221.

4. Ferlitsch M., Hassan C., Bisschops R., Bhandari P., Dinis-Ribeiro M., Risio M., et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2024. *Endoscopy.* 2024;56(7):516-545. doi: 10.1055/a-2304-3219.

5. Bendall O., James J., Pawlak K. M., Ishaq S., Tau J. A., Suzuki N., et al. Delayed Bleeding After Endoscopic Resection of Colorectal Polyps: Identifying High-Risk Patients. *Clin Exp Gastroenterol.* 2021;14:477-492. doi: 10.2147/ceg.S282699.

6. Gangwani Manesh Kumar, Ahuja Priyanka, Aziz Abeer, Rani Anooja, Lee-Smith Wade, Aziz Muhammad. Role of prophylactic hemoclip placement in prevention of delayed post-polypectomy bleeding for large colon polyps: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of Gastroenterology.* 2021;34(3):392.

7. Kwon Min Jung, Kim You Sun, Bae Song I, Park Young Il, Lee Kyung Jin, Min Jung Hwa, et al. Risk factors for delayed post-polypectomy bleeding. *Intestinal research.* 2015;13(2):160-165.

8. Buddingh K. T., Herengreen T., Haringsma J., van der Zwet W. C., Vleggaar F. P., Breumelhof R., et al. Location in the right hemi-colon is an independent risk factor for delayed post-polypectomy hemorrhage: a multi-center case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2011;106(6):1119-1124. doi: 10.1038/ajg.2010.507.

9. Xavier A. T., Campos J. F., Robinson L., Lima E. J. M., da Rocha L. C. M., Arantes V. N. Endoscopic clipping for gastrointestinal bleeding: emergency and prophylactic indications. *Ann Gastroenterol.* 2020;33(6):563-570. doi: 10.20524/aog.2020.0526.

10. Albéniz E., Álvarez M. A., Espinós J. C., Nogales O., Guarner C., Alonso P., et al. Clip Closure After Resection of Large Colorectal Lesions With Substantial Risk of Bleeding. *Gastroenterology.* 2019;157(5):1213-1221.e1214. doi: 10.1053/j.gastro.2019.07.037.

11. Pohl H., Grimm I. S., Moyer M. T., Hasan M. K., Pleskow D., Elmunzer B. J., et al. Clip Closure Prevents Bleeding After Endoscopic Resection of Large Colon Polyps in a Randomized Trial. *Gastroenterology.* 2019;157(4):977-984.e973. doi: 10.1053/j.gastro.2019.03.019.

12. Kamal F., Khan M. A., Khan S., Marella H. K., Nelson T., Khan Z., et al. Prophylactic hemoclips in prevention of delayed post-polypectomy bleeding for ≥ 1 cm colorectal polyps: meta-analysis of randomized controlled trials. *Endosc Int Open.* 2020;8(9):E1102-e1110. doi: 10.1055/a-1164-6315.

13. Feagins L. A., Smith A. D., Kim D., Halai A., Duttala S., Chebaa B., et al. Efficacy of Prophylactic Hemoclips in Prevention of Delayed Post-Polypectomy Bleeding in Patients With Large Colonic Polyps. *Gastroenterology.* 2019;157(4):967-976 e961. doi: 10.1053/j.gastro.2019.05.003.

14. Forbes N., Hilsden R. J., Lethebe B. C., Maxwell C. M., Lamidi M., Kaplan G. G., et al. Prophylactic Endoscopic Clipping Does Not Prevent Delayed Postpolypectomy Bleeding in Routine Clinical Practice: A Propensity Score-

MatchedCohortStudy.AmJGastroenterol.2020;115(5):774-782. doi: 10.14309/ajg.0000000000000585.

15. Forootan M., Repici A., Rajabnia M., Jahanian A., Mohammadi M., Zali M. R., et al. S-EMR: A first experience with stalked endoscopic mucosal resection in thick and high-risk pedunculated polyps. *Surg Open Sci.* 2025;27:99-103. doi: 10.1016/j.sopen.2025.07.005.

16. Zachou M., Pikramenos K., Mpetsios G., Lalla E., Panoutsakou M., Varytimiadis K., et al. Post-polypectomy coagulation syndrome: a tricky to diagnose hot snare problem that can be eliminated thanks to cold snare revolution. *Arch Clin Cases.* 2022;9(4):170-172. doi: 10.22551/2022.37.0904.10226.

17. Silva S. M., Rosa V. F., Santos A. C., Almeida R. M., Oliveira P. G., Sousa J. B. Influence of patient age and colorectal polyp size on histopathology findings. *Arq Bras Cir Dig.* 2014;27(2):109-113. doi: 10.1590/s0102-67202014000200006.

18. Nguyễn Thanh Liêm, Huỳnh Văn Lộc, Trần Đăng Đăng Khoa, Lương Thị Thúy Loan, Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Việt Phương, et al. Đặc điểm nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt đốt kết hợp với kẹp clip qua nội soi polyp có cuống ở đại trực tràng. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2025;546(3):383-387.

19. Thái Thị Hồng Nhung. 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 tràng tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y dược Cần Thơ.* 2021(40):237-243.

20. Kaltenbach T., Anderson J. C., Burke C. A., Dominitz J. A., Gupta S., Lieberman D., et al. Endoscopic Removal of Colorectal Lesions-Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology.* 2020;158(4):1095-1129. doi: 10.1053/j.gastro.2019.12.18.

21. Hoàng Thị Ngọc Hà, Vũ Hải Hậu, Nguyễn Thị Thu Hiền, Nguyễn Công Long. Kết quả điều trị polyp đại tràng không cuống kích thước trên 20 mm bằng phương pháp cắt hớt niêm mạc từng phần tại trung tâm tiêu hóa-gan mật, bệnh viện Bạch Mai năm 2023-2024. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;542(3).

22. Maas M. H. J., Hazewinkel Y., Terhaar Sive Droste J. S., Schrauwen R. W. M., Tan A. C., Koehestanie P., et al. Recurrence after piecemeal hot-snare endoscopic mucosal resection of 10-20 mm nonpedunculated colorectal polyps: a multicenter cohort study. *Endoscopy.* 2025;57(7):740-749. doi: 10.1055/a-2563-1606.

23. Gupta S., Lieberman D., Anderson J. C., Burke C. A., Dominitz J. A., Kaltenbach T., et al. Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol.* 2020;115(3):415-434. doi: 10.14309/ajg.0000000000000544.

24. Hassan C., Antonelli G., Dumonceau J. M., Regula J., Bretthauer M., Chaussade S., et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. *Endoscopy.* 2020;52(8):687-700. doi: 10.1055/a-1185-3109.

25. Arantes V., Aliaga Ramos J. Unusual hemostatic endoclip retention over a period of 5 years. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed).* 2023;88(2):175-176. doi: 10.1016/j.rgmex.2023.03.001.