

ỨNG DỤNG NỘI SOI DẢI TÀN HẸP TRONG PHÁT HIỆN VÀ DỰ ĐOÁN  
MÔ BỆNH HỌC POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI KHOA NỘI SOI  
BỆNH VIỆN HOÀN MỸ SÀI GÒN

Cao Hùng Phong\*, Trần Quốc Phú, Cao Văn Viễn, Nguyễn Phương Uyên

Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

\*Email: caohungphong@gmail.com

TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư đại trực tràng là ung thư phổ biến và tử vong cao. Nội soi đại trực tràng phát hiện và cắt bỏ polyp là biện pháp phòng ngừa quan trọng nhất, làm giảm 76 – 90% số ca ung thư đại trực tràng mới. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tỉ lệ phát hiện polyp và các yếu tố liên quan qua nội soi đại trực tràng có NBI, mức độ tương hợp giữa bảng phân loại NICE và kết quả giải phẫu bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu các bệnh nhân được nội soi đại trực tràng có dải tần hẹp (NBI - Narrow - band imaging) về các yếu tố: Tỉ lệ phát hiện polyp, tuổi, giới tính, BMI, thói quen sinh hoạt, bệnh lý mãn tính, yếu tố gia đình, đặc điểm polyp, giải phẫu bệnh. **Kết quả:** 305 trường hợp nội soi đại tràng đủ tiêu chuẩn lấy mẫu. Tuổi trung bình là 50,07 (nhỏ nhất 16 tuổi – lớn nhất 84 tuổi), tỉ lệ nam nữ là 45,6/54,4. Tỉ lệ phát hiện polyp (PDR - polyp detection rate) là 38,4%, tỉ lệ phát hiện polyp tuyến (ADR - adenoma detection rate) là 18,7% tổng dân số lấy mẫu. Tuổi là yếu tố làm gia tăng PDR và ADR. Độ chính xác, độ nhạy, độ đặc hiệu khi sử dụng NBI và phân loại NICE trong dự đoán mô bệnh học lần lượt là 84,6%, 71,67%, 98,25%. **Kết luận:** Tỉ lệ có polyp và u tuyến trong nghiên cứu ở mức cao, tương đương với với số liệu các nước phương Tây và các nước có tỉ lệ cao ở châu Á. Tuổi là yếu tố làm gia tăng tỉ lệ có polyp và u tuyến. NBI có độ đặc hiệu cao trong dự đoán polyp tăng sản.

**Từ khóa:** Nội soi dải tần hẹp (NBI), phân loại NICE, polyp đại tràng, u tuyến đại tràng.

ABSTRACT

APPLYING NARROW BAND ENDOSCOPY IN DETECTING AND  
PREDICTING HISTOPATHOLOGY OF COLORECTAL POLYP AT  
ENDOSCOPY DEPARTMENT – HOAN MY SAI GON HOSPITAL

Cao Hung Phong\*, Tran Quoc Phu, Cao Van Vien, Nguyen Phuong Uyen

Hoan My Sai Gon Hospital

**Background:** Colorectal cancer is a common application and high mortality. Colonoscopy to detect and remove polyps is the most important preventive measure, reducing 76-90% of new cases of rectal cancer. **Objectives:** To evaluate the detection rate of polyps and related factors through colonoscopy with NBI, as well as the degree of compatibility between the NICE classification table and the pathological results. **Materials and methods:** The cross-sectional descriptive prospective study of patients undergoing narrow-band colonoscopy (NBI) on the following factors: Polyp detection rate, age, sex, BMI, lifestyle habits, chronic pathology, family factors, polyp characteristics, pathophysiology. **Results:** A total of 305 colonoscopy cases were eligible for sampling. The average age was 50.07 (16 – 84) years, the male to female ratio was 45.6/54.4. The polyp detection rate (PDR) was 38.4%, the adenoma detection rate (ADR) was 18.7% of the total sampled population. The age is a main factor in increasing PDR and ADR. Accuracy, sensitivity, specificity when using NBI and NICE classification in histopathology prediction were 84.6%, 71.67%, 98.25%, respectively. **Conclusions:** The rate of polyps and adenomas in the study was high, equivalent to the data of Western countries and countries with high rates in Asia. Age is a factor that increases the incidence of polyps and adenomas. NBI has a high specificity in predicting hyperplastic polyps.

**Keywords:** *Narrow-band endoscopy (NBI), NICE classification, colon polyps, colon adenomas.*

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2020, ung thư đại trực tràng là loại ung thư phổ biến và chiếm tỉ lệ tử vong cao. Năm 2020, toàn thế giới ghi nhận số trường hợp mắc mới của ung thư đại trực tràng là 1.931.590 ca, đứng hàng thứ ba, với số ca tử vong là 935.173 ca đứng hàng thứ hai trong tổng số ung thư. Còn tại Việt Nam, Globocan 2020 ghi nhận số ca ung thư đại trực tràng mới là 15.848, đứng thứ năm; chịu trách nhiệm cho 8.203 số trường hợp tử vong, đứng thứ năm trong tổng số nguyên nhân chết do ung thư. Chương trình tầm soát định kỳ đã giúp nước Mỹ giảm tỉ lệ ung thư 3-4% mỗi năm và giảm 30% trong vòng 10 năm đầu tiên của thập kỷ XXI. Chương trình này nhằm phát hiện ung thư giai đoạn sớm hoặc những tổn thương tiền ung thư thường gặp như là polyp dạng tuyến ống hoặc polyp dạng răng cưa. Nội soi đại trực tràng phát hiện và cắt bỏ polyp là biện pháp phòng ngừa quan trọng nhất đối với ung thư đại trực tràng, với khả năng làm giảm 76 – 90% số ca ung thư đại trực tràng mới [15]. Để gia tăng tỉ lệ phát hiện các ung thư sớm cũng như các tổn thương tiền ung thư, nhiều tiến bộ về mặt công nghệ hình ảnh được áp dụng trong các ống nội soi như: Nội soi hình ảnh tăng cường, nội soi phóng đại... Nội soi dải tần hẹp (NBI) là phương pháp nội soi có hình ảnh tăng cường dựa vào quang học và kỹ thuật số, được thiết kế nhằm tăng sự hiển thị của các mạch máu và cấu trúc bề mặt niêm mạc. Tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, chúng tôi đã bắt đầu sử dụng công nghệ NBI trong nội soi đại tràng từ năm 2019. Để làm rõ hơn vai trò của NBI trong việc tầm soát tổn thương tiền ung thư của đại trực tràng, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu “Ứng dụng của nội soi dải tần hẹp trong phát hiện và dự đoán mô bệnh học của polyp đại trực tràng” trên bệnh nhân nội soi đại tràng tại khoa Nội soi của bệnh viện với mục tiêu: Đánh giá tỉ lệ phát hiện polyp và các yếu tố liên quan qua nội soi đại trực tràng có NBI, mức độ tương hợp giữa bảng phân loại NICE và kết quả giải phẫu bệnh.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân đến nội soi đại tràng tại Đơn vị Nội soi Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ tháng 05/2021 đến tháng 09/2021 đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

##### - Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Không mắc các bệnh tâm thần kinh.
- + Chuẩn bị đại tràng bằng phương pháp uống thuốc xổ.
- + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- + Được nội soi đại tràng bằng ống nội soi có dải tần hẹp.

##### - Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân được chuẩn bị đại tràng bằng phương pháp thụt tháo.
- + Bệnh nhân không hoàn thành cuộc soi.
- + Bệnh nhân chuẩn bị đại tràng kém (thang điểm Boston < 6).
- + Có polyp nhưng không được làm giải phẫu bệnh.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.
- **Phương pháp thu thập số liệu:**

+ Bệnh nhân có chỉ định nội soi đại tràng đến phòng nội soi để được hướng dẫn cách uống thuốc và hẹn ngày giờ làm nội soi. Tất cả bệnh nhân đều theo quy trình chuẩn bị ruột bằng thuốc xổ Fortran.

+ Khi bệnh nhân vào phòng nội soi có sử dụng hệ thống máy soi Olympus có chức năng NBI và thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được đưa vào nghiên cứu.

+ Các đối tượng nghiên cứu đều được ghi nhận về tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng, lý do khám bệnh, thói quen rượu, thuốc lá, bệnh lý mãn tính, yếu tố gia đình về polyp và ung thư đại trực tràng

+ Những chi tiết liên quan đến quá trình soi và kết quả soi sẽ bổ sung sau khi bác sĩ đã hoàn tất cuộc soi.

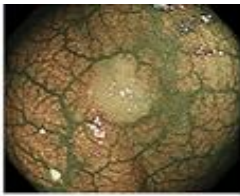
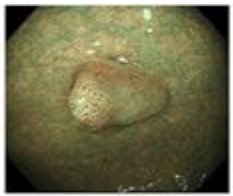

+ Kết quả giải phẫu bệnh của polyp sẽ bổ sung ngay khi có kết quả.

+ Sau khi đủ cỡ mẫu như nhóm nghiên cứu chọn, sẽ nhập số liệu vào phần mềm, phân tích, xử lý và trình bày kết quả bằng bảng.

**- Tiêu chuẩn đánh giá và phân loại polyp:**

+ Theo vị trí: Đại tràng phải (manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan, đại tràng ngang), đại tràng trái (đại tràng góc lách, đại tràng xuống, đại tràng chậu hông), trực tràng.

+ Theo kích thước: Kích thước polyp được phân thành nhỏ (<5mm), vừa (5-10mm), lớn (>10mm). Kích thước polyp được ước lượng bằng đường kính của kềm sinh thiết khi mở tối đa.

Phân loại theo NICE	Type 1	Type 2	Type 3
Màu sắc so với niêm mạc chung quanh	Tương tự hoặc nhạt màu hơn	Nâu hơn	Nâu đến nâu đậm, thỉnh thoảng có xen lẫn những mảng trắng hơn
Mao mạch	Không thấy hoặc chỉ thấy những mao mạch đơn độc	Mao mạch màu nâu bao quanh bởi cấu trúc màu trắng	Mao mạch đứt gãy hoặc không có
Bề mặt	Có những điểm đen trắng đồng dạng hoặc không có cấu trúc đồng nhất	Cấu trúc màu trắng hình bầu dục, hình ống hoặc phân nhánh bao quanh bởi mao mạch màu nâu	Cấu trúc vi bề mặt không thấy hoặc không xác định được
Khả năng mô học	Polyp tăng sản/U tuyến răng cưa	U tuyến	Ung thư xâm lấn sâu xuống lớp dưới niêm
Bề mặt	Có những điểm đen trắng đồng dạng hoặc không có cấu trúc đồng nhất	Cấu trúc màu trắng hình bầu dục, hình ống hoặc phân nhánh bao quanh bởi mao mạch màu nâu	Cấu trúc vi bề mặt không thấy hoặc không xác định được
Khả năng mô học	Polyp tăng sản/U tuyến răng cưa	U tuyến	Ung thư xâm lấn sâu xuống lớp dưới niêm
Hình ảnh nội soi			

+ Theo cấu trúc bề mặt: Có nhiều phân loại cấu trúc bề mặt polyp như Kudo, Sano... Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bảng phân loại NICE, mô tả cấu trúc bề mặt dựa vào nội soi dải tần hẹp. Nội soi dải tần hẹp (NBI) sử dụng bộ lọc 2 màu: Xanh dương (415 nm) và xanh lá cây (540 nm). Niêm mạc không hấp thu ánh sáng mà phản xạ lại nên có màu sáng hơn. Mao mạch trên bề mặt niêm mạc hấp thu ánh sáng xanh dương sẽ có màu nâu trong khi mao mạch ở lớp sâu hơn hấp thu ánh sáng xanh lá cây sẽ có màu lam. Kết quả này làm tăng độ tương phản giữa niêm mạc và các mao mạch, do đó hữu ích để dự đoán cấu trúc mô học của các mô.

+ Để phân loại rõ polyp tăng sản hay u tuyến răng cưa trong phân loại NICE type 1, chúng tôi dùng bổ sung thêm 4 đặc điểm của WASP (Workgroup Serrated Polyps and Polyposis). Nếu polyp nào có thêm 2 trong 4 đặc điểm dưới đây thì là u tuyến răng cưa: Bề mặt giống như nhầy, ranh giới không rõ ràng, hình dáng bất thường, điểm màu đen trong khe tuyến [9].

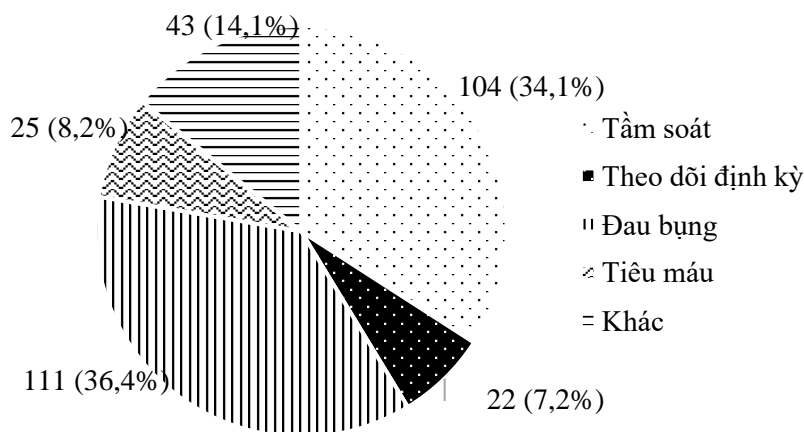
+ Theo giải phẫu học:

Phân loại mô học	Loại polyp	Tiềm năng ác tính
Không tân sản	Polyp tăng sản	Không
	Polyp lành tính: Juvenile polyps	
	Tăng sinh lympho	
	Polyp viêm	
Tân sản	U tuyến ống	Có
	U tuyến ống nhung mao	
	U tuyến nhung mao	

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Tỷ lệ phát hiện polyp và các yếu tố liên quan

Tổng cộng có 305 bệnh nhân đến nội soi đủ điều kiện trong thời gian lấy mẫu. Tuổi trung bình là 50,07 (nhỏ nhất 16 tuổi - lớn nhất 84 tuổi). Tỷ lệ nam:nữ là 139:166 (45,6%:54,4%).



Biểu đồ 1. Lý do bệnh nhân đến nội soi

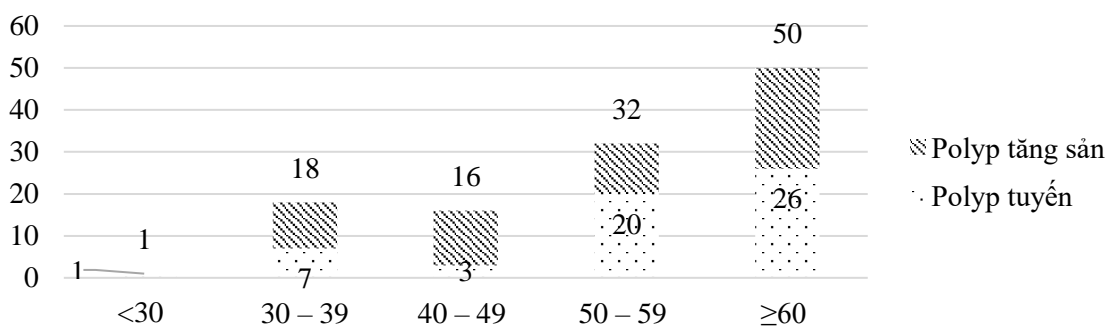
Nhận xét: Lý do đến nội soi: Khám tổng quát, tầm soát: 104 ca (34,1%), kiểm tra định kỳ: 22 ca (7,2%), đau bụng: 111 ca (36,4%), tiêu máu: 25 ca (8,2%), và những lý do khác chiếm 43 trường hợp (14,1%).

Bảng 1. Tỷ lệ có polyp và polyp tuyến

Nội dung		Tần số (tỷ lệ)	Tần số (tỷ lệ)
Có polyp (PDR)	Polyp tuyến (ADR)	57 (18,7%)	117 (38,4%)
	Polyp tăng sản	60 (19,7%)	
Không có polyp		188 (61,6%)	188 (61,6%)
Tổng		305 (100%)	305 (100%)

Nhận xét: Trong tổng số 305 bệnh nhân này, số trường hợp có polyp (PDR) là 117 (chiếm 38,4%), trong đó số trường hợp có polyp tuyến (ADR) là 57, chiếm 48,7% số polyp phát hiện và chiếm 18,7% tổng đối tượng nghiên cứu.

Trong các yếu tố mà chúng tôi theo dõi, có 5 yếu tố ghi nhận làm gia tăng tỷ lệ phát hiện polyp, gồm: Tuổi, đái tháo đường, cân nặng, tăng huyết áp, thói quen hút thuốc lá.



Biểu đồ 2. Phân bố polyp chung và polyp tuyến theo nhóm tuổi

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ phát hiện polyp gia tăng rõ rệt theo tuổi, từ 3,6% ở nhóm tuổi dưới 30 đến 58,1% ở nhóm tuổi trên 60. Tương tự, tỷ lệ polyp tuyến cũng gia tăng từ 3,6% ở nhóm tuổi dưới 30 đến 30,2% ở nhóm tuổi trên 60. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  và  $p = 0,04$ .

Về cân nặng, nếu tính theo chỉ số BMI, số liệu cho thấy PDR cao hơn ở nhóm có BMI > 25 (42,7%) so với BMI < 25 (37%). Tương tự, chúng tôi ghi nhận có sự gia tăng rõ rệt PDR ở nhóm người có hút thuốc lá so với không hút (52,8% so với 36,4%).

Nhóm bệnh nhân tăng huyết áp cũng ghi nhận PDR cao hơn nhóm không tăng (45,1% so với 35,9%). Tuy nhiên, qua phân tích số liệu cả 3 sự khác biệt này chưa đủ ý nghĩa thống kê.

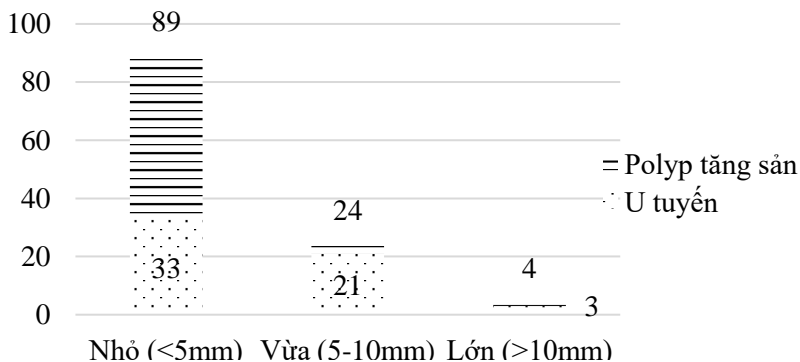
Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc polyp chung và polyp tuyến

Yếu tố			PDR		ADR	
BMI	<25	230	85 (37%)	p > 0,05	42 (49,4%)	p > 0,05
	≥25	75	32 (42,7%)		15 (46,9%)	
Thuốc lá	Có	36	19 (52,8%)		8 (42,1%)	
	Không	269	98 (36,4%)		49 (50%)	
Tăng huyết áp	Có	82	37 (45,1%)		21 (56,8%)	
	Không	223	80 (35,9%)		36 (56,8%)	
Đái tháo đường	Có	31	18 (58,1%)	7 (38,9%)		
	Không	274	99 (36,1%)	50 (50,5%)		

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ PDR cao ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường (58,1%) so với nhóm không đái tháo đường (36,1%). Tỷ lệ ADR cũng tăng tương ứng (22,3% so với 18,2%). Tuy nhiên chỉ có sự gia tăng PDR là có ý nghĩa thống kê.

### 3.2. Đặc điểm polyp

Tổng cộng có 117 trường hợp nội soi được phát hiện polyp. Tuổi trung bình là  $55,67 \pm 13,4$  (nhỏ nhất 27 tuổi – lớn nhất 82 tuổi). Tỷ lệ nam:nữ là 55:62 (47%:53%).



Biểu đồ 3. Phân bố polyp chung và polyp tuyến theo kích thước polyp

Nhận xét: Đa số trường hợp là polyp nhỏ: 89 (76,1%); còn lại polyp trung bình: 24 (20,5%); polyp lớn: 4 (3,4%). Tỷ lệ polyp tuyến/tổng số polyp ở từng nhóm kích thước polyp tương ứng là: 37,1%, 87,5%, 75%. Nhận thấy polyp càng lớn thì tỷ lệ là polyp tuyến càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

### 3.3. Về vị trí polyp

Bảng 3. Bảng phân bố polyp chung và polyp tuyến theo vị trí

Vị trí	PDR n (%)	ADR n (% trong PDR)
Đại tràng P	26 (22%)	15 (57,7%)
Đại tràng T	33 (28%)	17 (51,5%)
Trực tràng	26 (22,2%)	6 (23,1%)
Đại tràng P và T	14 (12%)	10 (71,4%)
Đại tràng T và trực tràng	10 (8,5%)	4 (40%)
Đại tràng P và trực tràng	4 (3,4%)	1 (25%)
Toàn bộ đại tràng	4 (3,4%)	4 (100%)
Tổng	117 (100%)	57 (48,7%)

Nhận xét: Trong 117 trường hợp có polyp, vị trí được phân bố như sau: Đại tràng phải 26 trường hợp (22,2%); đại tràng trái 33 trường hợp (28,2%); trực tràng 26 trường hợp (22,2%); đại tràng phải và trái 14 trường hợp (12%); đại tràng trái và trực tràng 10 trường hợp (8,5%); đại tràng phải và trực tràng 4 trường hợp (3,4%); toàn bộ đại tràng 4 trường hợp (3,4%). Nếu chỉ xét riêng về polyp tuyến, sự hiện diện theo từng vị trí tương ứng như sau: Đại tràng phải 15 trường hợp (26,3%); đại tràng trái 17 trường hợp (19,8%); trực tràng 6 trường hợp (10,5%); đại tràng phải và trái 10 trường hợp (17,5%); đại tràng trái và trực tràng 4 trường hợp (7%); đại tràng phải và trực tràng 1 trường hợp (1,75%); toàn bộ đại tràng 4 trường hợp (7%).

Đối chiếu phân loại NICE và Giải phẫu bệnh:

Bảng 4. Đối chiếu NICE và giải phẫu bệnh của nghiên cứu

NICE	Giải phẫu bệnh		Tổng
	Polyp tăng sản	Polyp tuyến	
NICE 1	43 (97,7%),	1 (2,3%)	44
NICE 2	17 (23,3%),	56 (76,7%)	73

Nhận xét: Trong 117 ca có polyp: NICE I: 44 (37,6%), trong đó polyp tăng sản 43 (97,7%), polyp tuyến 1 (2,3%). NICE II: 73 (62,4%), trong đó polyp tăng sản 17 (23,3%), polyp tuyến 56 (76,7%).

Chúng tôi tính được độ chính xác và độ nhạy, độ đặc hiệu của nghiên cứu khi sử dụng NBI để dự đoán mô bệnh học trong bảng 3: Kết quả NICE 1 có độ nhạy 71,67%, độ đặc hiệu: 98,25%; NICE 2 có độ nhạy 98,25%, độ đặc hiệu 71,67%. Cả 2 có độ chính xác 84,6%.

### IV. BÀN LUẬN

#### 4.1. Tỷ lệ phát hiện polyp và các yếu tố liên quan

Tỷ lệ phát hiện polyp (PDR – polyp detection rate) và polyp tuyến (ADR – adenoma detection rate) trong nghiên cứu của chúng tôi là 38,4% và 18,7%. Tỷ lệ này cao hơn một số báo cáo từ một số nước châu Á như Malaysia, Kuwait, Oman. Các báo cáo này đưa ra PDR ở khoảng 20% và ADR lần lượt là 11,5% ở Malaysia [4], 10% ở Kuwait [1]. Tuy nhiên, tỷ lệ phát hiện polyp của chúng tôi lại tương đồng với nhiều nghiên cứu từ các nước phương Tây và một số nước châu Á. Một nghiên cứu đa trung tâm từ Italia đưa ra PDR là 35% [12]. Nghiên cứu khác từ Tây Ban Nha lấy số liệu trên một số lượng lớn nội soi đại tràng đưa ra PDR còn cao hơn, 45% [9]. Một nghiên cứu tương tự từ Pháp có PDR là 35,5% và ADR là 17,7% [3]. Nghiên cứu khác từ Mỹ cũng đưa ra tỷ lệ khá cao, với PDR 49%, ADR 31% ở nhóm người nguy cơ nhất. Ở một vài châu Á gần Việt Nam như Hàn Quốc, Trung Quốc, Thái Lan tỷ lệ phát hiện polyp cũng tương tự các nước Âu Mỹ. Ở Hàn Quốc ghi nhận ADR từ 10,4% đến 32,8% tùy theo tuổi [6]. Tỷ lệ này ở Trung Quốc là 26,1% [10]. Còn tại Thái Lan, một nghiên cứu với 1594 ca nội soi đại tràng đưa ra PDR là 30,6%, ADR là 16,5% [2].

Với PDR 38,4% và ADR 18,7% trong báo cáo của chúng tôi góp phần cho thấy tỷ lệ mắc polyp đại tràng ở Việt Nam ở mức khá cao, tương đồng với các nước Âu Mỹ và một vài nước có tỷ lệ mắc cao ở châu Á.

Tuổi là yếu tố quan trọng làm gia tăng tỷ lệ mắc polyp. Rất nhiều báo cáo đã đưa ra tỷ lệ gia tăng theo tuổi của polyp đại trực tràng [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi PDR và ADR gia tăng rõ rệt theo tuổi. Tỷ lệ này rất cao ở tuổi trên 50. Với độ tuổi từ 50-59, PDR là 41%, ADR là 25,6%. Ở độ tuổi trên 60, PDR lên tới 58%, ADR là 30,2%. Điều này cũng có hơn cho khuyến nghị tầm soát ung thư đại trực tràng bắt đầu ở lứa tuổi 50. Tuy nhiên ở những người có nguy cơ cao nên tầm soát ở tuổi trẻ hơn.

Có nhiều báo cáo ghi nhận tỷ lệ mắc polyp đại trực tràng cao ở bệnh nhân đái tháo đường. Một nghiên cứu ở Đài Loan cho thấy tỷ lệ mắc polyp (PDR) ở nhóm bệnh nhân có đái tháo đường là 31,97% so với 25,9% ở nhóm chứng [7]. Một nghiên cứu khác ở Ba Lan cho thấy tỷ lệ mắc polyp tuyến (ADR) ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường cao hơn ở nhóm không có với tỷ lệ 35,16% so với 15,37%. Trong báo cáo của chúng tôi, PDR ở nhóm bệnh nhân có đái tháo đường là 58,1% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không đái tháo đường (36,1%) với  $p < 0,05$ . Khi tính riêng polyp tuyến thì ADR ở nhóm đái tháo đường là 22,3% vẫn cao hơn ở nhóm không đái tháo đường (18,2%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa không kê. Do đó số liệu thu thập được lần của chúng tôi chỉ khẳng định được đái tháo đường làm gia tăng PDR, còn ảnh hưởng lên tỷ lệ mắc u tuyến thì cần mẫu lớn hơn.

Những yếu tố khác mà chúng tôi theo dõi trong nghiên cứu này như: Cân nặng, tăng huyết áp, thói quen hút thuốc đều có tác dụng dương tính lên tỷ lệ phát hiện polyp. Nhóm bệnh nhân tăng huyết áp có PDR là 45,1% so với 35,9%. Ở nhóm có BMI > 25 có PDR 42,7% so với 37% ở nhóm có BMI < 25. Nhóm hút thuốc lá có PDR 52,8% so với 36,4% ở

nhóm còn lại. Tuy nhiên, do sự khác biệt ở 3 nhóm này không đủ ý nghĩa thống kê nên chúng tôi sẽ tiếp tục lấy số liệu để nghiên cứu ở một đề tài khác khi có thể.

#### **4.2. Kết quả giải phẫu bệnh**

Mối tương quan giữa kích thước polyp và giải phẫu bệnh cũng là vấn đề chúng tôi quan tâm. Đa số những nghiên cứu đều khẳng định kích thước polyp càng lớn thì khả năng u tuyến và carcinoma càng cao [11]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thể hiện điều này. Tỷ lệ u tuyến ở nhóm <5mm là 37,1%, 5-10mm là 87,5%, >10mm là 75% với  $p < 0,05$ .

Trong số 57 trường hợp có u tuyến, gần 70% có ít nhất một u tuyến ở trực tràng và đại tràng trái. Điều này cũng phù hợp với nhiều ý kiến cho rằng u tuyến có ưu thế ở đại tràng trái. Tuy nhiên, với tỷ lệ 52,5% số người có ít nhất một polyp tuyến ở đại tràng phải cho thấy rằng nội soi toàn bộ đại tràng trong tầm soát u tuyến là cần thiết nhằm tránh bỏ sót tổn thương.

Một trong những mục tiêu chính của nghiên cứu là ứng dụng NBI để đánh giá tương quan giữa phân loại NICE và giải phẫu bệnh. Một nghiên cứu tổng hợp của Barbeiro [5] đã chỉ ra rằng dùng NBI để phân biệt polyp tăng sản và không tăng sản thì độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 97,5; 83,3%. Khi sử dụng NBI để phân biệt polyp tăng sản và polyp tuyến, theo nghiên cứu của David G.Hewett [8] năm 2012 thì độ nhạy 97-100%, độ đặc hiệu là 66-72%. Một nghiên cứu khác của Irina 2017 [14], độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của việc sử dụng NBI và phân loại NICE trong dự đoán mô bệnh học polyp lần lượt là 90,9%; 95,2% và 91,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ chính xác khi sử dụng NBI và phân loại NICE để dự đoán mô bệnh học đạt 84,6%, thấp hơn so với kỳ vọng. Xem lại hình ảnh nội soi sau khi có kết quả giải phẫu bệnh có vài yếu tố chúng tôi có thể cải thiện được độ chính xác: Có máu trên bề mặt polyp, nhận định của bác sĩ trong lúc soi. Mục đích của phân loại NICE là đưa ra hướng xử lý tổn thương ở đại trực tràng. Theo đó, NICE I tiếp tục theo dõi, NICE II xử lý qua nội soi, NICE III xem xét phẫu thuật. Về mặt này, với độ đặc hiệu của NICE I là 98,25% chúng ta có thể theo dõi những polyp có phân loại NICE I, đặc biệt là ở những trường hợp không đủ điều kiện thực hiện thủ thuật cắt bỏ polyp.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Trước tiên, mẫu nghiên cứu không đại diện cho toàn bộ dân số mà chỉ nằm trong tệp khách hàng của riêng chúng tôi. Kế đến là khó khăn trong khai thác các yếu tố nghề nghiệp, thói quen, lối sống. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu này cũng góp phần phác họa bức tranh chung về tỷ lệ mắc u tuyến ở Việt Nam cũng như chương trình sàng lọc ung thư đại trực tràng.

#### **V. KẾT LUẬN**

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ PDR và ADR lần lượt là 38,4% và 18,7%. Tuổi làm gia tăng tỷ lệ mắc polyp với PDR và ADR lần lượt là 41,1% và 25,6% ở tuổi 50 - 60. Còn ở tuổi trên 60, tỷ lệ này là 58,1% và 30,2%. Đái tháo đường làm gia tăng PDR nhưng chưa chứng minh được làm gia tăng ADR. Độ chính xác khi ứng dụng NBI và phân loại NICE trong dự đoán mô bệnh học là 84,6%. NBI hữu dụng trong dự đoán mô bệnh học của polyp tăng sản khi độ đặc hiệu NICE I lên đến 98,28%.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Al-Enezi SA, Alsurayei SA, Ismail AE, Aly NY, Ismail WA, Abou-Bakr AA (2010), Adenomatous colorectal polyps in patients referred for colonoscopy in a regional hospital in Kuwait. *Saudi J Gastroenterol*, 16, pp.188-193.



2. Aswakul P, Prachayakul V, Lohsiriwat V, Bunyaarunnate T, Kachintorn U (2012), Screening colonoscopy from a large single center of Thailand - something needs to be changed?. *Asian Pac J Cancer Prev*,13, pp.1361-1364.
3. Bafandeh Y, Daghestani D, Esmaili H (2005), Demographic and anatomical survey of colorectal polyps in an Iranian population. *Asian Pac J Cancer Prev*, 6, pp.537-540.
4. Barret M, Boustiere C, Canard JM, Arpurt JP, Bernardini D, Bulois P, *et al.* (2013), Factors associated with adenoma detection rate and diagnosis of polyps and colorectal cancer during colonoscopy in France: Results of a prospective, nationwide survey. *PLoS One*, 8, e68947.
5. Barbeiro S, Libânio D, Castro R, Dinis-Riberio M, Pimentel-Nunes P (2019), Narrow-Band Imaging: Clinical Application in Gastrointestinal Endoscopy. *GE - Port J Gastroenterol*, 26(1), pp.40-53.
6. Chung SJ, Kim YS, Yang SY, Song JH, Park MJ, Kim JS, *et al.* (2010), Prevalence and risk of colorectal adenoma in asymptomatic Koreans aged 40-49 years undergoing screening colonoscopy. *J Gastroenterol Hepatol*, 25, pp.519-525.
7. Hsu PK, Huang JY, Su WW, Wei JCC (2021), Type 2 diabetes and the risk of colorectal polyps. A retrospective nationwide population-based study. *Medicine (Baltimore)*, 100(19), pp.25933.
8. Hewett DG, Tonya K, Yasushi S, Shinji T, Brian PS, Thierry P, *et al.* (2012), Validation of a Simple Classification System for Endoscopic Diagnosis of Small Colorectal Polyps Using Narrow-Band Imaging. *Gastroenterology*, 143(3), pp.599-607.
9. Lucendo AJ, Guagnozzi D, Angueira T, González-Castillo S, Fernández-Fuente M, *et al* (2013), The relationship between proximal and distal colonic adenomas: Is screening sigmoidoscopy enough in the presence of a changing epidemiology?. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 25, pp.973-980.
10. Leung WK, Tang V, Lui PC (2012), Detection rates of proximal or large serrated polyps in Chinese patients undergoing screening colonoscopy. *J Dig Dis*, 13, pp.466-471.
11. Neilson LJ, Matthew DR, Brian PS, Andrew P, Colin JR (2015), Assessment and Management of the Malignant Colorectal Polyp. *Frontline Gastroenterology*, 6(2), pp.117-126.
12. Ricci E, Hassan C, Petruzzello L, Bazzoli F, Repici A, Di Giulio E (2013), Inter-centre variability of the adenoma detection rate: A prospective, multicentre study. *Dig Liver Dis*, 45, pp.1022-1027.
13. Rajendra S, Ho JJ, Arokiasamy J (2005), Risk of colorectal adenomas in a multiethnic Asian patient population: Race does not matter. *J Gastroenterol Hepatol*, 20, pp.51-55
14. Vişovan II, Marcel T, Oliviu P, Lidia C, Alina T, The Role of Narrow Band Imaging in Colorectal Polyp Detection. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*; 17(2), pp.152-158.
15. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, *et al* (1993), Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med*, 329(27), pp.1977– <https://doi.org/10.1056/NEJM199312303292701>

(Ngày nhận bài: 15/8/2022 – Ngày duyệt đăng: 28/8/2022)

---