

trong nhiều nghiên cứu khác: Bùi Quốc Thắng (4 ca), Nguyễn Tân Hùng (19 ca), Đặng Thị Xuân (1 ca), Lê Phước Truyền (1 ca).<sup>3,4,9</sup> Mặc dù nhóm ngộ độc này chiếm tỉ lệ không cao nhưng đây là vấn đề báo động, cần sự can thiệp của pháp luật để bảo vệ trẻ em trong những trường hợp này.

## V. KẾT LUẬN

Hai nhóm nguyên nhân ngộ độc thường gặp là thuốc tân dược (50%) và hóa chất (42,2%), vì thế chúng ta cần lưu ý trong vấn đề quản lý buôn bán và sử dụng 2 nhóm nguyên nhân này, cũng như cần hướng dẫn sử dụng phù hợp. Hoàn cảnh ngộ độc ở trẻ em đa phần là ngộ độc do cố ý (82%); kể đến là ngộ độc do cố ý (17%); vì thế người lớn cần lưu ý trong vấn đề bảo quản các chất có khả năng gây độc, để xa tầm tay trẻ em. Thêm vào đó cũng cần quan tâm chăm sóc sức khỏe tinh thần cho trẻ em, đặc biệt là trẻ vị thành niên để tránh các trường hợp ngộ độc do tự tử.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gummin, David D., Mowry JB, Beuhler MC, et al.** 2020 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 38th Annual Report. *Clinical Toxicology*. 2021/12/02 2021; 59(12): 1282-1501. doi:10.1080/15563650.2021.1989785
2. **Nguyễn Thị Kim Thoa.** Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng ngộ độc cấp trẻ em tại bệnh viện Nhi

- đồng I từ 1997-2001. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II; 2002.
3. **Nguyễn Tân Hùng.** Nguyên Nhân Và Kết Quả Điều Trị Ngộ Độc Cấp Trẻ Em Tại Bệnh Viện Nhi Trung Ương Giai Đoạn 2017-2020. Đại học Y Hà Nội; 2020.
4. **Đặng Thị Xuân, Đỗ Ngọc Sơn,.** Đặc điểm dịch tễ và các tác nhân gây ngộ độc cấp ở trẻ em tại Trung tâm Chống độc bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 501(2)
5. **Persson H E, Sjöberg G K, Haines J A, Pronczuk de Garbino J.** Poisoning severity score. Grading of acute poisoning. *J Toxicol Clin Toxicol*. 1998; 36(3):205-13. doi:10.3109/15563659809028940
6. **Soave P. M., Curatola A., Ferretti S., et al.** Acute poisoning in children admitted to pediatric emergency department: a five-years retrospective analysis. *Acta Biomed*. Mar 14 2022; 93(1):e2022004. doi:10.23750/abm.v93i1.11602
7. **Alwan I. A., Braish A. S., Awadh A. I., et al.** Poisoning among children in Malaysia: A 10-years retrospective study. *PLoS One*. 2022; 17(4): e0266767. doi:10.1371/journal.pone.0266767
8. **Nguyễn Nhân Thành.** Một số đặc điểm ngộ độc cấp ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng I trong 2 năm 1999-2000. Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2001.
9. **Bùi Quốc Thắng.** Đặc điểm dịch tễ học ngộ độc cấp tại khoa cấp cứu bệnh viện nhi đồng 1 từ 01/06/2001 đến 31/03/2002. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2003; 7(1):51-56.
10. **Nguyễn Tân Hùng.** Nguyên nhân và đặc điểm ngộ độc cấp trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2017-2020. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa. 2021; 5(1):9-16.

## ỨNG DỤNG PHÂN LOẠI JNET TRONG CHẨN ĐOÁN POLYP ĐẠI TRÀNG KHÔNG CUỐNG KÍCH THƯỚC DƯỚI 10MM

Dương Thị Tuyết<sup>1</sup>, Trần Ngọc Ánh<sup>2</sup>, Thái Doãn Kỳ<sup>1</sup>,  
Nguyễn Văn Thái<sup>1</sup>, Đinh Thị Ngà<sup>1</sup>, Hoàng Kim Ngân<sup>1</sup>,  
Luu Tiến Dương<sup>1</sup>, Bùi Hoàng Nghĩa<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của phân loại JNET trong dự đoán kết quả mô bệnh học (MBH) với các polyp đại trực tràng không cuống có kích thước ≤10mm. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang trên các bệnh nhân nội soi đại trực tràng có polyp không cuống kích thước ≤10mm, được phân loại theo JNET dựa trên nội soi dài tần hẹp (NBI) có phóng

đại, đối chiếu kết quả mô bệnh học tại Khoa điều trị bệnh ống tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 9/2023 đến 7/2024. **Kết quả:** 233 polyp được thu thập từ 155 bệnh nhân. 49,4% polyp có kích thước ≤5mm. Vị trí gặp polyp chủ yếu là đại tràng Sigma (24,9%) và đại tràng ngang (24,9%). Tỉ lệ phân loại JNET-1, JNET-2A, 2B và JNET-3 lần lượt là 21,9%, 76,8%, 1,3% và 0%. Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của phân loại JNET-1 trong dự đoán polyp tăng sản lần lượt là 92,7%, 92,9% và 92,8%. Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của phân loại JNET-2A trong dự đoán polyp u tuyến có loạn sản biểu mô độ thấp lần lượt là 92,8%, 93,2% và 92,8%. **Kết luận:** Với nhóm polyp không cuống kích thước nhỏ ≤10mm, phân loại JNET có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao trong dự đoán kết quả mô bệnh học. **Từ khóa:** nội soi đại tràng, phân loại JNET, polyp không cuống

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Tuyết

Email: duongthituyet27590@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 4.12.2024

**SUMMARY****APPLICATION OF JNET CLASSIFICATION ON DIAGNOSING COLORECTAL SESSILE POLYPS ≤10MM**

**Objective:** To evaluate the accuracy of JNET classification on predicting histopathologic result among sessile polyps ≤10mm. **Subject and method:** a cross-sectional study was conducted among patients who had sessile polyps ≤10mm on colonoscopy at Gastroenterology Department- 108 Military Central Hospital between September 2023 and July 2024. The polyps were classified base on magnifying NBI endoscopy according to JNET classification and then resected and analyzed histopathologically. **Result:** 233 polyps were collected from 155 patients. 49.4% of the polyps had a size ≤5mm. Transverse colon and Sigmoid were the most common location of polyps. The prevalences of JNET-1, JNET-2A, 2B and JNET-3 were 21.9%, 76.8%, 1.3%, and 0%. The sensitivity, specificity and accuracy of JNET-1 in predicting hyperplastic polyps were 92.7%, 92.9%, and 92.8% respectively. The sensitivity, specificity and accuracy of JNET-2A in predicting low grade dysplasia polyps were 92.8%, 93.2% and 92.8%, respectively. **Conclusion:** among sessile polyps ≤10mm, JNET classification had a high sensitivity, specificity and accuracy in predicting histopathologic results.

**Keywords:** colon endoscopy, JNET classification, sessile polyps.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Polyp là một tổn thương gặp khá phổ biến qua nội soi đại tràng, khoảng hơn 90% ung thư đại trực tràng có nguồn gốc từ polyp. Các bằng chứng hiện nay cho thấy việc loại bỏ u tuyến đại trực tràng giúp làm giảm nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng. Tuy nhiên, nếu chẩn đoán polyp tân sinh và được cắt trong quá trình nội soi có thể dẫn đến gia tăng thủ thuật không cần thiết trong thực hành lâm sàng, gây tổn kém chi phí y tế và nguy cơ biến chứng liên quan đến nội soi đối với bệnh nhân.

Nội soi dải tần hẹp (NBI) được phát triển vào năm 1999 và là một công nghệ quang học tiên tiến giúp đánh giá hình ảnh bề mặt và mô hình mạch máu của tổn thương [7]. Nội soi NBI kèm phóng đại là một phương pháp đáng tin cậy giúp mô tả chính xác hơn cấu trúc vi mạch máu và vi bề mặt của tổn thương giúp đánh giá và dự đoán mô bệnh học để phân biệt các tổn thương tân sinh với các tổn thương không phải tân sinh. Một số phân loại sử dụng trên nội soi NBI và nội soi phóng đại để dự đoán kết quả mô bệnh học của polyp đã được phát triển, trong đó có phân loại JNET (Japan NBI Expert Team) [8]. Các phương pháp nội soi mới được hỗ trợ bằng cách tăng cường hình ảnh, nội soi dải tần hẹp, nội soi nhuộm màu và nội soi phóng đại đã giúp các

nhà nội soi đưa ra các phân loại dựa trên các đặc điểm bề mặt, màu sắc, cấu trúc các khe tuyến và cấu trúc mạch máu của polyp để nhằm phát hiện polyp đại trực tràng tốt hơn và dự đoán kết quả mô bệnh học cũng chính xác hơn. Kích thước polyp là một trong các yếu tố giúp bác sĩ tiên lượng được nguy cơ tiến triển của polyp, từ đó đưa ra chiến lược điều trị tiếp theo cho bệnh nhân. Tỷ lệ của polyp tiến triển tăng dần theo kích thước của polyp và cao nhất ở nhóm có kích thước polyp ≥10mm [6]. Một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đã đánh giá giá trị của phân loại JNET trong dự đoán kết quả mô bệnh học với polyp không phân biệt kích thước. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành nhằm đánh giá giá trị của phân loại JNET trong dự đoán kết quả mô bệnh học trên các polyp không có kích thước ≤10mm.

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

Nghiên cứu cắt ngang, các chọn mẫu thuận tiện được tiến hành tại Khoa điều trị bệnh ống tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 9/2023 đến 8/2024

**Đối tượng nghiên cứu**

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân phát hiện polyp đại trực tràng không có kích thước từ 1-10mm được đánh giá theo phân loại JNET dựa trên nội soi NBI có phóng đại. Các polyp được cắt và đánh giá giải phẫu bệnh chẩn đoán mô bệnh học.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các polyp viêm, polyp không đánh giá được đầy đủ trên nội soi theo phân loại JNET, polyp kích thước >10mm, bệnh nhân có nhiều hơn 5 polyp kích thước dưới 10mm, bệnh nhân các chống chỉ định sinh thiết trên nội soi như rối loạn đông cầm máu, đang sử dụng thuốc chống đông, bệnh lý nội khoa nặng đi kèm...

**Phương tiện sử dụng trong nghiên cứu.**

Hệ thống nội soi trong nghiên cứu của hãng Olympus CV190, có chức năng NBI và Dual Focus phóng đại.

**Quy trình nghiên cứu.** Bệnh nhân nội soi đại tràng theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế. Các polyp 1-10mm được phát hiện tại các vị trí đại trực tràng sẽ được nhận định dưới ánh sáng trắng từ xa tới gần về hình thái sau đó chuyển NBI và dùng chế độ "Dual focus- nội soi phóng đại" và Zoom 1,2-1,5 để đánh giá hình thái niêm mạc bề mặt và mạch máu theo phân loại JNET sau đó tiến hành cắt polyp và lấy polyp làm mô bệnh học. Mỗi polyp được bảo quản trong lọ nhựa chứa dung dịch formol trung tính 10% và tiến hành đọc kết quả mô bệnh học tại

Khoa giải phẫu bệnh – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Một nhà giải phẫu bệnh độc lập, không biết kết quả dự đoán qua nội soi sẽ đọc kết quả sau đó. Kết quả đọc mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng để đối chiếu với kết quả dự đoán mô bệnh học trong quá trình nội soi. Kết quả mô bệnh học polyp được phân loại theo tổ chức y tế thế giới (2019) [5]. Các polyp được phân loại thành 2 nhóm chính:

- Polyp tân sinh bao gồm polyp u tuyến, u tuyến răng cưa, ung thư
- Polyp không tân sinh bao gồm polyp viêm, polyp tăng sản, tổn thương răng cưa không cưỡng

**Xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS. Giá trị của phân loại JNET trong dự đoán kết quả MBH được tính toán thông qua các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính và độ chính xác.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

155 bệnh nhân vào nghiên cứu với tổng số 233 polyp được phát hiện, trong đó nam giới chiếm 93,3% (n = 140). Tuổi trung bình là 62,4 ± 11,0, BMI trung bình là 23,1 ± 1,9 (kg/m<sup>2</sup>). Lý do đi khám chủ yếu của bệnh nhân là đau bụng (48,7%) và rối loạn đại tiện (31,3%), 11,3% đi khám sức khỏe định kì.

**Bảng 1: Một số đặc điểm chung của polyp**

Đặc điểm	Chung (n=233)	Kích thước		P
		1-5mm (n=115)	6-10mm (n=118)	
<b>Vị trí:</b> ĐT sigma ĐT ngang ĐT xuống Trực tràng ĐT lên Manh tràng ĐT góc lách ĐT góc gan	59 (25,3)	22 (19,1)	37 (31,4)	0,003
	58 (24,9)	41 (35,7)	17 (14,4)	
	35 (15,0)	12 (10,4)	23 (19,5)	
	37 (15,9)	17 (14,8)	20 (16,9)	
	21 (9,0)	9 (7,8)	12 (10,2)	
	14 (6,0)	10 (8,7)	4 (3,4)	
	1 (0,4)	1 (0,9)	0 (0)	
	8 (3,4)	3 (2,6)	5 (4,2)	
<b>Phân loại JNET, n(%):</b> JNET-1 JNET-2A JNET-2B	48 (20,6)	36 (31,3)	12 (10,2)	<0,001
	182 (78,1)	78 (67,8)	104 (88,1)	
	3 (1,3)	1 (0,9)	2 (1,7)	
<b>Phân loại MBH, n(%):</b> U tuyến ống Loạn sản độ thấp Loạn sản độ cao Polyp tăng sản	193 (82,8)	88 (76,5)	105 (89,0)	0,02
	3 (1,3)	1 (0,9)	2 (1,7)	
	37 (15,9)	26 (22,6)	11 (9,3)	

*ĐT: đại tràng, MBH: mô bệnh học*

**Nhận xét:** Trong 233 polyp, 49,4% polyp có kích thước 1-5mm (n = 115). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí phát hiện, phân loại JNET và kết quả MBH giữa nhóm polyp kích thước 1-5mm và 6-10mm (p<0,05). Về vị trí phát hiện polyp, đại tràng ngang là vị trí phát hiện polyp 1-5mm phổ biến nhất, đại tràng

Sigma là vị trí phát hiện polyp 6-10mm phổ biến nhất. Phân loại JNET-2A gặp với tỉ lệ cao nhất (78,1%), tỉ lệ JNET-2A cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm kích thước 6-10mm so với nhóm 1-5mm. Kết quả MBH cũng cho thấy tỉ lệ polyp tăng sản cao hơn ở nhóm 1-5mm, tỉ lệ u tuyến ống loạn sản độ thấp cao hơn ở nhóm 6-10mm.

**Bảng 2: Mối liên quan giữa phân loại JNET và kết quả MBH**

MBH	JNET-1	JNET-2A	JNET-2B	P	Kappa
Polyp không tân sinh	34 (91,9)	3 (8,1)	0 (0)	<0,001	0,772
Polyp tân sinh loạn sản độ thấp	14 (7,3)	179 (92,7)	0 (0)		
Polyp tân sinh loạn sản độ cao	0 (0)	0 (0)	3 (100)		

*\*polyp không tân sinh bao gồm polyp tăng sản polyp tân sinh là các polyp tuyến*

**Nhận xét:** 91,9% polyp được phân loại JNET-1 có kết quả mô bệnh học phù hợp là polyp không tân sinh, 92,7% polyp được phân loại JNET-2A có kết quả mô bệnh học phù hợp là polyp không tân sinh loạn sản độ thấp, và 100%

polyp được phân loại JNET-2B có kết quả mô bệnh học phù hợp là polyp không tân sinh loạn sản độ cao. Chỉ số Kappa = 0,772 cho thấy mức độ đồng thuận cao giữa phân loại JNET và kết quả MBH.

**Bảng 3: Giá trị chẩn đoán của phân loại JNET**

Phân loại JNET	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV	Độ chính xác
----------------	---------	-------------	-----	-----	--------------

JNET-1	91,9(78,1-98,3)	92,9(88,3-96,0)	70,8(59,2-80,2)	98,4(95,4-99,5)	92,7(88,5-95,7)
JNET-2A	92,8(88,1-96,0)	92,5(79,6-98,4)	82,8(77,4-87,4)	72,6(61,3-81,5)	92,7(99,6-95,7)

Các giá trị biểu diễn dưới dạng % (95% khoảng tin cậy). PPV: giá trị dự đoán dương tính, NPV: giá trị dự đoán âm tính. Nghiên cứu không đánh giá giá trị chẩn đoán của JNET-2B do tỉ lệ JNET-2B và tỉ lệ polyp tân sinh loạn sản độ cao đều thấp.

**Nhận xét:** JNET có độ chính xác cao trong dự đoán kết quả mô bệnh học polyp đại trực tràng. JNET-1 có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 91,9% và 92,9% trong dự đoán kết quả mô bệnh học polyp tân sinh và không tân sinh. JNET-2A có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 92,8% và 92,5% trong dự đoán kết quả mô bệnh học phân biệt polyp tân sinh loạn sản độ thấp và các polyp khác.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành nhằm đánh giá giá trị của phân loại JNET trong dự đoán kết quả mô bệnh học trên nhóm polyp không cuống kích thước  $\leq 10$ mm. Nghiên cứu thu thập được 233 polyp của 155 bệnh nhân. Kết quả cho thấy phân loại JNET có độ chính xác cao trong dự đoán kết quả mô bệnh học polyp đại trực tràng.

Một nghiên cứu tại Nhật Bản (2019) đánh giá hiệu quả của phân loại JNET trên nguồn dữ liệu lâm sàng lớn cho thấy độ đặc hiệu, giá trị dự đoán âm tính và độ chính xác của JNET trong phân biệt polyp tân sinh và không tân sinh đều cao trên 90%, tuy nhiên độ nhạy của JNET-1 trong polyp kích thước  $\leq 10$ mm thấp hơn (57-81%) [7]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Lê Quang Nhân (2023), Nguyễn Công Long (2022) và Võ Việt Sơn (2018) trên nhóm polyp tất cả các kích thước và với nhóm polyp  $< 10$ mm đều cho thấy phân loại JNET có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao trong dự đoán kết quả mô bệnh học polyp đại trực tràng [1-3].

Nhóm u tuyến loạn sản độ cao gặp tỷ lệ thấp trong nhóm polyp đại trực tràng kích thước nhỏ dưới 10mm. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận được 3 u tuyến loạn sản độ cao do đó việc đánh giá giá trị chẩn đoán của JNET-2B trong dự đoán nhóm polyp này còn hạn chế, tương tự với nghiên cứu của Kobayashi S cũng cho thấy JNET-2B có độ nhạy thấp (42,2%) [7] do nhóm phân loại này có đặc điểm mô bệnh học khá phong phú. Do đó, đối với các polyp nhóm này trong quá trình nội soi khuyến cáo nên sử dụng thêm nhuộm màu phóng đại để đánh giá hình thái khe tuyến (pit pattern), từ đó đưa ra quyết định phân loại và xử trí đúng.

Theo Hiệp hội Tiêu hóa Anh (BSG) trong hướng dẫn sàng lọc ung thư đại trực tràng, nhóm có 1-2 polyp tuyến nhỏ hơn 10mm thuộc nhóm nguy cơ thấp. Do tỉ lệ ung thư hóa của các polyp kích thước nhỏ rất thấp, một số nước khuyến cáo với các polyp tăng sản kích thước  $\leq 5$ mm tại đại tràng Sigma và trực tràng sẽ có thể không cần cắt bỏ [4]. Tuy nhiên, nhóm kích thước nhỏ cũng có tỉ lệ bắt gặp tổn thương u tuyến nguy cơ cao, có khả năng tiến triển ác tính. Một nghiên cứu cho thấy tỉ lệ u tuyến nguy cơ cao ở nhóm polyp  $< 5$ mm và 6-9mm lần lượt là 4,6% (95%CI 2,4 – 5,8) và 7,9% (95%CI 6,3 - 9,4) [9]. Vì vậy việc phát hiện sớm, dự đoán mô bệnh học chính xác và xử lý kịp thời các polyp đại trực tràng ngay từ khi có kích thước nhỏ làm giảm nguy cơ tiến triển ung thư đại trực tràng. Hội Nội soi tiêu hóa châu Âu (ESGE) gợi ý nội soi NBI có thể được sử dụng để thay thế chẩn đoán mô bệnh học thời gian thực của polyp đại trực tràng với kích thước  $\leq 5$ mm khi các yếu tố được đảm bảo (thang đo cụ thể, chất lượng hình ảnh, bác sĩ nội soi được đào tạo và có kinh nghiệm).

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Nghiên cứu chỉ thực hiện tại một trung tâm nội soi trên một số lượng bệnh nhân nhất định, số lượng polyp ở các nhóm phân loại u tuyến loạn sản độ cao hay ung thư xâm lấn còn ít nên hạn chế trong đánh giá giá trị phân loại JNET ở nhóm polyp này.

#### V. KẾT LUẬN

Với nhóm polyp không cuống kích thước nhỏ  $\leq 10$ mm, phân loại JNET có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao trong dự đoán kết quả mô bệnh học của polyp đại trực tràng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Công Long, Nguyễn, et al. (2022), "Giá trị của phân loại JNET và KUDO đối chiếu với mô bệnh học trong đánh giá polyp đại trực tràng", Tạp chí Y học Việt Nam. 514(2).
2. Lê, Quang Nhân, et al. (2023), "NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA PHÂN LOẠI JNET TRONG TIỀN ĐOÁN MÔ BỆNH HỌC POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG", Tạp chí Y học Việt Nam. 525(1B).
3. Vũ Việt Sơn (2018), "Khảo sát phân loại polyp đại trực tràng bằng phương pháp nội soi phóng đại nhuộm màu ảo", Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
4. Abu Dayyeh, B. K., et al. (2015), "ASGE Technology Committee systematic review and meta-analysis assessing the ASGE PIVI thresholds for adopting real-time endoscopic assessment of the histology of diminutive colorectal polyps", *Gastrointest Endosc.* 81(3), pp. 502.e1-502.e16.

5. **Ahadi, M., et al.** (2021), "The 2019 World Health Organization Classification of appendiceal, colorectal and anal canal tumours: an update and critical assessment", *Pathology*. 53(4), pp. 454-461.
6. **Hassan, C., et al.** (2010), "Systematic review: distribution of advanced neoplasia according to polyp size at screening colonoscopy", *Aliment Pharmacol Ther.* 31(2), pp. 210-7.
7. **Kobayashi, S., et al.** (2019), "Diagnostic yield of the Japan NBI Expert Team (JNET) classification for endoscopic diagnosis of superficial colorectal neoplasms in a large-scale clinical practice database", *United European Gastroenterol J.* 7(7), pp. 914-923.
8. **Sano, Y., et al.** (2016), "Narrow-band imaging (NBI) magnifying endoscopic classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team", *Dig Endosc.* 28(5), pp. 526-33.
9. **Tischendorf, J. J., et al.** (2010), "Value of magnifying endoscopy in classifying colorectal polyps based on vascular pattern", *Endoscopy*. 42(1), pp. 22-7.

## NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ MỘT SỐ CẤP CỨU BỤNG NGOẠI KHOA Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Trần Thị Diệu Anh<sup>1,2</sup>, Trần Danh Cường<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh lý cấp cứu ngoại bụng ở phụ nữ mang thai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 157 thai phụ được nhập viện vì cấp cứu bụng ngoại khoa tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương và khoa Cấp cứu bụng của bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, trong thời gian 5 năm từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2023. Một số yếu tố liên quan đến lâm sàng và cận lâm sàng được ghi nhận và phân tích. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh lý cấp cứu bụng ngoại khoa ở phụ nữ mang thai thường gặp nhất là những bệnh lý liên quan đến ruột thừa chiếm 68.8%, 16.6% bệnh lý liên quan đến ruột, 8.8% bệnh lý về túi mật, 3.8% viêm tụy cấp và 3.8% bệnh lý về thận. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 28.31±5.47; Tuổi thai nhập viện nhiều nhất là ba tháng giữa thai kỳ (46.5%), tiếp đến là ba tháng cuối (35%) và tỷ lệ tuổi thai trong ba tháng đầu là 18.5%. Số lượng bạch cầu trung bình khi nhập viện là 12.91 ± 3.81 (G/l), trong đó 73.2% thai phụ có số lượng bạch cầu ≥ 10 G/l, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính ≥ 70% chiếm ưu thế (90.4%). 100% thai phụ được siêu âm khi nhập viện, trong đó, 73/157 trường hợp có hình ảnh siêu âm điển hình. 47/157 trường hợp được chỉ định chụp cộng hưởng từ để phục vụ chẩn đoán. Trong nhóm bệnh lý về ruột thừa: 53.7% có hình ảnh siêu âm điển hình và 28.7% được chụp cộng hưởng từ. Với nhóm bệnh lý túi mật chỉ 28.6% có hình ảnh siêu âm điển hình và tỷ lệ chụp cộng hưởng từ là 35.7%. 30.4% thai phụ có bệnh lý liên quan đến ruột có hình ảnh siêu âm điển hình và 30.4% có chụp cộng hưởng từ. Với nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp và nhóm bệnh lý liên quan đến thận tỷ lệ này đều lần lượt là 33.3% và 33.3%. **Kết luận:** Cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất khi mang thai là bệnh lý liên quan

đến ruột thừa, sau đó là những bệnh lý liên quan đến túi mật, ruột, tụy và thận. Siêu âm là lựa chọn đầu tiên để khảo sát ổ bụng trong thai kỳ và cộng hưởng từ (MRI) là phương tiện chẩn đoán hình ảnh thứ hai được ưu tiên lựa chọn khi siêu âm không kết luận được. **Từ khóa:** Cấp cứu bụng, ngoại khoa, phụ nữ mang thai, thai kỳ, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

### SUMMARY

#### STUDY ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SOME SURGICAL ABDOMINAL EMERGENCIES IN PREGNANT WOMEN

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical features of surgical abdominal emergencies in pregnant women. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 157 pregnant women admitted for surgical abdominal emergencies at National Hospital of Obstetrics and Gynecology and the Abdominal Emergency Department of Viet Duc University Hospital, over a period of 5 years from January 2019 to December 2023. Some factors related to clinical and paraclinical symptoms were recorded and analyzed. **Results:** In our study, the most common surgical abdominal emergencies in pregnant women were appendix-related diseases accounting for 68.8%, bowel-related diseases accounting for 16.6%, gallbladder diseases accounting for 8.8%, acute pancreatitis 3.8% and kidney diseases 3.8%. The mean age of the study group was 28.31±5.47; The most common gestational age was the second trimester (46.5%), followed by the third trimester (35%) and the gestational age rate in the first trimester was 18.5%. The average leukocyte count at admission was 12.91 ± 3.81 (G/l), 73.2% of pregnant women had a leukocyte count ≥ 10 G/l, neutrophils ≥ 70% predominating (90.4%). 100% of pregnant women had an ultrasound upon admission, 73/157 cases had typical ultrasound images. 47/157 cases were indicated for magnetic resonance imaging for diagnosis. In the appendix pathology group: 53.7% had typical ultrasound images and 28.7% had magnetic resonance imaging. In the group of gallbladder diseases, only 28.6% had typical ultrasound images and the rate of magnetic

<sup>1</sup>Bệnh viện Bãi Cháy

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Diệu Anh

Email: tranthidieuanh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024