

sự¹³ đã đánh giá điểm số PI-RADS phiên bản 2 bởi hai độc giả trong nhóm bệnh nhân đã trải qua sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn của hình ảnh cộng hưởng từ. Họ đã chứng minh độ nhạy là 87,5%–100% và độ đặc hiệu là 50%–56,3% đối với tất cả ung thư vùng chuyển tiếp.

V. KẾT LUẬN

Điểm PI-RADS phiên bản 2.1 cao hơn có liên quan đến tỷ lệ ung thư nói chung và ung thư có ý nghĩa lâm sàng cao hơn ở vùng chuyển tiếp. Tổn thương vùng chuyển tiếp PI-RADS loại 2 hiếm khi có ung thư TTL và khuyến cáo không nên sinh thiết các tổn thương loại này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Murphy G, Haider M, Ghai S, Sreeharsha B.** The expanding role of MRI in prostate cancer. *AJR Am J Roentgenol* 2013;201(6):1229–1238.
2. **Turkbey B, Pinto PA, Mani H, et al.** Prostate cancer: value of multiparametric MR imaging at 3 T for detection—histopathologic correlation. *Radiology* 2010;255(1):89–99.
3. **Frye TP, George AK, Kilchevsky A, et al.** Magnetic resonance imaging: transrectal ultrasound guided fusion biopsy to detect progression in patients with existing lesions on active surveillance for low and intermediate risk prostate cancer. *J Urol* 2017;197(3 Pt 1):640–646.
4. **Walton Diaz A, Shakir NA, George AK, et al.** Use of serial multiparametric magnetic resonance imaging in the management of patients with prostate cancer on active surveillance. *Urol Oncol* 2015;33(5):202.e1–202.e7.
5. **Carroll PR, Parsons JK, Andriole G, et al.** NCCN guidelines insights: prostate cancer early detection, version 2. 2016. *J Natl Compr Canc Netw* 2016;14(5):509–519.
6. **Weinreb JC, Barentsz JO, Choyke PL, et al.** PI-RADS prostate imaging: reporting and data system—2015, version 2. *Eur Urol* 2016;69(1):16–40.
7. **Greer MD, Brown AM, Shih JH, et al.** Accuracy and agreement of PIRADSv2 for prostate cancer mpMRI: a multireader study. *J Magn Reson Imaging* 2017;45(2):579–585.
8. **Mertan FV, Greer MD, Shih JH, et al.** Prospective evaluation of the prostate imaging reporting and data system version 2 for prostate cancer detection. *J Urol* 2016;196(3):690–696.

ỨNG DỤNG NỘI SOI ÁNH SÁNG DẢI TẦN HẸP (NBI) CHẨN ĐOÁN POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI THÁI NGUYÊN

Trần Thị Anh¹, Nguyễn Thị Thu Huyền^{1,2,3}, Nguyễn Tiến Dũng^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI trong chẩn đoán polyp đại trực tràng. **Đối chiếu hình ảnh của nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI và kết quả mô bệnh học của polyp đại trực tràng.** **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 78 bệnh nhân đến khám hoặc điều trị tại khoa Nội tiêu hóa, bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên và Khoa Nội soi và khám chữa bệnh tiêu hóa, bệnh viện Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên có polyp đại tràng được phát hiện qua nội soi từ tháng 7/2022 đến tháng 12/2022. Tiến hành nội soi toàn bộ đại trực tràng, phát hiện và mô tả đặc điểm polyp, đối chiếu polyp theo phân loại JNET và NICE theo kết quả mô bệnh học. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 60,87±13,3; nam/nữ: 2,12/1; hay gặp polyp ở đại tràng sigma nhất, 43,6% polyp kích thước <10 mm. Có 48,8% polyp u tuyến. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính và độ chính xác

của phân loại JNET với polyp có khả năng ác tính lần lượt là 92,8%; 83,3%; 86,7%; 90,9% và 88,5%; của phân loại NICE là 83,3%; 86,1%; 87,5%; 81,6%; 84,6%. **Kết luận:** Nội soi ĐTT bằng chế độ NBI kết hợp với phân loại JNET hoặc NICE cho thấy khả năng dự đoán kết quả mô bệnh học polyp có độ chính xác cao và đáng tin cậy.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng, nội soi NBI, phân loại JNET/ NICE

SUMMARY

APPLYING NARROW BAND ENDOSCOPY IN DETECTING AND PREDICTING HISTOPATHOLOGY OF COLORECTAL POLYP IN THAI NGUYEN

Objectives: 1. To describe the endoscopic and pathological characterizations of colorectal polyps. 2. To evaluate the diagnostic performance of magnifying endoscopy with NBI and the JNET and NICE classification for colorectal polyp comparing to histopathology. **Subject and methods:** A descriptive cross-sectional study on 78 patients at Thai Nguyen from July 2022 to December 2022. We analyzed 78 colorectal polyps examined with magnifying endoscopy with NBI. The polyps were classified by the JNET/NICE classification and sent for histopathology for comparison. **Results:** Age: 60,87±13,3; The rate of polyps were seen most frequently at sigmoid colon (27,7%). Polyp < 10 mm in size accounted for 43,6%.

¹Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược

³Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Huyền

Email: huyen3995@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023

Of 78 polyps, there were 38 neoplastic polyps. The sensitivity, specificity, positive predicted value, negative predicted value and accuracy of neoplastic polyp of NBI chromoendoscopy were 92,8%; 83,3%; 86,7%; 90,9%; 88,5% respectively to JNET and 83,3%; 86,1%; 87,5%; 81,6%; 84,6% to NICE.

Conclusion: Preliminary results shows that magnifying endoscopy with NBI and the JNET/NICE classification is a reliable method to predict the histopathological results of colorectal polyps.

Keywords: colorectal polyp, NBI, JNET/NICE classification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT) là bệnh lý tiêu hóa phổ biến trên toàn thế giới, do sự phát triển quá mức của niêm mạc và dưới niêm mạc đại trực tràng tạo thành. Phần lớn ung thư ĐTT phát sinh từ polyp u tuyến. Theo nghiên cứu của Silva, khoảng 60-90 % ung thư đại trực tràng phát triển từ polyp tuyến[8].

Việc phát hiện sớm và loại bỏ các tổn thương tiền thân của ung thư ĐTT đã được chứng minh là làm giảm tỷ lệ mắc ung thư ĐTT và tỷ lệ tử vong liên quan đến ung thư. Nội soi ĐTT là phương pháp tốt nhất cho phép chẩn đoán và quản lý polyp. Đánh giá tổn thương chi tiết là bước quan trọng đầu tiên trong đánh giá và quản lý polyp ĐTT. Kích thước polyp, vị trí và các đặc điểm vĩ mô và vi mô cung cấp thông tin quan trọng liên quan đến độ mô học và khả năng cắt bỏ nội soi. Polyp lành tính và thậm chí cả polyp ác tính với sự xâm lấn bề mặt dưới niêm mạc và các đặc điểm mô học thuận lợi có thể được loại bỏ hoàn toàn bằng nội soi. Cắt bỏ nội soi là phương pháp điều trị đầu tiên để loại bỏ hầu hết các tổn thương tiền ung thư ĐTT lành tính và một số polyp ác tính. Còn với các polyp không u, việc cắt polyp là không cần thiết, tiêu tốn thời gian và có nguy cơ gây chảy máu. Đặt ra vấn đề chẩn đoán đúng polyp nhằm chỉ định can thiệp chính xác là rất quan trọng. Tuy nhiên, nội soi thông thường còn nhiều hạn chế trong chẩn đoán phân biệt các polyp u hay ung thư và polyp không u dẫn đến việc chỉ định cắt polyp không cần thiết hoặc bỏ sót tổn thương ác tính. Hiện nay có nhiều phương pháp nội soi cải tiến như: nội soi phóng đại, nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI, nội soi nhuộm màu... được phát triển cùng với các phân loại polyp như JNET, NICE,

Kudo... cho phép dự đoán kết quả mô bệnh học với độ chính xác cao hơn.

Nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI được phát triển từ năm 1999 cho phép quan sát các mô với độ chi tiết cao (phân bố mạch máu, màu sắc, bề mặt...) hơn bằng cách giả lập nhuộm màu các mô. Nội soi NBI giúp phát hiện các tổn thương sớm tại ĐTT như loạn sản, dị sản, ung thư sớm; phân biệt các polyp lành tính và ác tính, cũng như xác định độ xâm lấn của tổn thương qua đó chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả.

Vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI trong chẩn đoán polyp ĐTT.*

2. *Đối chiếu hình ảnh của nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI và kết quả mô bệnh học của polyp ĐTT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 78 bệnh nhân được nội soi và phát hiện polyp ĐTT tại khoa Nội tiêu hóa, bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên và Khoa Nội soi và khám chữa bệnh tiêu hóa, bệnh viện trường Đại học Y-dược Thái Nguyên từ tháng 7/2022 – 12/2022.

Loại trừ ra khỏi nghiên cứu các bệnh nhân có bệnh lý nền nặng không thể can thiệp; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi Olympus CV170 và CV190 sử dụng nguồn ánh sáng NBI.

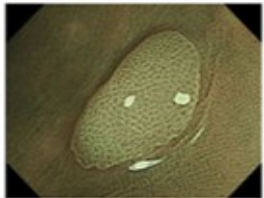
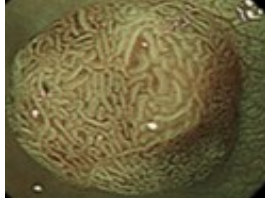
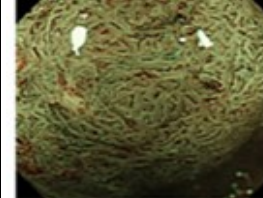
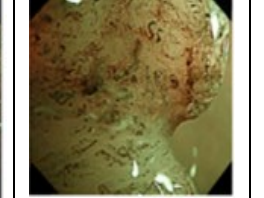
Các tiến hành nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được khai thác bệnh sử, tiền sử, tiến hành nội soi bằng ống mềm toàn bộ ĐTT. Chúng tôi ghi nhận số polyp phát hiện được trên nội soi, sau đó chọn ra polyp có kích thước lớn nhất để mô tả đặc điểm:

Ở chế độ nội soi ánh sáng trắng mô tả polyp theo các theo chỉ sau: vị trí, hình dạng, kích thước.

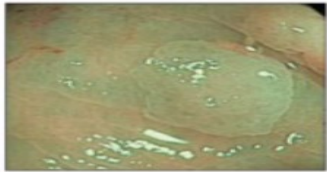
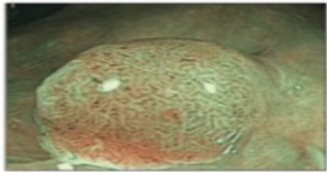
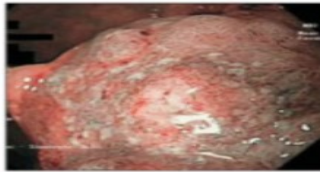
Ở chế độ nội soi NBI, sử dụng phân loại JNET và NICE để phân loại polyp dựa vào các đặc điểm bề mặt, màu sắc, mạch máu.

Bảng 2.1. Phân loại JNET[5]

	Typ 1	Typ IIA	Typ IIB	Typ III
Mạch máu	Không quan sát thấy, nếu thấy giống niêm mạc bình thường xung	Kích thước bình thường. Phân bố đều đặn (Dạng lưới/ xoắn ốc)	Kích thước đa dạng Phân bố không đều	Vùng vô mạch Các mạch máu dày lên gián đoạn

	quanh			
Kiểu bề mặt	Chấm, sáng/tối đều đặn. Tương đồng với niêm mạc bình thường	Đều đặn (dạng ống/phân nhánh/ nhú)	Không đều Ẩn đi	Vùng vô định hình
Kiểu mô bệnh học có thể	Tổn thương tăng sản	Tổn thương loạn sản trong niêm mạc độ thấp	Tổn thương loạn sản trong niêm mạc độ cao/ Ung thư xâm lấn nông dưới niêm mạc	Ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc
Hình ảnh nội soi				

Bảng 2.2. Phân loại NICE[6]

	Typ I	Typ II	Typ III
Màu sắc	Giống hoặc nhạt màu hơn niêm mạc xung quanh	Nâu hơn so với niêm mạc xung quanh	Nâu đen nâu thâm hơn so với niêm mạc xung quanh, đôi khi có mảng trắng nhạt màu hơn
Mạch máu	Có hoặc không có mạng mạch máu chạy qua bề mặt tổn thương	Mạch máu nâu và dày lên quây quanh cấu trúc màu trắng	Vùng có mạch máu bị biến dạng hoặc mất mạch máu
Bề mặt	Các chấm màu trắng / sẫm có kích thước đồng dạng / bề mặt mất tính đồng nhất	Cấu trúc màu trắng có hình bầu dục, ống hoặc dạng nhánh, quây quanh bởi mạch máu màu nâu	Vùng bề mặt biến dạng hoặc mất bề mặt
Khả năng CD GPB	Tăng sản	U tuyến	Ung thư xâm lấn sâu lớp dưới niêm mạc
			

Tiến hành cắt bỏ polyp hoặc sinh thiết (nếu nghi ngờ ung thư), sau đó lấy toàn bộ bệnh phẩm được chẩn đoán MBH tại Khoa giải phẫu bệnh; phân loại MBH polyp theo WHO năm 2010.

Xử lý và phân tích số liệu với phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Phân tích thống kê bằng phương pháp tính tần suất, tỷ lệ, giá trị trung bình, so sánh tỷ lệ bằng kiểm định X².

Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán của nghiệm pháp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi và giới của ĐTNC

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố tuổi và giới tính của ĐTNC

Tuổi, giới	Số bệnh nhân (n=78)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 21	1,3
	21-39	4,1

	40-60	34	43,6
	> 60	39	49,7
Tuổi trung bình	60,87±13,3		
Giới	Nam	67,9%	
	Nữ	32,1%	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của các ĐTNC là 60,87±13,3; có đến 93,6% BN có độ tuổi trên 40. Tỷ lệ nam/nữ = 67,9/32,1 = 2,12.

3.2. Đặc điểm polyp ĐTT

Bảng 3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi polyp ĐTT

Đặc điểm		Số lượng (n=78)	Tỷ lệ %
Phân bố vị trí	Trực tràng	13	16,7
	Đại tràng sigma	21	26,9
	Đại tràng xuống	15	19,2
	Đại tràng ngang	14	17,9
	Đại tràng lên	12	15,4

	Manh tràng	3	3,8
Số lượng	Đơn polyp	50	64,1
	Đa polyp	28	35,9
Kích thước	≤ 5	21	26,9
	6 -9	13	16,7
	≥ 10	44	56,4

Nhận xét: Vị trí hay gặp polyp nhất là đại tràng sigma 26,9%; thấp nhất là manh tràng (3,8%).

Kích thước polyp < 10 và ≥ 10 mm khá tương đương nhau lần lượt là 43,6% và 56,4%.

Bảng 3.3. Đặc điểm mô bệnh học polyp

Mô bệnh học		Số lượng (n=78)	Tỷ lệ %
Polyp không u		36	46,2
Polyp u tuyến	Loạn sản độ thấp	31	39,7
	Loạn sản độ cao	7	9,1
Ung thư	Trong lớp niêm mạc	2	2,5
	Xâm lấn lớp dưới niêm mạc	2	2,5

Nhận xét: Polyp u tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 48,8%.

3.3. Mối liên quan giữa phân loại JNET và NICE với mô bệnh học polyp

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa phân loại JNET và NICE với mô bệnh học polyp

Phương pháp		Kết quả mô bệnh học		Tổng	P*
		Polyp u tuyến/UT	Polyp không u		
Phân loại JNET	Polyp u tuyến/UT	39(86,7)	6(13,3)	45(100)	p < 0,05
	Polyp không u	3(9,1)	30(90,9)	33(100)	
Phân loại NICE	Polyp u tuyến/UT	35(87,5)	5(12,5)	40(100)	P < 0,05
	Polyp không u	7(18,4)	31(86,1)	38(100)	
Tổng		42(53,8)	36(46,2)	78 (100)	

Nhận xét: Trong 45 polyp JNET II-III (polyp u tuyến/ung thư) có 86,7% là polyp u tuyến/ung thư; còn trong 40 polyp NICE II-III có 87,5% polyp u tuyến/ung thư; (*) test khi bình phương

Bảng 3.5. Giá trị chẩn đoán polyp ĐTT bằng phương pháp nội soi NBI

Phương pháp	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị dự báo dương tính	Giá trị dự báo âm tính	Độ chính xác
JNET	92,8	83,3	86,7	90,9	88,5
NICE	83,3	86,1	87,5	81,6	84,6

Nhận xét: Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính và âm tính đều lần lượt là 92,8%; 83,3%; 86,7%; 90,9% và 88,5% với phân loại JNET và 83,3%; 86,1%; 87,5%; 81,6% và 84,6% với phân loại NICE trong phân biệt polyp polyp u tuyến/ung thư với không u.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi và giới. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 60,87±13,3 tuổi, nhỏ nhất là 20 tuổi, lớn tuổi nhất là 88 tuổi; chủ yếu là nhóm đối tượng ≥40 chiếm 93,3%. Như vậy polyp đại trực tràng thường gặp ở người trung và cao tuổi. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với 1 số tác giả trong và ngoài nước[2] [4].

Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 2,12/1, trong đó nam giới chiếm đa số với 67,9 %, nữ giới chiếm 32,1%. Sự chênh lệch về giới ở các bệnh nhân được nội soi phát hiện polyp trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nhiều nghiên cứu khác tại Việt Nam và thế giới ghi nhận bệnh có xu hướng mắc ở nam cao hơn so với nữ[4]. Như nghiên cứu của Phạm Bình Nguyên (2021) tiến hành trên 266 bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,67[2].

4.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi polyp ĐTT

4.2.1. Phân bố vị trí. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận polyp nằm chủ yếu ở ĐT sigma và ĐT xuống với tỷ lệ lần lượt là 26,9 và 19,2%; tiếp theo đến đại tràng ngang 19,2%, trực tràng 16,7% và ĐT lên 15,4% và thấp nhất là tại vị trí manh tràng chỉ 3,8%. Tác giả Ngô Thị Hoài cũng cho thấy polyp chủ yếu nằm ở đại tràng trái và trực tràng với lần lượt 48,8 và 38,6%[9]. Nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới cũng cho thấy polyp gặp chủ yếu ở đại tràng sigma và trực tràng[2].

4.2.2. Số lượng polyp. Về số lượng polyp, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có polyp đơn độc chiếm 64,1%, đa polyp thấp hơn (35,9%). Tỷ lệ này cũng tương đương với kết quả của nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước như Phạm Hưng Nguyên 78,8%; Choe ở Hàn Quốc là 62,2% [2, 3].

4.3.3. Kích thước polyp. Chúng tôi cũng ghi nhận kích thước polyp chủ yếu ≥ 10 mm (56,4%) tuy nhiên không cao hơn nhiều so với nhóm dưới 10 mm với 43,6%. Kết quả này thì khác của Nguyễn Công Long cho kết quả polyp 5 – 10 chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,1%, polyp < 5 mm 38,8% và > 10mm là 19,8%[1]. Nhiều

nghiên cứu cũng cho những kết quả polyp với các tỷ lệ kích thước khác nhau. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng những polyp có kích thước $\leq 5\text{cm}$ có nguy cơ ác tính không đáng kể. Polyp nhỏ ($<10\text{ mm}$) và rất nhỏ ($<6\text{ mm}$) ẩn chứa chứng loạn sản cấp độ cao hoặc ung thư trong 0,3-5% trường hợp. Một thống kê phân tích gồm 9 nghiên cứu đánh giá tiên cứu sự tiến triển của các polyp kích thước từ 1-9 mm trong thời gian trung bình là 2 - 3 năm, chỉ thấy có 1 nghiên cứu ghi nhận 1 polyp nhỏ có thể đã tiến triển thành ung thư. Trong số 1034 polyp u tuyến kích thước từ 1-9 mm, có 6% tiến triển thành u tuyến tiến triển[7].

4.3. Kết quả mô bệnh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều được tiến hành làm mô bệnh học cho kết quả: chủ yếu polyp được phát hiện là polyp u tuyến chiếm 48,8%; polyp không u tuyến chiếm 46,2%; có 2,5% là ung thư tại chỗ trong lớp niêm mạc và có 2 trường hợp là ung thư ĐTT chiếm 2,5%. Trong polyp u tuyến có 81,6 % loạn sản độ thấp và 18,4% loạn sản độ cao. Từ các phân loại mô bệnh học đã mô tả ở trên có thể thấy nghiên cứu này có đến 85,9% là polyp lành tính; 11,6% polyp ác tính và 2,5% là ung thư xâm lấn dưới niêm mạc. Qua đó cho thấy một tiên lượng tốt cho hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương đương với Phạm Hưng Nguyên polyp u tuyến là chủ yếu[2], nhưng khác với nghiên cứu của Tăng Thị Yến Nhi với 62,5% là polyp không u[3].

4.4. Giá trị chẩn đoán polyp đại trực tràng bằng nội soi NBI. Trong 45 trường hợp phân loại JNET II – II hay polyp u tuyến/ung thư có 6 trường hợp là polyp không u (13,3%), còn trong 33 trường hợp polyp JNET I thì ghi nhận 9,1% là polyp u tuyến. Khi kết hợp nội soi chế độ NBI và phân loại JNET cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính và âm tính đều lần lượt là 92,8%; 83,3%; 86,7%; 90,9%; 88,5% trong phân biệt polyp u tuyến/ung thư với polyp không u. So với một số nghiên cứu nước ngoài có sử dụng hệ thống nội soi NBI như Sumimoto (2016) hay Komeda (2017), chúng tôi có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác khá tương đồng (đều trên 70%)[5]. So với một số nghiên cứu trong nước như tác giả Nguyễn Công Long thì độ nhạy và độ chính xác tương đương nhau nhưng độ đặc hiệu của chúng tôi cao hơn[1].

Còn trong 40 polyp NICE II–III có 87,5% polyp u tuyến/ung thư, nhưng có 12,5% là polyp không u; 38 trường hợp polyp NICE có đến

18,7% là polyp u tuyến/ung thư. Đối với khả năng dự đoán của phân loại NICE với polyp u tuyến/ung thư có độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 83,3% và 86,1%; giá trị dự đoán dương tính và âm tính lần lượt là 87,5% và 81,6%; độ chính xác là 84,6%. Kết quả này thì tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước như Irina(2017), 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%[6].

Khi so sánh 2 phân loại JNET và NICE trong nghiên cứu của chúng tôi có thể thấy độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao đều rất cao (trên 80%) nhưng có một sự chênh lệch nhỏ giữa 2 phân loại. Sự khác nhau về giá trị chẩn đoán của thang điểm JNET và NICE của chúng tôi hay với các tác giả khác có thể do sự chuẩn bị đại tràng chưa sạch, bề mặt polyp còn bẩn hay kinh nghiệm và cách đánh giá tổn thương của những nhà nội soi khác nhau.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có hạn chế nhất định. Số lượng đối tượng nghiên cứu và số polyp ghi nhận được chưa đủ lớn, đặc biệt là polyp răng cưa nên chưa đại diện được cho cả quần thể.

V. KẾT LUẬN

Hay gặp polyp nhất ở đại tràng sigma (26,9%) và ít gặp ở manh tràng (3,8 %). Nhóm polyp có kích thước $\geq 10\text{ mm}$ chiếm tỷ lệ cao (56,4%). Kết quả hình ảnh mô bệnh học xác định polyp u tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (48,8%).

Việc sử dụng nội soi ánh sáng dải tần hẹp kết hợp với phân loại JNET hay NICE đều có độ chính xác cao và đáng tin cậy trong tiên đoán mô bệnh học, từ đó giúp cho nhà nội soi đưa ra phương án can thiệp polyp đại trực tràng phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Long và các cộng sự. (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. Phạm Bình Nguyên, Vũ Trường Khanh và Đào Văn Long (2021), "Nghiên cứu giá trị của nội soi phóng đại nhuộm màu ảo (fice) và nhuộm màu thật (crystal violet) trong dự đoán kết quả mô bệnh học polyp đại trực tràng", Tạp chí Y học Việt Nam. 506(1).
3. Tăng Thị Yến Nhi và Nguyễn Thị Thúy Duy (2022), "Khảo sát tổn thương dạng polip ở đại trực tràng bằng nội soi và mô bệnh học tại bệnh viện trường đại học Y Dược Cần Thơ", Tạp chí Y học Việt Nam. 517(2).
4. C. Schramm and et al (2015), "Patient- and procedure-related factors affecting proximal and distal detection rates for polyps and adenomas:

- results from 1603 screening colonoscopies", *Int J Colorectal Dis.* 30(12), p.1715-22.
5. **K. Sumimoto and et al** (2017), "Clinical impact and characteristics of the narrow-band imaging magnifying endoscopic classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team", *Gastrointest Endosc.* 85(4), p. 816-821.
 6. **Vişovan, II and et al** (2017), "The role of narrow band imaging in colorectal polyp detection", *Bosn J Basic Med Sci.* 17(2), p. 152-158.
 7. **J. L. A. Vleugels and et al** (2017), "Natural history of diminutive and small colorectal polyps: a systematic literature review", *Gastrointest Endosc.* 85(6), p. 1169-1176.e1.
 8. **Viviane Fernandes ROSA and et al** (2014), "Influence of patient age and colorectal polyp size on histopathology findings", *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo).* 27, p.109-113.
 9. **Ngo Thi Hoai and et al** (2021), "Relationship between location, size, morphology and histopathological types of neoplastic colorectal polyps", *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy.*

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRẦM CẢM Ở PHỤ NỮ SAU SINH TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Xuân Long¹, Hoàng Anh Tuấn¹, Trần Quang Mạnh¹,
Nguyễn Ngọc Quỳnh¹, Nguyễn Lương Tài¹,
Nguyễn Ngọc Tuấn¹, Đinh Việt Hùng²

TÓM TẮT

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần phổ biến ở phụ nữ sau sinh, ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của bà mẹ và trẻ em. **Mục tiêu:** Mô tả tỉ lệ trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ sau sinh trên địa bàn Thành phố Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 1086 phụ nữ sau sinh từ 4-12 tuần trên địa bàn 10 quận huyện Thành phố Hà Nội. **Kết quả:** Có 16,85% phụ nữ có trầm cảm sau sinh. Các biểu hiện của trầm cảm sau sinh chủ yếu là: Cảm giác buồn chán (28,45%); Cảm giác làm mọi việc đều chán nản (23,94%); Làm việc dễ bị mệt mỏi (35,91%); Rối loạn giấc ngủ (41,99%). Các yếu tố: mang thai lần đầu dưới 20 tuổi (OR=1,89); Tuổi thai khi sinh dưới 37 tuần (OR=2,56); Thất nghiệp, làm nội trợ (OR=3,07); Chồng bạo lực tinh thần (OR=3,51) là những yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh. **Kết luận:** Những phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết phải sàng lọc trầm cảm và các yếu tố nguy cơ sau khi sinh ở những nơi chăm sóc sản có để cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

Từ khóa: Trầm cảm sau sinh; bà mẹ; yếu tố liên quan; hỗ trợ gia đình.

SUMMARY

RESEARCH CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN POSTPARTUM WOMEN IN CITY HANOI IN 2022

Depression is a common mental disorder in postpartum women, greatly affecting the health of mothers and children. Objective: Describe the

prevalence of depression and some related factors in postpartum women in Hanoi city. Subjects and research methods: Cross-sectional description on 1086 postpartum women from 4-12 weeks in 10 districts of Hanoi city. Results: 16,85% of women had postpartum depression. The main manifestations of postpartum depression are: Feeling of boredom (28,45%). Feeling bored in doing everything (23,94%); Working easily tired (35,91%); Sleep disturbances (41,99%). Factors: first pregnancy under 20 years old (OR=1.89); Gestational age at birth less than 37 weeks (OR=2.56); Unemployment, housework (OR=3.07); Mentally abusive husband (OR=3.51) are factors related to postpartum depression. Conclusions: These findings highlight the need to screen for postpartum depression and risk factors in settings where care is available to improve maternal and child health.

Keywords: Postpartum depression; mothers; related factors; family support.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp, đặc trưng bởi nỗi buồn, mất hứng thú hoặc niềm vui, ngủ không yên giấc hoặc chán ăn, cảm giác mệt mỏi, và kém tập trung [1]. Trầm cảm ở phụ nữ sau sinh khá phổ biến, trên thế giới tỉ lệ này là 13,0% [2]. Các nghiên cứu đó cho thấy, trầm cảm sau sinh có liên quan đến tiền sử thai nghén, sự quan tâm của gia đình và người chồng, sinh non và nhẹ cân...[3]. Mặt khác, trầm cảm sau sinh nếu không được phát hiện, điều trị kịp thời có thể làm tăng nguy cơ bị bệnh tâm thần nặng, thậm chí khiến các bà mẹ có các hành vi làm tổn hại đến trẻ sơ sinh hoặc chính mình [4].

Hiện tại, có nhiều nghiên cứu về trầm cảm ở phụ nữ, tuy nhiên nghiên cứu về trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan còn hạn chế,

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Long

Email: nguyentuanlongvmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023