

**ĐẶC ĐIỂM CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC 10 – 19 MM**Đào Đức Tiến<sup>1</sup>, Doãn Trung Kiên<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Cường<sup>1</sup>**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước 10 – 19 mm và mối liên quan giữa mô bệnh học với một số yếu tố. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 98 bệnh nhân có polyp đại trực tràng kích thước 10 – 19 mm, điều trị tại bệnh viện Quân y 175, thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023. Chẩn đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới năm 2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $58,2 \pm 10,3$ . Tỷ lệ nam/ nữ là 7,2. Polyp đại tràng đoạn xa chiếm tỷ lệ cao hơn so với polyp đại tràng đoạn gần (74,4% so với 25,6%), trong đó polyp đại tràng sigma (46,9%), polyp trực tràng (14,3%), polyp đại tràng xuống (12,2%). Tỷ lệ polyp có cuống là 52%, polyp không cuống là 48%. Tỷ lệ carcinoma tuyến là 6,1% và tỷ lệ polyp tuyến ống nhánh là 11,2%. Loạn sản mức độ cao chiếm 6,6% trong tổng số polyp tân sinh. Tỷ lệ ung thư tuyến đại trực tràng ở nhóm bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi cao hơn so với nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi, ở nữ giới cao hơn so với nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). Không có mối liên quan giữa mô bệnh học với vị trí, hình dạng và đặc điểm bề mặt của polyp kích thước 10 – 19 mm. **Kết luận:** Polyp kích thước 10 – 19mm có tỷ lệ ác tính là 6,1%. Tỷ lệ polyp ác tính tăng theo tuổi, cao hơn ở nữ giới và không có mối liên quan với đặc điểm vị trí, hình dạng và bề mặt polyp trên nội soi. **Từ khóa:** Polyp đại trực tràng kích thước 10-19mm, hình ảnh nội soi, mô bệnh học.

**SUMMARY****CHARACTERISTICS OF COLORECTAL POLYPS LESS 10 – 19 MM IN SIZE**

**Objectives:** To describe the endoscopic image and histopathological characteristics of colorectal polyps 10 – 19 mm in size and the relationship between histopathology and some factors. **Materials and methods:** Cross-sectional study on 98 patients with colorectal polyps 10 – 19 mm in size, treated Military Hospital 175, from January 2022 until December 2023. The histopathological diagnosis of colorectal polyps was based on the standards of the World Health Organization in 2019. **Results:** The average age of patients was  $58,2 \pm 10,3$ . The male/female ratio was 4.99/1. Distal colon polyps accounted for a higher proportion than proximal colon polyps (74.4% versus 25.6%), in which sigmoid colon polyps (46.9%), rectal polyps (14.3 %), descending colon polyps (12.2%). 48.0% of polyps were sessile.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đào Đức Tiến

Email: ddtien1101@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024

The rate of adenocarcinoma and tubulovillous adenoma were 6.1% and 11.2%. The high-grade dysplasia rate of neoplastic polyps was 6.6%. The rate of colorectal adenocarcinoma in the group of patients  $\geq 60$  years old was higher than that of the group of patients under 60 years old, higher in women than in men, the difference was statistically significant (with  $p < 0.05$ ). There was no relationship between histopathology and location, morphology and surface characteristics of polyps 10 - 19 mm in size. **Conclusion:** The rate of colorectal polyps 10 - 19 mm in size was 6.1%. The rate of malignant polyps increased with advancing age, was higher in women and there was no relationship between malignant polyp rate with polyp location, morphology and surface characteristics on endoscopy.

**Keywords:** Colorectal polyps less than, endoscopic images, histopathology.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư đại trực tràng (ĐTT) là bệnh ung thư phổ biến thứ 3 ở nam giới và thứ 2 ở nữ giới. Hầu hết ung thư ĐTT đều phát sinh từ polyp tuyến, thông qua trình tự polyp tuyến – ung thư biểu mô, do sự mất ổn định của nhiễm sắc thể. Polyp tuyến có thể được phân loại là tổn thương nguy cơ thấp, trung bình hoặc cao dựa trên nguy cơ tiến triển thành ung thư. Các tổn thương được coi là tiến triển khi chúng có kích thước  $\geq 1$  cm hoặc có thành phần nhung mao hoặc loạn sản mức độ cao [9]. Theo nghiên cứu của tác giả Turner, K. O. (2018), tỷ lệ ung thư ĐTT tăng theo kích thước, chiếm 0,1% ở nhóm polyp kích thước 6 - 9 mm, 0,5% ở nhóm polyp kích thước 10 - 19 mm và 2,2% ở nhóm polyp kích thước từ 20 mm trở lên [10]. Tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu tiến hành trên các polyp có kích thước  $\geq 20$  mm hoặc  $\geq 10$  mm, chưa có nghiên cứu đánh giá nào ở nhóm kích thước 10 – 19 mm, trong khi nhóm polyp này phổ biến hơn so với polyp  $\geq 20$  mm. Đánh giá nguy cơ ung thư của polyp kích thước 10 – 19 mm có thể ảnh hưởng đến phương pháp cắt bỏ vì polyp nguy cơ ung thư hóa cao được khuyến cáo nên cắt bỏ một cách tối ưu theo phương pháp en bloc. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đặc điểm của polyp đại trực tràng kích thước 10 – 19 mm” để đánh giá tỷ lệ ung thư ĐTT, mối liên quan giữa một số yếu tố như tuổi, giới, đặc điểm hình ảnh nội soi với mô học polyp ĐTT kích thước 10 – 19 mm để đưa ra chiến lược quản lý, điều trị phù hợp.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 98 bệnh nhân có polyp ĐTT có kích thước polyp lớn nhất từ 10 – 19 mm trên nội soi, điều trị tại Bệnh viện Quân y 175, thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có polyp kích thước lớn nhất từ 10 – 19 mm trên nội soi, có đủ hồ sơ bệnh án, kết quả nội soi, xét nghiệm mô bệnh học.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có polyp kích thước  $\geq 20$  mm hoặc bệnh nhân có polyp kích thước lớn nhất  $< 10$  mm trên nội soi, không có đủ hồ sơ bệnh án, kết quả nội soi và xét nghiệm mô bệnh học, bệnh nhân dưới 18 tuổi.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang phân tích.

- Chẩn đoán mô bệnh học polyp ĐTT theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (2019) [6].

- Phương pháp tiến hành: Lựa chọn các bệnh nhân có polyp ĐTT có kích thước lớn nhất từ 10 – 19 mm. Tiến hành khai thác các thông tin về tuổi, giới của bệnh nhân. Ở mỗi bệnh nhân, chọn polyp có kích thước lớn nhất và từ 10 – 19 mm để mô tả các đặc điểm của polyp, bao gồm: Vị trí theo mô tả giải phẫu của ĐTT. Các polyp nằm từ góc lách của đại tràng về trước là polyp ĐTT đoạn gần, trong khi những polyp nằm sau góc lách là polyp ĐTT đoạn xa [8].

Đặc điểm cuống: Có cuống, bán cuống, không cuống.

Đặc điểm bề mặt: Nhẵn, sần sùi, chảy máu, loét.

Khai thác phân loại mô bệnh học của polyp ĐTT và mức độ loạn sản theo phân loại của WHO năm 2019 [6].

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS 22.0. Phân tích thống kê bằng tính tần suất, tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh các giá trị trung bình bằng kiểm định T test. So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định chi bình phương hoặc Fisher test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới của bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	20 - 39	3	3,0
	40 – 59	48	49,0
	$\geq 60$	47	48,0
Tuổi trung bình		58,2 $\pm$ 10,3	
Giới	Nữ	12	12,2
	Nam	86	87,8

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,2  $\pm$  10,3. Phần lớn bệnh nhân có độ tuổi từ 40 – 59 (49%) và  $\geq 60$  (48%). Nam giới chiếm tỷ lệ là 87,8%, cao hơn so với nữ giới (12,2%), tỷ lệ nam/ nữ là 7,2.

**Bảng 3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi polyp đại trực tràng kích thước 10 – 19 mm**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Vị trí	Đại tràng gần	Manh tràng	2	2,1
		ĐT lên	12	12,2
		ĐT góc lách	3	3,1
		ĐT ngang	8	8,2
		<b>Tổng</b>	<b>25</b>	<b>25,6</b>
	Đại tràng xa	ĐT góc gan	1	1,0
		ĐT xuống	12	12,2
		ĐT sigma	46	46,9
		Trực tràng	14	14,3
		<b>Tổng</b>	<b>73</b>	<b>74,4</b>
Cuống	Có	51	52	
	Không	47	48	
Bề mặt	Nhẵn	88	89,8	
	Sần sùi	7	7,1	
	Chảy máu	1	1,0	
	Loét	2	2,1	

Polyp đại tràng đoạn xa kích thước 10 – 19 mm chiếm tỷ lệ cao hơn so với polyp đại tràng đoạn gần (74,4% so với 25,6%), trong đó polyp đại tràng sigma chiếm tỷ lệ cao nhất (46,9%), tiếp theo là polyp trực tràng (14,3%), polyp đại tràng xuống (12,2%).

Tỷ lệ polyp có cuống là 52%, polyp không cuống là 48%. 89,8% polyp có bề mặt nhẵn, tỷ lệ polyp có bề mặt sần sùi, chảy máu và loét lần lượt là 7,1%, 1,0% và 2,1%.

**Bảng 3.3. Đặc điểm mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước 10 – 19 mm**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Mô bệnh học	Tân sinh	Tuyến ống	65	66,3
		Tuyến ống nhánh	11	11,2
	Không tân sinh	Tăng sản	8	8,2
		Viêm	8	8,2
	Carcinoma tuyến	6	6,1	
Mức độ loạn sản (polyp tân sinh)	Thấp	71	93,4	
	Cao	5	6,6	

Tỷ lệ carcinoma tuyến ở polyp ĐTT kích thước từ 10 – 19 mm là 6,1%. Tỷ lệ polyp tân sinh là 77,5%, trong đó polyp tuyến ống là 66,3% và polyp tuyến ống nhánh là 11,2%. Tỷ lệ loạn sản mức độ cao của polyp tân sinh kích thước 10 – 19 mm là 6,6%.

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm mô bệnh học polyp đại trực tràng kích thước 10 - 19 mm với tuổi, giới của bệnh nhân**

Mô bệnh học	Đặc điểm	Tuổi			Giới		
		< 60 (n,%)	≥ 60 (n,%)	p	Nữ (n,%)	Nam (n,%)	p
MBH chung	Tân sinh	36 (70,6)	40 (85,1)	0,03*	08 (66,7)	68 (79,1)	0,00*
	Không tân sinh	13 (25,5)	03 (6,4)		0 (0)	16 (18,6)	
	Carcinoma	02 (3,9)	04 (8,5)		04 (33,3)	02 (2,3)	
MBH polyp tân sinh	Tuyến ống	29 (80,6)	36 (90)	0,24*	06 (75)	59 (86,8)	0,32***
	Tuyến ống nhánh	07 (19,4)	04 (10)		02 (25)	09 (13,2)	
Mức độ loạn sản	Cao	10 (14,1)	01 (20)	0,55***	0 (0)	05 (7,4)	0,56***
	Thấp	61 (85,9)	04 (80)		08 (100)	63 (92,6)	

\*: Kiểm định Chi bình phương, \*\*: Kiểm định Fisher, \*\*\*: Kiểm định T – test.

Tỷ lệ carcinoma tuyến ĐTT ở nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi cao hơn so với nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi, ở nữ cao hơn so với nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05). Không có mối liên quan giữa mô bệnh học và mức độ loạn sản của polyp tân sinh với tuổi và giới của bệnh nhân.

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa đặc điểm mô bệnh học polyp đại trực tràng kích thước 10 - 19 mm với vị trí polyp**

Mô bệnh học	Vị trí	ĐT đoạn xa (n, %)	ĐT đoạn gần (n, %)	p
MBH chung (n=98)	Tân sinh	56 (76,7)	20 (80)	0,87*
	Không tân sinh	12 (16,4)	04 (16)	
	Carcinoma	05 (6,9)	01 (04)	
MBH polyp tân sinh (n=76)	Tuyến ống	46 (82,1)	19 (95)	0,15**
	Tuyến ống nhánh	10 (17,9)	01 (05)	
Mức độ loạn sản (n=76)	Cao	05 (8,9)	0 (0)	0,20**
	Thấp	51 (91,1)	20 (100)	

Không có mối liên quan giữa đặc điểm mô bệnh học polyp kích thước 10 - 19 mm với vị trí polyp.

**Bảng 3.6. Mối liên quan giữa đặc điểm mô bệnh học polyp đại trực tràng kích thước 10 - 19 mm với đặc điểm hình dạng và bề mặt polyp**

Mô bệnh học	Đặc điểm	Hình dạng			Bề mặt		
		Không cuống (n, %)	Có cuống (n, %)	p	Nhẵn (n, %)	Không nhẵn (n, %)	p
MBH chung	Tân sinh	32 (68,1)	44 (86,3)	0,06*	67 (76,1)	09 (90,0)	0,31*
	Không tân sinh	10 (21,3)	06 (11,8)		16 (18,2)	0 (0)	
	Carcinoma	05 (10,6)	01 (2,0)		05 (5,7)	01 (10,0)	
MBH polyp tân sinh	Tuyến ống	28 (87,5)	37 (84,1)	0,47**	59 (88,1)	06 (66,7)	0,11**
	Tuyến ống nhánh	04 (12,5)	07 (15,9)		08 (11,9)	03 (33,3)	
Mức độ loạn sản	Cao	03 (9,4)	02 (4,5)	0,35**	04 (6,0)	01 (11,1)	0,44**
	Thấp	29 (90,6)	42 (95,5)		63 (90,4)	08 (88,9)	

Không có mối liên quan giữa đặc điểm mô bệnh học polyp kích thước 10 - 19 mm với hình dạng và bề mặt polyp.

**IV. BÀN LUẬN**

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,2 ± 10,3. Phần lớn bệnh nhân có độ tuổi từ 40 – 59 (49%) và ≥ 60 (48%). Phân bố tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước như Sousa Andrade, C. (2008) [9], Trần Thanh Hà [1].

Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới phù hợp với nhiều nghiên cứu [1], [9]. Tuy nhiên, tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao

(7,2/1) do nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Quân y 175, có đối tượng khám là bộ đội có đặc thù tỷ lệ nam giới cao hơn so với nữ giới.

Vị trí phân bố và hình dạng polyp trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước, với đặc điểm polyp phân bố ở đại tràng xa nhiều hơn so với đại tràng gần. Theo nghiên cứu của tác giả Silva, S. M. và cộng sự (2014), tỷ lệ polyp kích thước trên 1 cm đại tràng đoạn xa là 64,5% và polyp đoạn gần là 35,5%, tỷ lệ polyp có cuống là 67,7% và polyp không cuống là 32,2% [8]. Tỷ lệ polyp đoạn xa và gần được xác định ở 82,9% và 36,9% bệnh nhân trong nghiên cứu

của Sousa Andrade, C. và cộng sự (2008) [9].

Tỷ lệ ung thư ĐTT trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,1%, cao hơn so với nghiên cứu của Parsa, N. và cộng sự (2019) [7] và Turner, K. O. (2018) [10] với tỷ lệ lần lượt là 0,9% và 0,5%. Sự khác nhau này có thể xuất phát từ đặc điểm quần thể nghiên cứu và cỡ mẫu nghiên cứu. Các tác giả trên thế giới đánh giá tỷ lệ ác tính của polyp kích thước 10 – 19 mm với cỡ mẫu rất lớn, là 3068 polyp trong nghiên cứu của Parsa, N. và cộng sự (2019) [7] và 85581 polyp trong nghiên cứu của Turner, K. O. (2018) [10], trong khi nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên cỡ mẫu nhỏ hơn ( $n = 98$ ). Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tỷ lệ ác tính của polyp ĐTT kích thước 10 – 19 mm, vì vậy cần tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đánh giá nguy cơ ung thư hóa của polyp để đưa ra chiến lược quản lý và điều trị đúng. Tuy nhiên, dựa theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ polyp ác tính ở polyp ĐTT kích thước 10 - 19 mm khá cao. Vì vậy, nội soi cần đánh giá đầy đủ các đặc điểm, không bỏ qua sinh thiết làm mô bệnh học và xem xét chỉ định cắt en bloc đối với nhóm polyp này.

Tỷ lệ polyp tuyến ống nhánh trong nghiên cứu là 11,2%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Turner, K. O. (2018) với tỷ lệ polyp ống nhánh là 7,6% ở polyp kích thước 10 - 19 mm [10] và nghiên cứu của tác giả Silva, S. M. và cộng sự (2014) với tỷ lệ thành phần nhánh là 56% ở các polyp kích thước  $\geq 1$  cm [8]. Sự hiện diện của thành phần nhánh và kích thước polyp  $\geq 1$  cm được cho là yếu tố của polyp tân sinh tiến triển. Đây là thể mô bệnh học cần được theo dõi vì các u tuyến nhánh có liên quan đến việc tăng nguy cơ phát triển loạn sản và ung thư cao hơn so với các dạng khác.

Tỷ lệ loạn sản mức độ cao của polyp tân sinh kích thước 10 – 19mm trong nghiên cứu là 6,6%, cao hơn so với nghiên cứu của Turner, K. O. (2018) [10] với tỷ lệ là 1,3%. Loạn sản mức độ cao được coi là yếu tố polyp tân sinh tiến triển, là tình trạng tiền ung thư. Kết quả của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ của polyp tân sinh kích thước 10 -19 mm loạn sản mức độ cao khá cao, vì vậy sinh thiết làm xét nghiệm mô bệnh học rất có ý nghĩa để phát hiện tình trạng loạn sản ở nhóm polyp này, từ đó có biện pháp điều trị phù hợp cũng như theo dõi, tầm soát sau này.

Tỷ lệ carcinoma tuyến ĐTT ở nhóm bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi cao hơn so với nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). Tuổi tác được coi là yếu tố nguy cơ dẫn đến sự xuất hiện của polyp tuyến và

chứng loạn sản, tỷ lệ mắc bệnh này tăng lên ở bệnh nhân trên 60 tuổi [5]. Khoảng 60 - 90% ung thư đại trực tràng phát sinh từ polyp tuyến, thông qua trình tự polyp tuyến - ung thư biểu mô. Trong phần lớn các trường hợp, quá trình chuyển đổi này diễn ra tương đối chậm, mất tới 10 - 15 năm. Vì vậy, tuổi càng cao, tỷ lệ mắc ung thư ĐTT càng cao.

Tỷ lệ mắc ung thư ĐTT của 2 giới khác nhau trong nhiều nghiên cứu. Theo nghiên cứu của tác giả Jung, K. W (2019), ung thư ĐTT xảy ra thường xuyên hơn ở nam giới, với tỷ lệ chuẩn hóa theo độ tuổi là 38,6/100 000 đối với nam so với 21,8/100 000 đối với nữ vào năm 2018, được giải thích bởi ảnh hưởng của yếu tố sinh học và hành vi như tỷ lệ hút thuốc, uống rượu và xu hướng tích mỡ nội tạng cao hơn [4]. Tuy nhiên, theo Ferlay, J. và cộng sự (2019), tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do ung thư ĐTT ở phụ nữ trên 65 tuổi ở nữ giới cao hơn so với nam giới, ung thư ĐTT là mối đe dọa sức khỏe lớn đối với phụ nữ lớn tuổi, được cho là do suy giảm estrogen ở phụ nữ lớn tuổi làm giảm nguy cơ bảo vệ [3].

Không có mối liên quan giữa đặc điểm mô bệnh học polyp kích thước 10 - 19 mm và vị trí, hình dạng và đặc điểm của polyp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Parsa, N. và cộng sự (2019), không có sự khác biệt về tỷ lệ ung thư của polyp kích thước 10 – 19 mm ở bên phải và bên trái đại tràng [7]. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của tác giả Sousa Andrade, C. và cộng sự (2008), tỷ lệ polyp tiến triển ở đoạn xa là 34,2% và tỷ lệ polyp tiến triển ở đoạn gần là 9,8% [9]. Một thử nghiệm lớn, đa trung tâm trên các bệnh nhân được nội soi sàng lọc cho thấy 50% bệnh nhân có tổn thương loạn sản đáng kể ở đoạn gần đại tràng và ung thư đoạn gần tăng gấp 2 lần khi không nội soi toàn bộ đại tràng [2]. Quyết định về việc ai cần nội soi toàn bộ dựa trên các phát hiện ở đoạn xa vẫn còn gây tranh cãi vì sự không chắc chắn về mối liên hệ giữa các phát hiện ở đoạn xa và đoạn gần. Trong một số trường hợp nhất định, bác sĩ nội soi gặp khó khăn khi đưa ống soi qua đại tràng, vì vậy, dẫn đến nội soi không hoàn chỉnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ủng hộ quan điểm cần nội soi toàn bộ, phát hiện và cắt bỏ các polyp, sinh thiết các tổn thương quan trọng để chẩn đoán, tránh bỏ sót tổn thương đại tràng đoạn gần.

## V. KẾT LUẬN

Polyp đại trực tràng kích thước 10 – 19 mm có tỷ lệ ác tính là 6,1%. Tỷ lệ polyp ác tính tăng theo tuổi, cao hơn ở nữ giới và không có mối liên

quan với đặc điểm vị trí, hình dạng và bề mặt polyp trên nội soi.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thanh Hà, Nguyễn Linh Toàn, Nguyễn Quang Duật, Dương Quang Huy,** Nghiên cứu hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước trên 10 mm, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. Tập 517, tháng 08, số 02, năm 2022.
2. **Brenner, H., et al.,** Role of colonoscopy and polyp characteristics in colorectal cancer after colonoscopic polyp detection: a population-based case-control study, *Ann Intern Med*, 2012. 157(4): p. 225-32.
3. **Ferlay, J., et al.,** Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012, *Int J Cancer*, 2015. 136(5): p. E359-86.
4. **Jung, K.W., et al.,** Cancer Statistics in Korea: Incidence, Mortality, Survival, and Prevalence in 2016, *Cancer Res Treat*, 2019. 51(2): p. 417-430.
5. **Kim, E.C. and P. Lance,** Colorectal polyps and their relationship to cancer. *Gastroenterol Clin North Am*, 1997. 26(1): p. 1-17.
6. **Nagtegaal, I.D., et al.,** The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*, 2020. 76(2): p. 182-188.
7. **Parsa, N., et al.,** Risk of cancer in 10-19mm endoscopically detected colorectal lesions, *Endoscopy*, 2019. 51(5): p. 452-457.
8. **Silva, S.M., et al.,** Influence of patient age and colorectal polyp size on histopathology findings, *Arq Bras Cir Dig*, 2014. 27(2): p. 109-13.
9. **Sousa Andrade, C., et al.,** [A thousand total colonoscopies: what is the relationship between distal and proximal findings?], *Acta Med Port*, 2008. 21(5): p. 461-6.
10. **Turner, K.O., R.M. Genta, and A. Sonnenberg,** Lesions of All Types Exist in Colon Polyps of All Sizes, *Am J Gastroenterol*, 2018. 113(2): p. 303-306.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG CỦA VIÊM PHỔI NẶNG DO ADENOVIRUS TẠI TRUNG TÂM BỆNH NHIỆT ĐỚI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Thanh Thụy<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Lâm<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

Viêm phổi do Adenovirus gây bệnh cảnh nặng nề và có thể để lại hậu quả lâu dài trên đường hô hấp. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng tử vong của viêm phổi nặng do Adenovirus tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu trên tất cả các hồ sơ bệnh án chẩn đoán viêm phổi nặng do Adenovirus, điều trị tại Trung tâm bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2022 - 31/12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhi nghiên cứu là 20,10 ± 15,54(tháng), tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ (nam chiếm 64,4%). Các ca bệnh tập trung từ tháng 8 đến tháng 12. Đặc điểm lâm sàng thường thấy: sốt (99,1%), số ngày sốt trung bình 9,01 ± 5,06 (ngày), ho (98,6%), viêm long đường hô hấp trên (89,4%), khó thở (100%), ral phổi (100%), suy hô hấp độ II (86,1%), suy hô hấp độ III (13,9%), thở oxy (87%), thở máy (39,4%). Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhi viêm phổi nặng do Adenovirus: thời gian mắc bệnh > 7 ngày, suy hô hấp độ III, thở máy, suy đa tạng. **Kết luận:** Viêm phổi nặng do Adenovirus có đặc điểm lâm sàng đa dạng, tương đối giống với các tác nhân virus khác

nhưng diễn biến nặng và kéo dài hơn. Một số yếu tố tiên lượng tử vong của viêm phổi nặng do Adeno virus là thời gian mắc bệnh > 7 ngày, suy hô hấp độ III, thở máy, suy đa tạng.

**Từ khóa:** Viêm phổi nặng, Adenovirus.

#### SUMMARY

#### CLINICAL EPIDEMIOLOGY CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR MORTALITY OF SEVERE ADENOVIRUS PNEUMONIA IN CHILDREN AT CENTER FOR TROPICAL DISEASES OF NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Adenovirus pneumonia causes severe symptoms and can have long-term consequences on the respiratory system. **Objectives:** Describe the epidemiological, clinical characteristics and risk factors for mortality of severe Adeno virus pneumonia in children at center for tropical diseases of national children's hospital in 2022. **Methods:** cross-sectional descriptive study, all patients medical record with confirmed diagnosis of severe Adenovirus pneumonia at center for tropical diseases of national children's hospital from 01/01/2022 to 31/12/2022. **Results:** The average age of pediatric patients is 20.10 ± 15.54 months, the males is more than females (account for 64.4%). Most of the cases are admitted to hospital from August to December. Common clinical symptom: fever (99.1%), average number of fever days 9.01 ± 5.06; cough 98.6%, upper respiratory tract inflammation 89.4%, Shortness of breath 100%, ral 100%, respiratory failure grade II 86.1%, grade III

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Thụy

Email: drnguyen80@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024