

- 2016;41(2):E91-E100.
- Nerland US, Jakola AS, Solheim O, et al.** Minimally invasive decompression versus open laminectomy for central stenosis of the lumbar spine: Pragmatic comparative effectiveness study. *BMJ*. 2015;350(apr01 1):h1603-h1603.
 - George J. Dohrmann, Nassir Mansour, et al.** "Long-term results of various operations for lumbar disc herniation: Analysis of over 39,000 patients". *Med Princ Pract*. 2015 May; 24(3): 285-290.
 - Liu L, Xue H, Jiang L, et al.** Comparison of Percutaneous Transforaminal Endoscopic Discectomy and Microscope-Assisted Tubular Discectomy for Lumbar Disc Herniation. *Orthop Surg*. 2021;13(5):1587-1595

GIÁ TRỊ CỦA PHÂN LOẠI JNET TRONG TIÊN ĐOÁN MÔ BỆNH HỌC POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TÂM ANH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đặng Lê Bích Ngọc¹, Phạm Hữu Tùng¹, Đỗ Minh Hùng¹,
Trần Thanh Bình¹, Nguyễn Phước Lâm¹, Hồ Thị Bích Thủy¹,
Hoàng Lạc Long¹, Lê Thị Bích Ngọc¹, Ngô Dương Tuấn Vũ¹,
Nguyễn Ngọc Lai¹, Trần Thường Duy¹, Trần Văn Tụ¹, Phan Thị Ngọc Diệp¹,
Phùng Đức Tiến¹, Hồ Quang Phú¹, Phạm Công Khánh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc dự đoán được mô bệnh học polyp đại trực tràng chính xác sẽ giúp ích nhiều trong việc quyết định thái độ xử trí của bác sĩ (BS) nội soi (NS). Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy phân loại JNET với NS dải băng tần hẹp (NBI) có phóng đại (M) có giá trị trong ứng dụng lâm sàng. Tuy nhiên, chưa được áp dụng nhiều tại Việt Nam. Do khó khăn trong việc trang bị hệ thống NS có NBI-M và BS được đào tạo về phân loại JNET nên số liệu báo cáo tại Việt Nam còn khiêm tốn. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu (NC) này tại Đơn vị NS thuộc Trung tâm NS và Phẫu thuật NS tiêu hóa (TTNS&PTNSTH), Bệnh viện Đa Khoa (BV) Tâm Anh Tp Hồ Chí Minh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định giá trị tiên đoán mô bệnh học (MBH) của phân loại JNET với NS dải băng tần hẹp có phóng đại. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC quan sát, mô tả cắt ngang trên 401 bệnh nhân với 456 polyp được thực hiện NS đại trực tràng (ĐTT) với hệ thống máy soi Olympus EVIS X1 CV-1500 có NBI (Narrow Banding Imaging), chế độ phóng đại (M) và ống soi ĐT CF-EZ1500DL tại Đơn vị NS thuộc TTNS&PTNSTH, BV Đa Khoa Tâm Anh Tp Hồ Chí Minh từ 1/11/2023 đến 31/01/2024. Số liệu được lưu trữ và xử lý trên Excel và SPSS 25.0. **Kết quả:** Có 87% polyp phát hiện ở tuổi ≥ 40 , trong đó độ tuổi 40-50 chiếm 21,9%. Tỷ lệ JNET 1, JNET 2A, JNET 2B, JNET 3 tương ứng là 12,1%; 85,5%; 1,5%; 0,9%. Độ nhạy (ĐN), độ đặc hiệu (ĐĐH) của phân loại JNET tương ứng với JNET 1 là 80% và 98,3%; JNET 2A là 98,1% và 75,6%; JNET 2B là 45,5% và 99,5%; JNET 3 là 66,7% và 100%. ĐĐH trong việc phân biệt u tân

sinh ác tính với u tân sinh lành tính và phân biệt ung thư xâm lấn sâu (SM-D) với các u tân sinh khác đều là 100%. **Kết luận:** Phân loại JNET với hệ thống NS NBI-M có độ nhạy và đặc hiệu cao trong việc dự đoán MBH polyp đại trực tràng. Từ đó giúp BS có thái độ xử trí polyp đúng đắn mà không cần đợi kết quả MBH, tiết kiệm chi phí, thời gian, công sức của người bệnh, hạn chế các phẫu thuật (PT) không cần thiết. Do đó, phân loại JNET nên được áp dụng rộng rãi và thường quy trong tất cả các bệnh nhân NS đại trực tràng tại Việt Nam.

Từ khóa: polyp đại trực tràng, phân loại JNET, nội soi dải băng tần hẹp có phóng đại tiêu cự kép.

SUMMARY

THE VALUE OF JNET CLASSIFICATION IN PREDICTING OF COLORECTAL POLYP HISTOLOGY AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY

Background: Accurately predicting the histopathology of colorectal polyps is helpful in deciding the treatment attitude of the endoscopists. Many studies around the world have proven the JNET Classification with NBI-M endoscopy is effective but has not been widely applied in Vietnam due to the need to be equipped with an NBI-M system and doctors trained in JNET classification, so the data reported in Vietnam Nam is still modest. **Aims:** To determine the histopathological predictive value of JNET classification with narrow band imaging (NBI), dual focus magnifying (M-DF) endoscopy. **Materials and methods:** Observational, cross-sectional study was conducted, involving a sample of 401 patients with 456 polyps from November 1, 2023 to January 31, 2024 at Tam Anh Hospital, Ho Chi Minh City. The Olympus EVIS X1 CV-1500 system having NBI (Narrow Banding Imaging) with dual focus magnification mode and CF-EZ1500DL Colonoscope were used to evaluate polyps according to the JNET classification. Data were analyzed by SPSS 25.0 software. **Results:** 87% of

¹Bệnh viện Tâm Anh Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Lê Bích Ngọc

Email: drngocdang2009@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024

polyps were detected at age ≥ 40 , of which the age of 40-50 accounted for 21,9%. The rate of JNET 1, JNET 2A, JNET 2B, JNET 3 were 12,1%; 85,5%; 1,5%; 0,9% respectively. The sensitivity and specificity of JNET classification were 80% and 98,3% for JNET 1; 98,1% and 75,6% for JNET 2A; 45,5% and 99,5% for JNET 2B; 66,7% và 100% for JNET 3. The specificity in distinguishing malignant neoplasia (including high-grade adenomas and invasive cancers) and benign neoplasia (including low-grade adenomas); in distinguishing deeply invasive cancer from the remaining types of neoplasia were all 100%.

Conclusions: NBI based JNET classification with Dual-focal magnification has high value in predicting the histology of colorectal polyps, thereby, it could help the endoscopists to have the right attitude for management of the polyps without waiting for the histology results, saving the costs, time, effort, and limiting the unnecessary surgeries. Therefore, the JNET classification should be widely and routinely used in Vietnam. **Keywords:** colorectal polyps, JNET classification, narrow-band endoscopy with Dual-focus magnification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư ĐTT là loại ung thư có tỷ lệ mắc đứng hàng thứ ba và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai (9,4%) theo cơ sở dữ liệu GLOBOCAN của Tổ chức Y tế Thế giới. Phát hiện và cắt polyp ĐTT là phương pháp hiệu quả phòng ngừa, giảm tỷ lệ ung thư ĐTT. Việc áp dụng phân loại JNET trong NS để dự đoán được MBH trong chẩn đoán polyp ĐTT có thể đem lại lợi ích: giúp BS lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp cho bệnh nhân (BN) chỉ trong một lần NS nên BN sẽ tiết kiệm chi phí, thời gian, công sức. Hiện tại, Việt Nam việc áp dụng phân loại JNET vẫn còn hạn chế nên số liệu báo cáo còn khiêm tốn. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành NC giá trị của phân loại JNET trên NS NBI-M trong tiên đoán MBH polyp đại trực tràng tại BV Tâm Anh, TPHCM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Khoa NS - TTNS & PTNSTH - BV Tâm Anh TPHCM.
- Thời gian NC: 1/11/2023 đến 31/01/2024: Có 3221 BN NS ĐTT trong đó 2034 BN có polyp với tỷ lệ là 63,1%. Trong 2034 BN polyp ĐTT, có 401 BN thực hiện NS ĐTT với hệ thống máy soi Olympus EVIX X1 CV-1500 và ống soi ĐT CF-EZ1500DL được chọn vào mẫu NC.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- BN từ đủ 18 tuổi trở lên, có polyp được NSĐTT với hệ thống máy soi Olympus EVIX X1 CV-1500 và ống soi ĐT CF-EZ1500DL và đánh giá theo phân loại JNET dựa trên NBI-M.

- Polyp được cắt trọn nguyên khối (bằng kèm, Cold Snare, EMR /ESD và PT) và có chẩn đoán MBH.

- Các trường hợp có sử dụng thuốc chống huyết khối (Clopidogrel 75 mg, ASA 81 mg, NOACs, Acenocoumaro) được ngưng trước theo ý kiến chuyên gia tim mạch đều có thể sinh thiết, cắt polyp.

- BN đồng ý tham gia NC.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN có chống chỉ định NSĐTT và sinh thiết/cắt polyp trên NS (sử dụng chống huyết khối và chưa ngưng, rối loạn đông cầm máu, có xuất huyết tiêu hóa (XHTH) tiến triển, có bệnh lý nội khoa nặng).

- Mẫu sinh thiết, cắt polyp không đạt chất lượng để đánh giá kết quả MBH.

- BN không đồng ý tham gia NC.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. NC cắt ngang mô tả.

2.4. Các phương tiện nghiên cứu

- Hệ thống máy NS Olympus EVIX X1 CV-1500 có NBI-M tiêu điểm kép (Dual Focus).

- Ống soi ĐT CF-EZ1500DL.

- Sử dụng hệ thống bơm khí CO2 và bơm rửa có pha Simethicone.

- Khoa Giải Phẫu Bệnh Lý-BV Tâm Anh Hà Nội đạt chuẩn ISO.

2.5. Kinh nghiệm các BS NS

- Có kỹ năng đánh giá và thông thạo phân loại JNET và NBI-M.

2.6. Quy trình NSĐTT và nhận định kết quả

2.6.1. Chuẩn bị NS ĐT:

- Thuốc xổ Fortran 03 gói và thuốc tan bọt Simethicone.

- Gây mê tĩnh mạch.

2.6.2. Thuốc chống co thắt Buscopan thường quy

2.6.3. Quy trình NSĐTT: Theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật của BV Tâm Anh.

2.6.4. Quy trình đánh giá polyp:

- NS ánh sáng trắng.

- NS NBI-M, Dual Focus: phân loại theo JNET.

- Quyết định điều trị dựa trên phác đồ của Khoa NS-TTNS&PTNSTH-BV Tâm Anh TPHCM bao gồm: Dựa vào hình dạng, kích thước và mức độ xâm lấn.

* Cắt đốt: polyp có cuống (Paris 0-Ip).

* Đối với Paris 0-Is, 0-Isp, 0-IIa, 0-IIb quyết định dựa vào kích thước và JNET

+ Sinh thiết trọn bằng kèm với polyp $d < 3$ mm, JNET 1 đến 2A.

+ Cắt trọn thông lọng lạnh (Cold Snare): $d \# 3-5$ mm $< d < 10$ mm, JNET 1 đến 2A.

+ Cắt trọn Cold Snare hoặc cắt hớt niêm mạc qua NS (EMR): d# 10-19 mm, JNET 2A.
 + Cắt trọn EMR/ESD: d ≥ 20 mm, JNET 1 và 2A.
 + Với JNET 2B:
 Cắt trọn EMR khi polyp d < 20 mm.
 Bóc tách dưới niêm mạc qua NS (ESD) khi polyp d ≥ 20mm.
 Sinh thiết khi còn nghi ngờ.
 *Đối với polyp nghi ngờ xâm lấn sâu: xác nhận qua sinh thiết và PT.

2.6.5. Định nghĩa thuật ngữ MBH:

- Ung thư:
 Xâm lấn nông (SM-S): xâm lấn qua lớp dưới niêm < 1000 μm
 Xâm lấn sâu (SM-D): xâm lấn qua lớp dưới niêm ≥ 1000 μm
 - Diện cắt an toàn:
 Đối với u tuyến: diện cắt chân không có tế bào u.
 Đối với ung thư: diện cắt ngang: âm tính, diện cắt dọc: xâm lấn sâu không quá lớp dưới niêm ≥ 1000 μm, không xâm lấn mạch máu và thần kinh, không chồi (budding) hoặc chồi thấp.

Bảng 1: Phân loại JNET

| | Type 1 | Type 2A | Type 2B | Type 3 |
|--------------------------|---|---|---|---|
| Cấu trúc mạch máu | Không thấy ¹ | - Kích thước bình thường - Phân bố bình thường (Dạng mạng lưới/xoắn ốc) ² | -Kích thước thay đổi -Phân bố bất thường | - Mạch máu rời rạc - Các mạch máu dày bị cắt đứt |
| Cấu trúc bề mặt | -Nhiều chấm trắng hoặc đen bình thường -Tương tự cấu trúc bình thường xung quanh | Bình thường (Ông/Phân nhânb/Nhú) | Bất thường hoặc không rõ ràng | Nhiều vùng mất cấu trúc |
| Mô học | - Polyp tăng sinh & Polyp không cường dạng răng cưa (SSP) | - Nghịch sản mức độ thấp | - Nghịch sản mức độ cao - Ung thư xâm lấn lớp nông dưới niêm mạc ³ | - Ung thư xâm lấn lớp sâu dưới niêm mạc |
| Hình ảnh | | | | |

2.7. Phân loại MBH

- Polyp được phân loại theo Tổ Chức Y Tế Thế Giới (2019) và đánh giá loạn sản theo phân loại Vienna cải tiến. Sau đó polyp được phân làm 2 nhóm tân sinh và không tân sinh.
 U không tân sinh bao gồm: Polyp tăng sản, Polyp thiếu niên, polyp Peutz-Jeghers, polyp viêm.
 U tân sinh bao gồm: u tuyến, tổn thương răng cưa bao gồm không cường và polyp răng cưa truyền thống, ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma). Thay đổi so với 2010: tổn thương răng cưa đã được xếp vào nhóm u tân sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2: Đặc điểm chung

| | Số lượng | Tỷ lệ |
|-------------|----------|-------|
| Tổng | 401 | 100% |
| Tuổi | <40 tuổi | 13% |

| | | | |
|----------------|-------------------------|-----|-------|
| | 40 - 50 tuổi | 88 | 21,9% |
| | 51 - 60 tuổi | 110 | 27,4% |
| | >60 tuổi | 151 | 37,7% |
| Giới | Nam | 234 | 58,4% |
| | Nữ | 167 | 41,6% |
| Tiền sử | Hút thuốc lá | 81 | 20,2% |
| | Rượu | 114 | 28,4% |
| | Gia đình có polyp ĐTT | 4 | 1,0% |
| | Gia đình có ung thư ĐTT | 7 | 1,7% |
| | Thuốc kháng đông | 21 | 5,2% |

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng

| Triệu chứng lâm sàng | Số lượng | Tỷ lệ |
|----------------------|------------|-------------|
| Đau bụng | 147 | 36,7% |
| Tiêu lỏng | 48 | 12,0% |
| Táo bón | 24 | 6,0% |
| Tiêu nhầy | 5 | 1,2% |
| Tiêu máu | 23 | 5,7% |
| Kiểm tra sức khỏe | 118 | 29,4% |
| Khác | 36 | 9,0% |
| Tổng | 401 | 100% |

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là: đau bụng chiếm 36,7%.

Bảng 4: Chẩn đoán lâm sàng

| Chẩn đoán lâm sàng | Số lượng | Tỷ lệ |
|---------------------------|------------|-------------|
| Viêm ĐT | 164 | 40,9% |
| Hội chứng ruột kích thích | 40 | 10,0% |
| Rối loạn tiêu hóa | 21 | 5,2% |
| Kiểm tra sức khỏe | 132 | 33% |
| Táo bón | 31 | 7,7% |
| Khác | 13 | 3,2% |
| Tổng | 401 | 100% |

Chẩn đoán lâm sàng thường là viêm ĐT chiếm 40,9%.

Bảng 5: Đặc điểm NS

| | Số lượng | Tỷ lệ |
|------------------------|----------|-------|
| Vị trí polyp | 456 | 100% |
| Trực tràng | 16 | 3,5% |
| ĐT chậu hông | 150 | 32,8% |
| ĐT xuống | 55 | 12,1% |
| ĐT góc lách | 10 | 2,2% |
| ĐT ngang | 100 | 21,9% |
| ĐT góc gan | 35 | 7,7% |
| ĐT lên | 71 | 15,6% |
| Manh tràng | 19 | 4,2% |
| Kích thước | | |
| < 5mm | 22 | 4,8% |
| 5-10 mm | 398 | 87,3% |
| 11-19 mm | 25 | 5,5% |
| ≥ 20mm | 11 | 2,4% |
| Phân loại Paris | | |
| 0-Is | 40 | 8,8% |
| 0-Isp | 36 | 7,9% |
| 0-Ip | 18 | 3,9% |
| 0-IIa | 362 | 79,4% |

| Phân loại JNET | Số lượng | Tỷ lệ |
|----------------|----------|-------|
| JNET 1 | 55 | 12,1% |
| JNET 2A | 390 | 88,5% |
| JNET 2B | 7 | 1,5% |
| JNET 3 | 4 | 0,9% |

Bảng 6: Đặc điểm thủ thuật NS

| | Số lượng | Tỷ lệ | |
|-------------------------|----------|-------|--------------------|
| Cắt COLD SNARE | 430 | 94,3% | |
| Cắt đốt | 13 | 2,9% | |
| Sinh thiết | 5 | 1,1% | |
| EMR | 7 | 1,5% | |
| ESD | 1 | 0,2% | |
| Cắt trọn | 451/451 | 100% | |
| Bờ an toàn (MBH) | | | |
| Không | 1/451 | 0,2% | Xử trí: Đề nghị PT |

Bảng 7: Đặc điểm của MBH

| MBH | | Số lượng | Tỷ lệ |
|---------------------------------|---------------------|------------|-------------|
| Polyp tăng sản (HP) | | 48 | 10,5% |
| Polyp răng cưa không cuống(SSP) | Không loạn sản | 12 | 2,6% |
| | Loạn sản thấp (LGD) | 0 | 0 |
| | Loạn sản cao (HGD) | 0 | 0 |
| U tuyến | Loạn sản thấp (LGD) | 379 | 83,1% |
| | Loạn sản cao (HGD) | 8 | 1,8% |
| Ung thư | SM-S | 3 | 0,7% |
| | SM-D | 6 | 1,3% |
| Tổng | | 456 | 100% |

Bảng 8: Môi quan hệ giữa phân loại JNET và kết quả MBH

| Phân loại JNET | MBH | | | | | Tổng |
|----------------|-----------|-------------|----------|--------------|----------|------------|
| | HP & SSP | U tuyến LGD | HGD | Ung thư SM-S | SM-D | |
| JNET 1 | 48 | 7 | 0 | 0 | 0 | 55 |
| JNET 2A | 12 | 372 | 6 | 0 | 0 | 390 |
| JNET 2B | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 7 |
| JNET 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| Tổng | 60 | 379 | 8 | 3 | 6 | 456 |

Bảng 9: Giá trị tiên đoán MBH của Phân Loại JNET

| JNET | ĐN (%) | ĐĐH | GTTĐ dương | GTTĐ âm |
|---------|--------|-------|------------|---------|
| JNET 1 | 80% | 98,3% | 87,2% | 97% |
| JNET 2A | 98,1% | 75,6% | 95,3% | 89,3% |
| JNET 2B | 45,5% | 99,5% | 71,4% | 98,6% |
| JNET 3 | 66,7% | 100% | 100% | 100% |

Bảng 10: Bảng mối liên quan JNET và MBH: u tân sinh ác tính và u tân sinh lành tính

| MBH | LGD | HGD+ung thư | Tổng |
|-----------------|------------|-------------|------------|
| JNET 1 | 7 | 0 | 7 |
| JNET 2A | 372 | 6 | 378 |
| JNET 2B+ JNET 3 | 0 | 11 | 11 |
| Tổng | 379 | 17 | 396 |

ĐN và ĐĐH phân biệt u tân sinh ác tính (HGD và ung thư) và U tân sinh lành tính (LGD) dựa trên phân loại JNET là: 64,7% và 100%.

Bảng 11: Bảng mối liên quan JNET và MBH: ung thư xâm lấn sâu và u tân sinh còn lại

| | SM-D | LGD+HGD + ung thư SM-S | Tổng |
|-------------------|----------|------------------------|------------|
| JNET 3 | 4 | 0 | 4 |
| JNET 1+2A+JNET 2B | 2 | 384 | 386 |
| Tổng | 6 | 384 | 390 |

ĐN và ĐĐH ung thư SM-D với các u tân sinh còn lại dựa trên phân loại JNET là: 66,7% và 100%.

IV. BÀN LUẬN

Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ nam: nữ là 1,4:1; 87% tuổi ≥40 và 21,9% BN tuổi 40-50. Có 5,2% BN sử dụng thuốc chống huyết khối vẫn tiến hành thủ thuật.

Về đặc điểm NS: Vị trí: ĐT sigma thường gặp nhất chiếm 32,8%, theo sau là ĐT ngang và ĐT lên 21,9% và 15,6%. Theo Hein [1] vị trí thường gặp nhất là trực tràng, ĐT sigma tiếp theo là ĐT lên, ĐT ngang 33.7%; 32.6% và cùng 7.6%.

Phân loại Paris: có 79,4% là 0-IIa thường dễ bỏ sót trong quá trình NSĐTT. Phân loại JNET: 88,5% là JNET 2A. Kích thước 5-10 mm: 87,3%. Xử trí: 94,3% cắt Cold Snare; 1,7% EMR và ESD. Không có biến chứng xảy ra. Bờ diện cắt không an toàn: 1 ca. Về đặc điểm MBH: Polyp tăng sản; SSP; u tuyến LGD; u tuyến HGD; ung thư SM-S; ung thư SM-D lần lượt là 10,5%; 2,6%; 83,1%; 1,8%; 0,7% và 1,3%.

Đối với JNET 1 bao gồm HP và SSP, ĐĐH cao 98,3% tương tự như NC: Kobayashi 96% [2], Koyama 98,6% [3], Sumimoto 99,9% [4], Hein 98,5% [1]. ĐN của JNET 1 trong việc phân biệt u không tân sinh và u tân sinh chỉ khá cao 80% tương tự như Koyama 78,1% [3], Kobayashi 75% [2]; thấp hơn NC Sumimoto 87,5% [4], Hirata 98,1% [5], Hein 96,2% [1], Lê Quang Nhân 86,5% [6]. Tuy nhiên cần lưu ý JNET 1 tương ứng với MBH là polyp tăng sản thuộc nhóm u không tân sinh và SSP hiện tại đã được xếp u tân sinh nên thân trọng với chẩn đoán JNET 1 chỉ có u không tân sinh. Việc này ảnh hưởng đến quyết định điều trị của BS NS. Các tổn thương SSP thường phân bố là ĐT phải, polyp tăng sản thường phân bố tại trực tràng và ĐT sigma, xử trí SSP nên được cắt trọn nguyên khối.

Đối với JNET 2A tương ứng MBH u tuyến LGD, ĐN là cao nhất 98,1% tương tự như NC Koyama 98% [3], Hein 97,8% [1], Kobayashi 91% [2], Lê Quang Nhân 91,9% [6]; cao hơn NC

Sumimoto 74,3% [4]. Ngược lại có ĐĐH chỉ mức 74,3% tương tự NC Koyama 76,5% [3], Kobayashi 70% [2], Lê Quang Nhân 81,4% [6] và thấp hơn Hein 97,9% [1], Sumimoto 92,7% [4]. Trong NC của chúng tôi bao gồm các BS có nhiều kinh nghiệm và các BS có ít kinh nghiệm hơn trong việc sử dụng hệ thống NBI và phân loại JNET. ĐĐH này có thể cải thiện thông qua việc đào tạo liên tục.

Đối với JNET 3 tương ứng ung thư SM-D có chỉ định PT, ĐĐH của chúng tôi là 100% tương tự như Koyama 99,5% [3], Sumimoto 99,8% [4], Kobayashi 100% [2], Hein 98,7% [1], Lê Quang Nhân 99,9% [6]. ĐN của chúng tôi 66,7% tương tự như Sumimoto 55,4% [4], Kobayashi 35% [2], Lê Quang Nhân 66,7% [6]. Như vậy đối với JNET 3 ĐĐH chung của các NC là rất cao.

Đối với JNET 2B tương ứng với MBH u tuyến HGD và ung thư SM-S có chỉ định cắt trọn qua NS bằng EMR/ESD, ĐĐH là 99,5% tương tự Koyama 99,1% [3], Kobayashi 95% [2], Hein 100% [1], Lê Quang Nhân 96,6% [6]. ĐN trong NC của chúng tôi là 45,5% tương tự NC của Koyama 43,5% [3], Kobayashi 42% [2], Lê Quang Nhân 54,7% [6] và thấp hơn NC của Sumimoto 61,9% [4], Hein 85,7% [1]. Như vậy ĐĐH chung của các NC đều cao, ĐN vẫn còn bàn cãi. Lý giải ĐN thấp chúng tôi đưa ra nguyên nhân: thứ nhất do số mẫu JNET 2B phát hiện thường nhỏ, thứ hai là đặc điểm MBH rộng từ u tuyến đến ung thư SM-D theo Sano 2016 [7], Kobayashi [2]. Do đó để giải quyết vấn đề chúng tôi khuyến cáo đối với tổn thương nghi ngờ JNET 2B chúng ta nên tiến hành NS có phóng đại và dùng chất nhuộm màu Indigo Carmin (Sumimoto) hoặc Crystal-Violet (Kobayashi) để đánh giá cấu trúc khe tuyến theo phân loại Kudo [5] [8] cải tiến, chia Vi gồm các bất thường nhẹ và các bất thường nặng, Vi bất thường nhẹ sẽ tương ứng với u HGD, ung thư SM-S và Vi bất thường nặng tương ứng ung thư SM-D.

Theo Hirata et al., 2019 [5] hiệu suất chẩn đoán liên quan đến hai điểm khác biệt quan trọng: (1) u tân sinh ác tính (bao gồm HGD và ung thư) và tân sinh lành tính (LGD) và (2) ung thư SM-D với các u tân sinh còn lại. ĐĐH phân biệt tân sinh ác tính với tân sinh lành tính là 84,7%-98,2%; ĐĐH phân biệt ung thư SM-D với các tân sinh khác là 99,8%-100,0%. Kết quả NC của chúng tôi: ĐĐH trong việc phân biệt tân sinh ác tính với tân sinh lành tính và phân biệt ung thư SM-D với các tân sinh khác đều là 100%. Sự phân

loại này sẽ cho phép các BS NS xác định được MBH các polyp, chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp có nên thực hiện cắt bỏ toàn bộ polyp hay không và tránh những PT không cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Phân loại JNET với hệ thống nội soi NBI có phóng đại, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong việc dự đoán MBH polyp ĐTT. Từ đó giúp bác sỹ có thái độ xử trí polyp đúng đắn mà không cần đợi kết quả MBH, tiết kiệm chi phí, thời gian, công sức của người bệnh, hạn chế các phẫu thuật không cần thiết. Do đó, phân loại JNET nên được áp dụng rộng rãi và thường quy trong tất cả các bệnh nhân nội soi đại trực tràng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. Hein**, "Diagnostic accuracy of Narrow Band Imaging colonoscopic findings on colorectal polyps and tumours by using JNET classification," 2022.
2. **S. Kobayashi et al.**, "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 Eur. Gastroenterol. J.*, vol. 7, no. 7, pp. 914–923, Aug. 2019, doi: 10.1177/2050640619845987.
3. **Y. Koyama et al.**, "Diagnostic efficacy of the Japan NBI Expert Team classification with dual-focus magnification for colorectal tumors," *Surg. Endosc.*, vol. 36, no. 7, pp. 5032–5040, Jul. 2022, doi: 10.1007/s00464-021-08863-7.
4. **K. Sumimoto et al.**, "Diagnostic performance of Japan NBI Expert Team classification for differentiation among noninvasive, superficially invasive, and deeply invasive colorectal neoplasia," *Gastrointest. Endosc.*, vol. 86, no. 4, pp. 700–709, Oct. 2017, doi: 10.1016/j.gie.2017.02.018.
5. **D. Hirata et al.**, "Effective use of the Japan Narrow Band Imaging Expert Team classification based on diagnostic performance and confidence level," *World J. Clin. Cases*, vol. 7, no. 18, pp. 2658–2665, Sep. 2019, doi: 10.12998/wjcc.v7.i18.2658.
6. **Nhân L. Q. et al.**, "nghiên cứu giá trị của phân loại jnet trong tiên đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng," *Tạp Chí Học Việt Nam*, vol. 525, no. 1B, Art. no. 1B, Apr. 2023, doi: 10.51298/vmj.v525i1B.5037.
7. **Y. Sano et al.**, "Narrow-band imaging (NBI) magnifying endoscopic classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team," *Dig. Endosc.*, vol. 28, no. 5, pp. 526–533, 2016, doi: 10.1111/den.12644.
8. **H. Kanao et al.**, "Clinical significance of type VI pit pattern subclassification in determining the depth of invasion of colorectal neoplasms," *World J. Gastroenterol. WJG*, vol. 14, no. 2, pp. 211–217, Jan. 2008, doi: 10.3748/wjg.14.211.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 121

Huỳnh Nguyễn Ngân Hà¹, Nguyễn Tuấn Cảnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy cổ xương đùi tại Bệnh viện Quân Y 121. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 58 bệnh nhân gãy cổ xương đùi được chẩn đoán và điều trị bằng phương pháp thay khớp háng bán phần tại Bệnh viện Quân Y 121 từ tháng 01/2023 đến tháng 03/2024. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Bệnh nhân bị gãy cổ xương đùi ở bên trái chiếm 55,4% nhiều hơn so với bên phải chiếm 44,6%; thời gian từ khi bệnh nhân bị chấn thương đến lúc được phẫu thuật trung bình là $28,80 \pm 53,05$ ngày; bệnh nhân gãy cổ xương đùi đều có triệu chứng ấn đau tại vùng háng với tỷ lệ 92,3%, triệu chứng mất cơ năng chiếm 87,7%, bàn chân đỏ ngoài chiếm 61,5%, ngắn chi chiếm 49,2%, dấu bầm tím muộn chiếm 7,7% và các tổn thương phổi hợp chiếm 3,1%; tỷ lệ bệnh nhân có ASA 2 là 60,0%, ASA 1 chiếm 18,5%, ASA 3 chiếm 16,9%, ASA 4 với tỷ lệ 4,6%; Phân loại gãy xương theo Garden, tỷ lệ bệnh nhân gãy xương theo Garden 4 chiếm đến 78,5% và tỷ lệ bệnh nhân gãy xương theo Garden 3 là 21,5%. **Từ khoá:** gãy xương, cổ xương đùi, phẫu thuật, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENT WITH FEMORAL NECK FRACTURE AT 121 MILITARY HOSPITAL

Objective: The study has objectives: Survey the clinical and paraclinical characteristics of patients with femoral neck fractures at 121 Military Hospital. **Methods:** Designed a descriptive retrospective study on 58 patients with femoral neck fractures diagnosed and treated with partial hip replacement at 121 Military Hospital from January 2023 to March 2024. **Result:** Clinical and paraclinical characteristics: Patients with femoral neck fractures on the left side accounted for 55.4% more than the right side, 44.6%; The average time from the patient's injury to surgery was 28.80 ± 53.05 days; Patients with femoral neck fractures all have symptoms of pain in the groin area at a rate of 92.3%, symptoms of loss of function at a rate of 87.7%, external feet at a rate of 61.5%, and short limbs at a rate of 49.2. %, late bruises account for 7.7% and combined injuries account for 3.1%; The proportion of patients with ASA 2 is 60.0%, ASA 1 accounts for 18.5%, ASA 3 accounts for 16.9%, ASA 4

accounts for 4.6%; Classifying fractures according to Garden, the proportion of patients with fractures according to Garden 4 accounts for 78.5% and the proportion of patients with fractures according to Garden 3 is 21.5%. **Keywords:** fracture, femoral neck, surgery, clinical, paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cổ xương đùi là tình trạng gãy tại vị trí giữa khối mấu chuyển và chỏm xương đùi. Hai đường gãy phổ biến trong gãy cổ xương đùi là gãy ngang cổ và gãy dưới chỏm. Trước đây, gãy cổ xương đùi sẽ bao gồm cả gãy vùng mấu chuyển và gãy nền cổ xương đùi và được gọi chung là gãy cổ xương đùi chính danh. Tuy nhiên hiện nay, gãy mấu chuyển nói chung không còn được xếp vào gãy cổ xương đùi, thậm chí kể cả gãy nền cổ xương đùi cũng chỉ được xem là gãy ngoài bao khớp. Việc lựa chọn phương pháp điều trị sao cho tối ưu và phù hợp với khuynh hướng hiện nay của thế giới là vấn đề cần phải quan tâm. Ở Việt Nam, phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo đã được thực hiện vào những năm 1990, với những bác sĩ: Ngô Bảo Khang, Nguyễn Văn Nhân, Đặng Kim Châu, Đoàn Lê Dân,... Chỏm lưỡng cực (bipolar) đã được sử dụng rất nhiều trong khoảng gần 20 năm trở lại đây [5]. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy cổ xương đùi tại Bệnh viện Quân Y 121.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân gãy cổ xương đùi được chẩn đoán và điều trị bằng phương pháp thay khớp háng bán phần tại Bệnh viện Quân Y 121 từ tháng 01/2023 đến tháng 03/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán gãy cổ xương đùi và được điều trị bằng phương pháp thay khớp háng bán phần. bệnh nhân có nguy cơ trước mổ theo thang điểm ASA PS I, II, III và IV. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu..

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có một trong các đặc điểm sau: bệnh nhân bị gãy cổ xương đùi bệnh lý, bệnh nhân gãy cổ xương đùi mà có gãy khung chậu kèm theo, bệnh nhân gãy cổ xương đùi nhưng đang có sự viêm hoặc nhiễm trùng vùng khớp háng hay những vùng quanh khớp háng chưa ổn định, bệnh nhân đã

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: ntcanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024