

ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KHÔNG CUỐNG KÍCH THƯỚC ≥ 2 CM

Vũ Văn Sơn¹, Nguyễn Thị Ngọc², Nguyễn Thị Thanh Huyền³,
Trương Khuru Doanh⁴, Đào Thị Thu Trang⁵, Lê Vũ Duy⁶, Thái Doãn Kỳ⁷

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng không cuống kích thước ≥ 2 cm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang trên 64 bệnh nhân được can thiệp cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi (ESD) theo hướng dẫn của hiệp hội nội soi Nhật Bản 2019 từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2024 tại khoa NSTDCN bệnh viện K Trung ương và khoa A3A viện điều trị các bệnh lý tiêu hóa, Bệnh viện TƯQĐ 108. **Kết quả:** Tuổi trung bình $63 \pm 13,3$, trên 60 tuổi 43/64 (67,2%), nam/ nữ: 0.7. Kích thước trung bình polyp $34,1 \pm 17,3$ mm, (20-120)mm, đại tràng trái và trực tràng 55/64 (86%), hình thái: LST 42/64 (65,7%); LST-G 30/64 (46,9%), 0-Is 20/64 (31,2%), JNET; type 2A; 32/64 (50%), type 2B: 31/64 (48,4%). Mô bệnh học: u tuyến 33/64 (51,6%), ung thư giai đoạn sớm 22/64 (34,4%), loạn sản độ cao 27/64 (42,2%). **Kết luận:** Chủ yếu polyp có là u tuyến, polyp đại trực tràng không cuống kích thước lớn có tỷ lệ cũng như nguy cơ ung thư rất cao.

Từ khóa: polyp không cuống, đại trực tràng, ESD, hình ảnh nội soi, mô bệnh học

SUMMARY

ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS AND HISTOLOGY FEATURES OF SESSEL COLECTAL POLYP GREATER THAN 2CM IN SIZE

Objective: To describe the endoscopic imaging and histopathological characteristics colorectal sessile polyps ≥ 2 cm. **Patients and Method:** Cross sectional study on 64 patients with a colorectal sessile polyps ≥ 2 cm were treated endoscopically at 108 hospital and National cancer hospital from January 2020 to April 2024, use intervention design, monitor vertically. **Result:** the average of patients was $63 \pm 13,3$, the male/ female ratio was 0.7. the average size of a polyp $34,1 \pm 17,3$ mm (20-120)mm, left colon and rectum 55/64 (86%), Paris morphology; LST 42/64 (65,7%); LST-G 30/64 (46,9%), 0-Is 20/64 (31,2%), JNET morphology; type 2A; 32/64 (50%), type 2B:

31/64 (48,4%). Pathology; adenoma 33/64 (51.6%), early-stage colorectal cancer 22/64 (34.4%), high-grade dysplasia 27/64 (42.2%). **Conclusion:** Most polyps are adenomatous, and large sessile colorectal polyps have a very high incidence and risk of cancer.

Keywords: Colorectal Sessile polyps, ESD, endoscopic images, histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hầu hết các ung thư đại trực tràng đều xuất phát từ polyp, đặc biệt là polyp tuyến, các tổn thương polyp giai đoạn đầu thường không có triệu chứng. Những polyp kích thước lớn thường có nguy cơ tiến triển loạn sản và ung thư cao [1]. Nội soi đại tràng là phương pháp tối ưu để phát hiện polyp, đặc biệt là những polyp không cuống kích thước lớn. Kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi (ESD) là một lựa chọn tối ưu trong điều trị, hiện nay việc sinh thiết trước can thiệp không còn được khuyến cáo, thế nên ESD cũng được coi như một phương pháp chẩn đoán chính xác mô bệnh học, giai đoạn bệnh cũng như loại bỏ triệt để tổn thương được đánh giá chính xác bằng giải phẫu bệnh sau can thiệp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để đánh giá đặc điểm hình ảnh polyp ở những bệnh nhân có polyp đại trực tràng không cuống kích thước ≥ 2 cm, cũng như tính chất mô bệnh học sau can thiệp trên nhóm tổn thương này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Đối tượng:** 64 bệnh nhân có polyp đại trực tràng kích thước ≥ 2 cm được điều trị cắt polyp bằng ESD tại bệnh viện K Trung ương và bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2024

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán Polyp không cuống ĐTT ≥ 2 cm, có chỉ định can thiệp điều trị ESD theo hướng dẫn của Hiệp hội nội soi Nhật Bản năm 2019 [2].

Tổn thương ở lớp niêm mạc hoặc nông hạ niêm mạc, chưa di căn hạch trên CT – Scanner ổ bụng.

Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh tổn thương sau can thiệp theo tiêu chuẩn của tổ chức Y tế Thế giới WHO (2019).

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Phổi Trung ương

³Đại học Đại Nam

⁴Lữ đoàn 574 - Quân khu 5

⁵Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City

⁶Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

⁷Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Vũ Duy

Email: bsduyvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{1-p}{\mathcal{E}^2 \cdot p}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu

α : mức ý nghĩa thống kê = 0,05 (ứng với độ tin cậy là 95%); Z: giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị $\alpha = 0,05$ ($Z_{1-\alpha/2}=1,96$)

p: trị số p ước đoán của quần thể được tham khảo của nghiên cứu trước theo tác một số tác giả trước đó, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy p = 0,9 (90%)

$\mathcal{E}$: mức sai số tương đối chấp nhận (giá trị này từ 0,01 đến 0,20; chúng tôi lấy giá trị này là 0,1.

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trên chúng tôi tính toán được cỡ mẫu lý thuyết là 43 bệnh nhân, thực tế nghiên cứu này chúng tôi thu thập được 64 bệnh nhân.

Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng Excel 2019, xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban lãnh đạo Bệnh viện TQĐ 108, Bệnh viện K Trung ương. Tất cả thông tin của bệnh nhân được hoàn toàn giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm tuổi và giới

Bảng 3.1: Đặc điểm về tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 30	1	1,6
30 - 39	2	3,1
40 - 49	4	6,3
50 - 59	14	21,8
≥ 60	43	67,2
Tổng	64	100
X $\pm$ SD (Min-Max)	63 $\pm$ 13,3 (28 - 91)	

Nhận xét: Tuổi trung bình 63 $\pm$ 13,3, cao nhất là 91 tuổi, thấp nhất là 28 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 67,2%, tiếp theo là nhóm tuổi từ 50-59 chiếm 21,8%, nhóm tuổi dưới 30 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 1,6%.

Bảng 3.2 Đặc điểm phân bố polyp theo giới

Giới	n	Tỷ lệ %
Nam	26	40,6
Nữ	38	59,4
Tổng	64	100

Nhận xét: Tỷ lệ nữ lớn hơn nam 38/64 (59,4%) và 26/64 (40,6%). Nam/nữ =0,7

Bảng 3.3 Phân bố polyp theo vị trí

Vị trí		Số lượng	Tỷ lệ %
Đại tràng	Đại tràng lên	3	4,6
	Đại tràng góc gan	4	6,3
		9	14

phải	Đại tràng ngang	2	3,1
Đại tràng trái	Đại tràng góc lách	1	1,6
	Đại tràng xuống	4	6,3
	Đại tràng sigma	10	15,6
Trực tràng		40	62,5
Tổng		64	100

Nhận xét: Thời gian trung bình của nhóm bệnh nhân được cắt ESD thông thường là 95 $\pm$ 72 phút, lâu hơn thời gian của nhóm cắt bằng hybrid (ESD, EMR) 83 $\pm$ 50 phút, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3. 4. Kích thước polyp

Kích thước tổn thương (mm)	n	%
20-29	29	45,3
30-39	17	26,6
≥ 40	18	28,1
Tổng số	64	100
X $\pm$ SD (min-max)	34,1 $\pm$ 17,3 (20-120)	

Nhận xét: Kích thước trung bình của polyp là 34,1 $\pm$ 17,3 mm, nhỏ nhất là 20mm, lớn nhất là 120mm. Gặp nhiều nhất ở nhóm 20-39 mm 29/64 (45,3%). Hai nhóm còn lại gần tương đương nhau (26,6%) và (28,1%).

Bảng 3.5. Tỷ lệ các polyp theo phân loại paris (n=64)

Hình thái tổn thương	n	%
LST	G	30
	NG	12
0-Is	20	31,2
0-IIa	2	3,1
Tổng số	64	100

Nhận xét: Hình thái tổn thương gặp nhiều nhất LST (65,7%); LST- G 30/64 (46,9%), tiếp theo là 0-Is 20/64(31,2%), ít gặp nhất là dạng 0-IIa 2/64 (3,1%).

Bảng 3. 6. Đặc điểm polyp theo JNET (n=64)

JNET	Số lượng	Tỷ lệ %
Type 1	1	1,6
Type 2A	32	50
Type 2B	31	48,4
Tổng	64	100

Nhận xét: Trên nội soi nhuộm màu, phóng đại tổn thương gặp nhiều nhất là JNET type 2A; 32/64 (50%), tiếp theo là loại polyp type hỗn hợp 2B 31/64 (48,4%), loại ít gặp nhất là polyp type 1 1/64 (1,6%).

Bảng 3.7. Đặc điểm mô bệnh học (n=64)

Mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
Polype u tuyến	Ông	23
	Ông nhưng mao	6
	Tuyến nhưng mao	4
Polyp răng	Tăng sản	3
		8
		12,5

cửa	Không cuống có loạn sản	5		7,8	
Carcinoma	Tại chỗ	7	22	10,9	34,4
	Xâm lấn nông	15		23,4	
Polype Peutz – Jegher		1		1,6	
Tổng		64		100	

Nhận xét: Polyp u tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 33/64 (51,6%), ung thư sớm đứng thứ 2 22/64 (34,4%), polyp răng cửa 8/64 (12,5%), ít gặp nhất là polyp Peutz-Jegher 1/64 (1,6%)

Bảng 3. 8. Đặc điểm độ loạn sản của polyp (n=64)

Độ loạn sản		Tần số (n)		Tỉ lệ (%)	
Không có loạn sản		02		3,1	
Loạn sản độ thấp		13	40	20,3	62,5
Loạn sản độ cao		27		42,2	
Carcinoma tuyến	Tại chỗ	7	22	11	34,4
	Xâm lấn nông	15		23,4	
Tổng		64		100	

Nhận xét: Có 40/64 (62,5%) polyp biến đổi loạn sản, 27/64 (42,2%) loạn sản độ cao, carcinoma tuyến 22/64 (34,4%), loạn sản độ cao và ung thư 49/64 (76,6%), loạn sản độ thấp 13/64 (20,3%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm tuổi, giới. Đa số polyp đại trực tràng được phát hiện từ độ tuổi trung niên; tỷ xuất phụ thuộc vào nhiều yếu tố như chủng tộc, chỉ định nội soi, tình trạng ruột sạch, kỹ năng của bác sĩ nội soi và đặc biệt là những tiến bộ gần đây trong việc áp dụng các kỹ thuật nội soi tăng cường hình ảnh. Tỷ lệ phát hiện các polyp đại trực tràng tăng dần theo tuổi, nam nhiều hơn nữ trong đa số nghiên cứu. Tuy nhiên, sự khác biệt này không rõ rệt ở độ tuổi trung niên. Ngoài ra, các yếu tố này cũng thay đổi tùy theo quốc gia. Theo các tác giả Nhật Bản và Phương Tây, tỷ lệ này vào khoảng 6,2 - 23,7%.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự về độ tuổi trung bình $63 \pm 13,3$ phần lớn ở nhóm tuổi ≥ 60 (67,2%), ít được phát hiện ở nhóm tuổi trẻ hơn, điều này được giải thích do đặc điểm dịch tễ nguy cơ phát hiện polyp tăng lên ở người lớn tuổi.

Tiền sử uống rượu và hút thuốc có liên quan tới polyp nguy cơ này ở nam cao hơn nữ và nhiều nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ phát hiện polyp ở nam thường gặp hơn nữ giới, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 1/1,4, trong đó nam 40,6% và nữ 59,4%, kết quả này khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả khác vì tỷ lệ phát hiện polyp ở nam trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Điều này có thể do đặc thù văn hóa ở nước ta tâm lý phụ nữ

thường quan tâm tới sức khỏe nhiều hơn nam nên khi có biểu hiện triệu chứng như đau bụng, rối loạn đại tiện phụ nữ thường nhạy cảm và đi khám sớm hơn nam giới.

Đặc điểm nội soi của polyp đại, trực tràng. Theo y văn, đa số ung thư ĐTT phân bố tại đại tràng sigma và trực tràng. Đối với các polyp, vị trí phân bố cũng chiếm đa số ở đại tràng sigma và trực tràng. Hurlstone D.P kết luận đa số polyp không cuống phân bố tại đại tràng phải (78,7%) với tỷ lệ loạn sản cao ở đại tràng phải cũng cao hơn (82%). 90% ung thư biểu mô dạng phẳng và lõm là ở đại tràng phải[9]. Xu hướng này cũng được chia sẻ bởi nghiên cứu của Bedenne L tác giả ghi nhận vị trí đại tràng bên phải có tỷ lệ ung thư biểu mô của tổn thương tân sinh cao hơn loại có cuống (40% so với 27,3%) [4].

Sự phân bố tương đồng của các tổn thương tân sinh ĐTT được ghi nhận bởi Kim L trên 116 trường hợp tổn thương dạng phẳng tổn thương có kích thước trung bình phân bố rải đều khắp đại tràng; trong khi kích thước lớn phân bố chủ yếu tại đại tràng chậu hông và trực tràng [5].

Tại Việt Nam, Nguyễn Sào Trung báo cáo rằng các polyp tập trung chủ yếu ở trực tràng và đại tràng sigma (72,5%), thường hiện diện đơn độc (4/5 trường hợp).

Kích thước trung bình polyp trong nghiên cứu của chúng tôi là $34,1 \pm 17,3$ mm, nhóm kích thước 20-29mm chiếm chủ yếu 29/64 (45,3%), nhóm kích thước rất lớn (> 40 mm) chiếm 18/64 (28,1%), kích thước lớn nhất trong nghiên cứu của chúng tôi lên tới 120mm.

Kết quả tương tự kết quả nghiên cứu cứu của Nguyễn Công Long[6], lớn hơn so với nghiên cứu của Park J.H (2021) ($27,7 \pm 14,1$ mm) [7].



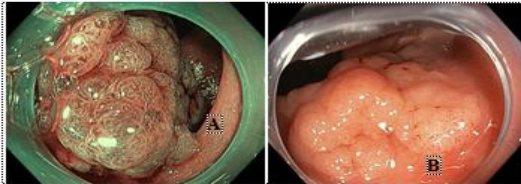
Hình 4.1. Hình ảnh Polyp LST -G (12cm) được cắt bằng ESD

* Nguồn: Bệnh viện K Trung ương

Các polyp kích thước lớn thường gặp là tổn thương dạng LST trong đó hay gặp nhất là LST-G, trong khi đó các khối u nhỏ hơn thường ở dạng không hạt. Tuy nhiên có nhiều báo cáo đã nói đến tỷ lệ xâm lấn dưới niêm mạc của các khối u dạng không hạt cao hơn có hạt mặc dù kích thước nhỏ hơn. Việc xác định kích thước tổn thương có thể giúp nhận định về đặc điểm mô bệnh học. Với các tổn thương lớn ≥ 40 mm, chủ

yếu gặp dạng hình thái tổn thương hỗn hợp có hạt LST-G và 0-Is, tiếp đó là tổn thương LST-NG.

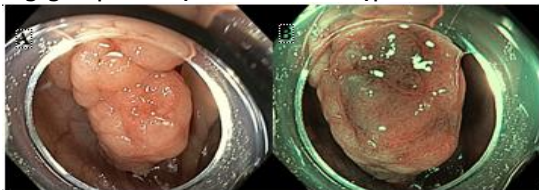
Kết quả của chúng tôi cũng tương tự một số tác giả về tỷ lệ phát hiện polyp týp LST, đây là nhóm polyp có tỷ lệ cao của độ loạn sản cao. Xét về giả thuyết polyp u tuyến - ung thư biểu mô tuyến thì sự phân bố trong thống kê của chúng tôi phù hợp với tỷ lệ ung thư ĐTT ở nước ta là đa số phân bố ở đại tràng sigma và trực tràng.



Hình 4.2. Hình ảnh polyp 0-Is và LST-G

* Nguồn: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Về đặc điểm hình thái trên nội soi phóng đại NBI theo JNET kết quả cho thấy; tỷ lệ type 2A chiếm chủ yếu 31/64 (50%), tiếp theo là tổn thương hỗn hợp 2B 25/64 (48,4). Do cách chọn mẫu trong nghiên cứu ko lựa chọn những polyp có nguy cơ xâm lấn sâu nên trong nghiên cứu của chúng tôi không có tổn thương JNET type 3, việc căn cứ vào thang điểm JNET dự báo mô bệnh học có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá xâm lấn, để đưa ra lựa chọn điều trị phù hợp, tuy nhiên các báo cáo gần đây cho thấy các tổn thương type 2B kết quả dự báo mô bệnh học không được như mong đợi do các tổn thương được lựa chọn ESD thường có kích thước rất lớn, chia múi nên việc quan sát toàn bộ polyp còn những hạn chế, có những vùng tổn thương bị che lấp khó đánh giá, chính vì thế ngoài giá trị điều trị, kĩ thuật ESD còn được lựa chọn trong chẩn đoán để chẩn đoán chính xác tổn thương cũng như giai đoạn bệnh qua việc đánh giá xâm lấn bằng giải phẫu bệnh sau can thiệp.



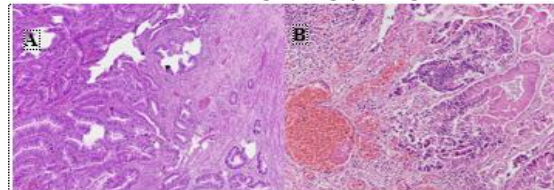
Hình 4.3. Hình ảnh polyp JNET type 2A

* Nguồn: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Nghiên cứu của các tác giả trong nước; Nguyễn Thúy Oanh với nghiên cứu chuyên sâu của mình đã thống kê được tỷ lệ u tuyến là 86,8% trên 226 trường hợp polyp được phát hiện qua nội soi đại tràng tại bệnh viện Bình Dân và Bệnh viện Đại Học Y Dược. Nghiên cứu của Quách Trọng Đức ghi nhận 89,8% tổng số polyp ĐTT là u tuyến [2]. Tỷ lệ này theo thống kê tại Bệnh viện

Bạch Mai là 80% (257/322) trường hợp).

Tại Nhật Bản, tỷ lệ loạn sản cao thay đổi từ 8 - 61% [56]. Nghiên cứu khác của Nguyễn Thúy Oanh khảo sát kỹ thuật cắt polyp qua nội soi ống mềm trên 40 trường hợp có tiền sử gia đình có ung thư ĐTT cho thấy tỷ lệ loạn sản cao trong các tổn thương u tuyến ống - nhánh là 32,3%[63]. Bên cạnh các tổn thương loạn sản cao, tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến trong số các polyp ĐTT là yếu tố quan trọng trong quá trình chẩn đoán và điều trị cũng như củng cố giả thuyết polyp u tuyến - ung thư biểu mô tuyến. Diebold M.D khảo sát trên các u tân sinh ĐTT nhận thấy tỷ lệ loạn sản cao là 12% và ung thư biểu mô của tổn thương dạng phẳng là 2% [8].



Hình 4.4. Hình ảnh ung thư biểu mô tuyến (HEx100)

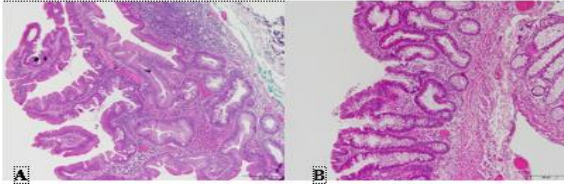
* Nguồn: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Polyp răng cưa. Trước đây ung thư ĐTT được coi là phát sinh từ u tuyến ĐTT thông qua con đường "u tuyến - ung thư biểu mô, polyp răng cưa (SSL) đại tràng là tổn thương tăng sản lành tính. Tuy nhiên, hiện nay polyp răng cưa đã được công nhận là con đường thay thế có khả năng phát triển thành ung thư ĐTT gọi là "con đường tân sinh răng cưa", chiếm khoảng 15-30% nhưng trường hợp ung thư ĐTT đơn độc [9], trong con đường thay thế này ung thư ĐTT chủ yếu phát sinh từ các tổn thương răng cưa không cuống, sau khi phát triển trong một thời gian dài (thường khoảng 10-15 năm), các tổn thương răng cưa không cuống này bắt đầu có các vùng loạn sản ung thư, lúc này được gọi là tổn thương răng cưa không cuống có loạn sản (SSLD)[9]. Do đó SSLD là trạng thái trung gian giữa SSL và UT ĐTT và tồn tại trong thời gian rất ngắn trong quá trình hình răng cưa. Hình dạng phẳng của chúng khiến việc phát hiện SSL và SSLD bằng nội soi đại tràng hoặc các phương thức khác như chụp cắt lớp vi tính khó khăn, cũng như không cắt hết được tổn thương khi can thiệp điều trị qua nội soi [9].

Theo Chandra A. nghiên cứu trên 4536 polyp từ 1096 bệnh nhân cho tỷ lệ u tuyến răng cưa 2%; trong đó đa số phân bố tại đại tràng sigma (33%) và trực tràng (20%) [66]. Tỷ lệ ung thư biểu mô của u tuyến răng cưa là 6,4%. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của một loại tổn

thường tiềm năng ung thư của ĐTT.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 8/64 (12,5%) tổn thương là polyp răng cưa, trong đó 3/86 có loạn sản độ cao. Điều này nói lên nguy cơ hiện hữu của u tuyến răng cưa - tổn thương có tiềm năng ung thư, trong quần thể các polyp ĐTT nhưng do số lượng ít nên không đủ để phân tích các yếu tố nguy cơ.



Hình 4.5. Tổn thương răng cưa loạn sản độ thấp (HEx100)

* Nguồn: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình là $63 \pm 13,3$, trên 60 tuổi 43/64 (67,2%); Nam/nữ: 0,7, kích thước trung bình polyp $34,1 \pm 17,3$ mm, (20-120)mm. tỷ lệ phân bố polyp theo vị trí chủ yếu ở đại tràng trái và trực tràng 55/64 (86%)

- Hình thái đại thể theo phân loại paris chủ yếu u phát triển bên (LST) 42/64 (65,7%); LST-G 30/64 (46,9%), tiếp theo là type 0-Is 20/64 (31,2%), tỷ lệ LST-NG 12/64 (18,8%).

- Trên nội soi phóng đại nhuộm màu ảo; JNET: type 1; 1/64 (1,6%) type 2A; 32/64 (50%), type 2B: 25/64 (39%)

- Mô bệnh học; u tuyến 33/64 (51,6%), ung thư giai đoạn sớm 22/64 (34,4), loạn sản độ cao 27/64 (42,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.,** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 2021. 71(3): p. 209-249.
2. **Quách Trọng Đức, Nguyễn Thị Oanh** (2007). Nghiên cứu phân bố polyp tuyến đại - trực tràng theo vị trí và kích thước polyp. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 11(4): 242-247.
3. **Park, J.H., et al.,** A Surveillance Endoscopy Strategy Based on Local Recurrence Rates after Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection. J Clin Med, 2021. 10(19).
4. **Ahadi M** (2021). The 2019 World Health Organization Classification of appendiceal, colorectal and anal canal tumours: an update and critical assessment. Pathology, 53(4): 454-461.
5. **Bedenne L** (1992). Adenoma--carcinoma sequence or "de novo" carcinogenesis? A study of adenomatous remnants in a population-based series of large bowel cancers. Cancer, 69(4): 883-8.
6. **Kim M.N** (2011). Clinical features and prognosis of early colorectal cancer treated by endoscopic mucosal resection. J Gastroenterol Hepatol, 26(11): 1619-25.
7. **Nguyễn Công Long và CS** (2022). Đặc điểm lâm sàng và nội soi tổn thương polyp đại tràng phát hiện tại trung tâm nội soi tiêu hóa - gan mật bệnh viện Bạch Mai. Y Học Việt Nam. 514(2): 53-58.
8. **Park J.H** (2021). A Surveillance Endoscopy Strategy Based on Local Recurrence Rates after Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection. J Clin Med, 10(19).
9. **Diebold M.D** (2004) Colonic flat neoplasia: frequency and concordance between endoscopic appearance and histological diagnosis in a French prospective series. Am J Gastroenterol, 99(9): 1795-800.
10. **Utsumi T** (2023). Sessile serrated lesions with dysplasia: is it possible to nip them in the bud?, J Gastroenterol, 58(8): 705-717.

THỰC TRẠNG LO ÂU VÀ TRẦM CẢM CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP NĂM 2023 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Tạ Phương Thảo¹, Trần Quang Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng lo âu và trầm cảm của người bệnh (NB) trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp năm 2023 và phân tích các yếu

tổ liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 200 NB phẫu thuật chương trình tại hai khoa Ngoại tổng hợp và Tai mũi họng, trong thời gian từ tháng 6/2023 đến 12/2023, sử dụng thang đo HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). **Kết quả:** Điểm trung bình lo âu (HADS-A) và trầm cảm (HADS-D) lần lượt là $10,1 \pm 2,5$ và $10,9 \pm 2,7$ (trên tổng điểm 21). Tỷ lệ lo âu và trầm cảm lần lượt là 39% và 50,5%. Người bệnh nữ có nguy cơ bị lo âu và trầm cảm cao hơn nam giới (OR = 6,2 và 5,8). Tiền sử phẫu thuật làm tăng nguy cơ lo âu và trầm cảm (OR = 3,2 và 2,9). **Kết luận:** Tỷ lệ lo âu và trầm cảm ở NB trước phẫu thuật tại bệnh viện khá cao, đặc biệt ở nữ giới và người có tiền sử phẫu thuật.

¹Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

²Đại học Đại Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Huy

Email: tranquanghuy@dainam.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025