bình là 40%, và không thuyên giảm là 3,3%, đối với nhóm đối chứng, thuyên giảm tốt là 43,3%, trung bình là 43,3% và không thuyên giảm là 13,4%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association**. (1994). Diagnostic and statistical manual of Mental disorder. fourth edition (DSM-IV).
2. **Trần Nguyễn Ngọc**. (2016). Đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan tỏa trên bệnh nhân điều trị tại viện sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí nghiên cứu Y học,, 101(3), tr. 166 – 172.
3. **La Đức Cương**. (2009). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân điều trị nội trú. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
4. **Hoàng Bảo Châu** (2010). Chứng uất. Nội khoa Y học cổ truyền, tr 136 - 145. Nhà xuất bản Thời đại.
5. **Hamilton M**. (1959) The assessment of anxiety states by rating, Br J Med Psychol 1959; 32:50–55.
6. **Nguyễn Tài Thu**. (1997). Châm cứu sau đại học. Nhà xuất bản Y học.
7. **World Health Organization** (WHO). (1992). The ICD 10 (pp. 116 - 117). Geneva.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA NGƯỜI 18 – 50 TUỔI BỊ U TUYẾN ĐẠI TRỰC TRÀNG NGUY CƠ CAO

Đặng Minh Luân[1,2], Lê Quang Nhân[2], Quách Trọng Đức[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của người 18 – 50 tuổi bị u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu trên 150 bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao tại Khoa Nội soi, Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ 02/01/2023 đến 31/12/2023. U tuyến đại trực tràng nguy cơ cao được định nghĩa là u tuyến có ít nhất 1 trong 3 đặc điểm: kích thước ≥ 1 cm, thành phần nhánh ≥ 25% (u tuyến ống nhánh hay u tuyến nhánh) và (3) loạn sản độ cao. **Kết quả:** Tuổi trung vị là 44 tuổi với 68,67% là nam giới. Chỉ có khoảng 1/3 bệnh nhân có triệu chứng báo động với 10% có tiền căn gia đình bị ung thư đại trực tràng. 87,33% chỉ bị duy nhất 1 u tuyến nguy cơ cao. Đại tràng chậu hông là vị trí thường gặp nhất của tổn thương. 98,67% bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến nguy cơ cao dựa vào kích thước tổn thương ≥10 mm. Tỉ lệ bị u tuyến có thành phần nhánh ≥ 25% và loạn sản độ cao lần lượt là 19,33% và 7,33%. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân 18-50 tuổi bị u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao không có triệu chứng báo động. U tuyến nhánh hay ống nhánh và u tuyến loạn sản độ cao không thường gặp trên các bệnh nhân này.

Từ khóa: U tuyến đại trực tràng nguy cơ cao, thành phần nhánh, loạn sản độ cao, Việt Nam

SUMMARY

CLINICAL, ENDOSCOPIC, AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COLORECTAL ADVANCED ADENOMAS IN ADULTS AGED 18–50 YEARS

Objective: This study aimed to describe the clinical, endoscopic, and histopathological features of colorectal advanced adenomas (CAAs) in individuals aged 18 to 50 years. **Subjects and methods:** A prospective cross-sectional study involving 150 patients diagnosed with CAAs was conducted at the GI Endoscopy Department, University Medical Center, Ho Chi Minh City, between January 2, 2023, and December 31, 2023. CAAs were defined as adenomas exhibiting at least one of the following criteria: size ≥10 mm, villous component ≥25% (tubular or tubulovillous adenoma), or high-grade dysplasia. **Results:** The median age was 44 years, with 68.67% being male. Approximately one-third of patients presented with alarm symptoms, and only 10% reported a family history of colorectal cancer. A single CAA was identified in 87.33% of cases. CAAs was most commonly identified in the sigmoid colon. The vast majority (98.67%) of CAAs were diagnosed based on a lesion size of ≥10 mm. The proportions of adenomas with villous components ≥ 25% and high-grade dysplasia were 19.33% and 7.33%, respectively. **Conclusion:** In this cohort of adults aged 18 to 50 years with CAAs, alarm symptoms were observed in approximately one-third of patients, and adenomas exhibiting a villous component ≥ 25% or high-grade dysplasia were relatively uncommon.

Keywords: Colorectal advanced adenomas, Villous component, High-grade dysplasia, Vietnam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một loại ung thư thường gặp với tỉ lệ tử vong cao. Tại Việt Nam, UTĐTT có tỉ lệ mới mắc đứng hàng thứ 3 ở nữ giới và đứng hàng thứ 4 ở nam giới[1]. Những bằng chứng gần đây cho thấy có sự gia tăng tỉ lệ mới mắc và tử vong của UTĐTT khởi phát ở người < 50 tuổi, đặc biệt là ung thư trực tràng[2]. Khoảng 15% các bệnh nhân UTĐTT được chẩn đoán < 50

[1]*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
[2]*Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Minh Luân
Email: luan.dm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2025
Ngày duyệt bài: 20.5.2025

tuổi[2]. Tại Việt Nam, có đến 28% các trường hợp UTĐTT được chẩn đoán < 50 tuổi[3].

U tuyến đại trực tràng là tổn thương tiền ung thư của 70-85% các trường hợp UTĐTT xuất hiện rải rác[2]. Nguy cơ tiến triển thành UTĐTT của u tuyến tùy thuộc vào 3 yếu tố chính: kích thước, thành phần nhánh và mức độ loạn sản. Những u tuyến có kích thước ≥ 1cm, thành phần nhánh ≥ 25% hay loạn sản độ cao có nguy cơ tiến triển thành UTĐTT cao hơn những u tuyến không có các đặc điểm này[2]. Khái niệm u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao được dùng để chỉ những u tuyến có ít nhất 1 trong 3 đặc điểm trên[2]. Do có nguy cơ tiến triển thành ung thư nên các u tuyến đại trực tràng, đặc biệt là u tuyến nguy cơ cao cần được tầm soát và điều trị để làm giảm tỉ lệ mới mắc và tử vong do UTĐTT. Kết quả một nghiên cứu cho thấy phát hiện và cắt u tuyến qua nội soi đại tràng (NSĐT) giúp làm giảm tỉ lệ mới mắc và tử vong do UTĐTT[4].

Mặc dù UTĐTT khởi phát sớm đang ngày càng được quan tâm, nhưng hiện tại vẫn còn thiếu dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và nội soi của u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao ở dân số trẻ, đặc biệt là tại Việt Nam. Việc tìm hiểu các đặc điểm này là rất quan trọng để xây dựng các chiến lược phát hiện sớm và phòng ngừa hiệu quả, từ đó làm giảm tỉ lệ mới mắc và gánh nặng của UTĐTT. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của người 18 – 50 tuổi bị u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao.

2. Mô tả đặc điểm nội soi và mô bệnh học của người 18 – 50 tuổi bị u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp đến nội soi đại tràng (NSĐT) tại khoa Nội soi, Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM trong thời gian từ ngày 02/1/2023 đến ngày 31/12/2023, có kết quả NSĐT và mô bệnh học xác định bị u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Từ đủ 18 tuổi đến ≤ 50 tuổi.

Đã được chẩn đoán bị u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao được xác định qua kết quả NSĐT và mô bệnh học.

Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân dưới 18 tuổi hay > 50 tuổi.

Được chẩn đoán UTĐTT

Nghi ngờ bị bệnh viêm ruột mạn (bệnh Crohn và viêm loét đại tràng).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu: 150 bệnh nhân.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu được chọn vào nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ 02/01/2023 đến 31/12/2023.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội soi, Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Chọn lựa các bệnh nhân từ đủ 18 tuổi đến 50 tuổi đã được chẩn đoán u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao theo kết quả NSĐT và mô bệnh học của Bệnh viện Đại học Y dược TPHCM, thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ. Thu thập thông tin lâm sàng (tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng và tiền sử bệnh), cận lâm sàng (xét nghiệm công thức máu, kết quả nội soi và mô bệnh học) của người bệnh được chọn vào nghiên cứu.

Định nghĩa một số biến số quan trọng:

U tuyến đại trực tràng được chẩn đoán xác định dựa vào kết quả mô bệnh học theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới (TCYTTG)

U tuyến đại trực tràng nguy cơ cao được xác định dựa vào kết quả NSĐT và mô bệnh học. U tuyến đại trực tràng nguy cơ cao là u tuyến có ít nhất 1 trong 3 đặc điểm: Kích thước ≥ 1 cm, Thành phần nhánh ≥ 25% (u tuyến ống nhánh hay u tuyến nhánh), Loạn sản độ cao[2].

Kích thước tổn thương được ước đoán qua độ mở của kềm sinh thiết hay thòng lọng cắt polyp. Kích thước độ mở kềm sinh thiết tối đa là 7 mm. Đường kính độ mở tối đa của thòng lọng cắt polyp là 15 mm.

Phân loại mô bệnh học của u tuyến**:** Chúng tôi sử dụng phân loại của TCYTTG về u tuyến đại trực tràng và chia u tuyến thành 3 loại là u tuyến ống, u tuyến ống nhánh và u tuyến nhánh.

- U tuyến ống: thành phần nhánh chiếm tỉ lệ < 25%
- U tuyến ống nhánh: Thành phần nhánh chiếm tỉ lệ ≥ 25% nhưng < 75% u tuyến.
- U tuyến nhánh: Thành phần nhánh chiếm tỉ lệ ≥ 75% u tuyến

. Mức độ loạn sản của u tuyến: Chúng tôi sử dụng phân loại của TCYTTG và chia mức độ loạn sản của u tuyến thành 2 loại là loạn sản độ thấp và loạn sản độ cao

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lí bằng phần mềm R, trình bày dưới dạng tần số (tỉ lệ %) đối với biến định tính,

trung bình ± độ lệch chuẩn đối với biến định lượng có phân bố chuẩn và trung vị (khoảng tứ phân vị) đối với biến định lượng không có phân bố chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ ngày 02/01/2023 đến ngày 31/12/2023, có 150 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận một số kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao

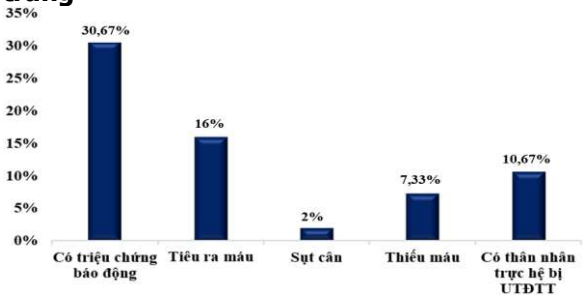
Tuổi và giới tính của bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến nguy cơ cao

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi và giới tính của bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến nguy cơ cao (N=150)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi chẩn đoán, trung vị (nhỏ nhất – lớn nhất)	44 (22 – 50)
Nam giới, n (%)	103 (68,67)

Nhận xét: Tuổi trung vị lúc chẩn đoán u tuyến nguy cơ cao là 44 với 68,67% là nam giới

Triệu chứng báo động của ung thư đại tràng



Hình 3.1. Tỉ lệ các triệu chứng báo động ở bệnh nhân bị u tuyến nguy cơ cao

Nhận xét: Gần 1/3 trường hợp có triệu chứng báo động. Trong các triệu chứng báo động thì tiêu ra máu là thường gặp nhất. Khoảng 10% các trường hợp có thân nhân trực hệ bị UTĐTT.

3.2. Đặc điểm nội soi và mô bệnh học của bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao

Bảng 3.2. Đặc điểm nội soi của bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến nguy cơ cao (n=150)

Đặc điểm	Tổng
Số lượng u tuyến nguy cơ cao, n (%)	
1 u tuyến nguy cơ cao	131 (87,33)
2 u tuyến nguy cơ cao	13 (8,67)
3 u tuyến nguy cơ cao	5 (3,33)
4 u tuyến nguy cơ cao	1 (0,67)
Vị trí u tuyến nguy cơ cao trên từng đoạn đại tràng, n (%)*	
Manh tràng	3 (2)
Đại tràng lên	9 (6)
Đại tràng ngang	23 (15,33)
Đại tràng xuống	12 (8)
Đại tràng chậu hông	90 (60)
Trực tràng	27 (28)
Hình dạng u tuyến nguy cơ cao, n (%)*	
Không cuống	78 (52)
Bán cuống	41 (27,33)
Có cuống	41 (27,33)
Kích thước lớn nhất của u tuyến, n (%)	
≤ 5 mm	1 (0,67)
6 – 9 mm	1 (0,67)
10 – 19 mm	119 (79,33)
≥ 20 mm	29 (19,33)

**Không loại trừ lẫn nhau*

Nhận xét: Đa số bệnh nhân chỉ bị 1 u tuyến nguy cơ cao. Chỉ có 12,67% bị ≥ 2 u tuyến nguy cơ cao. U tuyến nguy cơ cao thường gặp ở đại tràng bên trái với đại tràng chậu hông là thường gặp nhất. U tuyến nguy cơ cao ít gặp nhất ở manh tràng. Hơn ½ trường hợp u tuyến thuộc dạng không có cuống. Đa số trường hợp u tuyến có kích thước ≥ 10 mm với chỉ 2 trường hợp (1,33%) có kích thước u tuyến < 10 mm. Khoảng ¼ trường hợp có u tuyến ≥ 20 mm

Bảng 3.3. Đặc điểm mô bệnh học của bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến nguy cơ cao (n=150)

Đặc điểm	Tổng
Phân loại u tuyến theo mô bệnh học, n(%)*	
U tuyến ống	121 (80,67)
U tuyến ống nhánh	29 (19,33)
U tuyến nhánh	0
Mức độ loạn sản, n(%)*	
Loạn sản độ thấp	139 (92,67)
Loạn sản độ cao	11 (7,33)

Dựa vào phân loại mô bệnh học nặng nhất và mức độ loạn sản nặng nhất của bệnh nhân

Nhận xét: Đa số trường hợp bị u tuyến ống. Tỉ lệ bị u tuyến ống nhánh là 19,33% và không có trường hợp nào bị u tuyến nhánh. Gần 93% trường hợp bị u tuyến loạn sản độ thấp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao. Tỉ lệ u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao thường gia tăng theo tuổi và hiếm gặp ở người dưới 50 tuổi[2]. Kết quả một nghiên cứu trong nước trên các bệnh nhân bị u tuyến nguy cơ cao cho thấy tỉ lệ các trường hợp < 40 tuổi và từ 40 đến 49 tuổi lần lượt là 8,2% và 15,2%[5]. Chúng tôi ghi nhận tuổi trung vị của các trường

hợp trong nghiên cứu là 44 tuổi. Tuổi trung vị này thấp hơn so với tuổi trung bình bị u tuyến nguy cơ cao trong 2 nghiên cứu gần đây tại Việt Nam (56,2 tuổi và 57,5 tuổi)[5,6]. Điều này là do chúng tôi chỉ chọn những trường hợp ≤ 50 tuổi vào nghiên cứu. U tuyến đại trực tràng nguy cơ cao cũng thường gặp ở nam hơn nữ[2]. Tỉ lệ nam : nữ trong 2 nghiên cứu về u tuyến nguy cơ cao tại Việt Nam là 1,6:1 và 2,65:1[5,6]. Tỉ lệ nam: nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,19:1.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần 1/3 trường hợp bị u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao có triệu chứng báo động. Trong các triệu chứng báo động thì tiêu ra máu là thường gặp nhất. Kết quả một nghiên cứu cho thấy 76,5% các trường hợp bị u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao không có triệu chứng lâm sàng[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có khoảng khoảng 10% các trường hợp có thân nhân trực hệ bị UTĐTT. Điều này gợi ý rằng nếu chỉ dựa vào triệu chứng báo động để quyết định nội soi đại tràng cho người trưởng thành ≤ 50 tuổi thì có thể bỏ sót khoảng 70% các trường hợp bị u tuyến nguy cơ cao.

4.2. Đặc điểm nội soi và mô bệnh học của bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao

Đặc điểm nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 87,33% bệnh nhân đã được chẩn đoán u tuyến nguy cơ cao chỉ bị duy nhất 1 u tuyến nguy cơ cao. Kết quả một nghiên cứu trong nước cũng cho thấy 91,3% các trường hợp được chẩn đoán u tuyến nguy cơ cao < 50 tuổi chỉ bị duy nhất 1 u tuyến nguy cơ cao[5]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn các bệnh nhân ≤ 50 tuổi nên số lượng u tuyến nguy cơ cao ở mỗi bệnh nhân có thể không cao. Trong 150 bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến nguy cơ cao thì tổn thương thường gặp ở đại tràng đoạn xa hơn đại tràng đoạn gần. Kết quả một phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống cho thấy các tổn thương tân sinh đại trực tràng nguy cơ cao (u tuyến nguy cơ cao và UTĐTT) khởi phát ≤ 50 tuổi thường gặp ở đại tràng đoạn xa hơn đại tràng đoạn gần[8]. Hai nghiên cứu trong nước cũng cho thấy u tuyến nguy cơ cao thường gặp ở đại tràng đoạn xa[5,6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận u tuyến nguy cơ cao thường gặp nhất ở đại tràng chậu hông với 60% tổn thương được ghi nhận ở vị trí này. Kết quả này cũng khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây[5,6]. 148 trong 150 (98,67%) bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã được chẩn đoán u tuyến nguy cơ cao có kích thước u tuyến ≥ 10 mm. Một nghiên cứu trong nước cũng cho thấy trong số các bệnh nhân bị u tuyến nguy cơ cao thì 89,1% có kích thước ≥ 10 mm[6].

Đặc điểm mô bệnh học. Tỉ lệ các đặc điểm thành phần nhánh ≥ 25% hay loạn sản độ cao trong nhóm này chỉ chiếm 19,33% và 7,33%. Kết quả một nghiên cứu trước đây cũng cho thấy đối với những bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến nguy cơ cao thì đặc điểm về kích thước là thường gặp nhất, kế đến là đặc điểm về thành phần nhánh ≥ 25% và đặc điểm loạn sản độ cao ít gặp nhất. Trong 299 bệnh nhân bị u tuyến nguy cơ cao trong nghiên cứu này, tỉ lệ u tuyến có thành phần nhánh ≥ 25% là 31,1% và u tuyến loạn sản độ cao là 17%[9]. Một nghiên cứu trong nước cũng cho thấy trong số các bệnh nhân bị u tuyến nguy cơ cao thì 37,4% có thành phần nhánh ≥ 25% và 24,3% bị loạn sản độ cao[5]. Giả thuyết u tuyến – ung thư đại trực tràng cho rằng u tuyến có thể xuất phát từ một khe tuyến với quá trình tăng sinh tế bào bị bất thường. Theo thời gian, khi các tế bào trong u tuyến xuất hiện thêm các đột biến gen thì u tuyến sẽ gia tăng kích thước, xuất hiện loạn sản độ cao và hình thành ung thư. Quá trình hình thành u tuyến và chuyển thành UTĐTT có thể mất nhiều năm[2]. Do nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn các trường hợp ≤ 50 tuổi nên tỉ lệ u tuyến ống nhánh hay u tuyến nhánh hoặc loạn sản độ cao có thể thấp hơn nghiên cứu trước đó.

4.3. Ưu khuyết điểm của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một vài khuyết điểm. Đầu tiên, nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu nhỏ chỉ bao gồm 150 bệnh nhân. Thứ hai nghiên cứu chưa phân tích sâu các yếu tố nguy cơ liên quan đến u tuyến nguy cơ cao (như chế độ ăn, lối sống, yếu tố di truyền ngoài tiền sử gia đình).

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Bệnh nhân từ 18 đến 50 tuổi bị u tuyến đại trực tràng nguy cơ cao thường không có triệu chứng báo động. Đa số chỉ bị 1 u tuyến với tỉ u tuyến nhánh hay loạn sản độ cao khá thấp. Một nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn nên được thực hiện để đánh giá tỉ lệ hiện mắc và yếu tố nguy cơ của u tuyến nguy cơ cao của người 18 – 50 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3): 229-263
2. **Sullivan BA, Noujaim M, Roper J.** Cause, Epidemiology, and Histology of Polyps and Pathways to Colorectal Cancer. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2022;32(2):177-194.

3. **Nguyễn Thúy Oanh, Quách Trọng Đức, Lê Quang Nhân.** Kết quả tầm soát thần nhân người bệnh ung thư đại trực tràng. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2012;16(1):94-98.
4. **Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, et al.** Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. N Engl J Med. 2012;366(8):687-96.
5. **Đỗ Thị Thắm, Vũ Thị Hạnh Như, Võ Thị Mỹ Dung, Quách Trọng Đức.** Phân bố tuổi, giới, đặc điểm nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng nguy cơ cao. Tạp chí Khoa Học Tiêu Hóa Việt Nam. 2021;9(62):3858-3862.
6. **Trần Thanh Hà, Nguyễn Lĩnh 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;8(2):136-140.
7. **Schult AL, Botteri E, Hoff G, et al.** Detection of cancers and advanced adenomas in asymptomatic participants in colorectal cancer screening: a cross-sectional study. BMJ Open. 2021;11(7): e048183.
8. **Kolb JM, Hu J, DeSanto K, et al.** Early-Age Onset Colorectal Neoplasia in Average-Risk Individuals Undergoing Screening Colonoscopy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Gastroenterology. 2021;161(4):1145-1155 e12.
9. **Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H, Chejfec G.** Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380. N Engl J Med. 2000;343(3):162-8.

SỰ THAY ĐỔI ĐIỂM ODI VÀ MACNAB SAU ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG LIỆU PHÁP OZONE QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Đỗ Đình Tùng[1], Đinh Trung Thành[1], Nguyễn Văn Nghĩa[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi điểm ODI và MACNAB sau điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng liệu pháp ozone qua da dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp được tiến hành ở 100 bệnh nhân nhóm can thiệp 100 bệnh nhân và 47 bệnh nhân nhóm chứng. Sử dụng liệu Ozon kết hợp với Corticoid qua da dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính. **Kết quả:** Hiệu quả điều trị thể hiện qua các chỉ số sau: Cải thiện chức năng cột sống: Điểm ODI giảm đáng kể, từ 70,6% trước điều trị xuống còn 27,5% sau 6 tháng; Theo phân loại Macnab sau 6 tháng, kết quả được đánh giá ở mức rất tốt (41%), tốt (38%), trung bình (7%) và kém (14%). Kết quả điều trị ngắn hạn và trung hạn sau 1 và 3 tháng không có sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Sau 6 tháng theo dõi, nhóm nghiên cứu có mức độ đau và mất chức năng thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng. **Kết luận:** Hiệu quả điều trị vượt trội cải thiện chức năng cột sống đáng kể thông qua giảm chỉ số ODI sau 6 tháng. So với nhóm chứng, nhóm nghiên cứu có mức độ đau và mất chức năng thấp hơn khi theo dõi dài hạn. ***Từ khóa:*** Thoát vị đĩa đệm, Cắt lớp vi tính, thang điểm đau.

SUMMARY

CHANGES IN ODI AND MACNAB SCORES AFTER-TREATMENT OF LUMBAR DISC HERNIATION WITH PERCUTANEOUS OZONE THERAPY UNDER COMPUTED TOMOGRAPHY GUIDANCE

Objective: To evaluate changes in the Oswestry Disability Index (ODI) and modified Macnab scores after treating lumbar disc herniation with percutaneous ozone therapy under computed tomography (CT) guidance at Xanh Pon General Hospital. **Method:** A prospective interventional study was conducted on 100 patients in the intervention group and 47 patients in the control group. Ozone therapy was combined with percutaneous corticosteroid injection under CT guidance. **Results:** The treatment effectiveness was demonstrated by the following indicators: Improved spinal function: The ODI score significantly decreased from 70.6% before treatment to 27.5% after 6 months. Macnab classification after 6 months: Outcomes were rated as very good (41%), good (38%), moderate (7%), and poor (14%). Short-term and mid-term treatment outcomes at 1 and 3 months showed no significant differences between the study and control groups. After 6 months, the study group experienced significantly lower pain levels and less functional impairment compared to the control group. **Conclusion:** Percutaneous ozone therapy demonstrated superior efficacy in improving spinal function, as evidenced by a significant reduction in the ODI score after 6 months. Compared to the control group, the study group had lower pain levels and reduced functional impairment at long-term follow-up.

Keywords: Lumbar disc herniation, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau cột sống do nguyên nhân thoát vị đĩa đệm (TVDD) là bệnh lý rất phổ biến, gặp ở mọi

[1]*Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng
Email: bsdinhtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025
Ngày duyệt bài: 22.5.2025