

các nghiên cứu chứng minh lý thuyết có sự kết hợp YHCT và YHHĐ. Lý luận thể chất YHCT mô tả vóc dáng, hình thái cơ thể, trạng thái tâm lý dưới góc nhìn YHCT có sự tương đồng với chức năng sinh lý và trạng thái tâm lý theo góc độ y học và tâm lý học hiện đại. Các nghiên cứu chứng minh lý luận thể chất YHCT góp phần tăng tính ứng dụng YHCT vào các lĩnh vực trong đời sống khác, góp phần tăng chất lượng chăm sóc sức khỏe.

Sử dụng phương pháp hồi quy tuyến tính để tìm mối liên hệ giữa thể chất YHCT, đặc điểm tâm lý và các yếu tố khác góp phần giải thích các triệu chứng, bệnh lý liên quan đến thể chất.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ các dạng thể chất YHCT bằng CCMQ tiêu biểu các thể Bình hòa 39%, Khí hư 25%. Thể cân bằng có mối liên hệ với, "hướng nội – ngoại", "bất ổn thần kinh", rượu bia, thuốc lá. Có mối liên hệ các đặc điểm nhân cách bằng bảng kiểm kê tính cách EPI và mỗi dạng thể chất thiên lệch phân loại bằng CMCQ. Tương quan mạnh giữa đặc điểm N (bất ổn thần kinh) và thể Dương hư theo thể chất YHCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 刘雪凯 (2020), "不同中医体质大学生生活质量调查". 贵州中医药大学学报, 4:99–102.
2. Hạ Chí Lộc, Võ Trọng Tuấn (2023), "Đặc điểm tương quan giữa các dạng thể chất Y học cổ truyền và đặc điểm nhân cách trên sinh viên Khoa Y học cổ truyền tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh". Tạp chí Y học Việt Nam, 520(1B).
3. 唐芳 (2010), "中医体质类型的人格心理特征研究". Luận văn Thạc sĩ, 北京中医药大学.
4. Hạ Chí Lộc, Võ Trọng Tuấn (2022), "Mối liên quan giữa thể chất cân bằng với đặc điểm nhân cách và một số yếu tố liên quan trên sinh viên khoa Y học cổ truyền". Tạp chí Y học Việt Nam, 525:367–371.
5. Trần Thơ Nhị, Lê Thị Ngọc Anh (2020), "Đặc điểm nhân cách và lo âu ở sinh viên năm thứ hai Trường Đại học Y Hà Nội năm học 2016–2017". Tạp chí Nghiên cứu Y học, 129(5).
6. Nilsson, L.V. (1983), "Personality changes in the aged". Acta Psychiatrica Scandinavica, 68:202–211. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb06999.x>
7. Weisberg, S., Schinazi, V., Newcombe, N., Epstein, R. (2013), "Variations in Cognitive Maps: Understanding Individual Differences in Navigation". Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 40. <https://doi.org/10.1037/a0035261>

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÌNH ẢNH NỘI SOI DÀI TẦN HẸP THEO PHÂN LOẠI QUỐC TẾ (NICE) VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG

Phạm Hữu Dũng¹, Bò Kim Phương², Huỳnh Hiếu Tâm³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Polyp đại trực tràng là dạng tổn thương phổ biến của đường tiêu hóa có nguy cơ phát triển thành ung thư. Nội soi dài tần ánh sáng hẹp (Narrow Band Imaging – NBI), kết hợp với phân loại quốc tế NICE (NBI International Colorectal Endoscopic), giúp tăng cường khả năng quan sát cấu trúc bề mặt và mạch máu niêm mạc. Từ đó chẩn đoán sớm và loại bỏ các polyp nguy cơ cao, giảm tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư đại trực tràng. **Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa hình ảnh nội soi dài tần hẹp theo phân loại NICE và mô bệnh học của polyp đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 206 người bệnh có polyp đại trực tràng kích thước từ 5mm trở lên, từ tháng 06/2024 đến tháng 03/2025, được nội soi đại

trực tràng bằng ánh sáng dài tần hẹp tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long. **Kết quả:** 263 polyp được phân tích với tỷ lệ NICE I là 30,0%, NICE II là 65,4% và NICE III là 4,6%. Tỷ lệ polyp tân sinh là 55,6%, không tân sinh là 44,4%, trong đó có 4,6% ung thư xâm lấn. Phân loại NICE có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với đặc điểm mô bệnh học theo tổ chức Y tế Thế giới ($p < 0,001$). Độ nhạy và độ đặc hiệu của nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế trong nhận diện polyp ác tính lần lượt là 83,3% và 99,6%. Diện tích dưới đường cong ROC là 0,941 (KTC 95%: 0,855–1,000). **Kết luận:** Nội soi dài tần hẹp theo phân loại NICE có độ chính xác cao trong phân biệt polyp ác tính và lành tính, hỗ trợ quyết định xử trí lâm sàng kịp thời trong quá trình nội soi.

Từ khóa: nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế, mô bệnh học, polyp đại trực tràng.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN NARROW BAND IMAGING INTERNATIONAL COLORECTAL ENDOSCOPIC AND HISTOLOGY OF COLORECTAL POLYP

Background: Colorectal polyps are common gastrointestinal lesions with potential progression to colorectal cancer (CRC). Narrow Band Imaging (NBI),

¹Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Dũng

Email: phamhuudunghmcl@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 17.6.2025

combined with the NBI International Colorectal Endoscopic (NICE) classification, enhances visualization of mucosal and vascular patterns, enabling real-time differentiation between neoplastic and non-neoplastic polyps. Detecting and removing precancerous polyps at an early stage helps lower the incidence and death rates of colorectal cancer.

Objective: To evaluate the association between NBI findings based on the NICE classification and histopathological outcomes of colorectal polyps.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 206 patients with colorectal polyps $\geq 5\text{mm}$ who underwent colonoscopy using NBI at Hoan My Cuu Long General Hospital from June 2024 to April 2025. Polyps were classified according to the NICE system and were determined histopathologically.

Results: A total of 263 polyps were analyzed. NICE I, II, and III accounted for 30.0%, 65.4%, and 4.6%, respectively. Histologically, 55.6% were neoplastic and 44.4% non-neoplastic, including 4.6% invasive cancers. There was a significant correlation between the NICE classification and histopathology ($p < 0.001$). The sensitivity and specificity of NICE classification in identifying malignant polyps were 83.3% and 99.6%, respectively. The area under the ROC curve was 0.941 (95% CI: 0.855–1.000). **Conclusion:** NBI using the NICE classification provides high diagnostic accuracy in differentiating malignant and benign colorectal polyps, supporting appropriate clinical decision-making during colonoscopy.

Keywords: Narrow Band Imaging International Colorectal Endoscopic, histology, colorectal polyp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng là một trong những bệnh lý tiêu hóa thường gặp với nguy cơ tiến triển thành ung thư đại trực tràng. Trên thế giới, xét về mức độ phổ biến, ung thư đại trực tràng hiện đứng thứ ba ở nam giới và thứ tư ở nữ giới [1]. Tại Việt Nam, đây là loại ung thư với tỷ lệ hiện mắc năm 2015 tăng gấp 1,7 lần năm 1996 [2]. Phát hiện sớm và loại bỏ các polyp tiền ung thư đóng vai trò quan trọng trong việc hạn chế tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư đại trực tràng. Nội soi đại trực tràng là phương pháp hiệu quả giúp nhận diện và loại bỏ các polyp tuyến, từ đó góp phần làm giảm rõ rệt nguy cơ phát triển ung thư đại trực tràng [3]. Trong quá trình nội soi đại trực tràng, vấn đề phân biệt chính xác giữa polyp tân sinh và không tân sinh là vô cùng quan trọng nhằm hạn chế nguy cơ chẩn đoán sai và tránh các can thiệp không cần thiết như cắt bỏ polyp lành tính. Ngược lại, nếu không nhận diện được các polyp u tuyến, người bệnh có thể đối mặt với nguy cơ tiến triển thành ung thư đại trực tràng. Kỹ thuật nội soi với ánh sáng dải tần hẹp (Narrow Band Imaging – NBI) sử dụng ánh sáng đơn sắc kết hợp hệ thống lọc quang học và bộ xử lý ánh sáng hai bước sóng, giúp tăng cường độ tương phản hình ảnh. Phương pháp này cho

phép quan sát cấu trúc tổn thương rõ nét hơn dựa vào sự thay đổi về màu sắc, biến đổi về mạch máu và những bất thường cấu trúc bề mặt, hỗ trợ phát hiện sớm tổn thương, phân biệt tổn thương lành – ác tính và đánh giá mức độ xâm nhập, từ đó nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị. Mỗi phân loại đều có những ưu và nhược điểm riêng. Phân loại quốc tế NICE (NBI International Colorectal Endoscopic) về nội soi hình ảnh dải tần hẹp chia polyp thành 3 cấp, trong đó cấp 3 được xem là ung thư xâm lấn với độ chính xác lên tới 96%, đơn giản và dễ áp dụng [4], [5]. Phương pháp nội soi dải tần ánh sáng hẹp là kỹ thuật mới được triển khai tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long từ năm 2019 và chưa có nghiên cứu thực hiện đánh giá kết quả. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Phân tích mối liên quan giữa hình ảnh nội soi dải tần hẹp theo phân loại quốc tế (NICE) và mô bệnh học của polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long năm 2024-2025"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân có polyp đại trực tràng từ 5mm trở lên đến khám và điều trị tại bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có hoặc không có triệu chứng tiêu hóa dưới, có polyp đại trực tràng kích thước $\geq 5\text{mm}$ đánh giá theo phân loại NICE dựa trên nội soi dải tần hẹp.
- Tất cả polyp đều có chẩn đoán mô bệnh học.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Polyp không được khảo sát rõ bề mặt.
- Polyp viêm, chảy máu nhiều

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: khoa Tiêu hóa và phòng Nội soi Tiêu hóa Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 06 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025.

Cỡ mẫu: Chúng tôi nhận được 206 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử hút thuốc lá, tiền sử sử dụng rượu bia, tiền sử bệnh lý (cắt polyp đại trực tràng, ung thư đại trực tràng), tiền sử gia đình (polyp đại trực tràng, ung thư đại trực tràng).
- Đặc điểm lâm sàng: lý do nội soi đại trực

tràng, triệu chứng lâm sàng, số lượng polyp đại trực tràng, vị trí của tổn thương, kích thước của tổn thương.

- Đặc điểm nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế (NICE) [6]

NICE I: màu sắc tương đồng hoặc sáng hơn niêm mạc xung quanh, mạch máu không rõ, hình thái bề mặt gồm những điểm sáng hoặc tối, mô bệnh học tương ứng là polyp tăng sản hoặc polyp răng cưa.

NICE II: màu nâu hơn khi so với niêm mạc xung quanh, mạch máu màu nâu bao quanh cấu trúc "vùng trắng", hình thái bề mặt gồm "vùng trắng" hình oval, ống hoặc chia nhánh bao quanh bởi mạch máu, mô bệnh học tương ứng là polyp u tuyến.

NICE III: tối màu hơn so với niêm mạc xung quanh (nâu/nâu đen), một số vùng màu trắng hơn, mạch máu gián đoạn hoặc mất cấu trúc, cấu trúc hỗn loạn, mô bệnh học tương ứng là ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc.

- Mô bệnh học polyp đại trực tràng được phân độ theo WHO 2010 [7]. Trong đó, polyp tăng sản, polyp thiếu niên, polyp u mô thừa được xếp vào polyp không tân sinh. Polyp u tuyến, polyp tuyến răng cưa là polyp tân sinh, với hai mức độ loạn sản là độ thấp và độ cao. Chẩn đoán u tuyến kèm theo mức độ loạn sản độ thấp hoặc loạn sản độ cao.

Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu. Bác sĩ nội soi đã được huấn luyện về nội soi can thiệp và nội soi dài tần hẹp, đồng thời có kỹ năng đánh giá thành thạo NBI từ 5 năm trở lên. Kết quả giải phẫu bệnh được đọc bởi cùng một bác sĩ giải phẫu bệnh có kinh nghiệm từ 5 năm trở lên. Trong đó, bác sĩ giải phẫu bệnh không biết các thông tin ghi nhận trên nội soi ngoại trừ vị trí lấy mẫu mô sinh thiết nhằm bảo đảm tính khách quan khi đối chiếu kết quả giữa nội soi và mô bệnh học. Hệ thống nội soi Olympus có chức năng NBI, chất lượng hình ảnh với công nghệ đa ánh sáng có độ chính xác cao, có thể luân chuyển các chế độ hình ảnh từ nội soi ánh sáng trắng sang nội soi hình ảnh dài tần hẹp. Ống nội soi đại tràng có tích hợp chế độ luân chuyển NBI tại tay cầm ống soi.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu của phân loại NICE trong phân biệt polyp tân sinh và polyp không tân sinh, dựa vào tiêu chuẩn vàng là kết quả mô bệnh học.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Trường Đại học Y Dược Cần

Thơ (số 24.172.HV/PCT-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 06/2024 đến tháng 03/2025, chúng tôi nhận được 206 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tham gia vào nghiên cứu. Tổng số lượng polyp được khảo sát là 263.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=206)

Đặc điểm	Kết quả	
Tuổi	TB ± ĐLC	58,1 ± 13
Giới tính		
Nam	n (%)	103 (50)
Nữ		103 (50)
Tiền sử bản thân		
Cắt polyp đại trực tràng	n (%)	12 (5,8)
Phẫu thuật u đại tràng		01 (0,5)
Hút thuốc lá		72 (34,9)
Rượu bia		89 (43,2)
Tiền sử gia đình		
Polyp đại trực tràng	n (%)	16 (7,7)
Ung thư đại trực tràng		4 (1,9)
Cắt polyp đại tràng		1 (0,9)

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 58,1 ± 13, nhỏ nhất là 20 và lớn nhất là 88 tuổi, nam và nữ như nhau. Có 39,4% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá và 43,2% bệnh nhân có tiền sử uống rượu bia, 1,9% bệnh nhân có tiền sử gia đình có người mắc ung thư đại trực tràng.

Bảng 2. Đặc điểm polyp đại trực tràng của bệnh nhân trong nghiên cứu (N=263)

Đặc điểm	Kết quả n(%)
Kích thước:	
5-9mm	182 (69,2)
≥10-19mm	61 (23,2)
≥20mm	20 (7,6)
Vị trí:	
Manh tràng	8 (3,1)
Đại tràng lên	20 (7,6)
Đại tràng góc gan	12 (4,5)
Đại tràng ngang	34 (12,9)
Đại tràng góc lách	6 (2,3)
Đại tràng xuống	24 (9,1)
Đại tràng sigma	82 (31,1)
Trực tràng	77 (29,2)
Đặc điểm nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế	
1	79 (30,0)
2	172 (65,4)
3	12 (4,6)
Đặc điểm mô bệnh học theo tổ chức Y tế Thế giới	
Polyp không tân sinh	
Polyp tăng sản	117 (44,4)
Polyp tân sinh	
Polyp u tuyến loạn sản thấp	155 (55,6)
	133 (50,6)

Polyp u tuyến loạn sản cao	1 (0,4)
Ung thư	12 (4,6)

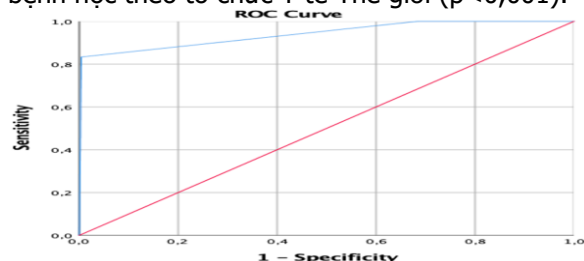
Nhận xét: Về đặc điểm của polyp đại trực tràng, phần lớn (69,2%) là polyp kích thước nhỏ

5-9mm, vị trí đại tràng sigma và trực tràng chiếm >50%, 70% là NICE II-III. Tỷ lệ polyp tân sinh và polyp không tân sinh lần lượt là 55,6% và 44,4%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế và đặc điểm mô bệnh học theo tổ chức Y tế Thế giới

	Mô bệnh học				Tổng	p
	Polyp tăng sản	Polyp u tuyến loạn sản thấp	Polyp u tuyến loạn sản cao	Ung thư		
NICE I	67 (84,8)	12 (15,2)	0 (0)	0 (0)	79 (30,0)	<0,001
NICE II	50 (29,1)	119 (69,2)	1 (0,6)	2 (1,2)	172 (65,4)	
NICE III	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)	11 (91,7)	12 (4,6)	

Nhận xét: 91,7% polyp NICE III có kết quả mô bệnh học là ung thư. 100% polyp NICE I có kết quả mô bệnh học không ung thư (polyp tăng sản và polyp u tuyến loạn sản thấp). Đặc điểm nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với đặc điểm mô bệnh học theo tổ chức Y tế Thế giới ($p < 0,001$).



Biểu đồ 1. Diện tích dưới đường cong ROC của nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế trong phân biệt polyp ung thư và polyp không ung thư

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế trong phân biệt polyp ung thư và polyp không ung thư là 0,941 (KTC 95% là 0,855-1,000; $p < 0,001$). Độ nhạy của nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế trong phân biệt polyp ung thư và polyp không ung thư là 83,3%, độ đặc hiệu là 99,6%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 206 bệnh nhân có polyp đại trực tràng kích thước ≥ 5 mm với tổng 263 polyp được khảo sát. Kết quả ghi nhận, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $58,1 \pm 13$ với tỷ lệ nam nữ tương đương nhau. Tiền sử hút thuốc lá và uống rượu bia chiếm phần lớn với lần lượt 39,4% và 43,2%.

Về đặc điểm của 263 polyp được khảo sát, phần lớn (69,2%) là polyp kích thước nhỏ 5-9mm. Kích thước của polyp trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối khác biệt so với tác giả Thái Thị Hồng Nhung và Chu Bá Thức [8], [9]. Nghiên cứu của tác giả Thái Thị Hồng Nhung ghi nhận 51,6% polyp có đường kính từ 10 đến 20mm và

11,3% polyp có đường kính > 20 mm [8]. Tác giả Chu Bá Thức cũng cho thấy đa số (38,4%) là polyp 11-15mm [9]. Về đặc điểm nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế, 70% polyp trong nghiên cứu của chúng tôi là NICE II-III, tỷ lệ này cũng tương đối khác biệt so với tác giả Trần Thị Anh khi ghi nhận NICE I chiếm 48,7% và NICE II-III chiếm 51,3% [5]. Về kết quả mô bệnh học, tỷ lệ polyp không tân sinh và polyp tân sinh của chúng tôi là 44,4% và 55,6%, trong đó có 0,4% là polyp u tuyến loạn sản cao và 4,6% là polyp ung thư. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Thái Thị Hồng Nhung ghi nhận 62,9% là polyp u tuyến ống, polyp tăng sản chiếm 37,1% [8]. Tác giả Trần Thị Anh ghi nhận có đến 85,9% là polyp lành tính, còn lại là polyp ác tính và ung thư xâm lấn dưới niêm mạc. Cụ thể, 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 đại trực tràng chiếm 2,5% [5].

Đặc điểm nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với đặc điểm mô bệnh học theo tổ chức Y tế Thế giới, 91,7% polyp NICE III có kết quả mô bệnh học là ung thư và tất cả polyp NICE I đều có kết quả mô bệnh học là lành tính (polyp tăng sản hoặc polyp u tuyến loạn sản thấp). Đặc điểm nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với đặc điểm mô bệnh học theo tổ chức Y tế Thế giới ($p < 0,001$). Diện tích dưới đường cong ROC của nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế trong phân biệt polyp ung thư và polyp không ung thư là 0,941 (KTC 95% là 0,855-1,000; $p < 0,001$). Độ nhạy của nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế trong phân biệt polyp ung thư và polyp không ung thư là 83,3%, độ đặc hiệu là 99,6%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Anh với độ nhạy là 83,3% và độ đặc hiệu là 81,6% [5]. Nghiên cứu của Wander cũng cho kết quả tương tự khi độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt

khoảng 90% và 85% [10]. Các nghiên cứu đều cho kết quả đồng nhất, NICE có độ phân định tốt trong phân biệt polyp ung thư và polyp không ung thư.

V. KẾT LUẬN

Nội soi dài tần hẹp theo phân loại quốc tế có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với đặc điểm mô bệnh học ($p < 0,001$). Đồng thời, NICE có độ phân định tốt trong phân biệt polyp ung thư và không ung thư với độ nhạy là 83,3% và độ đặc hiệu là 99,6%, từ đó giúp các nhà lâm sàng trong quá trình nội soi đưa ra những quyết định chẩn đoán đúng và lựa chọn phương pháp xử trí phù hợp với các polyp nghi ngờ ung thư hoá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pan Jiaqi, Cen Li, Xu Lei, et al.** Prevalence and risk factors for colorectal polyps in a Chinese population: a retrospective study. *Scientific Reports*. 2020. 10 (1), pp. 6974, doi: 10.1038/s41598-020-63827-6.
2. **Pham D. X., Phung A. H. T., Nguyen H. D., et al.** Trends in colorectal cancer incidence in Ho Chi Minh City, Vietnam (1996-2015): Joinpoint regression and age-period-cohort analyses. *Cancer Epidemiol*. 2022. 77, pp. 102113, doi: 10.1016/j.canep.2022.102113.
3. **Zauber A. G., Winawer S. J., O'Brien M. J., et al.** Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med*. 2012. 366 (8), pp. 687-96, doi: 10.1056/NEJMoa1100370.
4. **Tanaka S., Sano Y.** Aim to unify the narrow band imaging (NBI) magnifying classification for colorectal tumors: current status in Japan from a summary of the consensus symposium in the 79th Annual Meeting of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society. *Dig Endosc*. 2011. 23 (1), pp. 131-9, doi: 10.1111/j.1443-1661.2011.01106.x.
5. **Trần Thị Anh và cộng sự.** Ứng dụng nội soi ánh sáng dải tần hẹp (NBI) chẩn đoán polyp đại trực tràng tại Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 2, pp. 187-192, <https://doi.org/10.51298/vmj.v53i2.7608>.
6. **Cocomazzi F., Gentile M., Perri F., et al.** Accuracy and interobserver agreement of the NICE and Kudo classifications of superficial colonic lesions: a comparative study. *Int J Colorectal Dis*. 2021. 36 (7), pp. 1561-1568, doi: 10.1007/s00384-021-03897-8.
7. **Fléjou J. F.** [WHO Classification of digestive tumors: the fourth edition]. *Ann Pathol*. 2011. 31 (5 Suppl), pp. S27-31, doi: 10.1016/j.annpat.2011.08.001.
8. **Thái Thị Hồng Nhung và cộng sự.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học và đánh giá kết quả cắt đốt polyp đại trực tràng qua nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2019. 22-23-24-25, pp. 182-189, <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/827>.
9. **Chu Bá Thức và cộng sự.** Đánh giá mối liên quan hình ảnh nội soi dài tần hẹp với mô bệnh của polyp đại trực tràng ở bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 511 (1), pp. 247-250, doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v51i1.2091>.
10. **Wanders L. K., East J. E., Uitenduis S. E., et al.** Diagnostic performance of narrowed spectrum endoscopy, autofluorescence imaging, and confocal laser endomicroscopy for optical diagnosis of colonic polyps: a meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2013. 14 (13), pp. 1337-47, doi: 10.1016/S1470-2045(13)70509-6.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA TEST LẤY DA VÀ NỒNG ĐỘ IGE ĐẶC HIỆU HUYẾT THANH TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM MŨI DỊ ỨNG

Trần Thiên Tài^{1,2}, Hoàng Thị Lâm³, Lê Đình Tùng¹,
Nguyễn Thị Mỹ Viện², Nguyễn Thị Như Huỳnh², Lê Thị Minh Thu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối tương quan giữa kích thước sẩn phù trong test lấy da và nồng độ IgE đặc hiệu huyết thanh ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng tại Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 145 bệnh nhân viêm mũi dị ứng tại Thành phố Hồ Chí Minh. Mỗi bệnh nhân

được thực hiện cả test lấy da và xét nghiệm IgE đặc hiệu huyết thanh đối với các dị nguyên đường hô hấp. Phân tích tương quan Pearson và hồi quy tuyến tính được sử dụng để đánh giá mối liên quan. **Kết quả:** Phát hiện mối tương quan dương có ý nghĩa thống kê giữa kích thước sẩn phù và nồng độ IgE đặc hiệu với mạt nhà (Dp: $\beta = 0,078$, Df: $\beta = 0,112$, Bl: $\beta = 0,112$), gián ($\beta = 0,524$) và lông chó ($\beta = 3,009$), với $p < 0,001$. Riêng lông mèo không có tương quan có ý nghĩa ($\beta = 0,052$, $p = 0,09$). Kết hợp hai phương pháp tăng độ chính xác chẩn đoán từ 73,33% lên 86,21%.

Kết luận: Mức độ tương quan giữa test lấy da và IgE đặc hiệu thay đổi theo từng loại dị nguyên. Nên kết hợp cả hai phương pháp để tối ưu hóa chẩn đoán trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** viêm mũi dị ứng, test lấy da, IgE đặc hiệu, dị nguyên đường hô hấp, chẩn đoán dị ứng.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thiên Tài

Email: tai.tt1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 17.6.2025