Hoàng Thái Bảo. Tỷ lệ huyết thanh dương tính ấu trùng Toxocara canis ở người dân phường An Lộc, thị xã Bình Long, tỉnh Bình Phước. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;533(2):122–126.
7. **Toan Nguyen, Pham Ngoc Minh, Nguyen Ngoc Bich, Jong Jil Chai.** Seroprevalence of toxocariasis in Vietnam. Parasites & Vectors. 2016;9(1):486.
8. **Nguyễn Tấn Vinh, Đặng Văn Chính, Lê Thị Ngọc Ánh.** Tỷ lệ nhiễm giun đũa chó, mèo ở trẻ em tại xã Thạnh An, Cần Thơ. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2019;23(5):561.

GIÁ TRỊ CỦA PHÂN LOẠI JNET TRONG DỰ ĐOÁN ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI THÁI NGUYÊN

Làm Thị Phương[1], Nguyễn Thị Thu Huyền[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của phân loại JNET trong dự đoán đặc điểm mô bệnh học polyp đại trực tràng tại Thái Nguyên**. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá nghiệm pháp chẩn đoán trên 104 bệnh nhân được nội soi đại trực tràng (ĐTT) tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên phát hiện có polyp ĐTT; từ 08/2024 đến 06/2025. **Kết quả:** Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính và độ chính xác của phân loại JNET typ I trong phân biệt tổn thương không tân sinh và tân sinh lần lượt là 88,2%; 97,7%; 88,2%; 97,7% và 96,2%. Đối với typ IIA trong phân biệt loạn sản độ thấp với các nhóm khác, các giá trị tương ứng là 92,3%; 88,5%; 92,3%; 88,5% và 91,3%. Typ IIB trong phân biệt loạn sản độ cao và ung thư xâm lấn nông dưới niêm mạc đạt 71,4%; 95,9%; 55,6%; 97,9% và 94,2%. Typ III cho thấy khả năng nhận diện ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc, với các giá trị tương ứng là 100%; 98,8%; 66,7%; 100% và 98,9%. **Kết luận:** Phân loại JNET cho thấy độ chính xác cao trong dự đoán đặc điểm mô bệnh học của polyp ĐTT. Tuy nhiên, độ tin cậy của nhóm JNET IIB còn hạn chế. ***Từ khóa:*** polyp đại trực tràng, phân loại JNET, mô bệnh học

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF JNET CLASSIFICATION FOR PREDICTING HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COLORECTAL POLYPS IN THAI NGUYEN

Objective: To evaluate the diagnostic value of JNET classification in predicting the histopathological features of colorectal polyps in Thai Nguyen. **Methods:** A cross-sectional descriptive study assessing diagnostic performance was conducted on 104 patients who underwent colonoscopy and were found to have colorectal polyps at Thai Nguyen Central General Hospital and Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy Hospital from August 2024 to June 2025. **Results:** The sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), and diagnostic accuracy of JNET type I in differentiating non-neoplastic from neoplastic lesions were 88.2%, 97.7%, 88.2%, 97.7%, and 96.2%, respectively; of type IIA lesions for differentiating low-grade dysplasia from others were 92.3%, 88.5%, 92.3%, 88.5%, and 91.3%, respectively; of Type IIB lesions for differentiating high-grade dysplasia and shallow submucosal invasive carcinoma from others were 71.4%, 95.9%, 55.6%, 97.9%, and 94.2%, respectively; and of type III lesions for differentiating deep submucosal invasive carcinoma from others were 100%, 98.8%, 66.7%, 100%, and 98.9%, respectively. **Conclusion:** JNET classification demonstrates high accuracy in predicting the histopathological characteristics of colorectal polyps. However, the reliability of the JNET IIB group remains limited. ***Keywords:*** colorectal polyps, JNET classification, histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi đại trực tràng (ĐTT) là phương pháp chính xác và hiệu quả nhất hiện nay trong phát hiện và xử trí polyp ĐTT. Để lựa chọn phương pháp xử trí tối ưu, bác sĩ nội soi cần dự đoán được đặc điểm mô bệnh học của polyp ngay trong quá trình soi, nhằm tránh bỏ sót ung thư hoặc thực hiện can thiệp không cần thiết. Nhiều hệ thống phân loại polyp trên nội soi đã được xây dựng nhằm hỗ trợ quá trình này, trong đó nổi bật lên là phân loại JNET (Japan NBI Expert Team classification) được cho là ưu việt hơn hẳn so với các phân loại còn lại.

Phân loại JNET được nhóm chuyên gia Nhật Bản đề xuất vào năm 2014, dựa trên hình ảnh nội soi phóng đại với ánh sáng hẹp (NBI), chia polyp thành 4 nhóm: typ I, typ IIA, typ IIB và typ III[6]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy hệ thống phân loại này có độ chính xác cao trong dự đoán đặc điểm mô bệnh học polyp ĐTT[3-5]. Tại Thái Nguyên chưa có nghiên cứu nào đánh giá giá trị của phân loại này. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: *"Đánh giá giá trị của phân loại JNET trong dự đoán đặc điểm mô bệnh học polyp đại trực tràng tại Thái Nguyên".*

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Làm Thị Phương
Email: phuonglam2178@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 104 bệnh nhân được nội soi ĐTT tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện Trường Đại học y dược Thái Nguyên, phát hiện có polyp ĐTT; từ tháng 08/2024 đến tháng 06/2025.

Loại trừ ra khỏi nghiên cứu các bệnh nhân có bệnh lý nền nặng, bệnh nhân rối loạn đông cầm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông...) không thể can thiệp; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá nghiệm pháp chẩn đoán.

Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi Olymphus CV190, CV 170.

Cách tiến hành nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được tiến hành nội soi bằng ống mềm toàn bộ ĐTT. Chúng tôi ghi nhận số polyp phát hiện được trên nội soi, sau đó chọn ra polyp có kích thước lớn nhất để mô tả đặc điểm: ở chế độ nội soi ánh sáng trắng mô tả polyp theo các theo chí sau: vị trí, hình dạng, kích thước; ở chế độ nội soi NBI, sử dụng phân loại JNET để phân loại polyp dựa vào các đặc điểm bề mặt, mạch máu.

Bảng 2.1. Phân loại JNET[6]

	Typ I	Typ IIA	Typ IIB	Typ III
Kiểu mạch máu	Không quan sát thấy	Kích cỡ thông thường. Phân bố đều đặn (dạng lưới hoặc xoắn ốc)	Kích cỡ đa dạng. Phân bố không đều đặn	Có các vùng vô mạch. Các mạch máu dày lên gián đoạn
Kiểu bề mặt	Các chấm sáng và tối đều đăn. Tương đồng với niêm mạc bình thường xung quanh	Đều đăn (dạng ống/ phân nhánh/nhú)	Không đều/ẩn đi	Vùng vô định hình
Kiểu mô bệnh học có thể nhất	Polyp tăng sản, tổn thương răng cưa không cuống	Loạn sản trong niêm mạc độ thấp	Loạn sản trong niêm mạc độ cao/ung thư xâm lấn nông dưới niêm mạc (độ xâm lấn <1mm)	Ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc
Hình ảnh minh họa				

Tiến hành cắt bỏ polyp hoặc sinh thiết, sau đó lấy toàn bộ bệnh phẩm được chẩn đoán MBH tại Khoa giải phẫu bệnh; phân loại MBH polyp theo WHO năm 2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố theo nhóm tuổi và giới

		Số lượng	Tỷ lệ %
Tổng		104	100
Nhóm tuổi	≤40	14	13,5
	41-50	10	9,6
	51-60	24	23,1
	61-70	30	28,8
	>70	26	25,0
Tuổi trung bình		59,8±15,4	
Giới	Nam	54	51,9
	Nữ	50	48,1

Nhận xét: Tuổi trung bình là 59,8 ± 15,4. Nhóm 61–70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 28,8%. Tỷ lệ nam/nữ = 54/50 = 1,08.

Bảng 3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi polyp đại trực tràng

		Số lượng	Tỷ lệ %
Số lượng polyp	Đơn polyp	36	34,6
	Đa polyp	68	65,4
Vị trí polyp	Trực tràng	21	20,2
	Đại tràng sigma	29	27,9
	Đại tràng xuống	18	17,3
	Đại tràng ngang	12	11,5
	Đại tràng lên	20	19,2
	Manh tràng	4	3,9
Nhóm kích thước	≤5 mm	18	17,3
	6-9 mm	20	19,2
	≥10 mm	66	63,5
Hình dạng	Có cuống	35	33,7
	Không cuống	69	66,3
Tổng		104	100

Nhận xét: Tỷ lệ đa polyp chiếm 65,4%. Polyp gặp ở tất cả các vị trí của đại trực tràng; hay gặp nhất là đại tràng sigma (27,9%); ít gặp nhất ở manh tràng (3,9%). Đa số polyp có kích thước ≥10 mm, chiếm 63,5%. Polyp không cuống chiếm 66,3%.

Bảng 3.3. Đặc điểm polyp theo phân loại Paris

Phân loại Paris	Số lượng	Tỷ lệ %
0-Is	59	56,7
0-Ip	35	33,7
0-Isp	4	3,9
0-IIa	2	1,9
0-Iib	0	0
0-IIc	0	0
0-(IIa+c)	2	1,9
0-(IIa+Is)	2	1,9
Tổng	104	100

Nhận xét: Dạng 0-Is thường gặp nhất (56,7%); tiếp theo là dạng 0-Ip (33,7%).

Bảng 3.4. Đặc điểm polyp theo phân loại JNET

Phân loại JNET	Số lượng	Tỷ lệ %
JNET I	14	13,5
JNET IIA	78	75,0
JNET IIB	9	8,6
JNET III	3	2,9
Tổng	104	100

Nhận xét: Đa số polyp thuộc JNET IIA (75%).

Bảng 3.5. Phương pháp xử trí polyp

Xử trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Kìm sinh thiết	18	17,3
Thòng lọng không kèm đốt điện	61	58,6
Thòng lọng kèm đốt điện	24	23,1
Cắt hớt niêm mạc	1	1
Tổng	104	100

Nhận xét: Phần lớn xử trí bằng thòng lọng không kèm đốt điện (58,6%).

Bảng 3.6. Đặc điểm mô bệnh học của polyp ĐTT

Mô bệnh học		Số lượng	Tỷ lệ %
Không tân sinh	Polyp tăng sản	16	15,4
	Polyp viêm	1	0,9
Tân sinh	U tuyến ống	65	62,5
	U tuyến ống nhung mao	14	13,5
	U tuyến nhung mao	1	0,9
	Ung thư biểu mô	7	6,8
Tổng		104	100

Nhận xét: Gặp nhiều nhất là u tuyến ống (62,5%), tiếp đến là polyp tăng sản (15,4%). Ung thư biểu mô chiếm 6,8%.

Bảng 3.7. Đối chiếu phân loại JNET với mô bệnh học

Phân loại JNET	Mô bệnh học					Tổng
	Không tân sinh	Loạn sản độ thấp	Loạn sản độ cao	Ung thư		
				Xâm lấn nông	Xâm lấn sâu	
Typ I n (%)	15 (88,2)	2 (11,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	17 (100)
Typ IIA n (%)	2 (2,7)	72 (96,0)	1 (1,3)	0 (0)	0 (0)	75 (100)
Typ IIB n (%)	0 (0)	4 (44,4)	1 (11,2)	4 (44,4)	0 (0)	9 (100)
Typ III n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
Tổng N (%)	17 (16,3)	78 (75,0)	2 (1,9)	5 (4,8)	2 (1,9)	104 (100)

Nhận xét: Nhóm JNET I 88,2% là tổn thương không tân sinh; JNET IIA 96% là loạn sản độ thấp; nhóm JNET IIB có 55,6% loạn sản độ cao/ung thư xâm lấn nông; nhóm JNET III có 66,7% là ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc.

Bảng 3.8. Giá trị dự đoán đặc điểm mô bệnh học của phân loại JNET

Phân loại JNET	Độ nhạy (%) KTC-95%	Độ đặc hiệu (%) KTC-95%	GTTĐ dương (%) KTC-95%	GTTĐ âm (%) KTC-95%	Độ chính xác (%) KTC-95%
Typ I	88,2 63,6-98,5	97,7 91,9-99,7	88,2 63,6-98,5	97,7 91,9-99,7	96,2 90,4-98,9
Typ IIA	92,3 84,0-97,1	88,5 69,8-97,6	96,0 88,8-99,2	79,3 60,3-92,0	91,3 84,2-96,0
Typ IIB	71,4 29,0-96,3	95,9 89,8-98,9	55,6 21,2-86,3	97,9 92,6-99,7	94,2 87,9- 97,9
Typ III	100 15,8-100,0	99,0 94,7-100,0	66,7 9,4–99,2	100 96,4-100,0	99,0 94,8-100,0

Nhận xét: Độ chính xác của 4 typ cao 91,3-99,0%. Typ I và Typ IIA có độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương tính cao 88,2-97,7%. Typ IIB có độ nhạy là 71,4% và giá trị tiên đoán âm tính là 97,9%. Typ III có độ nhạy và giá trị tiên đoán âm tính 100%.

Bảng 3.9. Ảnh hưởng của giá trị dự đoán đặc điểm mô bệnh học đến chiến lược điều trị

Vấn đề tiếp cận chiến lược điều trị	Độ nhạy (%) KTC-95%	Độ đặc hiệu (%) KTC-95%	GTTĐ dương (%) KTC-95%	GTTĐ âm (%) KTC-95%	Độ chính xác (%) KTC-95%

Loạn sản độ thấp (typ IIA) và không tân sinh (typ I)	97,3 90,5–99,7	88,2 63,6–98,5	97,3 90,5–99,7	88,2 63,6–98,5	95,6 88,8–98,9
Loạn sản độ cao, ung thư (typ IIB, III) với loạn sản độ thấp (typ IIA)	85,7 42,1–99,6	94,7 86,9–98,5	60,0 26,2–87,8	98,6 92,5–100	93,9 86,3–98,0
Ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc (typ III) với các tổn thương tân sinh khác (typ IIA, IIB)	100 34,2–100	98,8 93,5–99,8	66,7 20,8–93,9	100 95,5–100	98,8 93,6–99,8

Nhận xét: JNET giúp phân biệt loạn sản độ thấp và không tân sinh; loạn sản độ cao, ung thư với loạn sản độ thấp; ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc với các tổn thương tân sinh khác với độ chính xác cao 93,9-98,8%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 1,08/1. Tuổi trung bình là 59,8 ± 15,4. Nhóm 61–70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 28,8%; tiếp theo là nhóm >70 tuổi 25,0%.

Đặc điểm nội soi: Đa số bệnh nhân có từ hai polyp đại trực tràng trở lên, chiếm 65,4%. Vị trí thường gặp nhất của polyp là đại tràng sigma (27,9%), tiếp theo là trực tràng và đại tràng lên. Polyp có kích thước ≥10 mm chiếm tỷ lệ 63,5%. Polyp không cuống chiếm đa số với 66,3%. Phân loại Paris: dạng 0-Is thường gặp nhất, chiếm 56,7%. Tiếp theo là dạng 0-Ip, chiếm 33,7%. Phân loại JNET: đa số polyp thuộc JNET IIA (75%). Xử trí: thòng lọng không kèm đốt điện chiếm 58,6%; tiếp theo là thòng lọng kèm đốt điện 23,1%.

Mô bệnh học: Polyp tăng sản; polyp viêm; u tuyến ống; u tuyến ống nhung mao; u tuyến nhung mao; ung thư biểu mô chiếm tỷ lệ lần lượt là 15,4%; 0,9%; 62,5%; 13,5%; 0,9%; 6,8%.

Nhóm JNET typ I chủ yếu gồm các tổn thương không tân sinh (polyp tăng sản, polyp viêm), chiếm 88,2%; còn lại 11,8% là tổn thương loạn sản độ thấp. Độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính và độ chính xác cao (97,7%; 88,2% và 96,2%) cho thấy khả năng loại trừ tổn thương tân sinh một cách tin cậy, giúp giảm các thủ thuật cắt bỏ không cần thiết. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Sumimoto và cộng sự (2017), trong đó typ I hầu hết là tổn thương không tân sinh (89,3%), độ đặc hiệu (99,9%); giá trị tiên đoán dương tính (97,5%); độ chính xác (99,3%)[7].

Nhóm JNET typ IIA là nhóm chiếm tỷ lệ lớn nhất (72,1%), với 96% là loạn sản độ thấp; 2,7% là tổn thương không tân sinh và 1,3% là loạn sản độ cao. Độ nhạy (92,3%) và độ đặc hiệu (88,5%) của nhóm này gần tương đồng với Komeda và cộng sự (2017) (độ nhạy 96%, độ đặc hiệu 81,9%)[4] và Lê Quang Nhân và cộng sự (2023) (độ nhạy 91,9%, độ đặc hiệu 81,4%)[2]. Kết quả này khẳng định JNET IIA là chỉ dấu tin cậy cho các tổn thương loạn sản độ thấp, phù hợp với chỉ định cắt trọn khối qua nội soi bằng thòng lọng kèm đốt điện hoặc không kèm đốt điện hoặc cắt hớt niêm mạc qua nội soi (EMR) tùy thuộc vào kích thước và hình dạng polyp.

Nhóm JNET typ IIB chiếm tỷ lệ nhỏ (8,7%) nhưng có sự không đồng nhất về mô bệnh học: chỉ 55,6% tổn thương thuộc nhóm loạn sản độ cao hoặc ung thư xâm lấn nông, còn lại vẫn là loạn sản độ thấp (44,4%). Có độ nhạy 71,4%, độ đặc hiệu 95,9%, giá trị tiên đoán dương tính (PPV) 55,6%, giá trị tiên đoán âm tính (NPV) 97,9% và độ chính xác 94,2%. Độ nhạy thấp cho thấy JNET typ IIB chưa phát hiện được hết các tổn thương ác tính sớm, tức vẫn còn khả năng bỏ sót một số trường hợp loạn sản độ cao hoặc ung thư nông dưới niêm mạc. Tuy nhiên, độ đặc hiệu và đặc biệt là giá trị tiên đoán âm cao cho thấy rằng khi tổn thương không được xếp vào typ IIB, khả năng thật sự không phải ác tính là rất cao. Nhiều tác giả trước đây cũng ghi nhận hiện tượng tương tự như Sumimoto và cộng sự (2017) báo cáo độ nhạy 61,9%; độ đặc hiệu 82,8%; giá trị tiên đoán dương tính 50,9% và giá trị tiên đoán âm tính 88,2%[7]. Nguyễn Công Long và cộng sự (2022) cũng ghi nhận typ IIB có 41% là u tuyến loạn sản độ cao và ung thư tại chỗ; 43,6% có kết quả là loạn sản độ thấp[1]. Từ đó ta thấy typ IIB có giá trị chẩn đoán cao trong loại trừ tổn thương ác tính (NPV cao) nhưng chưa thật sự chính xác khi khẳng định tổn thương ác tính (PPV thấp). Do đó, trong thực hành lâm sàng, các tổn thương được phân loại JNET typ IIB nên được xem là tổn thương nghi ngờ ác tính sớm, cần phối hợp với các hệ thống phân loại khác như Kudo pit pattern để xác định chính xác độ xâm lấn trước khi lựa chọn chiến lược điều trị (EMR, ESD hay phẫu thuật).

Nhóm JNET typ III cho thấy khả năng nhận diện chính xác cao các tổn thương ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc, với độ nhạy và giá trị tiên đoán âm tính đều đạt 100%, giúp loại trừ gần như hoàn toàn nguy cơ bỏ sót ung thư xâm lấn sâu khi tổn thương được đánh giá không thuộc typ III. Hai trong ba trường hợp thuộc nhóm này là ung thư xâm lấn sâu, phù hợp với kết quả của Kobayashi và cộng sự (2019), trong đó typ III có

độ đặc hiệu 99,4% và giá trị tiên đoán dương tính 96,9%[3]. Kết quả này khẳng định rằng việc phát hiện tổn thương JNET typ III có thể được xem là chỉ dấu định hướng điều trị phẫu thuật triệt căn, thay vì cắt polyp qua nội soi.

Khi phân biệt tổn thương không tân sinh (JNET typ I) và tổn thương loạn sản độ thấp (JNET typ IIA), phân loại JNET cho thấy độ nhạy và độ chính xác rất cao (97,3% và 95,6%), phản ánh khả năng nhận diện tin cậy các polyp cần cắt bỏ. Ở nhóm tổn thương loạn sản độ cao hoặc ung thư (JNET typ IIB, III) so với loạn sản độ thấp (JNET typ IIA) có độ chính xác 93,9%, độ đặc hiệu 94,7% và độ nhạy 85,7%, cho thấy hiệu quả chẩn đoán tốt trong phát hiện các tổn thương có nguy cơ ác tính cao. Trong phân biệt ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc (JNET typ III) với các tổn thương tân sinh khác, JNET đạt độ nhạy và giá trị tiên đoán âm (100%), cùng độ đặc hiệu và độ chính xác cao (98,8%), giúp lựa chọn phẫu thuật triệt căn thay vì cắt qua nội soi.

V. KẾT LUẬN

Hệ thống phân loại JNET cho thấy độ chính xác và độ tin cậy cao trong dự đoán đặc điểm mô bệnh học của polyp đại trực tràng, qua đó hỗ trợ bác sĩ lựa chọn phương pháp xử trí tối ưu ngay trong quá trình nội soi. Tuy nhiên, nhóm JNET IIB vẫn còn hạn chế trong việc phân biệt các tổn thương tiến triển, cần được nghiên cứu mở rộng và kết hợp thêm với các kỹ thuật hỗ trợ khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Công Long và cộng sự,** Đặc điểm lâm sàng và nội soi tổn thương polyp đại tràng phát hiện tại Trung tâm Nội soi Tiêu hoá-Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 514(2).
2. **Lê Quang Nhân và cộng sự,** Nghiên cứu giá trị của phân loại JNET trong tiên đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023. 525(1B).
3. **Kobayashi S, 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 European Gastroenterol J, 2019. 7(7): p. 914-923.
4. **Komeda Y, et al,** Magnifying Narrow Band Imaging (NBI) for the Diagnosis of Localized Colorectal Lesions Using the Japan NBI Expert Team (JNET) Classification. Oncology, 2017. 93 Suppl 1: p. 49-54.
5. **Koyama Y, et al,** Diagnostic efficacy of the Japan NBI Expert Team classification with dual-focus magnification for colorectal tumors. Surg Endosc, 2022. 36(7): p. 5032-5040.
6. **Sano Y, et al,** Narrow-band imaging (NBI) magnifying endoscopic classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team. Dig Endosc, 2016. 28(5): p. 526-33.
7. **Sumimoto K, et al,** Clinical impact and characteristics of the narrow-band imaging magnifying endoscopic classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team. Gastrointest Endosc, 2017. 85(4): p. 816-821.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY TẠI TRUNG TÂM HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2024-2025

Phạm Lương Hiền[1,2], Nguyễn Công Tấn[3], Vương Xuân Toàn[3]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp trong khoa hồi sức, chiếm 10–25% bệnh nhân điều trị nội trú và 25–50% bệnh nhân thở máy, trong đó căn nguyên chủ yếu là vi khuẩn Gram âm đa kháng. Lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp có vai trò quan trọng trong cải thiện tiên lượng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng VPLQTM và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên gây VPLQTM tại trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát mô tả được tiến hành trên 237 bệnh nhân đặt nội khí quản hoặc mở khí quản điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc VPLQTM là 21,5%, với tần suất 24,4/1.000 ngày thở máy; tuổi trung bình bệnh nhân 55,9 ± 17,4; vi khuẩn thường gặp nhất là Acinetobacter baumannii (35,5%) tiếp đến là Klebsiella pneumoniae và Klebsiella aerogenes. **Kết luận:** VPLQTM tại Trung tâm Hồi sức tích cực có tỷ lệ mắc còn cao, tác nhân chủ yếu là vi khuẩn Gram âm đa kháng với Acinetobacter baumannii chiếm tỷ lệ cao nhất. ***Từ khóa:*** Viêm phổi liên quan thở máy, vi khuẩn, kháng sinh

[1]Bệnh viện Phổi Hải Dương
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Tấn
Email: nguyencongtan.hstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025

SUMMARY

SURVEY OF VENTILATION ASSOCIATED PNEUMONIA AT THE INTENSIVE CENTER