

người mang gen hemophilia B và chẩn đoán trước sinh bằng phương pháp phân tích liên kết.

2. Khả năng ứng dụng của bộ chỉ thị đa hình là 100% khi thực hiện phân tích trên 23 người mang gen bệnh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jayandharan, G.R., A. Srivastava, and A. Srivastava, Role of molecular genetics in hemophilia: from diagnosis to therapy. *Semin Thromb Hemost*, 2012. **38**(1): p. 64-78.
2. Mitchell, M., S. Keeney, and A.J.H. Goodeve, Practice guidelines for the molecular diagnosis of hemophilia B. 2010.
3. Goodeve, A., et al., A comparison of the allelic frequencies of ten DNA polymorphisms associated with factor VIII and factor IX genes in Thai and Western European populations. *Blood coagulation & fibrinolysis: an international journal in haemostasis and thrombosis*, 1994. **5**(1): p. 29-35.
4. Mitchell, C., C. Mitchell, and A. Krause, New FACTOR IX linked marker alleles in African Haemophilia B patients. *Haemophilia*, 2007. **13**(5): p. 642-644.
5. Shin, J.S., et al., Polymorphisms Linked to Factor IX Gene in Korean Population. *Korean Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000. **43**(11): p. 2038-2044.
6. Kanani, P., et al., Heterozygote frequencies of common polymorphic markers of factor VIII (f8) and factor IX (f9) genes in indigenous Nepali population. *Haemophilia*, 2012. **18**(2): p. e44-5.
7. Peyvandi, F. Carrier detection and prenatal diagnosis of hemophilia in developing countries. in *Seminars in thrombosis and hemostasis*. 2005. Copyright© 2005 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New ....
8. Graham, J., et al., The varying frequencies of five DNA polymorphisms of X-linked coagulant factor IX in eight ethnic groups. 1991. **49**(3): p. 537.

## ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN HÌNH ẢNH NỘI SOI DẢI TẦN HẸP VỚI MÔ BỆNH CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

Chu Bá Thúc\*, Dương Hồng Thái\*\*, Phạm Châu\*\*\*

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá mối liên quan giữa hình ảnh nội soi NBI và mô học của polyp đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** polyp đại trực tràng được phát hiện qua nội soi đại trực tràng có NBI sử dụng máy nội soi đại tràng ống mềm olympus CV 170. Polyp được cắt và hoặc sinh thiết làm mô bệnh học nội soi, đối chiếu hình ảnh nội soi NBI với kết quả mô bệnh học của polyp. **Kết quả:** Trong 77 bệnh nhân, polyp có kích thước lớn, bề mặt sùi hoặc chia múi thì tỷ lệ u tuyến cao hơn. Tỷ lệ loạn sản ở polyp có cuống và không cuống là như nhau. Kích thước polyp càng lớn thì mức độ loạn sản nặng càng cao. Độ nhạy của nội soi NBI trong chẩn đoán polyp tuyến là 93,6%, độ đặc hiệu là 85%. **Kết luận:** Nội soi đại trực tràng với NBI có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong phân loại và dự đoán được mô bệnh học polyp đại trực tràng

**Từ khóa:** Hình ảnh dải tần hẹp, phân loại NICE, Nội soi đại tràng

### SUMMARY

#### EVALUATING THE RELATIONSHIP BETWEEN ENDOSCOPIC NARROW-BAND IMAGING AND

#### HISTOLOGY OF COLORECTAL POLYPS IN PATIENTS TREATED AT BAC NINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

**Aim:** Evaluation of the relationship between NBI endoscopic images and histology of colorectal polyps. **Subjects and methods:** Colorectal polyps were detected by colonoscopy with NBI using olympus CV 170 flexible colonoscope. Polyps are resected and/or biopsied for pathological tissue through endoscopy, comparing the NBI endoscopic images with the histopathological results of the polyp. **Results:** In 77 patients, polyps with large size, rough surface or segmented, the rate of adenoma is higher. The prevalence of dysplasia in pedunculated and sessile polyps was similar. The larger the polyp size, the higher the degree of severe dysplasia. The sensitivity of NBI endoscopy in the diagnosis of adenomatous polyps is 93.6%, the specificity is 85%. **Conclusion:** Colonoscopy with NBI shows high sensitivity and specificity in classifying and predicting histopathological colorectal polyps

**Keywords:** Narrow-band imaging, NICE classification, Colonoscopy,

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là ung thư đường tiêu hóa phổ biến, 95% bắt nguồn từ polyp đại trực tràng. Nội soi đại trực tràng đánh giá đặc điểm hình ảnh của polyp có thể đánh giá được tính chất mô bệnh học của polyp đại trực tràng và tiên lượng ung thư hóa polyp đại trực tràng. Các kỹ thuật nội soi phóng đại sử dụng ánh sáng dải

\*Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh,

\*\*Đại Học Y dược Thái Nguyên

\*\*\*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Chu Bá Thúc

Email: chubathucbg@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2022

Ngày duyệt bài: 25.01.2022

tần hẹp (NBI), ánh sáng laser xanh và hình ảnh liên kết màu sắc đã chứng minh được hiệu quả trong nhận định tổn thương một cách chính xác khi so sánh với mô bệnh học [8]. Nội soi đại trực tràng dải tần hẹp (NBI) là một trong những kỹ thuật gắn dây sử dụng bộ lọc R/G/B filter sử dụng loại ánh sáng đơn sắc, trong đó nguyên lý là sử dụng hệ thống kính lọc và bộ phân tích xử lý ánh sáng với hai bước sóng 415nm (415 ± 30nm) và 540nm (540 ± 30nm). Nhờ kỹ thuật này mà cho hình ảnh có khả năng phân biệt rõ hơn về một số đặc điểm cụ thể giữa tổ chức bình thường và tổ chức bệnh lý, các mức độ khác nhau ở niêm mạc và tăng độ tương phản trên bề mặt biểu mô của mạng mao mạch dưới niêm mạc để đưa ra hình ảnh chẩn đoán chính xác hơn trong chẩn đoán bệnh lý ĐTT. Hiện nay với nhiều hệ thống phân loại tổn thương dựa trên những tiến bộ về kĩ thuật nội soi ra đời như: KUDO, JNET, NICE... dựa trên các tiêu chí khác nhau như: màu sắc, mạch máu, bề mặt... giúp tăng cường khả năng chẩn đoán, phân loại polyp đại trực tràng, ung thư sớm ĐTT [7].

Ở nước ta, việc ứng dụng nội soi NBI trong chẩn đoán chưa phổ biến, xuất phát từ thực tiễn

trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá mối liên quan hình ảnh nội soi hình ảnh dải tần hẹp với mô bệnh của polyp đại trực tràng ở bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

- **Đối tượng nghiên cứu** là bệnh nhân có polyp đại trực tràng được phát hiện qua nội soi đại trực tràng có NBI đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, sử dụng máy nội soi đại tràng ống mềm olympus CV 170. Polyp đại trực tràng được đánh giá qua nội soi NBI, cắt polyp và hoặc sinh thiết làm mô bệnh qua nội soi, đối chiếu hình ảnh nội soi NBI với kết quả mô bệnh học của polyp. Được tiến hành tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Bắc Ninh thời gian từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đánh giá hình ảnh NBI của polyp bằng màu sắc, mạch máu và cấu trúc bề mặt của polyp và niêm mạc xung quanh. Chúng tôi sử dụng bảng phân loại quốc tế (NICE) đánh giá hình ảnh NBI của polyp ĐTT như sau:

	<b>Type I</b>	<b>Type II</b>	<b>Type III</b>
Màu sắc	Giống hoặc nhạt màu hơn niêm mạc xung quanh	Nâu hơn so với niêm mạc xung quanh	Nâu đen nâu thẫm hơn so với niêm mạc xung quanh, đôi khi có mảng trắng nhạt màu hơn
Mạch máu	Có hoặc không có mạng mạch máu chạy qua bề mặt tổn thương	Mạch máu nâu và dày lên quây quanh cấu trúc màu trắng	Vùng có mạch máu bị biến dạng hoặc mất mạch máu
Bề mặt	Các chấm màu trắng hoặc sẫm có kích thước đồng dạng hoặc bề mặt mất tính đồng nhất	Cấu trúc màu trắng có hình bầu dục, hình ống hoặc dạng nhánh, quây quanh bởi mạch máu màu nâu	Vùng bề mặt biến dạng hoặc mất bề mặt
Khả năng CD GPB	Tăng sản	U tuyến	Ung thư xâm lấn sâu lớp dưới niêm mạc

- Chỉ tiêu mô bệnh học: Phân loại mô bệnh học được dựa trên phân loại của WHO 2000.

- Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu xử lý trên máy tính với phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới**

		<b>Số BN</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Nhóm tuổi	≤ 29	2	2,6
	30 – 39	4	5,2
	40 – 49	6	7,8
	50 – 59	12	15,6
	> 60	53	68,8
Giới tính	Nam	53	68,8
	Nữ	24	31,2
<b>Tổng</b>		<b>77</b>	<b>100</b>

Nhóm lớn hơn 60 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 53 BN chiếm 68,8%, ít nhất là nhóm dưới 29 tuổi với 2 BN chiếm 2,6%. Tỷ lệ BN nam lớn hơn nữ.

**Bảng 3.2. Đặc điểm polyp qua nội soi**

		<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ(%)</b>
<b>Kích thước polyp (mm)</b>	≤5mm	18	18,2
	6 – 10mm	25	25,3
	11 – 15mm	38	38,4
	16 – 20mm	7	7,1
	>20mm	11	11,1
<b>Đặc điểm bề</b>	Nhấn	74	74,7
	Sùi	7	7,1

<b>mặt</b>	Xung huyết	8	8,1
	Chứa máu	10	10,1

Polyp không cuống chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 66 BN chiếm 66,7%. Nhóm polyp kích thước từ 11mm – 15mm chiếm tỷ lệ cao nhất với 38 trường hợp, chiếm 38,4%, thấp nhất ở nhóm có kích thước 16-20mm với 7trường hợp, chiếm 7,1%. Đa số polyp có bề mặt nhẵn với 74 trường hợp, chiếm 74,7%.

**Bảng 3.3. Các typ mô bệnh học của polyp và u tuyến**

Typ mô bệnh học		n = 99	Tỷ lệ %
U tuyến	U tuyến loạn sản độ thấp	69	69,7%
	U tuyến loạn sản độ cao	9	9,1%
	Ung thư	1	1%
Polyp	Polyp tăng sản	16	16,2%

không u	Polyp viêm	4	4%
<b>Tổng</b>		<b>99</b>	<b>100%</b>

Trong nhóm u tuyến thì u tuyến loạn sản độ thấp chiếm tỷ lệ cao nhất với 69 trường hợp chiếm 69,7% tiếp theo là u tuyến loạn sản độ cao với 9 trường hợp, gặp 1 polyp đã ung thư hóa. Trong nhóm polyp không u thì polyp tăng sản chiếm tỷ lệ cao hơn với 16 trường hợp chiếm 16,2%, thấp hơn là polyp viêm với 4 trường hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với một số nghiên cứu trong và ngoài nước kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Hoa, có 75,28% là u tuyến, 24,72% là polyp không u [2], Laird-Fick HS và cộng sự nghiên cứu sàng lọc tại cộng đồng ở người cao tuổi (trên 50 tuổi) tại Mỹ cho kết quả polyp u tuyến 59,9% [4].

**Bảng 3.4. Liên quan giữa kích thước và hình dạng polyp với mức độ loạn sản**

Đặc điểm	Loạn sản			P
	Nhẹ	Nặng	Tổng số	
Kích thước	≤5	11	0	P>0,05
	6 – 10	18	1	
	11-5	31	3	
	16 – 20	6	1	
	>20	4	4	
Hình dạng	Có cuống	23	4	P>0,05
	Bán cuống	2	0	
	Không cuống	45	5	

Kích thước càng lớn thì mức độ loạn sản nặng càng cao, loạn sản nhẹ gặp nhiều ở nhóm polyp có kích thước từ 6mm-10mm.

Nusko cùng cho rằng polyp kích thước càng lớn thì khả năng là polyp u càng nhiều qua đó đề xuất tất cả các polyp trên 5mm cần phải cắt bỏ vì nguy cơ tiến triển ác tính hóa [5]. Phạm Thị Hoa nghiên cứu thấy polyp kích thước >2cm có mức độ loạn sản nặng lên tới 39%, polyp <2cm: loạn sản nặng 13,33%.

Chúng tôi thấy mức độ loạn sản nhẹ và nặng gặp nhiều nhất ở polyp không cuống, tiếp theo là nhóm có cuống và bán cuống tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi cũng cho kết quả tương tự với Phạm Thị Hoa [2]. Theo Kashida H và CS đã nghiên cứu trên số lượng lớn polyp đại trực tràng cho kết quả các polyp dạng phẳng có nguy cơ ung thư hóa rất cao: 161/492 (32,7%), trong khi đó các polyp có cuống thì nguy cơ mắc ung thư thấp hơn 268/11844 (2,3%) so với polyp dạng phẳng [3].

**Bảng 3.5. Kết quả nội soi đại ánh sáng hẹp (NBI) chẩn đoán polyp u tuyến**

Polyp tuyến nội soi NBI	Mô bệnh học	
	Polyp u tuyến	Không phải polyp u tuyến
Polyp u tuyến	74	3
Không phải polyp u tuyến	5	17

Polyp u tuyến	74	3
Không phải polyp u tuyến	5	17

Kết quả nội soi NBI chẩn đoán polyp u tuyến với độ nhạy của nội soi NBI trong chẩn đoán là: 74/(74+5) (93,6), độ đặc hiệu của nội soi NBI trong chẩn đoán là: 17/(17+3) (85%), độ chính xác của nội soi NBI trong chẩn đoán là: 74+17/(74+5+17+3) (91,9%). Kết quả nghiên cứu đề tài phù hợp một số nghiên cứu. Nghiên cứu của Lê Đình Quang cho độ nhạy 95,5%, độ đặc hiệu 65,5%, giá trị tiên đoán dương 95,5%[1]. Nghiên cứu của Wander và cộng sự trong ứng dụng nội soi NBI cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu trong việc phân biệt tổn thương ung thư đại trực tràng với tổn thương không phải ung thư tương ứng là khoảng 90% và 85% [9], kết quả nghiên cứu của Repici cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác và AUC cho các dự đoán được thực hiện với độ tin cậy cao là 81%, 80,5%, 82% và 0,88 chính xác hơn đáng kể [6]

#### IV. KẾT LUẬN

Polyp ở nam giới gặp 2,2 lần ở nữ giới. Tuổi trung bình của BN là 62,4± 13,8. Tỷ lệ mắc polyp cao nhất là nhóm tuổi trên 60 tuổi: 68,8,8%.

Polyp không cuống chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,7%, thấp nhất là bán cuống với 2,0%. Nhóm polyp có kích thước từ 11mm-15mm chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,4%. Đa số polyp có bề mặt nhẵn với 74,7%. Số bệnh nhân có 1 polyp chiếm tỷ lệ nhiều hơn với 71,4%.

Polyp có kích thước càng lớn khả năng là polyp u càng cao. Polyp có bề mặt sùi hoặc chia múi thì khả năng là u tuyến cao hơn. Tỷ lệ loạn sản nếu có ở polyp có cuống và không cuống là như nhau. Kích thước polyp càng lớn thì mức độ loạn sản nặng càng cao.

Độ nhạy của nội soi NBI trong chẩn đoán polyp tuyến là 93,6%, độ đặc hiệu là 85%.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đình Quang, Lê Quang Nhân, Quách Trọng Đức (2020), "Giá trị phân loại NICE trong tiên đoán mô bệnh học của polyp đại trực tràng", Hội nghị khoa học tiểu học toàn quốc lần thứ 26, tr. 84-85.
2. Phạm Thị Hoa (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và hiệu quả điều trị qua nội soi polyp đại trực tràng trên 1cm", Luận văn chuyên khoa cấp II(Học viện Quân y, Hà nội).
3. Kashida H, Kudo S, Takeuchi T, Ohtsuka K. (2006), "The importance of depressed lesions in the development of colorectal cancer.Early cancer

of the gastrointestinal tract", Colorectal cancer. 242-247.

4. Laird-Fick H.S, Chahal G, Olomu A et al (2016), "Colonic polyp histopathology and location in a community-based sample of older adults. BMC Gastroenterol, 16.
5. Nusko G., et al. (1997), "Invasive carcinoma in colorectal adenomas: multivariate analysis of patient and adenoma characteristics", Endoscopy, 29(7):. 626-31.
6. Repici, A., et al., (2016.), "Narrow-band Imaging International Colorectal Endoscopic Classification to predict polyp histology: REDEFINE study (with videos).", Gastrointest Endosc, . 84(3): , tr. p. 479-486.e3.
7. Santa Hattori, M.I., Wataru Sano, (2014 16;), "Narrow-band imaging observation of colorectal lesions using NICE classification to avoid discarding significant lesions. ", World J Gastrointest Endosc 6(12).
8. Suzuki T., H.T., Kitagawa Y. và cộng sự, (2016.), "Magnified endoscopic observation of early colorectal cancer by linked color imaging with crystal violet staining. ", Gastrointest Endosc, . 84(4), , tr. 726-729.
9. Wanders, L.K., et al., (2013.), Diagnostic performance of narrowed spectrum endoscopy, autofluorescence imaging, and confocal laser endomicroscopy for optical diagnosis of colonic polyps: a meta-analysis. Lancet Oncol,. 14(13):, tr. p. 1337-47.

## Kiến thức, Thái độ, Thực hành phòng chống COVID-19 của Sinh viên ngành Y khoa Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, 2021

Phạm Thị Ngọc Nga, Trần Trương Ngọc Bích,  
Đỗ Thị Cẩm Hồng, Phan Thị Anh Nguyệt,  
Ngô Thị Thúy Hằng, Hứa Thị Kim Chi, Nguyễn Hữu Chương(\*)

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sinh viên ngành Y khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (ĐHYDCT) là một trong các lực lượng trực tiếp tham gia hỗ trợ công tác phòng chống đại dịch COVID-19. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ sinh viên ngành Y khoa, Trường ĐHYDCT có kiến thức, thái độ, thực hành đúng trong phòng chống đại dịch COVID-19, năm 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 847 sinh viên ngành Y khoa từ năm nhất (Khóa 46) đến năm thứ năm (Khóa 42) của Trường ĐHYDCT. **Kết quả:** Về kiến thức, số câu sinh viên trả lời đúng ít nhất là 2 và nhiều nhất là 15 câu, điểm kiến thức trung bình chung là 9,9±1,9. Một số câu hỏi kiến thức đạt tỷ lệ đúng rất

cao trên 90%, nhưng một số khác lại rất thấp như KT9 - thời gian ít nhất trong mỗi lần "rửa tay đúng cách" chỉ đạt 20,3%. Đa số sinh viên có thái độ rất tốt về đại dịch COVID-19, trong đó thái độ tin đại dịch COVID-19 trên thế giới sẽ được kiểm soát là cao nhất, đạt 96,4%. Trong 10 biện pháp, thực hành mang khẩu trang đúng chiếm tỷ lệ cao nhất 98%, thực hành tập thể dục thường xuyên và ăn uống đủ chất chiếm tỷ lệ thấp nhất 75,3%. **Kết luận:** Kiến thức của sinh viên ngành Y đa khoa, Trường ĐHYDCT chưa được tốt, nhưng thái độ và thực hành phòng chống về COVID-19 của đối tượng này lại đạt tỷ lệ đúng rất cao.

**Từ khóa:** COVID-19, sinh viên Y khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

### SUMMARY

#### KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE FOR COVID-19 PREVENTION OF MEDICAL STUDENTS IN CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY, 2021

**Background:** Medical students, Can Tho University of Medicine and Pharmacy (CTUMP) are one

(\*)Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Nga

Email: ptnnga@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2022

Ngày duyệt bài: 24.01.2022