

phẫu thuật nội soi để đảm bảo độ an toàn và rút ngắn thời gian phẫu thuật.

Về kết quả sau phẫu thuật của bệnh nhân, quá trình hậu phẫu không ghi nhận biến chứng nào của phẫu thuật cắt tuyến vú, vết hạch nách hoặc các vấn đề liên quan đến nơi cho và nhận vạt. Các triệu chứng đau ở mức độ nhẹ và dễ dàng kiểm soát bằng thuốc giảm đau thông thường. Bệnh nhân sau phẫu thuật không bị ảnh hưởng đến cảm giác vùng cánh tay, nách phải và không gây ra hạn chế vận động; sớm chủ động trong sinh hoạt thường ngày. Tổ chức quầng núm vú, vạt cơ có sức sống tốt. Các bệnh nhân đều có thể tích vú nhỏ, do đó thể tích vạt cơ lưng để tái tạo hình thể tương đối cân xứng với thể tích bên vú lành. Các bệnh nhân đạt được sự hài lòng với kết quả sớm sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi áp dụng trong bóc tách vạt cơ lưng rộng phục vụ cho tạo hình tuyến vú đã bước được thực hiện thành công tại Khoa Ngoại B, Bệnh viện K. Bệnh nhân được phẫu thuật an toàn, không có biến chứng và đạt được kết quả tốt về thẩm mỹ nhờ quy trình xâm lấn tối thiểu với ưu điểm hạn chế kích thích sẹo mổ. Đây là một hướng tiếp cận mới để đạt được kết quả thẩm mỹ đầy hứa hẹn, góp phần nâng cao chất

lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schneider W. J., Hill H. L., Jr. và Brown R. G. (1977)**, Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction, *Br J Plast Surg*, **30(4)**, 277-81.
2. **Fine N. A., Orgill D. P. và Pribaz J. J. (1994)**, Early clinical experience in endoscopic-assisted muscle flap harvest, *Ann Plast Surg*, **33(5)**, 465-9; discussion 469-72.
3. **Friedlander L. và Sundin J. (1994)**, Minimally invasive harvesting of the latissimus dorsi, *Plast Reconstr Surg*, **94(6)**, 881-4.
4. **Masuoka T., Fujikawa M., Yamamoto H. et al (1998)**, Breast reconstruction after mastectomy without additional scarring: application of endoscopic latissimus dorsi muscle harvest, *Ann Plast Surg*, **40(2)**, 123-7.
5. **Serra-Renom J. M., Serra-Mestre J. M., Martinez L. et al (2013)**, Endoscopic reconstruction of partial mastectomy defects using latissimus dorsi muscle flap without causing scars on the back, *Aesthetic Plast Surg*, **37(5)**, 941-9.
6. **Pomel C., Missana M. C., Atallah D. et al (2003)**, Endoscopic muscular latissimus dorsi flap harvesting for immediate breast reconstruction after skin sparing mastectomy, *Eur J Surg Oncol*, **29(2)**, 127-31.
7. **Kiiski J., Kaartinen I., Kotaluoto S. et al (2017)**, Modified approach for endoscopic harvest of the latissimus dorsi free flap with CO2 insufflation and standard laparoscopic equipment, *Microsurgery*, **37(5)**, 383-387.

KHẢO SÁT POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI PHÓNG ĐẠI BLI THEO PHÂN LOẠI BASIC

Nguyễn Thanh Tùng¹, Đào Việt Hằng^{1,2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Polyp đại trực tràng là bệnh lý phổ biến và có nguy cơ tiến triển ác tính. Dự đoán mô bệnh học polyp qua nội soi giúp đưa ra hướng điều trị thích hợp. Phân loại BASIC dựa trên đánh giá cấu trúc bề mặt và mạch máu khi sử dụng nội soi phóng đại kết hợp ánh sáng laser xanh (BLI) được đề xuất để dự đoán kết quả mô bệnh học. **Mục tiêu của nghiên cứu:** (1) Mô tả đặc điểm polyp đại trực tràng bằng phương pháp nội soi phóng đại BLI theo phân loại BASIC; (2) Đối chiếu kết quả phân loại BASIC với kết

quả mô bệnh học. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả đánh giá nghiệm pháp chẩn đoán cho 166 polyp đại trực tràng được nội soi phóng đại với chế độ BLI, phân loại theo BASIC và đối chiếu với chuẩn vàng là kết quả mô bệnh học. Nghiên cứu được thực hiện tại Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2021. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ các loại polyp tăng sần, u tuyến, răng cưa không cuống và ung thư theo phân loại BASIC trong nghiên cứu lần lượt là 39,2%, 56,0%, 0,6%, và 4,2%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính và độ chính xác của phân loại BASIC với polyp tân sinh lần lượt là 96,0%, 93,8%, 96,0%, 93,8% và 95,2%. **Kết luận:** Nội soi phóng đại sử dụng chế độ BLI và phân loại BASIC bước đầu cho thấy kết quả đáng tin cậy về khả năng dự đoán mô bệnh học của polyp đại trực tràng.

Từ khóa: nội soi phóng đại, ánh sáng laser xanh, phân loại BASIC.

SUMMARY

EVALUATION OF COLORECTAL POLYPS BY

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Viện Nghiên Cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Tùng

Email: nttungmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022

BLI MAGNIFYING ENDOSCOPY WITH BASIC CLASSIFICATION

Background: Colorectal polyp is a common disease and has risks of malignancy progression. The endoscopic histopathological prediction of polyps helps to provide appropriate treatment. BASIC classification based on evaluation of surface and vascular structures using magnifying endoscopy with blue laser imaging (BLI) was proposed to predict histopathological outcome. **Objectives:** To evaluate the diagnostic performance of magnifying endoscopy with BLI and the BASIC classification for colorectal polyps comparing to histopathology. **Materials and methods:** We analyzed 166 colorectal polyps examined with magnifying endoscopy with BLI. The polyps were classified by the BASIC classification and sent for histopathology for comparison. The study was conducted at the Institute of Gastroenterology and Hepatology from March 2021 to December 2021. **Results:** The percentage of hyperplastic polyp, adenomatous polyp, sessile serrated polyp, cancer in the study were 39.2%, 56.0%, 0.6%, and 4.2%, respectively. The sensitivity, specificity, positive predicted value, negative predicted value and accuracy of neoplastic polyp were 96.0%, 93.8%, 96.0%, 93.8% và 95.2%, respectively. **Conclusion:** Preliminary results shows that magnifying endoscopy with BLI and the BASIC classification is a reliable method to predict the histopathological results of colorectal polyps.

Keywords: magnifying endoscopy, BLI, BASIC classification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng là một mô phát triển đầy lông niêm mạc đại trực tràng. Trong đó, polyp u tuyến có nguy cơ cao trở thành ung thư. Khoảng 85% ung thư đại trực tràng phát triển từ một polyp u tuyến[5].

Từ năm 2000 ghi dấu sự phát triển của nội soi tăng cường hình ảnh (Image Enhanced Endoscopy – IEE) thế hệ thứ nhất như NBI (Narrow-Band Imaging), FICE, i-SCAN. giúp cho việc phát hiện polyp và đánh giá đặc điểm tổn thương tốt hơn. Năm 2013 nội soi laser ánh sáng xanh BLI (Blue laser imaging) ra đời, đây là hệ thống nội soi đầu tiên sử dụng laser là nguồn sáng. Bên cạnh đó, việc sử dụng nội soi phóng đại kết hợp với các công nghệ tăng cường hình ảnh giúp đánh giá chính xác cấu trúc bề mặt, mạch máu nhằm dự đoán mô bệnh học và sự xâm lấn tổn thương từ đó lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

Tuy nhiên các phân loại về nội soi phóng đại chủ yếu được xây dựng từ các nghiên cứu sử dụng chế độ ánh sáng NBI. Năm 2017, phân loại BASIC (Blue laser imaging adenoma serrated international classification) do các chuyên gia nội soi Châu Âu đề xuất dành riêng cho chế độ ánh

sáng BLI, kết hợp 3 đặc điểm của polyp (bề mặt, kiểu dạng lỗ tuyến, kiểu dạng mạch máu) cho phép dự đoán mô bệnh học của polyp[4]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm polyp đại trực tràng bằng phương pháp nội soi phóng đại kết hợp BLI theo phân loại BASIC.*

2. *Đối chiếu kết quả phân loại BASIC với kết quả mô bệnh học.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật.

- Thời gian nghiên cứu: Từ 3/2021 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:

- Bệnh nhân được nội soi đại tràng toàn bộ bằng hệ thống nội soi Fujinon Lasereo 7000 có chế độ BLI và nội soi phóng đại. Khi thấy có tổn thương polyp sau khi đánh giá ở chế độ ánh sáng trắng sẽ chuyển sang chế độ BLI và nội soi phóng đại, đánh giá theo phân loại BASIC. Polyp được cắt toàn bộ hoặc sinh thiết (nếu nghi ngờ ung thư) và có chẩn đoán mô bệnh học.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Polyp viêm, polyp bề mặt chảy máu nhiều, bệnh nhân chuẩn bị đại tràng bẩn (điểm Boston \leq 3), gây khó khăn cho việc đánh giá bề mặt polyp.

Phương pháp nghiên cứu:

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

Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Các phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi ống tiêu hóa FUJINON LASEREO 7000, sử dụng nguồn sáng laser với chế độ ánh sáng laser xanh (BLI). Máy có độ phóng đại tối đa 290 lần với độ phóng đại cơ học là 145 lần và độ phóng đại điện tử là 2 lần.

Quy trình nội soi đại tràng toàn bộ và nhận định kết quả: Quy trình nội soi đại tràng toàn bộ theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa chuyên ngành Tiêu hóa năm 2016 của Bộ Y Tế [1].

*Đánh giá polyp trên nội soi:

- Ở chế độ ánh sáng trắng: đánh giá số lượng, vị trí, kích thước và hình thái polyp theo phân loại Paris.

- Ở chế độ BLI kết hợp với phóng đại hình ảnh: sử dụng phân loại BASIC phân loại polyp đại trực tràng dựa trên các đặc điểm về bề mặt, kiểu dạng lỗ tuyến và mạch máu của polyp.

Bảng 1: Phân loại BASIC[9]

Mô bệnh học polyp		Tăng sản	U tuyến	Không cuống răng cưa	Ung thư
Đặc điểm					
Bề mặt	Có nhầy	Không	Không	Có	Không
	Đều (nhẵn) hay không đều	Đều	Đều/ không đều	Đều/ không đều	Không đều
	Giả lõm	Không	Có	Không	Không
	Lõm	Không	Không	Không	Có
Lỗ tuyến niêm mạc	Mất đặc trưng lỗ tuyến?	Có	Không	Không	Không
	Kiểu dạng (tròn/không tròn)	Tròn	Không tròn (ví dụ dạng ống...)	Tròn có/không chấm đen	Tròn/không tròn
	Phân bố	Đồng nhất	Đồng nhất hoặc không đồng nhất, không bị mất tại vùng trung tâm	Đồng nhất/ không đồng nhất	Không đồng nhất, mất ở vùng trung tâm
Mạch máu	Hiện diện	Có hoặc không	Có	Có hoặc không	Có
	Kiểu	Ngoãn ngoèo	Quanh hốc tuyến	Quanh hốc tuyến	Không đều

Đánh giá mô bệnh học: Phân loại mô bệnh học được đánh giá theo phân loại của WHO năm 2019[7]. Các số liệu được phân tích theo phần mềm thống kê y học SPSS, chọn mức tin cậy khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Nghiên cứu này có sự tự nguyện của người bệnh và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, các thông tin cá thể được giữ bí mật. Người bệnh kí vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 3/2021 đến 12/2021 nghiên cứu đã thu thập được 102 đối tượng với 166 polyp đại trực tràng, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Tỷ lệ nam:nữ là 1,27 và độ tuổi trung bình là $54,6 \pm 13,5$ (trẻ nhất: 27 tuổi, lớn nhất: 85 tuổi), chủ yếu là các đối tượng ≥ 40 tuổi, chiếm tỷ lệ 81,4%.

1. Đặc điểm chung và kết quả phân loại polyp đại trực tràng bằng nội soi phóng đại nhuộm màu ảo sử dụng chế độ ánh sáng BLI theo phân loại BASIC

Bảng 1: Đặc điểm chung polyp đại trực tràng trên nội soi

Đặc điểm (n=166)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
------------------	----------	-----------

2. Khả năng chẩn đoán polyp tân sinh và không tân sinh theo phân loại BASIC:

Bảng 2: Mối liên quan giữa phân loại BASIC và kết quả mô bệnh học

Phân loại BASIC	Kết quả mô bệnh học		Tổng	$p < 0,001^*$
	Polyp không tân sinh	Polyp tân sinh		
Polyp Không tân sinh	61 (93,8%)	4 (6,2%)	65 (100%)	
Polyp tân sinh	4 (4,0%)	97 (96,0%)	101 (100%)	
Tổng	65 (39,2%)	101 (60,8%)	166 (100%)	

(* Fisher exact test)

Kích thước	≤ 5 mm	118	71,1
	6-9 mm	33	19,9
	10-19 mm	6	3,6
	≥ 20 mm	9	5,4
Vị trí	Trực tràng	20	12
	Đại tràng sigma	70	42,2
	Đại tràng xuống	18	10,8
	Đại tràng ngang	29	17,5
	Đại tràng lên	18	10,8
	Manh tràng	11	6,6
Phân loại Paris	Type 0-Is	11	6,6
	Type 0-Is	73	44,0
	Type 0-Isp	20	12,0
	Type 0-IIa	60	36,1
	Type 0-IIa+c	2	1,2
Phân loại BASIC	Polyp tăng sản	65	39,2
	Polyp u tuyến	93	56,0
	Polyp răng cưa không cuống	1	0,6
	Ung thư	7	4,2

Theo phân loại BASIC, số lượng polyp được phân loại là polyp u tuyến có tỷ lệ lớn nhất, 93/166 polyp (56%), polyp răng cưa không cuống có số lượng ít nhất là 1/166 polyp (0,6%).

Bảng 3: Các thông số chẩn đoán của phân loại BASIC đối với polyp đại trực tràng

BASIC	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự đoán dương tính (%)	Giá trị dự đoán âm tính (%)	Độ chính xác (%)
Polyp tân sinh	96,0%	93,8%	96,0%	93,8%	95,2%

Về khả năng chẩn đoán polyp tân sinh trong phân loại BASIC, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính và độ chính xác lần lượt là 96,0%, 93,8%, 96,0%, 93,8% và 95,2%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã mô tả đặc điểm polyp đại trực tràng bằng phương pháp nội soi phóng đại BLI theo phân loại BASIC cũng như đối chiếu kết quả phân loại BASIC với mô bệnh học trên 166 polyp đại trực tràng của 102 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có những điểm phù hợp và chưa phù hợp với các kết quả nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tỉ số nam/nữ là 1,27 và độ tuổi trung bình là $54,6 \pm 13,5$, chủ yếu là các đối tượng ≥ 40 tuổi, chiếm tỉ lệ 81,4%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Bình Nguyên năm 2021 tiến hành trên 266 bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch Mai tuổi trung bình là 56,37 tuổi, chủ yếu là đối tượng ≥ 40 tuổi, chiếm 83,83%, tỷ lệ nam/nữ là 1,67 [2]. Tác giả Vũ Việt Sơn năm 2018 nghiên cứu trên 61 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 55,9, hầu hết các bệnh nhân ≥ 40 tuổi, chiếm 74%, nam/nữ = 1,65 [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí polyp đại trực tràng xuất hiện nhiều nhất ở đại tràng sigma với tỉ lệ 42,2%, ít gặp nhất là manh tràng với tỉ lệ 6,6%. Các nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới cũng cho thấy polyp gặp chủ yếu ở đại tràng sigma và trực tràng [2], [8]. Đặc biệt đại tràng sigma là đoạn đại tràng di động, có đoạn gấp khúc tại chỗ nối với trực tràng và đại tràng xuống nên dễ bỏ sót các tổn thương, các bác sĩ nội soi cần lưu ý khi khảo sát tại đây.

Khi đánh giá polyp theo phân loại Paris, tỷ lệ polyp type 0-Is trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,0%, tiếp đó là type 0-IIa có tỉ lệ 36,1%. Kết quả này tương đồng với tác giả Vũ Việt Sơn (2018) cũng cho thấy phần lớn các polyp được phát hiện là type 0-Is, 47,9% [3]. Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Phạm Bình Nguyên (2021) cho thấy tỷ lệ polyp type 0-Is lại chiếm ưu thế với 33,4%, trong khi đó type 0-Is chiếm 27,3% [2]. Hiện nay, hình thái của polyp được đánh giá phổ biến nhất bằng phân loại Paris. Hệ thống này có ưu điểm là đơn giản và dễ ứng dụng trên lâm sàng, có thể đánh giá ngay trong quá trình nội soi với ánh sáng trắng thông thường. Theo nghiên cứu của Alan

Moss (2011) cho thấy, type 0-Is có tỉ lệ ung thư xâm lấn dưới niêm mạc là thấp nhất 7,5%, type IIa+c và IIc có tỉ lệ cao nhất là 31,8%; type IIa+c cũng được tác giả xếp vào một trong những yếu tố tiên lượng nguy cơ ung thư xâm lấn dưới niêm mạc [10]. Tuy nhiên phân loại Paris đơn thuần dựa trên hình thái polyp, có thể có những điểm không thống nhất nhận định giữa các nhà nội soi, đặc biệt là các tổn thương type 0-Is và type 0-IIa.

Về khả năng dự đoán của phân loại BASIC với polyp tân sinh có độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 96,0% và 93,8%, giá trị dự đoán âm tính và dương tính lần lượt là 93,8% và 96,0%, độ chính xác là 95,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới. Tác giả Rondonotti và cộng sự (2019) nghiên cứu trên 748 polyp có kích thước $< 5\text{mm}$ cho thấy phân loại BASIC có độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 90,4%, 85,6%, giá trị dự đoán âm tính và dương tính lần lượt là 85,6% và 90,4%, độ chính xác là 88,5% [8]. Nghiên cứu của Subramaniam và cs (2019) khi sử dụng BLI với phân loại BASIC trên 45 polyp $< 10\text{mm}$ cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 96% và 92%, giá trị dự đoán âm tính và dương tính lần lượt là 95% và 92%, độ chính xác là 94% [9]. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phân loại BASIC khi sử dụng BLI, tuy nhiên có nghiên cứu của BS Vũ Việt Sơn (2018) sử dụng phân loại JNET với chế độ BLI cho thấy kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính, độ chính xác với các polyp tân sinh lần lượt là 96,7%, 83,3%, 96,7%, 83,3% và 94,5% [3].

Đối với polyp răng cưa không cuống, Meester (2020) tiến hành một nghiên cứu tổng quan hệ thống từ 74 nghiên cứu khác nhau cho thấy tỉ lệ mắc của polyp này rất thấp từ 2,6% (95%CI 0-5,9) ở quần thể người Châu Á, 10,5% (95%CI 2,8-18,3) ở Úc, 3,9% (95%CI 2-5,9) ở Châu Âu và 5,1% (95%CI 3,6-6,5) ở Mỹ [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ phát hiện 1/166 polyp (0,6%) được dự đoán là polyp răng cưa không cuống, tuy nhiên khi tiến hành làm giải phẫu bệnh cho kết quả là polyp u tuyến. Cỡ mẫu trong

nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế, và tỉ lệ polyp răng cưa không cuống cũng rất nhỏ nên kết quả nghiên cứu chưa đánh giá được độ chính xác của phân loại này với polyp răng cưa không cuống.

Như vậy, nội soi phóng đại nhuộm màu ảo sử dụng ánh sáng BLI với phân loại BASIC là một phương pháp tốt và đáng tin cậy để dự đoán dạng mô bệnh học của các polyp đại trực tràng, từ đó cho phép các nhà nội soi có thể lựa chọn phương pháp can thiệp hợp lý cho từng tổn thương. Tuy nhiên phân loại này cần đánh giá nhiều đặc điểm của polyp (bề mặt, kiểu dạng lỗ tuyến, đặc điểm vi mạch máu) với 9 yếu tố cần mô tả, do đó trong thực hành lâm sàng cần được đào tạo và sử dụng thường xuyên để cho độ chính xác và tính nhất quán cao.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Số lượng polyp đại trực tràng được đánh giá chưa nhiều đặc biệt là các polyp răng cưa không cuống, ung thư. Vì vậy, cần tiến hành thêm các nghiên cứu với quy mô lớn hơn để đánh giá thêm về khả năng chẩn đoán của nội soi phóng đại nhuộm màu ảo đối với các tổn thương ở đại trực tràng, sử dụng phân loại BASIC và ánh sáng BLI.

V. KẾT LUẬN

Đối chiếu với kết quả mô bệnh học, phân loại BASIC sử dụng chế độ ánh sáng BLI kết hợp nội soi phóng đại có độ chính xác cao và đáng tin cậy, từ đó có thể đưa ra phương án can thiệp phù hợp cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2016)**. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa Chuyên ngành Tiêu hóa Bộ y tế. .
2. **Phạm Bình Nguyên (2021)**, Nghiên cứu giá trị của nội soi phóng đại, nhuộm màu trong chẩn đoán polyp đại trực tràng, Đại học Y Hà Nội.
3. **Vũ Việt Sơn, Đào Việt Hằng và cs (2018)**. Đánh giá polyp đại trực tràng bằng phân loại JNET sử dụng phương pháp nội soi phóng đại nhuộm màu ảo. Tạp chí y học thực hành, **1079**.
4. **Bisschops R., Hassan C., Bhandari P. et al. (2018)**. BASIC (BLI Adenoma Serrated International Classification) classification for colorectal polyp characterization with blue light imaging. *Endoscopy*, **50(03)**, 211–220.
5. **Giacosa A., Frascio F., and Munizzi F. (2004)**. Epidemiology of colorectal polyps. *Tech Coloproctol*, **8(S2)**, s243–s247.
6. **Meester R.G.S., van Herk M.M.A.G.C., Lansdorp-Vogelaar I. et al. (2020)**. Prevalence and Clinical Features of Sessile Serrated Polyps: A Systematic Review. *Gastroenterology*, **159(1)**, 105-118.e25.
7. **Nagtegaal I.D., Odze R.D., Klimstra D. et al. (2020)**. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*, **76(2)**, 182–188.
8. **Rondonotti E., Hassan C., Andrealli A. et al. (2020)**. Clinical Validation of BASIC Classification for the Resect and Discard Strategy for Diminutive Colorectal Polyps. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, **18(10)**, 2357-2365.e4.
9. **Subramaniam S., Hayee B., Aepli P. et al. (2019)**. Optical diagnosis of colorectal polyps with Blue Light Imaging using a new international classification. *United European Gastroenterology Journal*, **7(2)**, 316–325.
10. **Moss A., Bourke M.J., Williams S.J. et al. (2011)**. Endoscopic mucosal resection outcomes and prediction of submucosal cancer from advanced colonic mucosal neoplasia. *Gastroenterology*, **140(7)**, 1909–1918.

ĐỘT BIẾN GEN SCN5A VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG BRUGADA VIỆT NAM

Dặng Duy Phương¹, Nguyễn Minh Hà², Đỗ Doãn Lợi^{1,3}
Trần Văn Khánh¹, Trần Huy Thịnh¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Hội chứng Brugada là một tình trạng rối loạn nhịp tim di truyền gây đột tử. Đột biến trên gen SCN5A, mã hóa cho kênh natri, đã được xác định

là nguyên nhân và chiếm tần suất cao nhất, khoảng 20-25% trong nhóm được chẩn đoán hội chứng Brugada. Sự thiếu hụt các thông tin liên quan về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng đột biến gen SCN5A tại Việt Nam đã hạn chế phần nào chất lượng chăm sóc cũng như thực hiện các nghiên cứu nhằm nâng cao hiệu quả quản lý bệnh. **Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ đột biến gen SCN5A và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân hội chứng Brugada. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca. Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỉ lệ đột biến gen SCN5A ở các bệnh nhân hội chứng Brugada ở các bệnh viện tại TP. Hồ Chí Minh và Hà Nội. Nhận xét mối liên quan giữa các đặc điểm và đột biến gen tìm được.

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Viện Tim mạch Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Thịnh

Email: tranhuythinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biên khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022