

3. **Nguyễn Thanh Bình (2017)**, Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp, Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
4. **Nguyễn Văn Thương (2018)**, Mô hình tử vong do bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2005-2014 tại tỉnh Nghệ An và đánh giá giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng báo cáo tử vong, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Hà Nội.
5. **Thủ tướng chính phủ (2015)**, Quyết định số 376/QĐ-TTg, phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015-2025 đã ký ngày 20/3/2015, Cổng thông tin điện tử Chính phủ.
6. **WHO (2009)**, Global NCD Network: a new network to combat noncommunicable diseases, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
7. **WHO (2016)**, Chronic respiratory diseases, World Health Organization, Geneva, Switzerland., Geneva. (2016, W. H. O., ed.), 12-36.

NGHIÊN CỨU HÌNH ẢNH NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC TRÊN 10MM

Trần Thanh Hà^{1,2}, Nguyễn Linh Toàn²,
Nguyễn Quang Duật², Dương Quang Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hình ảnh nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng (ĐTT) kích thước trên 10mm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 84 bệnh nhân tại Trung tâm tiêu hóa gan mật - Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2017 - 12/2021. Thực hiện nội soi toàn bộ đại tràng, chọn polyp kích thước lớn nhất và > 10mm để mô tả đặc điểm và tiến hành cắt polyp, lấy bệnh phẩm làm mô bệnh học theo tiêu chí WHO 2010. **Kết quả:** 89,2% polyp ở đại tràng đoạn gần với 82,1% polyp có cuống và 20,2% polyp kích thước > 20mm. Polyp u tuyến chiếm tỷ lệ cao 84,5%, chủ yếu là polyp u tuyến ống 91,6% với 100% có loạn sản ở các mức độ khác nhau, trong đó 18,3% loạn sản độ cao. Chưa xác định được mối liên quan giữa kích thước, hình dạng polyp với mô bệnh học của polyp u tuyến ĐTT > 10mm. **Kết luận:** polyp ĐTT kích thước > 10mm chủ yếu polyp u tuyến, ít có thành phần nhung mao và không liên quan đến đặc điểm vị trí, kích thước, hình dạng trên nội soi.

Từ khóa: Polyp đại trực tràng, nội soi, mô bệnh học

SUMMARY

ENDOSCOPIC IMAGES AND HISTOPATHOLOGY OF COLORECTAL POLYPS OVER 10MM IN SIZE

Objectives: To study endoscopic images and histopathology of colorectal polyps over 10mm in size. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study on 104 patients at Gastroenterohepatology Center - Bach Mai Hospital from January 2017 to December 2021. Colonoscopy was performed to

evaluate characteristics of polyps over 10mm in size and performing polypectomy to evaluate histopathology according to WHO 2010 criteria. **Result:** 89.2% of polyps in proximal colon with stalk is the most common shape (accounting for 82.1%). There are 20,2% polyp over 20mm in size. Adenomatous polyps accounted for a high rate of 84.5%, mainly tubular adenoma (91.6%) with 100% having dysplasia of various degrees, of which 18.3% were high grade dysplasia. Size is the only relationship between polyp and the degree of dysplasia on histopathology of adenomatous polyps. **Conclusion:** Colorectal polyps over 10mm in size are mainly adenomatous ones, uncommon villous component and not relationship with site, shape, size of polyp in colonic endoscopy.

Key word: Colorectal polyps, endoscopy, histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT) là bệnh lý đường tiêu hóa do sự phát triển quá mức của niêm mạc và mô dưới niêm mạc ĐTT tạo thành [1]. Đây là bệnh khá phổ biến trong các bệnh đường tiêu hóa nói chung, bệnh lý ĐTT nói riêng và được coi là tiền thân của ung thư ĐTT. Theo Silva S.M. và CS (2014), 60 - 90% trường hợp ung thư ĐTT phát triển từ polyp u tuyến [2]. Polyp càng to nguy cơ loạn sản và biến đổi ác tính càng cao, đặc biệt khi polyp có kích thước > 10mm [3]. Vì vậy, việc đánh giá đặc điểm hình thái, tính chất và tiến triển của polyp ĐTT rất quan trọng, giúp cho chỉ định phương pháp điều trị phù hợp, từ đó giảm tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư ĐTT.

Chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 84 bệnh

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hà

Email: tranhabmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.8.2022

Ngày duyệt bài: 11.8.2022

nhân được chẩn đoán xác định có polyp ĐTT kích thước > 10mm qua nội soi ĐTT ống mềm và mô bệnh học (MBH) tại trung tâm tiêu hóa gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021.

Loại trừ khỏi nghiên cứu các bệnh nhân có polyp kết hợp với ung thư ĐTT, đại tràng chuẩn bị không sạch không đánh giá chính xác polyp, không có polyp nào kích thước > 10mm và không có kết quả MBH.

2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu được khai thác kỹ về tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng và thực hiện nội soi toàn bộ đại tràng sinh thiết.

Nội soi đại tràng toàn bộ sau khi bệnh nhân đã được hướng dẫn làm sạch đại tràng bằng uống Fortrans trên máy Evis EXERA II CV170, CV180 với dây soi đại tràng mềm tại Trung tâm nội soi – Bệnh viện Bạch Mai.

Chúng tôi ghi nhận số polyp phát hiện được trên nội soi, sau đó chọn ra polyp có kích thước lớn nhất và > 10mm để mô tả đặc điểm polyp trên các vấn đề sau:

- Vị trí polyp: mô tả theo 8 vị trí giải phẫu ĐTT, sau đó gộp lại 2 vị trí:

+ Đại tràng đoạn gần: bao gồm manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan, đại tràng ngang.

+ Đại tràng đoạn xa: bao gồm đại tràng góc lách, đại tràng xuống, đại tràng sigma, trực tràng

- Hình dạng polyp: được mô tả theo phân loại Paris (2005) gồm có cuống, bán cuống và không cuống [4].

- Kích thước polyp: chia làm 2 mức độ 10 - 20mm và > 20mm.

Tiến hành cắt bỏ polyp (bằng snare hoặc theo phương pháp EMR), sau đó lấy toàn bộ polyp làm xét nghiệm MBH tại Khoa giải phẫu bệnh - Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả MBH có sự thống nhất qua hội chẩn tiêu bản giữa ít nhất 2 bác sĩ giải phẫu bệnh.

+ Phân loại MBH polyp theo WHO năm 2010 gồm polyp u và polyp không u [5].

+ Đánh giá mức độ loạn sản gồm: Loạn sản độ thấp và loạn sản độ cao [5].

Xử lý và phân tích số liệu với phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Phân tích thống kê bằng phương pháp tính tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, so sánh tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 , độ lệch chuẩn. Các giá trị phần trăm tính được lấy 1 chữ số sau số thập phân. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi, giới nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi, giới		Số lượng (n = 84)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 20	4	4,8
	20 - 39	8	9,5
	40 - 59	31	36,9
	≥ 60	41	48,8
Tuổi trung bình		56,2 ± 16,4	
Giới	Nam	61	72,6
	Nữ	23	27,4

85,7% số bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi ≥ 40 với tuổi trung bình là 56,2 ± 16,4. Bệnh nhân nam chiếm 72,6%, nữ chiếm 27,4%; tỷ lệ nam/nữ là 2,65.

3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi của polyp ĐTT kích thước > 10mm. Trong 84 bệnh nhân polyp ĐTT, chúng tôi chỉ chọn 1 polyp kích thước lớn nhất trên mỗi bệnh nhân để mô tả về hình ảnh nội soi, mô bệnh học. Kết quả được trình bày ở các bảng sau:

Bảng 3.2. Đặc điểm vị trí của polyp ĐTT kích thước > 10mm

Vị trí của polyp		Số polyp (n = 84)	Tỷ lệ %
Đại tràng đoạn gần (n=9)	Manh tràng	1	1,2
	Đại tràng lên	3	3,6
	Đại tràng góc gan	3	3,6
	Đại tràng ngang	2	2,4
Đại tràng đoạn xa (n=75)	Đại tràng góc lách	2	2,4
	Đại tràng xuống	4	4,8
	Đại tràng sigma	42	50,0
	Trực tràng	27	32,1
Tổng		84	100

Polyp đại tràng đoạn xa > 10mm gặp ở 75 bệnh nhân (chiếm 89,2%), trong đó chủ yếu ở đại tràng sigma (50,0%) và trực tràng (32,1%).

Bảng 3.3. Đặc điểm hình dạng và kích thước polyp ĐTT

Hình dạng polyp	Số polyp (n = 84)	Tỷ lệ %
Không cuống	4	4,8
Bán cuống	11	13,1
Có cuống	69	82,1
Kích thước polyp	Số polyp (n = 84)	Tỷ lệ %
10 – 20mm	67	79,8
> 20mm	17	20,2
Kích thước trung bình (mm)	18,3 ± 6,1	

82,1% số polyp kích thước > 1cm có cuống. Tỷ lệ polyp bán cuống và không cuống lần lượt là

13,1% và 4,8%.

Polyp kích thước từ 10-20 mm chiếm tỉ lệ lớn nhất với 79,8%.

3.3. Đặc điểm mô bệnh học của polyp ĐTT kích thước > 10mm

3.3.1. Phân loại chung MBH polyp ĐTT kích thước > 10mm

Bảng 3.4. Đặc điểm MBH polyp ĐTT kích thước > 10mm

Mô bệnh học polyp	Số polyp	Tỷ lệ %
Polyp u tuyến (n=71)	U tuyến ống	65
	U tuyến ống – nhung mao	5
Polyp không u tuyến (n=13)	U tuyến nhung mao	1
	Polyp tăng sản	4
	Polyp thiếu niên	7
	Polyp Peutz – Jeghers	2

Polyp u tuyến chiếm chủ yếu với 84,5%, polyp không u tuyến chiếm 15,5%.

Trong polyp u tuyến, polyp u tuyến ống

chiếm tỷ lệ cao nhất với 91,6%, polyp có thành phần nhung mao chiếm tỷ lệ thấp 8,4%.

Trong nhóm polyp không u tuyến, polyp thiếu niên chiếm tỉ lệ lớn nhất (58,3%), sau đó polyp tăng sản (30,8), không gặp polyp viêm trong nghiên cứu.

3.3.2. Đặc điểm loạn sản của polyp ĐTT.

100% bệnh nhân polyp u tuyến có loạn sản và không gặp loạn sản ở nhóm polyp không u tuyến.

Bảng 3.5. Đặc điểm mức độ loạn sản của nhóm polyp u tuyến

Mức độ loạn sản	Số lượng (n = 71)	Tỷ lệ %
Độ thấp	58	81,7
Độ cao	13	18,3

Trong nhóm polyp u tuyến, 81,7% trường hợp loạn sản độ thấp và 18,3% loạn sản độ cao.

3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm MBH với hình ảnh nội soi của polyp ĐTT kích thước > 10mm.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa vị trí polyp với một số đặc điểm MBH của polyp ĐTT kích thước > 10mm

Đặc điểm MBH polyp		Vị trí polyp		p
		Đại tràng đoạn gần	Đại tràng đoạn xa	
MBH chung (n = 84)	Polyp không u	1 (11,1)	12 (16,0)	0,99
	Polyp u	8 (88,9)	63 (84,0)	
MBH polyp u tuyến (n = 71)	U tuyến ống	7 (87,5)	58 (92,1)	0,53
	U tuyến cổ nhung mao	1 (12,5)	5 (7,9)	
Mức độ loạn sản (n = 71)	Độ thấp	6 (75,0)	52 (82,5)	0,63
	Độ cao	2 (25,0)	11 (17,5)	

Không ghi nhận mối liên quan giữa vị trí polyp với mô bệnh học.

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa hình dạng polyp với một số đặc điểm MBH của polyp ĐTT kích thước > 10mm

Đặc điểm MBH polyp		Hình dạng polyp		p
		Có cuống	Bán/không cuống	
MBH chung (n = 84)	Polyp không u	12 (17,4)	1 (6,7)	0,45
	Polyp u	57 (82,6)	14 (93,3)	
MBH polyp u tuyến (n = 71)	U tuyến ống	51 (89,5)	14 (100)	0,59
	U tuyến cổ nhung mao	6 (10,5)	0 (0)	
Mức độ loạn sản (n = 71)	Độ thấp	48 (84,2)	10 (71,4)	0,27
	Độ cao	9 (15,8)	4 (28,6)	

Polyp bán cuống và không cuống có mô bệnh học gặp loạn sản mức độ cao là 28,6%, cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở polyp có cuống là 15,8% nhưng không có ý nghĩa thống kê, p = 0,27.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa kích thước polyp với một số đặc điểm MBH của polyp ĐTT kích thước > 10mm

Đặc điểm MBH polyp		Kích thước polyp		p
		10 – 20mm	> 20mm	
MBH chung (n = 84)	Polyp không u	12 (17,9)	1 (5,9)	0,45
	Polyp u	55 (82,1)	16 (94,1)	
MBH polyp u tuyến (n = 71)	U tuyến ống	51 (92,7)	14 (87,5)	0,61
	U tuyến cổ nhung mao	4 (7,3)	2 (12,5)	
Mức độ loạn sản (n = 71)	Độ thấp	47 (85,5)	11 (68,8)	0,13
	Độ cao	8 (14,5)	5 (31,3)	

Polyp kích thước > 2cm có kết quả MBH là polyp u tuyến, polyp u tuyến có nhung mao và mức độ loạn sản cao đều nhiều hơn so với các thông số tương ứng ở polyp kích thước 10-20mm, tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa mức độ loạn sản của polyp u tuyến với hình ảnh vi thể của polyp ĐTT kích thước > 10mm (n = 71)

Đặc điểm mô bệnh học vi thể polyp	Polyp u tuyến ống (n, %)	Polyp tuyến có nhung mao (n, %)	p
Loạn sản thấp	54 (83,1)	4 (66,7)	0,30
Loạn sản cao	11 (16,9)	2 (33,3)	

Ở nhóm polyp u tuyến có thành nhân nhung mao gặp loạn sản mức cao là 33,3%, cao hơn so với tỷ lệ loạn sản độ cao ở nhóm polyp u tuyến ống là 16,9% nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p = 0,30$

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi, giới

1.1. Tuổi: Nghiên cứu trên 84 BN có tuổi trung bình là $56,2 \pm 16,4$, độ tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 48,8%, tỷ lệ thấp nhất là nhóm tuổi < 20 chiếm 4,8%. Như vậy, tuổi càng cao thì tỷ lệ có polyp ĐTT càng nhiều, kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của nhiều tác giả trong và ngoài nước [6], [7], [8], [9].

1.2. Giới: Tỷ lệ BN nam/nữ là 2,65/1, nam chiếm tỷ lệ 72,6%, tỷ lệ nữ là 27,4%. Nhiều công trình nghiên cứu trong nước và nước ngoài cũng ghi nhận tỷ lệ mắc polyp ĐTT ở nam nhiều hơn nữ [7], [8], [9].

2. Đặc điểm polyp ĐTT kích thước > 10mm trên nội soi

2.1. Vị trí polyp. Trong 84 BN được phát hiện có polyp kích thước > 10mm trên nội soi ĐTT, vị trí hay gặp nhất là đại tràng sigma (50,0%), sau đó trực tràng (32,1%), ít gặp ở đại tràng đoạn gần. Nghiên cứu của Võ Hồng Minh Công cho thấy polyp lớn > 10mm cũng chủ yếu gặp ở 2 vị trí là đại tràng sigma (34,7%) và trực tràng (31,9%) [6].

2.2. Kích thước polyp. Nghiên cứu này thống nhất lấy đường kính polyp ở vị trí lớn nhất để đánh giá kích thước. Có 79,8% polyp có đường kính 10-20mm, 20,2% polyp có đường kính từ > 20mm. Kết quả các nghiên cứu trong nước của Võ Hồng Minh Công và ngoài nước của Muto T. và CS cũng cho thấy với polyp kích thước trên 10mm thì cũng chủ yếu gặp polyp ở kích thước 10-15mm, tỷ lệ polyp > 20mm thường < 20% và cũng rất ít gặp polyp trên 30mm [6], [7].

2.3. Hình dạng polyp. Polyp có cuống chiếm tỷ lệ cao nhất là 82,1%, polyp bán cuống và không cuống có tỷ lệ tương ứng là 13,1% và 4,8%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Muto T. và CS trên 20.875 polyp ĐTT cũng

cho thấy polyp có cuống gặp với tỷ lệ cao nhất là 56,7%, sau đó đến polyp bán cuống là 40,9% [7]. Polyp có cuống và bán cuống sẽ thuận lợi cho việc cắt trọn polyp để xét nghiệm MBH.

3. Đặc điểm mô bệnh học của polyp ĐTT kích thước > 10mm.

Trong nhóm bệnh nhân của nghiên cứu, hình ảnh MBH đã xác định tỷ lệ polyp u tuyến là 84,5%, trong đó polyp u tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất 91,6%, tỷ lệ polyp tuyến ống-nhung mao và polyp tuyến nhung mao gặp ít hơn với tỷ lệ lần lượt là 7,0% và 1,4%. Hầu hết các nghiên cứu đều ghi nhận polyp u tuyến là loại polyp hay gặp nhất, trong đó chiếm chủ đạo là loại polyp u tuyến ống. Tỷ lệ polyp u tuyến nhung mao thường khá thấp nhưng đây là loại mô bệnh học cần được theo dõi vì có nguy cơ tiến triển ung thư [2], [3].

Về mức độ loạn sản theo phân loại của WHO 2010, 100% bệnh nhân polyp u tuyến đều loạn sản, trong đó loạn sản độ cao chiếm 18,3%. Loạn sản độ cao được coi là tình trạng tiền ung thư nhưng rất may mắn trong các nghiên cứu thì tỷ lệ gặp không nhiều như trong nghiên cứu của Võ Hồng Minh Công (2015) trên nhóm polyp kích thước > 10mm có tỷ lệ loạn sản nặng là 21,8% [6] và nghiên cứu của Vũ Văn Khiên và CS (2016) có 14% polyp kích thước > 2cm loạn sản nặng, trong khi loạn sản vừa và nhẹ lần lượt chiếm tỷ lệ là 50,4% và 35,6% [7]. Các nghiên cứu nước ngoài về cơ bản cũng thống nhất trong polyp u tuyến ĐTT thì loạn sản cao chiếm tỷ lệ không nhiều, chỉ 6,6% trong nghiên cứu của Basnet D. và CS (2021) trên 61 polyp u tuyến [9], 10,2% trong nghiên cứu của Tamannna K. và CS (2016) trên 88 bệnh nhân u tuyến [10]. Như vậy MBH polyp kích thước lớn rất có ý nghĩa để phát hiện tình trạng loạn sản, từ đó có biện pháp điều trị phù hợp cũng như theo dõi, tầm soát sau này [3].

4. Mối liên quan giữa mô bệnh học và đặc điểm nội soi của polyp. Chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan giữa mô bệnh học của polyp kích thước > 10mm với một số đặc điểm nội soi, mặc dù kết quả cũng cho thấy polyp kích

thước > 20mm có mô bệnh học là polyp có nhung mao và loạn sản độ cao nhiều hơn so với thông số tương ứng ở polyp 10 – 20mm và thành phần nhung mao có liên quan đến loạn sản độ cao. Nghiên cứu của Yadav R. và CS (2019), tỷ lệ loạn sản độ cao của polyp u tuyến > 2cm là 44,4%, khác biệt so với nhóm polyp kích thước nhỏ hơn, $p < 0,001$.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hình ảnh nội soi và mô bệnh học của 84 polyp ĐTT có kích thước trên 10mm, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- 89,2% polyp ở đại tràng đoạn xa, trong đó chủ yếu gặp ở đại tràng sigma và trực tràng với hình dạng có cuống hay gập nhắt (chiếm 82,1%). Có 20,2% polyp kích thước > 20mm.

- Polyp u tuyến chiếm tỷ lệ cao 84,5%, chủ yếu là polyp u tuyến ống 91,6% với 100% có loạn sản ở các mức độ, trong đó 18,3% polyp loạn sản độ cao.

- Chưa xác định được mối liên quan giữa kích thước, hình dạng polyp với mô bệnh học của polyp u tuyến ĐTT > 10mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shussman N, Wexner S.D (2014). Colorectal polyps and polyposis syndromes. Gastroenterol Rep (Oxf), 2(1), 1-15.
2. Silva S.M., Rosa V.F., dos Santos Acn et al. (2014). Influence of patient age and colorectal polyp size on histopathology. Arq Bras Cir Dig,

27(2): 109-113.

3. Shaikat A., Kaltenbach T., Dominitz J.A. et al (2020). Endoscopic recognition and management strategies for malignant colorectal polyps: Recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology, 159: 1916-1934.
4. Paris Workshop Participants (2003). The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon. Gastrointestinal Endoscopy, 58(6): S1-S43
5. Flejou J.F. (2011). WHO Classification of digestive tumors: the fourth edition. Ann Pathol, 31(5 Suppl): S27-31.
6. Võ Hồng Minh Công (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học, biểu lộ protein P53, Ki67, Her-2/Neu trong ung thư và polyp đại trực tràng kích thước lớn hơn hoặc bằng 10mm. Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
7. Muto T., Kamiya J., Sawada T. et al (1985). Small flat adenoma of the large bowel with special reference to its clinicopathologic features. Dis Colon Rectum, 28: 847-851.
8. Vũ Văn Khiên, Trịnh Tuấn Dũng, Nguyễn Khắc Tấn và CS (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và hiệu quả cắt polyp đại trực tràng kích thước trên 2cm qua nội soi. Tạp chí y học Việt Nam, 2: 158-163.
9. Basnet D., Makaju R., Gurung R.B. et al (2021). Colorectal polyps: A histopathological study in tertiary care center. Nepalese Med Journal, 4: 414-418.
10. Tamanna K., Effat N., Wei R.J. et al (2016). Histological profile and risk factor analysis of colonic polyp: distal villous type is common predictor of high grade cytological dysplasia. Gastroenterol Hepatol Open Access, 4(1): 28-31.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG VÀ HỆ ĐỘNG MẠCH SỐNG NỀN TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH 64 DÂY Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO

Nguyễn Thị Vân Anh¹, Nguyễn Văn Đàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh tổn thương động mạch cảnh trong và hệ động mạch sống nền trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) 64 dãy ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, phân tích mô tả trên 74 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán là nhồi máu não (NMN), điều trị tại khoa Đột Quy, Bệnh viện Quân Y 103. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân

đột quy nhồi máu não trong nghiên cứu là do mảng vữa xơ, chiếm 77%. Hình thái mảng vữa xơ chủ yếu là không vôi hóa và hỗn hợp. Tổn thương ở động mạch cảnh trong cùng bên chủ yếu là hẹp mức độ nhẹ, chiếm 63,5%, trong khi tổn thương của động mạch não giữa cùng bên chủ yếu là hẹp có ý nghĩa (> 70%), chiếm 64,8%. Tổn thương ở động mạch sống nền chủ yếu gặp ở mức độ hẹp nhẹ, chiếm 78,4%. Đa số bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ tốt và vừa.

Từ khóa: Đột quy nhồi máu não, chụp động mạch cảnh não có tiêm thuốc cản quang.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF THE INTERNAL CAROTID AND VERTEBROBASILAR ARTERY SYSTEM IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân Anh

Email: Vananh02051994@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2022

Ngày duyệt bài: 8.8.2022