

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 nhất (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. Shaukat A., Kaltentbach 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, Kí67, Her-2/Neu trong ung thư và polyp đại trực tràng 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

Objectives: To study on imaging characteristics of the internal carotid and vertebrobasilar artery system on 64-slice computed tomography in patients with ischemic stroke. **Subjects and methods:** Prospective, descriptive study on 74 patients aged 18 years and older who were diagnosed with cerebral infarction, treated at the Stroke Department, 103 Military Hospital. **Results:** The majority of ischemic stroke patients in our study were caused by atherosclerotic plaque, accounting for 77%. The atherosclerotic plaque morphology was mainly non-calcified and mixed. The lesion of the ipsilateral internal carotid artery was mainly mild stenosis, accounting for 63.5%, while the lesion of the ipsilateral middle cerebral artery was mainly significant stenosis (> 70%), accounting for 64.8%. The lesion of the vertebrobasilar artery was mainly found in mild stenosis, occupying 78.4%. Most patients had good to moderate collateral circulation.

Keywords: Ischemic stroke, cerebral carotid angiography with contrast injection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (ĐQN) là một bệnh khá phổ biến trên thế giới và Việt Nam gây tỷ lệ tử vong cao đứng hàng thứ 3 sau bệnh tim mạch và ung thư, để lại di chứng nặng nề, đồng thời là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, ĐQN đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ gây tàn phế, là nguyên nhân thứ ba gây tử vong sau bệnh tim mạch và ung thư [1]. Đột quỵ não chia làm hai thể: nhồi máu não và chảy máu não.

Nhồi máu não hay còn gọi là thiếu máu não cục bộ xảy ra khi một mạch máu bị hẹp hoặc tắc, nhu mô não được tưới bởi động mạch đó không được nuôi dưỡng sẽ bị hoại tử [2]. Triệu chứng lâm sàng của NMN rất đa dạng và phong phú, tùy từng vị trí tổn thương mạch máu và tuần hoàn bàng hệ của từng bệnh nhân sẽ có biểu hiện lâm sàng khác nhau [3]. Trên thế giới và ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về khảo sát động mạch cảnh bằng siêu âm và CLVT. Trong đánh giá hẹp ĐM cảnh, CLVT đa dãy, đặc biệt CLVT 64 dãy, cho thấy cho thấy những ưu điểm nổi bật trong đánh giá mảng xơ vữa, đường kính, độ dài của tổn thương hẹp mạch [4].

Các công trình nghiên cứu trước đây tại Việt Nam chủ yếu đánh giá về các tổn thương nhu mô não, hệ mạch não và mạch cảnh, tuy nhiên chưa có công trình nào đánh giá đầy đủ đặc điểm tổn thương mạch cảnh trong và hệ sống nền cũng như mối liên quan với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đột quỵ nhồi máu não.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đặc điểm hình ảnh tổn thương động mạch cảnh trong và động mạch sống nền trên cắt lớp vi tính 64 dãy ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trên 74 bệnh nhân chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não được điều trị tại khoa Độ Quy, Bệnh viện Quân Y 103, trong thời gian từ 03/2021 - 03/2022. Tất cả bệnh nhân được làm các xét nghiệm máu thường quy, chụp cắt lớp vi tính 64 dãy có dựng hình mạch máu não. Thực hiện trên máy CLVT 64 dãy, Ingenuity, hãng Philips, Hà Lan đặt tại khoa Xquang chẩn đoán - Bệnh viện Quân y 103.

Quy trình kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính mạch máu não có dựng hình 3D: Bệnh nhân được giải thích về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc, tháo bỏ các vật liệu kim loại trong trường chụp, viết cam kết sử dụng thuốc cản quang. Bệnh nhân được chụp thì không tiêm để đánh giá nhu mô, sau đó chụp test bolus, đặt ROI ở quai động mạch chủ, quét khảo sát mạch máu não từ C4 đến hết vòm sọ. Tiêm tĩnh mạch thuốc cản quang Omnipaque 350mg/100ml liều từ 1,5 - 2ml/kg cân nặng bằng bơm tiêm điện hai nòng.

Hình ảnh thu được sẽ được phân tích dựng hình theo chương trình MIP, MRP, VRT để bộc lộ tổn thương, dựng hình 3D mạch máu não.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Trình bày dưới dạng biểu đồ và bảng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- 74 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quỵ nhồi máu não, trong đó có 50 bệnh nhân nam và 24 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ là 2,08:1.

- Tuổi trung bình $68,8 \pm 11,4$ tuổi.

3.2. Đặc điểm hình ảnh tổn thương động mạch cảnh trong và động mạch sống nền

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương vữa xơ

Nguyên nhân	Số lượng (n = 74)	Tỷ lệ (%)
Không có mảng vữa xơ	17	23
Có mảng vữa xơ	57	77
Tổng	74	100

Nhận xét: - Trong nghiên cứu chỉ đánh giá vị trí tổn thương mảng vữa xơ điển hình nhất.

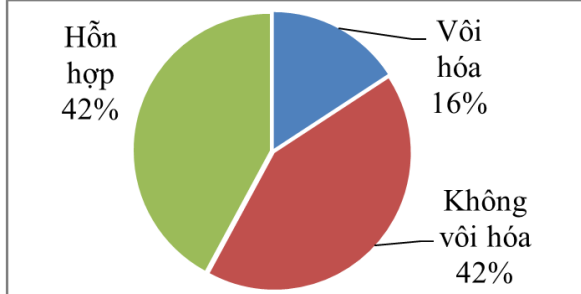
- Bệnh nhân có mảng vữa xơ chiếm chủ yếu trong nghiên cứu (77%), còn lại đột quỵ do các nguyên nhân khác.

Bảng 2. Mức độ hẹp động mạch cảnh trong cùng bên

Động mạch cảnh trong cùng bên	Số lượng (n = 74)	Tỷ lệ (%)
0 - 50%	47	63,5
50 - 70%	7	9,5
70 - 99%	11	14,9

100%	9	12,2
Tổng	74	100

Nhận xét: Tổn thương động mạch cảnh trong cùng bên chủ yếu gặp ở mức độ hẹp nhẹ, chiếm 63,5%.



Biểu đồ 1. Hình thái mảng vữa xơ

Nhận xét: Mảng vữa xơ không vôi hóa và mảng vữa xơ hỗn hợp gặp nhiều nhất trong nghiên cứu (42%).

Bảng 3. Mức độ hẹp động mạch não giữa cùng bên.

Động mạch não giữa cùng bên	Số lượng (n = 74)	Tỷ lệ (%)
0 - 50%	22	29,7
50 - 70%	4	5,4
70 - 99%	20	27,0
100%	28	37,8
Tổng	74	100

Nhận xét: Tỷ lệ hẹp có ý nghĩa (> 70%) động mạch não giữa cùng bên chiếm đa số, 64,8%.

Bảng 4. Mức độ hẹp hệ động mạch sống nền

Hệ động mạch sống nền	Số lượng (n = 74)	Tỷ lệ (%)
0 - 50%	58	78,4
50 - 70%	8	10,8
70 - 99%	8	10,8
100%	0	0
Tổng	74	100

Nhận xét: Hệ động mạch sống nền có mức độ hẹp từ nhẹ đến vừa chiếm ưu thế, 78,4%. Không gặp trường hợp nào tổn thương tắc hoàn toàn hệ sống nền.

Bảng 5. Mức độ tuần hoàn bàng hệ

Tuần hoàn bàng hệ	Số lượng (n = 74)	Tỷ lệ (%)
Không đánh giá	15	20,3
Độ 0	15	25,4
Độ 1	5	8,5
Độ 2	4	6,8
Độ 3	10	16,9
Độ 4	13	22
Độ 5	12	20,4
Tổng	59	100

Nhận xét: - Có 15 trường hợp đã từng bị đột

quy não cũ nên không đánh giá tuần hoàn bàng hệ.
- Mức độ tuần hoàn bàng hệ tốt và vừa gặp đa số.

Bảng 6. Tương quan các thông số tổn thương hệ mạch với thang điểm Glasgow

Đặc điểm tổn thương	r	Phương trình tương quan	p
Mức độ hẹp động mạch cảnh trong cùng bên	-0,34	$y = 1.12E2 - 5.47x$	< 0,05
Mức độ hẹp động mạch não giữa cùng bên	0,005		> 0,05
Mức độ hẹp hệ động mạch sống nền	-0,218		> 0,05
Xơ vữa	-0,172		> 0,05
Tuần hoàn bàng hệ	0,094		> 0,05

Nhận xét: Mức độ hẹp cảnh trong cùng bên có mối tương quan nghịch với điểm Glasgow, khi mức độ hẹp tăng thì điểm Glasgow càng giảm và ngược lại.

Bảng 7. Tương quan các thông số tổn thương hệ mạch với điểm NIHSS

Đặc điểm tổn thương	r	Phương trình tương quan	p
Mức độ hẹp động mạch cảnh trong cùng bên	0,417	$y = 15,96 + 2,31x$	< 0,05
Mức độ hẹp động mạch não giữa cùng bên	0,09		> 0,05
Mức độ hẹp hệ động mạch sống nền	0,084		> 0,05
Xơ vữa	-0,011		> 0,05
Tuần hoàn bàng hệ	-0,205		> 0,05

Nhận xét: Mức độ hẹp cảnh trong cùng bên và điểm NIHSS có mối tương quan thuận với nhau, khi mức độ hẹp càng cao thì điểm NIHSS càng tăng và ngược lại.

IV. BÀN LUẬN

Động mạch tổn thương xảy ra chủ yếu ở các động mạch lớn và vừa, nơi có áp lực cao. Các tổn thương thường định vị ở các vùng có dòng tuần hoàn xoáy, trên các chỗ phân chia, gấp khúc, nơi sinh ra các động mạch bàng hệ [5]. Qua nghiên cứu 74 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não, cho thấy có những bệnh nhân hẹp một vị trí trên một động mạch, cũng có những bệnh nhân

hẹp nhiều vị trí trên một động mạch hoặc hẹp nhiều động mạch.

Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương nhiều động mạch và nhiều vị trí hay gặp, tỉ lệ hẹp nặng động mạch cảnh trong cùng bên nhồi máu não là 27,7%, hẹp nặng động mạch não giữa cùng bên là 64,8%. Hệ sống nền chủ yếu gặp hẹp nhẹ đến vừa, không thấy ca nào có tắc hoàn toàn thân nền.

Tỷ lệ bệnh nhân hẹp do mảng vữa xơ là 77%, tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu khác do tiến hành trên cả động mạch cảnh trong và hệ sống nền. Trên một bệnh nhân ít khi có tổn thương hẹp đơn độc một vị trí, mà sẽ hẹp song song nhiều vị trí trên một đoạn mạch cũng như tổn thương cả cùng bên và đối bên. Giải thích nguyên nhân này do mảng vữa xơ không bao giờ xảy ra đơn độc và có nhiều chỗ trên một đoạn mạch và xảy ra trên nhiều đoạn mạch [9].

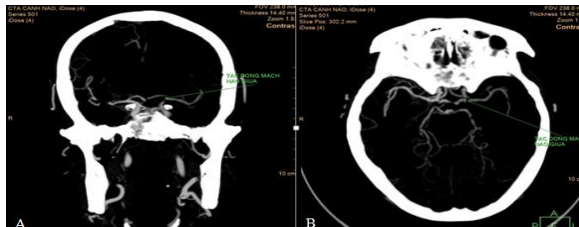
Hình thái mảng xơ vữa: Từ Biểu đồ 1 cho thấy, mảng vữa xơ không vôi hóa và hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất 42%, mảng vữa xơ vôi hóa chiếm tỉ lệ nhỏ hơn trong nghiên cứu. Hình thái mảng vữa xơ vôi hóa gặp chủ yếu ở động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ, vữa xơ hỗn hợp hay gặp ở động mạch cảnh trong đoạn trong sọ, vữa xơ mềm hay gặp ở nhánh động mạch não giữa [7].

Mức độ hẹp động mạch cảnh trong cùng bên: Tỷ lệ hẹp nặng và tắc gặp nhiều nhất do mảng vữa xơ không vôi hóa. Trong mức độ hẹp cảnh trong đối bên nhồi máu não, tỷ lệ mảng vữa xơ hỗn hợp với mức độ hẹp cao chiếm chủ yếu. Nghiên cứu này cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Buechel R., các mảng vữa xơ không vôi hóa gặp nhiều nhất ở các mức độ hẹp là 91,8%, mảng vữa xơ vôi hóa là 65,0% và hỗn hợp là 89,0% [8].

Đánh giá mối tương quan giữa các đặc điểm tổn thương với các thang điểm lâm sàng, thấy rằng điểm Glasgow có mối tương quan nghịch với độ hẹp động mạch cảnh trong cùng bên, nghĩa là khi mức độ hẹp tăng lên thì điểm Glasgow sẽ giảm đi và ngược lại. Tuy nhiên mối tương quan còn rời rạc do điểm Glasgow còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố và bệnh cảnh kết hợp như tuổi tác, tâm lý, chất kích thích..., việc đánh giá Glasgow ngay tại lúc xảy ra đột quỵ là sau vài giờ có thể rất khác nhau. Trong khi mức độ hẹp cảnh trong cùng bên và điểm NIHSS có mối tương quan thuận với nhau. Nhiều nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa thang điểm Glasgow lúc ra viện và mức độ hồi phục của bệnh nhân đột quỵ não như nghiên cứu của Đặng Phúc Đức năm 2021 cho thấy điểm Glasgow có mối liên quan với mức độ hồi phục khi ra viện nhưng

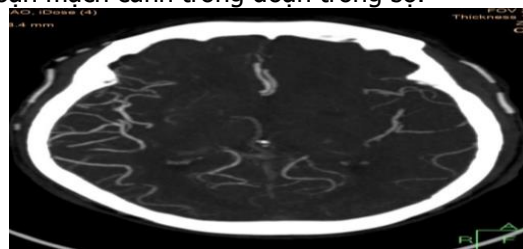
không có hậu dự báo đối với khả năng phục hồi sau ra viện mà chỉ có thang điểm NIHSS có giá trị dự báo mức độ hồi phục lúc ra viện [3].

V. CASE LÂM SÀNG



Hình 1. Hình ảnh CLVT với mặt phẳng Coronal (A) và Axial (B) cho thấy hình ảnh trống thuốc cản quang ở động mạch não giữa trái đoạn M1.

BN Nguyễn Anh T, 70 tuổi, vào viện giờ thứ 5 của bệnh với triệu chứng đột ngột yếu nửa người phải kèm méo miệng, Glasgow 5 điểm, NIHSS 7 điểm. BN được chụp CLVT thấy hình ảnh trống thuốc cản quang vị trí nguyên ủy động mạch não giữa bên trái, thu hẹp khẩu kính đoạn mạch sau hẹp, có vài mảng vữa xơ vôi hóa bám thành đoạn mạch cảnh trong đoạn trong sọ.



Hình 2. Tuần hoàn bàng hệ

Tuần hoàn bên của bệnh nhân 3 điểm. Bệnh nhân có mức độ rối loạn ý thức đánh giá theo thang điểm Glasgow ở mức nặng, tuy nhiên đánh giá theo thang điểm NIHSS lại ở mức vừa, lúc ra viện điểm Glasgow được cải thiện đáng kể (14 điểm), điều này cho thấy điểm Glasgow bị ảnh hưởng khá nhiều bởi các yếu tố tuổi, chất kích thích, các bệnh kết hợp... hơn so với thang điểm NIHSS.

VI. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh tổn thương động mạch cảnh trong và động mạch sống nền trên CLVT 64 dãy trong 74 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não, từ 3/2021 đến 3/2022, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tổn thương động mạch cảnh và sống nền có mảng vữa xơ chiếm 77%, trong đó mảng vữa xơ hỗn hợp 42%, không vôi hóa 42%, vôi hóa 16%.
- Mức độ hẹp động mạch cảnh trong cùng bên chủ yếu là mức độ nhẹ < 50%, chiếm

63,5%. Hẹp động mạch não giữa cùng bên chủ yếu mức độ vừa và nặng (> 70%) chiếm 64,8%.

- Các đặc điểm tổn thương có mối tương quan thuận với thang điểm đánh giá mức độ khiếm khuyết thần kinh NIHSS, với $r = 0,417$, có mối tương quan nghịch với thang điểm Glasgow $r = -0,34$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phùng Đức Lâm.**(2017).Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương hệ động mạch cảnh trong ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não.Luận án tiến sĩ. Học viện quân y .
 2. **Hoàng Văn Thuận.** (2013), " Tai biến mạch máu não", Bệnh học thần kinh, Giáo trình sau đại học, Nhà xuất bản Y học, Hà nội, tr. 15-30.
 3. **Đặng Phúc Đức.**(2021).Khảo sát mối liên quan giữa mức độ hồi phục khi ra viện với một số thang điểm của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não không

do nguyên nhân từ tim. Tạp chí y học Việt Nam .
 4. **Trần Quốc Khánh.**(2018). Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não từ 50t trở lên tại bệnh viện lão khoa trung ương. Luận văn thạc sĩ. Đại học y hà nội. .
 5. **Wang Y., Meng R., Liu G.** và cộng sự. (2019). Intracranial atherosclerotic disease. Neurobiology of Disease, **124**, 118–132.
 6. **Roth J.M.** (2011). Recombinant tissue plasminogen activator for the treatment of acute ischemic stroke. Proc (Bayl Univ Med Cent), **24(3)**, 257–259.
 7. **Homburg P.J., Rozie S., van Gils M.J.** và cộng sự. (2010). Atherosclerotic Plaque Ulceration in the Symptomatic Internal Carotid Artery Is Associated With Nonlacunar Ischemic Stroke. Stroke, **41(6)**, 1151–1156.
 8. **Gräni C., Buechel R.R., Kaufmann P.A.** và cộng sự. (2017). Multimodality Imaging in Individuals With Anomalous Coronary Arteries. JACC: Cardiovascular Imaging, **10(4)**, 471–481.

KHẢO SÁT TỔN THƯƠNG DẠNG POLIP Ở ĐẠI TRỰC TRÀNG BẰNG NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Tăng Thị Yến Nhi*, Nguyễn Thị Thúy Duy*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc chẩn đoán, phát hiện và theo dõi bệnh nhân có polip đại trực tràng (ĐTT) ngày càng có hiệu quả nhờ vào sự phát triển của kỹ thuật nội soi ống mềm. Qua nội soi cho phép quan sát trực tiếp mặt trong ĐTT, từ đó xác định hình thái, kích thước, vị trí, số lượng, tổn thương kèm theo,... của polip ĐTT, đồng thời có thể thực hiện thủ thuật cắt polip và sinh thiết để làm mô bệnh học. Phần lớn polip ĐTT là lành tính tuy nhiên có một số ít polip có thể triển thành ung thư, đặc biệt là polip tuyến. Do đó vai trò của cận lâm sàng và mô bệnh học trong việc phát hiện, điều trị sớm polip ĐTT nhằm ngăn chặn tiến triển thành ung thư là rất quan trọng và cần thiết.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ các loại polip đại trực tràng bằng nội soi và giải phẫu bệnh lý của tổn thương dạng polip đại trực tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán, có kết quả nội soi và mô bệnh học là polip ĐTT tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Qua nội soi ghi nhận 67,2% bệnh nhân có polip ĐTT không cuống, vị trí thường gặp nhất là đại tràng sigma (38,1%). Trong số 80 bệnh nhân phát hiện có 53 bệnh nhân có polip đơn

độc (66,3%), 27 bệnh nhân có đa polip (33,7%). Kích thước polip < 10 mm chiếm nhiều nhất (83,6%). Về bề mặt polip của nhóm nghiên cứu, tỉ lệ polip có bề mặt trơn láng 78,4%; polip có bề mặt phù nề sung huyết 15,7%; polip có bề mặt sần sùi 5,9%. Xét về mô bệnh học có 60% nhóm polip không tân sinh, 40% polip tân sinh. Có 9/80 bệnh nhân có polip nghịch sản, chiếm 11,3%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu ghi nhận, trong số 80 bệnh nhân có polip vị trí thường gặp nhất là đại tràng sigma chiếm 38,1%, trực tràng 25,4%. Polip tân sinh 40% trong đó polip u tuyến ống chiếm 81,3%, polip u tuyến ống nhánh 6,3%, polip u tuyến nhánh 3,1%, polip ung thư hóa 9,3%. Theo mức độ nghịch sản, 100% bệnh nhân có nghịch sản ở nhóm polip tân sinh đã đặt ra vấn đề cấp bách cho việc khám sức khỏe định kỳ những người từ 40 tuổi trở lên, đặc biệt những trường hợp tiêu ra máu, đau bụng kéo dài để phát hiện và điều trị sớm polip đại trực tràng tránh nguy cơ diễn tiến thành ung thư.

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

SUMMARY

SURVEYING THE COLORECTAL POLYPOID LESION BY ENDOSCOPY AND HISTOPATHOLOGY AT PHARMACY AND MEDICAL CAN THO UNIVERSITY HOSPITAL

Background: The development of flexible endoscopic procedures has made it possible to diagnose, identify, and monitor patients with colorectal polyps more successfully. Endoscopy enables direct observation of the inner surface of the colon, enabling the identification of colorectal polyps and the

*Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Tăng Thị Yến Nhi

Email: tty nhi@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.6.2022

Ngày phản biên khoa học: 2.8.2022

Ngày duyệt bài: 11.8.2022