

thấy tỷ lệ nhạy với carbapenem (imipenem, ertapenem và meropenem) và aminoglycosides (amikacin, gentamicin) còn nhạy 100,0%. Các nhóm  $\beta$ -lactam như piperaciline, cefuroxime, ceftazidime cũng cho thấy độ kháng 50,0% ở các mẫu phân lập được. Do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở tuyến cuối giúp giải thích tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao trong nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Khi điều trị các bệnh lý nhiễm trùng vùng tai mũi họng, các bác sĩ lâm sàng nên cân nhắc lựa chọn kháng sinh dựa vào kết quả kháng sinh đồ. Trong trường hợp chưa có kết quả kháng sinh đồ, bác sĩ lâm sàng nên dựa vào kết quả nghiên cứu cập nhật mới nhất về tình hình vi khuẩn và kháng sinh đồ, nhằm tránh lạm dụng kháng sinh trong điều trị cũng như tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn kháng kháng sinh ngày càng cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ** (2020), "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh", Nhà xuất bản y học, TP. Hồ Chí Minh.
2. **A Apisarnthanarak và các cộng sự** (2006), "Inappropriate antibiotic use in a tertiary care center in Thailand: an incidence study and review of experience in Thailand", *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 27(4), 416-20, ; E. A. Belongia và B. Schwartz (1998), "Strategies for promoting
3. **A. D. Harris** (2002), "Review: probiotics are effective in preventing antibiotic-associated diarrhea", *ACP J Club.* 137(3), 95.
4. **V. C. Cheng và các cộng sự** (2009), "Antimicrobial stewardship program directed at broad-spectrum intravenous antibiotics prescription in a tertiary hospital", *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*, 28(12), 1447-56.
5. **Nguyễn Văn Phan** (1996), "Vi khuẩn mũ tai và tác dụng của kháng sinh trong viêm tai giữa mạn tính gặp trong 3 năm (1963-1965) tại bệnh viện Bạch Mai", *Tai mũi họng tập san số 2* (1996), số 13, 23-29.
6. **Nguyễn Hữu Khôi và Nguyễn Duy Vĩ** (1997), "Nhận xét về vi khuẩn học trong viêm tai giữa mạn tính - Đánh giá độ nhạy cảm (vi vitro) của một số kháng sinh", *Chuyên đề tai mũi họng*, tr. 84-93.
7. **Nguyễn Thị Thanh Thủy** (2021), "Khảo sát vi trùng và kháng sinh đồ trên mẫu bệnh phẩm amidan của bệnh nhân cắt amidan do viêm tai bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ và bệnh viện Tai mũi họng thành phố Cần Thơ từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2021", *Luận văn thạc sĩ Y học, đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*,
8. **Nguyễn Kiều Việt Nhi** (2019), "Khảo sát vi trùng trong viêm xoang có biến chứng tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2018 đến năm 2019", *Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*.
9. **Trương Thiên Phú** (2021), "Mô hình vi khuẩn đa kháng bệnh viện Chợ Rẫy năm 2021", *Hội nghị khoa học thường niên bệnh viện Chợ Rẫy 2022*.

## NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA PHÂN LOẠI JNET TRONG TIÊN ĐOÁN MÔ BỆNH HỌC POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG

Lê Quang Nhân<sup>1</sup>, Huỳnh Mạnh Tiến<sup>1</sup>, Quách Trọng Đức<sup>1</sup>,  
Lê Đình Quang<sup>1</sup>, Trần Thái Ngọc Huy<sup>1</sup>, Đặng Minh Luân<sup>1</sup>,  
Võ Phạm Phương Uyên<sup>1</sup>, Trần Lê Thanh Trúc<sup>1</sup>,  
Trần Lý Thảo Vy<sup>1</sup>, Lê Quang Nghĩa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Polyp đại trực tràng có liên hệ mật thiết với ung thư đại trực tràng. Phân loại JNET dựa trên nội soi phóng đại giúp tiên đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng, từ đó cho phép lựa chọn phương pháp phù hợp để lấy trọn polyp. Tuy nhiên, tại Việt Nam, dữ liệu về hiệu quả của phân loại JNET với nội soi dài tần hẹp kết hợp tiêu cự kép trong tiên đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng vẫn còn khiêm tốn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định giá trị tiên đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng của phân loại JNET với nội soi dài

tần hẹp kết hợp tiêu cự kép. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 666 bệnh nhân với 1087 polyp đại trực tràng trong thời gian từ 10/2021 đến tháng 2/2023 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. Trong đó, hệ thống máy xử lý EVIS EXERA III CV- 190 và dây soi CF-HQ190I được sử dụng để đánh giá polyp theo phân loại JNET. Số liệu được lưu trữ và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. **Kết quả:** Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác của phân loại JNET tương ứng là JNET-1 86,5%; 95,7%; 88,3%; 95,0%; 93,2%; JNET-2A 91,9%; 81,4%; 90%; 84% và 87,7%; JNET-2B 54,7%; 96,6%; 54,7%; 96,6% và 93,7%; JNET-3 66,7%; 99,9%; 93,3%; 99,4% và 99,4%. Độ nhạy trong việc nhận diện tổn thương tân sinh từ các tổn thương không tân sinh là 97,8%, độ đặc hiệu phân biệt tổn thương nguy cơ cao với tổn thương loạn sản độ thấp là 95,9% và độ đặc hiệu phân biệt tổn thương xâm lấn sâu từ các tổn thương tân sinh là 99,8%. **Kết**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Nhân

Email: nhan.lq@um.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

**luận:** Phân loại JNET với nội soi dải tần hẹp kết hợp tiêu cự kép có giá trị cao trong tiên đoán mô bệnh học của polyp đại trực tràng, từ đó giúp bác sĩ nhận diện rõ bản chất tổn thương và tránh các phẫu thuật không cần thiết. Phân loại JNET nên được xem xét áp dụng tại Việt Nam.

**Từ khóa:** polyp đại trực tràng, phân loại JNET, nội soi dải tần hẹp, tiêu cự kép, Việt Nam.

## SUMMARY

### DIAGNOSTIC YIELD OF JNET CLASSIFICATION FOR PREDICTING OF COLORECTAL POLYP HISTOPATHOLOGY

**Introduction:** Colorectal polyps are closely related to colorectal cancer. The JNET classification with magnified narrow-banding imaging (NBI) aids in predicting the histology of colorectal polyps, thus allowing for the appropriate treatment. However, the diagnostic yield of JNET classification on NBI mode with dual focus (DF) magnification in predicting the histology of colorectal polyps is still under-researched in Vietnam. **Objective:** To determine the diagnostic stratification ability of JNET classification on NBI-DF mode in predicting the histology of colorectal polyps. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 666 patients with 1087 colorectal adenomatous polyps from October 2021 to February 2023 at the University Medical Center. Data were analyzed using SPSS 25.0 software. The EVIS EXERA III CV-190 processing system and CF-HQ190I endoscope were used to evaluate the polyps according to JNET classification. **Results:** The sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, and accuracy of the JNET classification types for predicting the histology of colorectal adenomatous polyps were as follows: type 1, 86.5%, 95.7%, 88.3%, 95.0%, and 93.2%; type 2A, 91.9%, 81.4%, 90%, 84%, and 87.7%; type 2B, 54.7%, 96.6%, 54.7%, 96.6%, and 93.7%; type 3, 66.7%, 99.9%, 93.3%, 99.4%, and 99.4%. The sensitivity for differentiating neoplastic lesions from benign non-neoplasia lesions was 97.8%, the specificity for distinguishing malignant neoplasia from benign neoplasia was 95.9%, and the specificity in the differentiation deep submucosal cancer from other neoplasia was 99.8%. **Conclusion:** JNET classification based on NBI-DF has a high value in predicting the histology of colorectal polyps. Thus, JNET might contribute to appropriate treatment choices and avoid unnecessary surgery. This classification should be utilized in the Vietnamese setting.

**Keywords:** Colorectal polyp, Japan Narrow Banding Imaging Expert Team; Narrow-banding, dual focus, Vietnam

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT) có mối liên hệ mật thiết với ung thư đại trực tràng (UTĐTT). Việc phát hiện và nhận diện sớm polyp nguy cơ giúp phòng ngừa và giảm tỉ lệ tử vong do UTĐTT [1, 2]. Hệ thống nội soi dải tần hẹp (NBI- Narrow Banding Imaging) sử dụng các dải tần ánh sáng

đơn sắc để đánh giá vi cấu trúc và vi mạch máu bề mặt tổn thương, từ đó giúp bác sĩ nội soi tiên đoán mô bệnh học (MBH) và đưa ra chiến lược xử trí phù hợp. Trước đây, phân loại NICE (NBI International Colorectal Endoscopic) dựa trên NBI có hoặc không có phóng đại giúp tiên đoán MBH polyp ĐTT. Tuy nhiên phân loại này có nhược điểm không phân biệt tổn thương loạn sản độ thấp với loạn sản độ cao, hoặc giữa tổn thương xâm lấn nông và sâu dưới niêm mạc [3, 4]. Năm 2016, phân loại JNET (Japan NBI Expert Team) do các chuyên gia nội soi Nhật Bản đề xuất dựa trên NBI với chế độ phóng đại cho phép đánh giá chi tiết hơn mức độ loạn sản và mức độ xâm lấn của các polyp ở ĐTT. Phân loại JNET giúp các bác sĩ nội soi chọn lựa chiến lược điều trị phù hợp (chẳng hạn như cắt hết niêm mạc (EMR- Endoscopic mucosal resection) cho tổn thương loạn sản độ thấp (JNET 2A), cắt tách dưới niêm mạc (ESD - Endoscopic Submucosal Dissection) cho tổn thương loạn sản độ cao và ung thư xâm lấn nông dưới niêm mạc (JNET 2B))[3-5]. Dữ liệu nghiên cứu tại Nhật Bản đã chứng minh hiệu quả của phân loại JNET với nội soi phóng đại quang học [3-6]. Tuy nhiên, hệ thống phóng đại quang học không phổ biến ngoài Nhật Bản trong khi hệ thống phóng đại tiêu cự kép kết hợp với NBI (NBI-DF) được ứng dụng rộng rãi hơn [4]. Tại Việt Nam, hiện vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá giá trị tiên đoán MBH của phân loại JNET dựa trên với NBI-DF. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định giá trị của phân loại JNET dựa trên NBI-DF trong tiên đoán MBH của polyp ĐTT.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Khoa Nội soi - Bv Đại học Y Dược TPHCM.
- Khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM.
- Thời gian nghiên cứu: 10/2021 đến 2/2023.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:

- Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên, có hoặc không có triệu chứng tiêu hoá dưới, có polyp được đánh giá theo phân loại JNET dựa trên NBI-DF.

- Polyp được được sinh thiết trọn (sinh thiết bằng kèm, thông lọng, EMR/ESD và phẫu thuật) và có chẩn đoán MBH.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN có chống chỉ định nội soi đại trực tràng (NSĐTT) và sinh thiết trên nội soi (tiền căn rối

loạn đông cầm máu hoặc đang dùng thuốc chống đông, có tình trạng xuất huyết tiêu hoá tiến triển, có bệnh lý nội khoa nặng đi kèm như: tim mạch, hô hấp, gan, thận,...).

- Polyp không được khảo sát rõ bề mặt.
- Khối u có kích thước > 5cm vì khó khảo sát toàn diện với NBI-DF.
- Mẫu sinh thiết không đạt chất lượng để đánh giá kết quả MBH.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:**

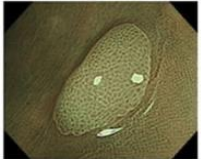
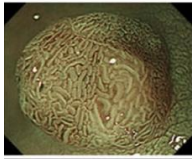
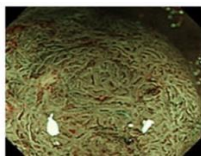

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả đánh giá nghiệm pháp chẩn đoán

**Cách chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện.

**2.4. Các phương tiện nghiên cứu:**

- Hệ thống máy nội soi Olympus EVIS EXERA III sê-ri 190 (Endoscopy Video Information System EXERA III sê-ri 190) có NBI (Narrow Banding Imaging) kết hợp chế độ phóng đại tiêu cự kép (Dual Focus)
- Ống soi đại tràng CF-HQ190I
- Sử dụng hệ thống bơm rửa có pha simethicone giúp tan bọt và làm sạch bề mặt polyp.

**Bảng 1. Phân loại JNET [1-3]**

Tiêu chí	Típ 1	Típ 2A	Típ 2B	Típ 3
<b>Mạch máu</b>	- Không quan sát thấy	- Kích thước đều nhau - Phân bố đồng đều (mạng lưới)	- Kích thước không đều - Phân bố không đều	- Mất cấu trúc mạch máu - Mạch máu tăng kích thước, đứt đoạn
<b>Cấu trúc bề mặt</b>	- Những chấm máu tối màu hoặc trắng cùng kích thước - Giống niêm mạc xung quanh	- Đồng nhất (dạng ống, nhánh, nhú)	- Không đồng nhất	- Vùng vô định hình
<b>Mô bệnh học tiên đoán</b>	- Polyp tăng sản hoặc polyp tuyến răng cưa	- U tân sinh trong niêm mạc, loạn sản độ thấp	- U tân sinh trong niêm mạc, loạn sản độ cao/ ung thư xâm lấn nông dưới niêm mạc	- Ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc
<b>Hình minh họa</b>				

**2.7. Khảo sát MBH.** Để bảo đảm tính khách quan khi đối chiếu kết quả giữa nội soi và MBH, bác sĩ giải phẫu bệnh không biết các thông tin ghi nhận trên nội soi ngoại trừ vị trí lấy mẫu mô sinh thiết. Polyp được phân loại theo tổ chức Y tế Thế giới (năm 2010) và đánh giá loạn sản theo phân loại Vienna cải tiến. Sau đó polyp được phân thành 2 nhóm tân sinh và không tân sinh.

- Polyp tân sinh là polyp u tuyến, u tuyến răng cưa, ung thư

**2.5. Kinh nghiệm của bác sĩ nội soi**

- Đã được huấn luyện về NBI và NBI-DF (khóa huấn luyện nội soi nâng cao của Hiệp hội nội soi tiêu hoá Nhật và Nhóm hình ảnh và can thiệp mới châu Á- ANBI<sup>2</sup>G- Asian Novel Bio-Imaging and Intervention Group)
- Có kĩ năng đánh giá thành thạo NBI và NBI-DF > 5 năm.

**2.6. Quy trình NSĐTT và nhận định kết quả:**

- Quy trình NSĐTT: theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa chuyên ngành Tiêu hóa năm 2016 của Bộ Y Tế [1, 2].
- Quyết định điều trị theo phác đồ hiện tại đang áp dụng tại Khoa nội soi - Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM
- Đánh giá polyp trên nội soi:
  - + Nội soi ánh sáng trắng: đánh giá chi tiết về số lượng, vị trí, kích thước, hình dạng đại thể theo phân loại Paris và tiên đoán bản chất MBH.
  - + NBI-DF: đánh giá polyp theo phân loại JNET

- Polyp không tân sinh bao gồm: polyp viêm, polyp tăng sản, tổn thương răng cưa không cuống.

Trong nghiên cứu hiện tại, tổn thương răng cưa không cuống vẫn được xếp thuộc nhóm tổn thương không tân sinh vì chưa có tiêu chuẩn về nội soi và MBH thống nhất của JNET để phân biệt tổn thương răng cưa và polyp tăng sản.

**2.8. Xử lý số liệu - vấn đề đạo đức nghiên cứu**

- Số liệu nghiên cứu được mã hoá thành các biến số để quản lý và phân tích bằng phần mềm

SPSS 25.0.

- Nghiên cứu được thông quan bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh số 62/ĐHYD- HĐĐĐ (kí ngày 04/6/2021)

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu.** Nghiên cứu thực hiện trên 666 bệnh nhân với 1087 polyp được khảo sát MBH. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59 ± 1,11 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 394/272. Đặc điểm của polyp trong nghiên cứu được trình bày ở bảng 2 và 3.

**Bảng 2. Đặc điểm nội soi và MBH của nhóm polyp ĐTT (n=1087)**

Vị trí polyp (n,%)	Số lượng	Tỷ lệ %
Trực tràng	197	18,1
Đại tràng chậu hông	395	36,3
Đại tràng xuống	122	11,2
Đại tràng ngang	186	17,1
Đại tràng lên	143	13,2
Manh tràng	44	04,1
<b>Kích thước trung bình (nhỏ nhất, lớn nhất) (mm)</b>	8,6 (1-40)	
<b>Phân loại hình dáng đại thể Paris (n,%)</b>		
0-Is	541	49,8
0-Ip	171	15,8
0-IIa	374	34,3
0-IIb	001	00,1

<b>Phân loại JNET (n,%)</b>	
JNET-1	290 26,8
JNET-2A	707 65,0
JNET-2B	074 06,8
JNET-3	015 01,4
<b>Phương pháp can thiệp (n,%)</b>	
Sinh thiết bằng kèm	455 41,7
Thòng lọng có đốt điện	419 38,5
Thòng lọng không kèm đốt điện	69 06,3
EMR hoặc ESD	129 11,7
Phẫu thuật	15 01,8
<b>Mô bệnh học (n,%)</b>	
Polyp tăng sản	124 11,4
Viêm	150 13,8
Tổn thương răng cưa không cuống	21 01,9
U tuyến răng cưa	9 02,7
U tuyến ống	626 57,6
U tuyến ống nhánh	005 00,5
U tuyến nhánh	122 11,2
Carcinôm	029 00,9
<b>Mức độ loạn sản (n,%)</b>	
Không loạn sản	296 27,2
Loạn sản độ thấp	695 63,9
Loạn sản độ cao	66 6,2
Xâm lấn nông dưới niêm mạc	09 0,8
Xâm lấn sâu dưới niêm mạc	21 1,9

**3.2. Giá trị tiên đoán MBH polyp ĐTT của phân loại JNET dựa trên NBI-DF**

**Bảng 3. Mối liên quan giữa phân loại JNET và kết quả mô bệnh học của các polyp đại trực tràng**

Phân loại JNET	Mô bệnh học			Ung thư		Tổng
	Tổn thương không tân sinh	Tổn thương loạn sản độ thấp	Tổn thương loạn sản độ cao	Xâm lấn nông	Xâm lấn sâu	
1 n(%)	256 (88,3)	34 (11,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	290 (100)
2A n(%)	40 (5,7)	634 (89,7)	32 (4,5)	1(0,1)	0 (0)	707 (100)
2B n(%)	0 (0)	27 (36,0)	34 (45,3)	7 (9,3)	7 (9,3)	75 (100)
3 n(%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	14(93,3)	15 (100)
Tổng n(%)	296 (27,2)	695 (63,9)	66 (6,1)	9 (0,8)	21 (1,9)	1087(100)

Kết quả đối chiếu phân loại JNET với kết quả MBH được thể hiện trong bảng 3. Tỷ lệ tiên đoán đúng dạng MBH thấp ở nhóm JNET-2B (54,6% với 41/75 trường hợp), cao nhất ở JNET-3 (93,3% với 14/15 trường hợp). Nhóm JNET-2B, 27/74 (37,8%) trường hợp chỉ tổn thương loạn sản độ thấp và 7/74 (9,3%) trường hợp ung thư xâm lấn sâu. Không có trường hợp nào không tân sinh được tiên đoán JNET-3 trên NBI-DF.

**Bảng 4. Giá trị tiên đoán 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%)
JNET-1	86,5 82,1-90,2	95,7 94,1-97,0	88,3 84,4-91,3	95,0 93,4-96,2	93,2 91,5-94,6
JNET-2A	91,9 88,9-93,2	81,4 77,2-85,1	90 87,6-91,5	84,0 80,4-87,0	87,7 85,6-89,6

JNET-2B	54,7 42,8-66,2	96,6 95,3-97,7	54,7 45,0-64,1	96,6 95,7-97,4	93,7 92,2-95,1
JNET-3	66,7 43,3-85,4	99,9 99,5-100	93,3 65,9-99	99,4 98,8-99,6	99,4 98,6-99,7

GTTĐ: Giá trị tiên đoán, KTC: khoảng tin cậy

Giá trị tiên đoán MBH của phân loại JNET được trình bày trong bảng 4. Trong đó, JNET-3 có độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán (GTTĐ) dương và độ chính xác cao nhất. JNET-2A có độ nhạy cao nhất.

**Bảng 5. Ảnh hưởng của giá trị tiên đoán MBH 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 và không tân sinh (JNET2A và JNET-1)	97,8 96,4-98,8	86,5 82,1-90,2	94,1 92,2-95,5	94,8 91,6-96,9	94,3 92,6-95,7
Loạn sản nguy cơ cao, ung thư xâm lấn với loạn sản thấp (JNET-2B,3 với JNET-2A)	74,6 66,3-81,8	95,9 94,1-97,3	78,2 71,1-84,1	95,1 93,5-96,3	92,4 90,3-94,2
Mức độ xâm lấn (JNET-3 với JNET-2A và 2B)	66,7 43,1-85,4	99,8 99,2-100	93,3 65,9-99,0	99,1 98,2-99,5	98,9 97,8-99,5

GTTĐ: Giá trị tiên đoán, KTC- Khoảng tin cậy

Để chọn lựa chiến lược xử trí phù hợp, phân loại JNET có độ nhạy cao nhất (95,7%) trong phân biệt polyp JNET-2A với JNET-1. Phân loại JNET có độ chính xác (99,8%) và độ đặc hiệu cao nhất (99,1%) trong phân biệt mức độ xâm lấn của tổn thương (JNET-3 với JNET2A, 2B).

#### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam mô tả đặc điểm polyp ĐTT theo phân loại JNET với NBI-DF, từ đó đánh giá hiệu quả tiên đoán MBH của phân loại JNET. Nghiên cứu thu thập được 1087 polyp của 666 bệnh nhân. Kết quả ghi nhận phần lớn polyp thuộc nhóm JNET-2A và MBH chủ yếu là tổn thương loạn sản độ thấp (63,9%). Kết quả này tương đồng với kết quả các nghiên cứu Vũ Việt Sơn (2018), Nguyễn Công Long (2022), Sumimoto (2017), Minoda (2019), Kobayasi (2019) và Koyama (2021) [1-7].

Trong thực hành lâm sàng, việc nhận diện sớm tổn thương tân sinh yêu cầu phân loại đạt độ nhạy cao, trong khi để đưa ra quyết định xử trí phù hợp đòi hỏi độ đặc hiệu cao trong tiên đoán MBH [4, 5, 8]. Đối với tổn thương JNET-1, kết quả nghiên cứu ghi nhận độ đặc hiệu rất cao (95,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Vũ Việt Sơn (96,7%), Nguyễn Công Long (93,9%), Koyama (88,6%), Kobayashi (96%) và Komeda (99,5%) [1-4, 7]. Nói cách khác, phân loại JNET giúp nhận diện tốt các tổn thương không tân sinh. Các tổn thương không thuộc JNET-1 nên được nghi ngờ là tổn thương tân sinh và cần được lấy trọn để chẩn đoán MBH. Đối với nhận diện chính xác tổn thương loạn sản độ thấp, JNET-2A có đặc hiệu thấp hơn các

nhóm JNET khác (81,4%) tuy nhiên độ nhạy cao nhất (91,9%). Kết quả này cũng được ghi nhận tương tự trong các nghiên cứu của Koyama, Sumimoto và Komeda [1, 3, 5]. Phân loại JNET giúp phát hiện sớm các tổn thương loạn sản độ thấp nhưng kém đặc hiệu. Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng ghi nhận 32/707 (4,5%) trường hợp tổn thương loạn sản độ cao và 1/707 (0,1%) trường hợp ung thư xâm lấn nông nhận diện nhầm là JNET-2A. Các dạng đại thể lồi (0-1p, 0-Is,..) có thể có bề mặt bao phủ đơn thuần loạn sản độ thấp nhưng tiềm ẩn tiềm năng ác tính bên dưới khiến việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn [7]. Một số lý do khác gây ra sự nhầm lẫn bao gồm kích thước polyp lớn, phân bố vùng loạn sản không đồng đều, đặc biệt có thể dễ bỏ sót các tổn thương nằm sâu trong hốc tuyến [1-3]. Mặt khác, về mặt xử trí, polyp JNET-1 có thể loại bỏ hoặc theo dõi, ngoại trừ nhóm tổn thương răng cưa, trong khi nhóm JNET-2A cần được lấy trọn bằng thông lọng hoặc EMR. Vì vậy, cần phân biệt các tổn thương JNET-2A với JNET-1 [8]. Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận phân loại JNET đạt hiệu quả phân biệt cao với độ nhạy 97,8% và độ chính xác 94,3%. Kết quả thấp hơn các nghiên cứu của Sumimoto, Komeda và Koyama với độ nhạy (99-98,7%) và độ chính xác (88,9-99,1%) và cao hơn nghiên cứu Nguyễn Công Long với độ nhạy (93,9%) và độ chính xác (88,4%) [1, 3, 5]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ hệ thống máy phóng đại, kinh nghiệm bác sĩ và số lượng polyp đánh giá.

Nhận diện tổn thương loạn sản độ cao và ung thư xâm lấn nông, JNET-2B có độ nhạy thấp nhất (54,7%) so với nhóm JNET khác, tỉ lệ JNET-2B phù hợp tổn thương MBH cũng chỉ đạt

54,6%. Kết quả này thấp hơn kết quả của Vũ Việt Sơn (77,8%), tương tự với Koyama (42%), Sumimoto (61,9%), Koyama (39,1%) [2, 5, 7]. JNET-2B bao gồm các tổn thương với dạng MBH trải rộng từ loạn sản độ cao đến ung thư xâm lấn nông dưới niêm mạc nhưng cũng có thể bao gồm tổn thương xâm lấn sâu dưới niêm mạc [3, 5]. Do đó, nội soi phóng đại kết hợp nhuộm màu crystal violet làm tăng hiệu quả tiên đoán của JNET-2B tốt hơn nhờ giúp nhìn rõ cấu trúc hốc tuyến giúp nhận diện rõ các tổn thương xâm lấn sâu [5, 7]. Về mặt điều trị, các polyp JNET-2A có thể lấy trọn bằng kèm, thông lỏng hoặc EMR từng phần, trong khi JNET-2B cần được lấy trọn bằng EMR hoặc ESD [8]. Với phân loại JNET, độ đặc hiệu và GTTĐ âm lần lượt trong nhận diện tổn thương nguy cơ cao (JNET-2B và JNET-3) so với tổn thương nguy cơ thấp (JNET-2A) là 92,4%, 95,9% và 95,1%. Kết quả tương tự nghiên cứu của Komeda và Sumimoto sử dụng phóng đại quang học với độ chính xác, độ đặc hiệu và GTTĐ âm là 80,7%-96,1%; 84,7%-98,2% và 87,0%-97,7% [3, 5]. Vì vậy, phân loại JNET với NBI-DF giúp nhận diện hiệu quả tổn thương nguy cơ cao để chọn lựa phương pháp xử trí phù hợp. Để có thể tiên đoán MBH chính xác trước khi đưa ra quyết định điều trị, bác sĩ nội soi cần kết hợp nhuộm màu với crystal violet để đánh giá rõ hơn cấu trúc hốc tuyến [4, 5, 7].

Tổn thương JNET-3 có độ đặc hiệu và GTTĐ dương rất cao >90%. Kết quả nghiên cứu tương tự với kết quả của Vũ Việt Sơn, Komeda, Kobayashi [2, 3, 7]. JNET-3 tương quan chặt chẽ tổn thương xâm lấn sâu. Do đó, có thể không cần thiết phải nhuộm màu để đánh giá mức độ xâm lấn đối với nhóm JNET-3. Việc nhận diện các tổn thương xâm lấn sâu liên quan mật thiết với nhu cầu phẫu thuật. Phân loại JNET đạt độ đặc hiệu (99,8%) rất cao tương tự kết quả của Sumimoto và Komeda (99,8-100%) [3, 5]. Trong nghiên cứu, không có trường hợp tổn thương không xâm lấn được tiên đoán là JNET-3. Vì vậy, phân loại JNET có thể giúp bác sĩ tránh các phẫu thuật không cần thiết đối với các tổn thương không xâm lấn. Mặt khác, phân loại JNET có nhiều điểm tương đồng với phân loại NICE bao gồm 3 tip tương ứng với các dạng MBH. NICE-2 tương ứng JNET-2A và 2B. Tuy nhiên, NICE-2 bao gồm các tổn thương từ loạn sản độ thấp đến ung thư xâm lấn nông [8]. Vì vậy, với kết quả nghiên cứu trên, phân loại JNET có thể dễ dàng được ứng dụng bên cạnh phân loại NICE để đưa ra chiến lược can thiệp. Tuy nhiên, việc áp dụng phân loại trên nội soi để đánh giá polyp ĐTT

không chỉ phụ thuộc trực tiếp vào kinh nghiệm của bác sĩ nội soi, mà còn có các yếu tố gây nhiễu khác như việc chuẩn bị đại tràng chưa sạch, polyp bị viêm, chảy máu hoặc có các hình thái phức tạp làm việc nhận định hình ảnh nội soi bị cản trở [2, 3].

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm. Số lượng polyp loạn sản độ cao, ung thư tại chỗ và ung thư xâm lấn còn khiêm tốn nên GTTĐ dương và âm của JNET-2B, JNET-3 có thể kém tin cậy. Ngoài ra, hiện nay JNET-2B được chia ra thêm các dưới nhóm để tiên đoán tốt hơn mức độ xâm lấn của tổn thương nghi ngờ ung thư. Phân loại JNET-1 trong nghiên cứu bao gồm tổn thương rãnh cửa không cuống. Tuy nhiên các tổn thương này đã được xếp vào nhóm tân sinh. Nghiên cứu chưa so sánh mức độ tương hợp trong đánh giá trên một polyp giữa các bác sĩ nội soi cũng nhưng chưa so sánh với các phân loại khác cùng sử dụng hệ thống NBI-DF.

## V. KẾT LUẬN

Phân loại JNET với NBI-DF có giá trị cao trong tiên đoán MBH nhận diện hiệu quả tổn thương với độ chính xác cao (87,7%- 99,4%). Tại Việt Nam, nơi hệ thống nội soi quang học chưa sẵn có, phân loại JNET dựa trên NBI-DF là một lựa chọn tốt và đáng tin cậy để tiên đoán MBH của polyp ĐTT, cho phép bác sĩ nội soi quyết định chiến lược xử trí thích hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Công Long, Hoàng Văn Chương, Nguyễn Hoài Nam, Đông Thị Thu Thảo, Trần Thị Tân, Phạm Bình Nguyên và cs.** Giá trị của phân loại JNET và Kudo đối chiếu với mô bệnh học trong đánh giá polyp đại trực tràng Tạp chí Y học Việt Nam 2022;514(2):tr.164-tr.9.
- Vũ Việt Sơn.** Khảo sát phân loại polyp đại trực tràng bằng phương pháp nội soi phóng đại nhuộm màu ào [Luận văn thạc sĩ Y học]: Đại học Y Hà Nội; 2018.
- Komeda Y, Kashida H, Sakurai T, Asakuma Y, Tribonias G, Nagai T, 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 1:49-54. Epub 20171220. doi: 10.1159/000481230. PubMed PMID: 29258091.
- Koyama Y, Fukuzawa M, Kono S, Madarame A, Morise T, Uchida K, et al.** Diagnostic efficacy of the Japan NBI Expert Team classification with dual-focus magnification for colorectal tumors. *Surg Endosc*. 2021. Epub 20211129. doi: 10.1007/s00464-021-08863-7. PubMed PMID: 34845549.
- Sumimoto K, Tanaka S, Shigita K, Hirano D, Tamaru Y, Ninomiya Y, 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. doi: 10.1016/j.gie.2016.07.035.

6. **Minoda Y, Ogino H, Chinen T, Ihara E, Haraguchi K, Akiho H, et al.** Objective validity of the Japan Narrow-Band Imaging Expert Team classification system for the differential diagnosis of colorectal polyps. *Dig Endosc.* 2019;31. doi: 10.1111/den.13393.
7. **Kobayashi S, Yamada M, Takamaru H, Sakamoto T, Matsuda T, Sekine 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):914-23. Epub 20190426. doi: 10.1177/2050640619845987. PubMed PMID: 31428416; PubMed Central PMCID: PMC6683640.

8. **Hirata D, Kashida H, Iwatate M, Tochio T, Teramoto A, Sano Y, et al.** Effective use of the Japan Narrow Band Imaging Expert Team classification based on diagnostic performance and confidence level. *World J Clin Cases.* 2019;7(18):2658-65. doi: 10.12998/wjcc.v7.i18.2658. PubMed PMID: 31616682; PubMed Central PMCID: PMC6789391.

## THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN BỆNH NHÂN HIV ĐIỀU TRỊ ARV TẠI TRUNG TÂM BỆNH NHIỆT ĐỚI, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đỗ Duy Cường<sup>1,2</sup>, Đoàn Thu Trà<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhiễm HIV và điều trị ARV trong thời gian dài đã được xác định là có liên quan đến tần suất tăng các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu nhằm xác định tỉ lệ cao huyết áp và một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp ở người bệnh HIV/AIDS điều trị ARV lâu năm tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 286 bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai. Thời gian nghiên cứu từ 01/2021 đến tháng 06/2021. **Kết quả nghiên cứu:** Tỉ lệ cao huyết áp chung là 14,3%, trong đó tăng huyết áp độ 1 là 8,7%, độ 2 là 3,9% và độ 3 là 1,8%. Tỉ lệ tăng huyết áp cao hơn ở nam giới so với nữ giới. Trong đó, tỉ lệ tăng huyết áp độ 1, độ 2 và độ 3 ở nam giới lần lượt là 11,5%, 5,4% và 3,0%. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy tỉ suất chênh tăng huyết áp thấp hơn ở nữ giới (aOR=0,52; p<0,001), cao hơn ở nhóm tuổi ≥41 (aOR=44,43-151,08; p<0,001) và người bệnh hút thuốc lá hàng ngày (aOR=1,01; p=0,05). Tình trạng thừa cân/béo phì và đái đường đường cũng cho thấy mối liên quan đến tăng huyết áp ở người bệnh. **Kết luận:** Với xu hướng "già hóa" người nhiễm HIV đang gia tăng tại Việt Nam, sàng lọc tăng huyết áp và các bệnh mãn tính cần được thực hiện thường quy tại các phòng khám ngoại trú HIV nhằm phát hiện và chuyển gửi sớm.

**Từ khóa:** tăng huyết áp, HIV, AIDS, điều trị ARV

### SUMMARY

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y - Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thu Trà

Email: thutraart@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023

### THE PREVALENCE OF HYPERTENSION AMONG HIV PATIENTS UNDER ANTIRETROVIRAL THERAPY AT CENTER FOR TROPICAL DISEASES, BACH MAI HOSPITAL

**Introduction:** HIV infection and long-term antiretroviral therapy have been found to be associated with an increased risk factors for cardiovascular disease. This study was conducted with the aim to determine the prevalence of high blood pressure and associated factors in HIV/AIDS patients on long-term antiretroviral therapy at the Center for Tropical Diseases, Bach Mai Hospital. **Participants and Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 286 HIV/AIDS outpatients at the Center for Tropical Diseases, Bach Mai Hospital. The study period is from January 2021 to June 2021. **Results:** The overall rate of hypertension was 14.3%, of which grade 1 hypertension was 8.7%, grade 2 was 3.9% and grade 3 was 1.8%, respectively. The prevalence of hypertension is higher in men than in women. In which, the rates of grade 1, grade 2 and grade 3 hypertension in men were 11.5%, 5.4% and 3.0%, respectively. Multivariable logistic regression analysis showed that the odds ratio for hypertension was lower in women (aOR=0.52; p<0.001), higher in the age group ≥41 (aOR=44.43-151.08; p<0.001) and the patient smoked (aOR=1.01; p=0.05). Overweight/obesity status and diabetes mellitus have also been shown to be associated with hypertension in patients. **Conclusion:** Given the increasing trend of "aging" of HIV-infected people in Vietnam, screening for hypertension and chronic diseases should be routinely performed at HIV outpatient clinics for early detection and referral.

**Keywords:** hypertension, HIV, AIDS, antiretroviral therapy

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm HIV và điều trị ARV trong thời gian dài đã được xác định là có liên quan đến tần suất tăng các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch. Các