

8. Dichtwald S., Weinbroum AA., Sorkine P, et al (2012), "Metformin-associated lactic acidosis following acute kidney injury. Efficacious treatment with continuous renal replacement therapy",

Diabet Med. 2012;29(2):245-250.  
9. Shoma Desai (2020), "Cyanide poisoning", UptoDate 2020

## GIÁ TRỊ CỦA PHÂN LOẠI JNET VÀ KUDO ĐỐI CHIẾU VỚI MÔ BỆNH HỌC TRONG ĐÁNH GIÁ POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Công Long<sup>1,2</sup>, Hoàng Văn Chương<sup>1</sup>, Nguyễn Hoài Nam<sup>1,2</sup>,  
Đông Thị Thu Thảo<sup>1</sup>, Trần Thị Tân<sup>1</sup>, Phạm Bình Nguyên<sup>1,2</sup>,  
Nguyễn Thế Phương<sup>1,3</sup>, Trần Tuấn Việt<sup>1</sup>, Đỗ Anh Giang<sup>1</sup>, Kiều Văn Tuấn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Polyp đại trực tràng (ĐTT) là bệnh lý phổ biến và có nguy cơ ác tính. Nội soi ánh sáng trắng là kỹ thuật giúp tầm soát polyp, tuy nhiên vẫn còn hạn chế trong dự đoán chính xác mô bệnh học polyp. Các kỹ thuật nội soi cải tiến đã được phát triển giúp quan sát chi tiết hơn bề mặt niêm mạc, cấu trúc mạch máu dưới niêm mạc từ đó dự đoán chính xác kết quả mô bệnh học polyp, hỗ trợ điều trị chính xác. **Mục tiêu nghiên cứu:** đối chiếu phân loại JNET trên nội soi dải tần hẹp (NBI) và phân loại Kudo trên nội soi nhuộm màu bằng indigocarmine với kết quả mô bệnh học ở tổn thương polyp đại trực tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả đánh giá nghiệm pháp chẩn đoán. **Kết quả:** trong số 2000 bệnh nhân được nội soi sàng lọc tầm soát polyp và ung thư sớm ĐTT, nghiên cứu thu được 339 bệnh nhân có tổng số 490 polyp ĐTT được cắt bỏ qua nội soi hoặc phẫu thuật từ 1/2021 đến tháng 4/2022. Trong 490 polyp, có 408 polyp tân sinh (386 polyp u tuyến và 22 polyp ung thư). Với nội soi nhuộm màu dải tần hẹp NBI, độ nhạy và độ chính xác của chẩn đoán lần lượt là 93,9% và 88,4% tương đương nội soi nhuộm màu thật indigo carmin lần lượt là 92,2% và 89,4%, tuy nhiên độ đặc hiệu 61,0% thấp hơn so với nội soi nhuộm màu thật bằng indigo carmin là 75,6%. Kết hợp hai phương pháp không làm tăng độ nhạy 91,7%, tuy nhiên làm tăng độ đặc hiệu trong chẩn đoán là 78%. **Kết luận:** Phân loại JNET, Kudo có khả năng giúp dự đoán kết quả mô bệnh học polyp đại trực tràng.

**Từ khóa:** Nội soi nhuộm màu, polyp đại trực tràng, nội soi dải tần hẹp (NBI), indigo carmin, phân loại Jnet, phân loại Kudo

### SUMMARY

#### VALUATION OF JNET AND KUDO CLASSIFICATIONS COMPARED WITH HISTOPATHOLOGY IN COLORECTAL POLYPS

<sup>1</sup>Trung tâm Tiêu hóa – Gan Mật, Bệnh viện Bạch Mai

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

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Chương

Email: hoangvanchuong176@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 10.5.2022

**Background:** Colorectal polyp is a common disease and has risks of malignancy. White light endoscopy can help to detect polyps, but it is still limited in accurately predicting polyp histopathology. Advanced endoscopic techniques have been developed to help observe in more detail the mucosal surface, submucosal vascular structure, thereby accurately predicting polyp histopathology results, supporting accurate treatment. **Objectives:** To compare the JNET classification on narrow band endoscopy (NBI) and the Kudo classification on endoscopic staining with indigocarmine with histopathological results in colorectal polyps. **Methods:** descriptive study evaluating diagnostic tests. **Results:** Among 2000 patients undergoing colonoscopy to screen polyp and colorectal cancer in Gastroenterology and Hepatology Center, Bach Mai hospital, the study obtained 339 patients with a total of 490 polyp which were removed by endoscopic therapy or surgery from 1/2021 to 4/2022. Of 490 polyps, there were 408 neoplastic polyps (386 adenomatous polyps and 22 cancerous polyps). The chromoendoscopy have high sensitivity and accuracy when comparing with histopathological results of polyps. Sensitivity and accuracy for the diagnosis of neoplastic polyps of NBI chromoendoscopy are 93.9%, 88.4%, respectively, equivalent to 92.2% indigo carmin chromoendoscopy, respectively. 89.4%, however, the specificity of 61.0% is lower than that of indigo carmine staining endoscopy of 75.6%. Combining the two methods did not increase the sensitivity by 91.7%, but increased the specificity in diagnosis by 78%. **Conclusion:** The JNET, Kudo classification has the ability to help predict the histopathological results of colorectal polyps.

**Keywords:** chromoendoscopy, colorectal polyp, Narrow Banding Imaging (NBI), indigo carmin, JNET classification, KUDO classification.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT) là một bệnh lý đường tiêu hóa phổ biến. Nhiều nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng có sự khác biệt giữa các nước, dao động từ 20 – 50% [1]. Theo phân loại mô học, polyp chia làm hai nhóm lớn: polyp tân sinh (polyp u tuyến ống nhỏ, nhung mao, răng cưa, hỗn hợp và polyp ác tính) và polyp không tân sinh (polyp viêm, polyp tăng

sản, polyp thiếu niên và polyp Hamartomatous). Trong đó, polyp tân sinh được xem là nguyên nhân chính tiến triển thành ung thư ĐTT.

Trước đây, polyp thường được phát hiện dựa vào hình ảnh nội soi ánh sáng thường và chẩn đoán mô bệnh học chỉ đặt ra sau khi đã cắt bỏ polyp qua nội. Mặc dù một số nghiên cứu chỉ ra hiệu quả việc cắt polyp làm giảm ung thư ĐTT nhưng với những polyp không tân sinh (polyp tăng sản) thì việc cắt polyp không những mất thời gian, không cần thiết mà còn tăng nguy cơ chảy máu (0,1-0,6%) [2]. Đặc biệt, nhiều trường hợp polyp đã ác tính và xâm lấn xuống dưới lớp niêm mạc lại có hình thái đại thể giống với polyp lành tính. Điều này dẫn đến việc chỉ định cắt polyp đơn thuần sẽ không loại bỏ hết hoàn toàn tế bào ác tính, hoặc một số kĩ thuật cắt polyp thường như cắt đốt niêm mạc (EMR) sẽ có nguy cơ sót tổn thương [3]. Vì vậy, việc dự đoán mô bệnh học của polyp trước cắt là rất quan trọng. Tuy nhiên, hình ảnh nội soi ánh sáng thường không thể mô tả chi tiết đầy đủ tổn thương để phân biệt polyp tân sinh hay không tân sinh và dự đoán mức độ ác tính của tổn thương. Kĩ thuật tăng cường hình ảnh nội soi dải tần hẹp (NBI) và nội soi nhuộm màu thật với indigo carmin đã giúp các bác sĩ nội soi thấy rõ hình ảnh vi thể bề mặt niêm mạc và cấu trúc mạch máu của tổn thương. Từ đó có thể phân biệt polyp tân sinh hay không tân sinh và phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm. Tại Việt Nam, phương pháp trên còn mới và chưa được áp dụng nhiều trong chẩn đoán polyp nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *ĐỐI CHIẾU PHÂN LOẠI JNET TRÊN NỘI SOI DẢI TẦN HẸP (NBI) VÀ PHÂN LOẠI KUDO TRÊN NỘI SOI NHUỘM MÀU BẰNG INDIGOCARMIN VỚI KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC Ở TỔN THƯƠNG POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân  $\geq 45$  tuổi được nội soi ĐTT với mục tiêu tầm soát ung thư ĐTT. Với bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc

ung thư đại trực tràng có thể nội soi ở độ tuổi trẻ hơn. Sau khi nội soi ĐTT, bệnh nhân có polyp được cắt bỏ (qua nội soi hoặc phẫu thuật), làm mô bệnh học sẽ được lấy vào nghiên cứu.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân nội soi ĐTT không có polyp, có polyp nhưng bề mặt bám nhày không thể làm sạch để đánh giá phân loại JNET và Kudo được, có polyp nhưng không cắt bỏ làm mô bệnh học được và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật. Bệnh viện Bạch Mai

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2021 đến 4/2022.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

• **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức sau:

$$n \geq \left( \frac{1.96}{m} \right)^2 p(1-p)$$

**Trong đó:** m: độ sai số, trong nghiên cứu này kỳ vọng ước số không cao hơn hay thấp hơn tỷ lệ thật trong quần thể là 2.2%, nên  $m=0.022$ . p: ước số tỷ lệ mắc ung thư đại tràng tại Việt Nam, lấy nguy cơ tích lũy = 0.6 theo Global Cancer Observatory – Vietnam

Áp dụng công thức tính được  $n = 1905$ . Nghiên cứu lấy thêm dự phòng 5%, nên cỡ mẫu nghiên cứu là 2000 người.

• **2.4. Phương tiện nghiên cứu chính:** hệ thống nội soi Olympus có chế độ NBI hoặc Fujinon có BLI.

• **2.5. Quy trình nội soi đại trực tràng và nhận định kết quả:**


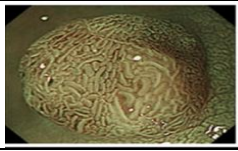
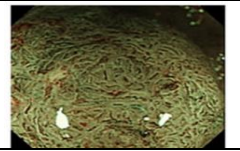
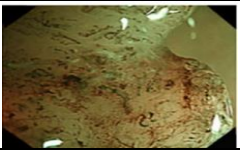
• **Đánh giá polyp trên nội soi:**

- Ở chế độ ánh sáng trắng: đánh giá số lượng, vị trí và kích thước polyp.

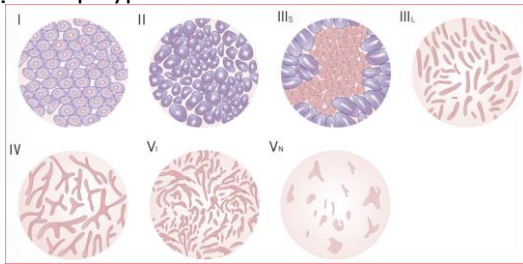
- Ở chế độ nội soi nhuộm màu dải tần hẹp: sử dụng phân loại JNET phân loại polyp đại trực tràng dựa trên các đặc điểm về mạch máu và bề mặt của polyp.

**Bảng 1: Phân loại JNET [4]**

	Typ I	Typ IIA	Typ IIB	Typ III
Kiểu mạch máu	Không quan sát thấy	Kích cỡ thông thường Phân bố đều đặn ( dạng lưới hoặc xoắn ốc)	Kích cỡ đa dạng Phân bố không đều đặn	Có các vùng vô mạch Các mạch máu dày lên gián đoạn
Kiểu bề mặt	Các chấm sáng và tối đều đặn. Tương đồng với niêm mạc bình thường xung quanh	Đều đặn (dạng ống/ phân nhánh /nhú)	Không đều/ẩn đi	Vùng vô định hình
Kiểu mô bệnh học	Polyp tăng sản/polyp răng cửa không cường	Tổn thương loạn sản trong niêm mạc độ thấp	Tổn thương loạn sản trong niêm mạc độ	Ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc

có thể nhất			cao/ ung thư xâm lấn bề mặt hoặc sâu dưới niêm mạc	
Hình ảnh minh họa				

- Nội soi nhuộm màu thật bằng indigo carmin: sử dụng phân loại kudo phân loại polyp đại trực tràng dựa trên các đặc điểm về mạch máu và bề mặt của polyp.



*Phân loại nhuộm màu dải tần hẹp theo JNET:*

- Polyp có phân loại JNET typ I: tương ứng với polyp không tân sinh

- Polyp có phân loại JNE typ II, III: tương ứng với polyp tân sinh

**Phân loại Kudo cho đặc điểm hình thái lỗ niêm mạc:**

- Polyp có phân loại Kudo typ I, II: tương ứng với polyp không tân sinh

- Polyp có phân loại Kudo typ III, III<sub>L</sub>, IV, VI, Vn: tương ứng với polyp tân sinh

• **Đánh giá polyp bằng mô bệnh học:**

Đọc kết quả và phân loại mô bệnh học theo phân loại của WHO năm 2010, gồm

- Các tổn thương tiền ung thư  
o U tuyến: dạng ống, dạng nhung mao, u tuyến ống nhung mao

o Tổn thương loạn sản độ thấp

o Tổn thương loạn sản độ cao

- Các tổn thương răng cưa: polyp tăng sản, polyp u tuyến răng cưa không cuống, u tuyến răng cưa truyền thống.

- Ung thư biểu mô: ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tuyến nhầy, ung thư biểu mô tế bào spindle, ung thư biểu mô tế bào tiết nhầy, ung thư biểu mô không biệt hóa.

**2.6. Nhập và xử lý số liệu:** 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.

**2.7. Vấn đề đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu đã thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Bệnh viện Bạch Mai (quyết định số 835/BVBM-HĐĐĐ). Đề tài chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu y học, các thông tin người bệnh được giữ bí mật.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Phân loại JNET, Kudo và mô bệnh học

**Bảng 1. phân loại JNET và mô bệnh học**

Phân loại JNET	Kết quả mô bệnh học					Khác	Tổng
	Polyp không tân sinh	Polyp tân sinh					
		Polyp u tuyến		Ung thư			
Tăng sản lành tính/răng cưa dạng phẳng	Loạn sản độ thấp	Loạn sản độ cao	Tại chỗ	Xâm lấn lớp dưới niêm mạc			
I	41 (54,7)	25 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (12,0)	75 (15,3)
IIA	31 (8,5)	319 (87,6)	9 (2,5)	2 (0,5)	2 (0,5)	1 (0,3)	364 (74,3)
IIB	0	17 (43,6)	14 (35,9)	2 (5,1)	6 (15,4)	0 (0)	39 (8,0)
III	0	2 (16,7)	0 (0)	1 (8,3)	9 (75,0)	0 (0)	12 (2,4)
<b>Tổng</b>	72 (14,7)	363 (74,1)	23 (4,7)	5 (1,0)	17 (3,5)	10 (3,5)	490(100,0)

JNET typ I: chiếm 15,2% tổng số polyp. 54,7% polyp là polyp không tân sinh, tuy nhiên vẫn có 33,3% là u tuyến loạn sản độ thấp.

JNET typ IIA: chiếm 74,3% tổng số polyp (tỷ lệ cao nhất). 91,1% là polyp tân sinh, với loạn sản độ thấp 87,67%, tuy nhiên có 1% là ung thư.

JNET typ IIB: chiếm tỷ lệ 39% tổng số polyp. 100% polyp là polyp tân sinh, trong đó có 41% là u tuyến loạn sản độ cao và ung thư tại chỗ. Tuy nhiên vẫn có 43,6% có kết quả là loạn sản độ thấp tức là có dự đoán quá mức về mức độ loạn sản.

JNET typ III: chiếm tỷ lệ 2,4% tổng số polyp. 100% polyp là polyp tân sinh, 75% kết quả mô bệnh học là các ung thư xâm lấn lớp dưới niêm mạc.

**Bảng 2. phân loại Kudo và mô bệnh học**

Phân loại Kudo	Kết quả mô bệnh học						Tổng
	Polyp không tân sinh	Polyp tân sinh				Khác	
		Tăng sản lành tính/ rỗng cửa dạng phẳng	Polyp u tuyến		Ung thư		
		Loạn sản độ thấp	Loạn sản độ cao	Tại chỗ	Xâm lấn lớp dưới niêm mạc		
II	54 (57,5)	32 (34,0)	0	0	0	8 (8,5)	94 (19,2)
III <sub>s</sub>	2 (8,3)	13 (54,2)	8 (33,3)	0	1 (4,2)	0	24 (4,9)
III <sub>L</sub>	16 (4,7)	311 (92,3)	7 (2,1)	1 (0,3)	0	2 (0,6)	337(68,8)
IV	0 (0)	7 (36,8)	8 (42,1)	2 (10,5)	2 (10,5)	0	19 (3,9)
Vi	0 (0)	0 (0)	0	1 (11,1)	8 (88,9)	0	9 (1,8)
V <sub>n</sub>	0 (0)	0 (0)	0	1 (14,3)	6 (85,7)	0	7 (1,4)
Tổng	72 (14,7)	363 (74,1)	23 (4,7)	5 (1,0)	17 (3,5)	10 (2,0)	490 (100,0)

Kudo typ II: 19,2% tổng số polyp. Trong đó, 57,5% là polyp không tân sinh, 34% là polyp u tuyến.

Kudo typ III<sub>s</sub>: 4,9% tổng số polyp. Trong đó 91,7% là polyp tân sinh, 87,5% là polyp u tuyến, không tân sinh chiếm 8,3%.

Kudo typ III<sub>L</sub>: 68,8% tổng số polyp. Trong đó, 94,7% là polyp tân sinh, 94,4% là polyp u

tuyến, 0,3% là ung thư tại chỗ, không tân sinh chiếm 4,7%.

Kudo typ IV: 3,9% tổng số polyp. 100% đều là polyp tân sinh với 78,9% là polyp u tuyến, 21% là ung thư.

Kudo typ V: 1,4% tổng số polyp. 100% tất cả trường hợp có kết quả mô bệnh học là ung thư.

### 3.2. Giá trị của NBI và nhuộm indigocarmin trong phân biệt polyp tân sinh, không tân sinh

**Bảng 3. Giá trị của NBI và nhuộm indigocarmin trong phân biệt polyp tân sinh, không tân sinh**

Phương pháp		Tân sinh	Không tân sinh	Tổng	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Độ chính xác (%)	p*
NS nhuộm màu NBI	Tân sinh	383	32	415	93,9	61,0	88,4	<0,001*
	Không tân sinh	25	50	75				
	Tổng	408	82	490				
NS nhuộm màu indigo carmin	Tân sinh	376	20	396	92,2	75,6	89,4	<0,001*
	Không tân sinh	32	62	94				
	Tổng	408	82	490				
Kết hợp hai phương pháp nhuộm màu	Tân sinh	374	18	392	91,7	78,0	89,4	<0,001*
	Không tân sinh	34	64	98				
	<b>Tổng</b>	<b>408</b>	<b>82</b>	<b>490</b>				

(\*) Test khi bình phương

Cả 2 phương pháp nhuộm màu đều có giá trị trong chẩn đoán polyp tân sinh và không tân sinh trong đó.

Nội soi nhuộm màu NBI có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là 93,9%, 61%, 88,4% trong chẩn đoán polyp tân sinh và không tân sinh.

Nội soi nhuộm màu indigo carmin có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là 92,2%, 75,7%, 89,4% trong chẩn đoán polyp tân sinh và không tân sinh.

Kết hợp hai phương pháp không làm tăng độ nhạy, tuy nhiên làm tăng độ đặc hiệu trong chẩn đoán.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đối chiếu nội soi nhuộm màu NBI với mô bệnh học và giá trị trong chẩn đoán phân biệt polyp tân sinh, không tân sinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 490 polyp, theo phân loại nội soi JNET số lượng polyp được phân loại I, IIA, IIB và III lần lượt là 15,3%, 74,3%, 8% và 2,4%, trong đó JNET typ IIA có số lượng lớn nhất. Kết quả của nghiên cứu cũng tương đương với tỷ lệ của Vũ Việt Sơn (2018) với số lượng polyp phân loại typ I, IIA, IIB, và III theo JNET lần lượt là 16,4%, 67,1%, 12,3%, và 4,1% [5]. So sánh với các nghiên cứu ở nước ngoài, kết quả của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Kobayashi (2019, n=1402) thấy

tỷ lệ phân loại polyp tương ứng lần lượt là 13,3%, 79,1%, 6,4%, và 1,1% [6].

Kết quả nghiên cứu thấy polyp phân loại JNET typ IIA chiếm tỷ lệ cao nhất, 74,3%. Trong đó, 91,1% là polyp tân sinh với mô học đa số là loạn sản độ thấp (87,67%), tuy nhiên có 1% là ung thư. Kết quả nghiên cứu của Kobayashi (2019) thấy tỷ lệ ung thư ở polyp JNET 2A là 4% [6]. Trong nghiên cứu của Vũ Việt Sơn (2018), không thấy polyp JNET typ IIA có mô học là ung thư, có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu còn ít (n=73).

Tương tự với hai tác giả trên, chúng tôi cũng không ghi nhận polyp typ IIB, III nào là không tân sinh. Với polyp phân loại JNET typ IIB tỷ lệ ung thư tại chỗ và xâm lấn sâu dưới niêm mạc của chúng tôi là 20,6% có ít hơn so với tác giả Kobayashi (2019) là 47%. Sự khác biệt này có thể được giải thích là trong nghiên cứu của Kobayashi sử dụng nội soi phóng đại nên khả năng đánh giá hình thái và ổ tuyến niêm mạc của polyp theo JNET sẽ có độ chính xác cao hơn. Khi so sánh với nghiên cứu tác giả Kobayashi trong đánh giá polyp typ III với kết quả mô bệnh học, chúng tôi nhận thấy chiếm phần lớn là ung thư xâm lấn lớp dưới niêm mạc 75% tuy nhiên kết quả này ít hơn so với tác giả người Nhật Bản là 93%. Cá biệt trong nghiên cứu của chúng tôi các polyp là JNET typ III vẫn có 16,7% là loạn sản độ thấp. Qua các kết quả trên cho thấy nội soi nhuộm màu NBI giúp chẩn đoán phân biệt được các typ mô bệnh học của polyp đại trực tràng, tuy nhiên nếu nhuộm màu NBI kết hợp với nội soi phóng đại quang học sẽ làm tăng độ chính xác hơn. Tuy nhiên, nội soi phóng đại quang học không phải sẵn có ở các cơ sở y tế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy, nội soi nhuộm màu NBI có giá trị trong việc chẩn đoán phân biệt polyp đại trực tràng không tân sinh và không tân sinh với độ nhạy, độ đặc hiệu, và độ chính xác lần lượt là 93,9%, 61% và 88,4%. So với các nghiên cứu có sử dụng hệ thống nội soi phóng đại như của tác giả Komeda (2017), Kobayashi (2019), nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy và độ chính xác tương đương, tuy nhiên độ đặc hiệu của chúng tôi thấp hơn các tác giả Nhật Bản (đều lớn hơn 70%) [7]. Để giải thích cho sự khác biệt này, chúng tôi nghĩ hệ thống nội soi phóng đại quang học sẽ giúp đánh giá polyp thuộc phân loại nào của JNET sẽ tốt hơn.

**4.2 Đối chiếu nội soi nhuộm màu indigo carmin với mô bệnh học và giá trị trong chẩn đoán phân biệt polyp tân sinh, không tân sinh.** Ở 490 polyp, tỷ lệ polyp được phân loại KUDO typ II, IIIs, IIIL, IV, V lần lượt là

19,2%, 4,9%, 68,8%, 3,9% và 3,2%, trong đó KUDO typ IIIL là chiếm đa số. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Phạm Bình Nguyên (2021) nghiên cứu trên 332 polyp thấy phân bố polyp theo KUDO typ II, IIIs, IIIL, IV, V lần lượt là 15,1%, 3,3%, 50%, 18,7%, 12,9% [8]. Theo phân tích gộp của Li M và cộng sự khi phân nhóm 1.623 polyp được phân loại theo hình thái ổ niêm mạc Kudo từ tổng số 5.111 tổn thương cho thấy, polyp Kudo typ I, II, IIIL, IIIs, IV, V lần lượt là 7,0%, 30,7%, 45,7%, 4,1%, 10,2%, 2,3%. Các kết quả đều cho thấy polyp Kudo typ IIIL chiếm tỷ lệ chủ yếu, khoảng 45,7 – 50% và polyp Kudo typ IIIs chiếm tỷ lệ thấp nhất chỉ từ 3,3- 4,1% [9].

Với các polyp KUDO typ II, tương tự các tác giả khác chúng tôi không ghi nhận mô bệnh học ung thư, và đa số là polyp không tân sinh 57,5%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Bình Nguyên (2021) cao hơn là 78,0%. Với các polyp KUDO typ IIIs, IIIL thì tỷ lệ polyp tân sinh chiếm đa số lần lượt là 91,7%, 94,7%, cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Phạm Bình Nguyên (2021) lần lượt là 90,9%, 100%. Nghiên cứu của Phạm Bình Nguyên (2021) sử dụng nội soi phóng đại nên khả năng đánh giá tốt hơn với polyp KUDO type IIIs cho tỷ lệ tuyệt đối 100% là tân sinh. Cũng giống các tác giả khác chúng tôi nhận thấy 100% các polyp KUDO typ IV, V đều là tân sinh [8].

Nội soi nhuộm màu indigo carmin là phương pháp đáng tin cậy cho phép chẩn đoán phân biệt polyp tân sinh và không tân sinh với độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao. Kết quả nghiên cứu cho thấy, độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của chẩn đoán polyp tân sinh/không tân sinh của nội soi nhuộm màu bằng indigo carmin là 92,2%, 75,6%, 89,4%. Kết quả này tương tự kết quả Phạm Bình Nguyên (2021) độ nhạy, độ đặc hiệu, và độ chính xác của phương pháp lần lượt là 96,0%, 72,2% và 92,2%. Kết quả của chúng tôi có độ nhạy tương đương nhưng độ đặc hiệu và độ chính xác thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Kato S dùng nội soi phóng đại (n=210), thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác tương ứng là 92,3%; 99,8% và 99,1%[10]; cũng như nghiên cứu của Santos C (n=248), thấy giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác trong chẩn đoán polyp tân sinh/không tân sinh lần lượt là 97%, 88,9% và 94,9%. Sự khác biệt này có thể do các tác giả trên sử dụng nội soi phóng đại để đánh giá. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nội soi không có phóng

đại cũng có giá trị trong dự đoán kết quả mô học của polyp ĐTT.

Nghiên cứu chúng tôi thấy kết hợp hai phương pháp không làm tăng độ nhạy, tuy nhiên làm tăng độ đặc hiệu trong chẩn đoán. Điều này có thể áp dụng trong thực tế nội soi bằng cách kết hợp 2 phương pháp nhằm tăng tính chính xác trong việc đánh giá mô bệnh học của polyp trước khi cắt.

## V. KẾT LUẬN

Phân loại JNET bằng nội soi có nhuộm màu tăng cường NBI và phân loại Kudo bằng nhuộm màu với Indigo carmin là công cụ hữu ích trong chẩn đoán phân biệt polyp tăng sinh và polyp không tăng sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Strum W.B (2016)**. Colorectal Adenomas. N Engl J Med, 374(11), 1065-75.
2. **Thirumurthi S and Raju G.S (2015)**. Management of polypectomy complications. Gastrointest Endosc Clin N Am, 25(2), 335-57.
3. **Rubio C.A and Delinassios J.G (2010)**. Invasive carcinomas may arise in colorectal adenomas with high-grade dysplasia and with carcinoma in situ. Int J Clin Exp Med, 3(1), 41-7.
4. **Y. Sano, S. Tanaka, S. E. Kudo et al (2016)**. Narrow-band imaging (NBI) magnifying endoscopic

classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team. Dig Endosc, 28(5), 526-33.

5. **Vũ Việt Sơn (2018)**. Khảo sát phân loại polyp đại trực tràng bằng phương pháp nội soi phóng đại nhuộm màu ảo. Luận văn thạc sỹ y học, đại học Y Hà Nội.
6. **Shunsuke Kobayashi, Masayoshi Yamada, Hiroyuki Takamaru et al (2019)**. 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 gastroenterology journal, 7(7), 914-923.
7. **Y. Komeda, H. Kashida, T. Sakurai et al (2017)**. Magnifying Narrow Band Imaging (NBI) for the Diagnosis of Localized Colorectal Lesions Using the Japan NBI Expert Team (JNET) Classification. Oncology, 93(suppl 1)(Suppl. 1), 49-54.
8. **Phạm Bình Nguyễn (2021)**. Nghiên cứu giá trị của nội soi phóng đại, nhuộm màu trong chẩn đoán polyp đại trực tràng. Luận văn tiến sỹ y học. Đại học Y Hà Nội.
9. **Ming Li, Syed Mohsin Ali, Syeda Umm-a-Omarah Gilani et al (2014)**. Kudo's pit pattern classification for colorectal neoplasms: a meta-analysis. World journal of gastroenterology, 20(35), 12649-12656.
10. **Shigeharu Kato, Kuang- I. Fu, Yasushi Sano et al (2006)**. Magnifying colonoscopy as a non-biopsy technique for differential diagnosis of non-neoplastic and neoplastic lesions. World journal of gastroenterology, 12(9), 1416-1420.

## RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU Ở TRẺ SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Phùng Nguyễn Thế Nguyên<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quý Tỷ Dao<sup>1,2</sup>, Trần Diệp Tuấn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề- Mục tiêu:** rối loạn đông máu là 1 trong 2 cơ chế bệnh sinh của sốt xuất huyết dengue. Nghiên cứu này khảo sát tình trạng rối loạn đông máu ở bệnh nhi sốt xuất huyết dengue tại Khoa Hồi Sức Tích Cực Chống Độc Bệnh Viện Nhi Đồng 1. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu 466 trẻ chẩn đoán sốt xuất huyết dengue nhập Bệnh Viện Nhi Đồng 1 từ ngày 1 tháng 12 năm 2017 đến ngày 30 tháng 6 năm 2019. Đông máu được thực hiện tại các thời điểm lúc sốc (T0), 24 giờ (T24) và 48 giờ (T48) sau thời điểm sốc. **Kết quả:** Tuổi trung bình 9,4 ± 3,1 tuổi, trong đó 251 (53,9%) trẻ nam. 4,7% có biểu hiện xuất huyết trên lâm sàng, trong đó xuất huyết tiêu hoá là 7 ca (1,5%), chảy máu mũi 7 ca (1,5%), chảy máu chân răng 2 ca (0,4%), hành kinh kéo dài 6 ca (1,3%). Trong quá trình điều trị chảy máu

tiêu hoá thêm 5 ca, trong đó tổng số ca xuất huyết tiêu hoá nặng cần truyền máu là 6 ca (1,3%). Giá trị trung bình số lượng tiểu cầu (đơn vị  $\times 10^3/\text{mm}^3$ ) các thời điểm T0, 24, 48 lần lượt là  $38,9 \pm 24,1$ ;  $27,3 \pm 24,1$ ;  $36 \pm 27$ . Tỷ lệ phần trăm giảm tiểu cầu tại thời điểm T0, 24, 48 lần lượt là: 84,3%; 97,8% và 100%. Tỷ lệ APTT kéo dài thời điểm T0, 24, 48 lần lượt là 25,4%; 78,3% và 66,7%. Tỷ lệ kéo dài PT thời điểm T0, 24, 48 lần lượt là 4,4%; 39,1% và 44%. Tỷ lệ giảm fibrinogen < 1 g/l thời điểm T0, 24, 48 lần lượt là 3%; 54,9% và 32%. Ở thời điểm nhập viện: rối loạn đông máu có 70 (25,9%), trong đó 6 trường hợp (2,2%) thoả tiêu chuẩn DIC. Trong 48 giờ theo dõi rối loạn đông máu 140 (40,8%) và DIC là 39 trường hợp (11,4%). Tỷ lệ trẻ cần truyền các chế phẩm hồng cầu lắng, tiểu cầu, huyết tương tươi đông lạnh, kết tủa lạnh lần lượt là 3,2%; 3,6%; 2,4% và 3,2%. **Kết luận:** Rối loạn đông máu có tỷ lệ 40,8% trong sốc SXHD ở trẻ em, trong đó DIC là 11,4%. Biểu hiện lâm sàng nặng có tỷ lệ thấp. Tỷ lệ trẻ cần truyền các chế phẩm thấp và rối loạn đông hồi phục với điều trị và diễn tiến của bệnh. **Từ khóa:** Sốt xuất huyết dengue, rối loạn đông máu, trẻ em.

### SUMMARY

<sup>1</sup>Đại học Y dược TP. HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: Nguyenphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.5.2022