

SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1

PHẠM THỊ NGỌC

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ NỘI SOI CỦA BỆNH NHÂN CÓ
POLYP U TUYẾN ĐẠI TRỰC TRÀNG PHÁT HIỆN Ở BỆNH
VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1 NĂM 2026**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Bắc Ninh - 2026

SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ NỘI SOI CỦA BỆNH NHÂN CÓ
POLYP U TUYẾN ĐẠI TRỰC TRÀNG PHÁT HIỆN Ở BỆNH
VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1 NĂM 2026**

ĐỀ CƯƠNG NGHÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Chủ nhiệm: BSNT Phạm Thị Ngọc

Bắc Ninh - 2026

MỤC LỤC

| | |
|--|-----------|
| ĐẶT VẤN ĐỀ | 1 |
| CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU..... | 4 |
| 1.1. Tổng quan polyp đại trực tràng..... | 4 |
| 1.1.1. Định nghĩa polyp đại trực tràng | 4 |
| 1.1.2 Dịch tễ học | 4 |
| 1.1.3 Cơ chế bệnh sinh polyp đại trực tràng | 5 |
| 1.1.4. Chẩn đoán polyp đại trực tràng..... | 8 |
| 1.1.4.1 Lâm sàng | 9 |
| 1.1.4.2 Cận lâm sàng..... | 10 |
| 1.1.4.3 Giải phẫu bệnh polyp đại tràng..... | 11 |
| 1.2 Các yếu tố nguy cơ polyp đại trực tràng..... | 12 |
| 1.2.1 Các yếu tố nguy cơ không thay đổi được..... | 12 |
| 1.2.2 Các yếu tố nguy cơ thay đổi được..... | 13 |
| 1.3. Các công trình nghiên cứu về polyp và ung thư đại trực tràng..... | 11 |
| CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU..... | 17 |
| 2.1. Đối tượng nghiên cứu..... | 17 |
| 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu..... | 17 |
| 2.3. Phương pháp nghiên cứu..... | 17 |
| 2.4. Biến số, chỉ số | 18 |
| 2.5. Phương pháp thu thập số liệu..... | 20 |
| 2.6. Phương pháp thống kê, phân tích số liệu | 24 |
| 2.7. Khống chế sai số | 24 |
| 2.8. Đạo đức trong nghiên cứu..... | 24 |
| CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU | 27 |
| 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu | 27 |
| 3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu | 29 |
| 3.3. Đặc điểm nội soi của đối tượng nghiên cứu | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tình trạng mắc polyp u tuyến ở đối tượng nghiên cứu | 31 |
| CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN | 32 |
| KẾT LUẬN..... | 34 |
| KHUYẾN NGHỊ..... | 34 |

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

| STT | Phần viết tắt | Tiếng Anh | Tiếng Việt |
|-----|---------------|--|--|
| 1 | AD | Advanced adenoma | U tuyến tiến triển |
| 2 | AJCC | American Joint Committee on Cancer | Hiệp hội ung thư Mỹ |
| 3 | ASCO | American Society of Clinical Oncology | Hiệp hội Ung thư lâm sàng Hoa Kỳ |
| 4 | CS | | Cộng sự |
| 5 | UTĐTT | Colorectal Cancer | Ung thư đại trực tràng |
| 6 | ĐTT | | Đại trực tràng |
| 7 | FAP | Familial Adenomatous Polyposis | Bệnh đa polyp tuyến gia đình |
| 8 | FOBT | Fecal occult blood testing | Xét nghiệm máu ẩn trong phân |
| 9 | FITs | Fecal immunohistochemical tesing | Xét nghiệm miễn dịch hóa học phân |
| 10 | GLOBOCAN | The Global Cancer Observatory | Tổ chức Ung thư Toàn cầu |
| 11 | HNPCC | Heritable non-polypsosis colorectal cancer | Hội chứng Lynch |
| 12 | IAS | International Atherosclerosis Society | Hội xơ vữa động mạch quốc tế |
| 13 | IASO | International Association For The Study of Obesity | Hiệp hội nghiên cứu béo phì quốc tế |
| 14 | MetS | Metabolism Syndrom | Hội chứng chuyển hóa |

DANH MỤC HÌNH ẢNH

| | |
|--|----|
| Hình 1.1. Quá trình phát sinh ung thư do mất ổn định nhiễm sắc thể (CIN) (Nguồn: Pino M.S và cs)..... | 5 |
| Hình 1.2. Phân loại polyp theo kích thước..... | 7 |
| Hình 1.3. Phân loại theo tổn thương tân sinh niêm mạc đường tiêu hóa..... | 8 |
| Hình 1.4. Phân loại Kikuchi polyp đại trực tràng | 11 |
| Hình 1.5. Phân loại Haggit polyp đại trực tràng | 11 |

DANH MỤC BẢNG

| | |
|--|----|
| Bảng 3. 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới | 27 |
| Bảng 3. 2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm BMI | 27 |
| Bảng 3. 3: Đặc điểm lối sống của đối tượng nghiên cứu..... | 27 |
| Bảng 3. 4: Đặc điểm lý do đến khám của đối tượng nghiên cứu..... | 29 |
| Bảng 3.5: Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu..... | 28 |
| Bảng 3. 6: Đặc điểm vị trí polyp đại trực tràng | 29 |
| Bảng 3. 7: Đặc điểm kích thước polyp đại trực tràng..... | 30 |
| Bảng 3. 8: Đặc điểm hình thái polyp đại trực tràng theo phân loại Paris..... | 30 |
| Bảng 3. 9: Đặc điểm vi thể và phân độ loạn sản polyp đại trực tràng | 30 |
| Bảng 3. 10: Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ không thay đổi được với tình trạng mắc polyp u tuyến..... | 31 |
| Bảng 3. 11: Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ thay đổi được với tình trạng mắc polyp u tuyến | 31 |
| Bảng 3. 12: Mối liên quan giữa các thành phần của hội chứng chuyển hóa với tình trạng mắc polyp u tuyến đại trực tràng | 31 |
| Bảng 3. 13: Phân tích đơn biến hồi quy logistic giữa yếu tố nguy cơ không thay đổi được với tình trạng mắc polyp u tuyến | 32 |
| Bảng 3. 14: Phân tích đơn biến hồi quy logistic giữa yếu tố nguy cơ thay đổi được với tình trạng mắc polyp u tuyến | 32 |
| Bảng 3. 15: Phân tích đa biến hồi quy logistic giữa yếu tố nguy cơ và tình trạng mắc polyp u tuyến..... | 32 |

ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại tràng là những khối u lành tính trên niêm mạc ruột già, thường không có triệu chứng nhưng có thể tiến triển thành ung thư nếu không được phát hiện và cắt bỏ kịp thời, gây biến chứng nguy hiểm như thiếu máu, sụt cân, và ảnh hưởng đến chất lượng sống, do đó việc tầm soát định kỳ, đặc biệt với người trên 45 tuổi hoặc có tiền sử gia đình, là cực kỳ quan trọng, với nội soi đại tràng là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và điều trị [21].

Các nghiên cứu trên cộng đồng cho thấy tỷ lệ mắc u tuyến polyp đại tràng bệnh tăng theo tuổi và giới tính nam, trong khi một số nghiên cứu cũng đã báo cáo nguy cơ ung thư đại tràng cao hơn ở những bệnh nhân có tiền sử gia đình, tiền sử hút thuốc, uống quá nhiều rượu, đái tháo đường và chỉ số khối cơ thể cao hơn, điều này có thể phản ánh chế độ ăn nhiều chất béo, ít chất xơ và hoạt động thể chất hạn chế [21]. Bệnh này cũng có tỷ lệ mắc thấp hơn ở các nước đang phát triển so với Bắc Mỹ, Úc và Châu Âu [14]; Tại Việt Nam tỷ lệ mắc bệnh này đã tăng lên trong những năm gần đây do sự Tây hóa về chế độ ăn uống và lối sống.

Những nghiên cứu gần đây đã ghi nhận sự hiện diện của polyp và UTĐTT ở cả những người không có biểu hiện lâm sàng cũng như những người ban đầu chỉ có nghi vấn về sức khỏe hoặc mang một số yếu tố nguy cơ như có tiền sử gia đình mắc UTĐTT, polyp ĐTT hoặc các dấu hiệu nguy cơ khác như tuổi cao, lối sống không lành mạnh,...[23].

Tại Việt nam, với sự phát triển của kỹ thuật nội soi tiêu hóa và ứng dụng AI trong phát hiện tổn thương, khả năng chẩn đoán và xử trí sớm các tổn thương tiền ung thư và UTĐTT đã được cải thiện, đồng thời khuyến khích người dân chủ động sàng lọc sức khỏe định kỳ. Tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 đã được trang bị đầy đủ phương tiện nội soi tiêu hóa hiện đại và số lượng đông

người đến khám là điều kiện thuận lợi để tiến hành nghiên cứu nhằm cung cấp thêm dữ liệu khoa học phục vụ công tác sàng lọc chủ động và phòng ngừa bệnh tật trong cộng đồng. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: “ **Đặc điểm lâm sàng và nội soi của bệnh nhân có polyp u tuyến đại trực tràng phát hiện ở Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 năm 2026**”

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả triệu chứng lâm sàng và nội soi của bệnh nhân mắc polyp u tuyến phát hiện tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 năm 2026
2. Nhận xét mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và tình trạng mắc polyp u tuyến ở đối tượng nghiên cứu trên.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan polyp đại trực tràng

1.1.1. Định nghĩa polyp đại trực tràng

Polyp đại trực tràng là khối hoặc phần lồi ra hình thành và phát triển từ lớp niêm mạc đẩy lồi vào lòng đại trực tràng bình thường [20].

Polyp đại trực tràng là tổn thương tiền UTĐTT dựa trên các nghiên cứu về dịch tế học, mô học và di truyền học. Ước tính có khoảng 95% ung thư đại trực tràng phát triển từ polyp tuyến. Hầu hết tất cả ung thư đại trực tràng đều phát sinh từ u tuyến, nhưng ước tính chỉ có khoảng 5% polyp tiến triển thành ung thư đại trực tràng. Thời gian chuyển đổi polyp tuyến thành ung thư biểu mô tuyến xâm lấn là 5 - 15 năm và nguy cơ biến đổi ác tính tăng theo kích thước polyp, mức độ loạn sản và tuổi của người bệnh [20].

1.1.2. Dịch tế học

Polyp ĐTT là một bệnh lý đường tiêu hóa phổ biến. Tỷ lệ hiện mắc polyp ĐTT có sự khác biệt tương đối lớn theo tuổi, giới, địa dư và chủng tộc, dao động từ 30 - 50%. Theo địa dư và chủng tộc, tỷ lệ mắc polyp ĐTT có sự khác biệt tại các khu vực khác nhau trên thế giới. Qua thăm khám sàng lọc, bệnh phát hiện nhiều hơn ở các nước phát triển tại Châu Âu, Bắc Mỹ, Nhật Bản và thấp hơn ở các nước Châu Á, châu Phi. Nghiên cứu tiến hành nội soi trên 12.000 đối tượng tại châu Âu (Na Uy, Thụy Điển, Ba Lan, Hà Lan) cho thấy tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT là rất cao (48%) [10].

Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu diện rộng, tuy nhiên có các nghiên cứu tại các đơn vị và trung tâm lớn ở trong nước như Nghiên cứu của Nguyễn Công Long và cộng sự năm 2024 cho thấy trong 2000 người được sàng lọc tại trung tâm nội soi tiêu hóa và gan mật Bạch Mai có 339 người mắc polyp đại tràng chiếm 16,95% [5].

1.1.3 Cơ chế bệnh sinh polyp đại trực tràng

Hiện nay, nhiều nguyên nhân và quá trình dẫn đến phát triển polyp và ung thư ĐTT đã được phân biệt, trong đó quá trình liên quan đến mất ổn định nhiễm sắc thể (*Chromosomal Instability pathway - CIN*), quá trình liên quan đến mất ổn định vi vệ tinh (*Microsatellite Instability pathway - MSI*), và quá trình methyl hóa tiểu đảo CpG (*CpG island methylator pathway - CIMP*) hay còn biết tới là quá trình răng cưa (*serrated pathway*) là các giả thuyết được đồng thuận [8]. Thực tế, các quá trình sinh ung thư ở trên có thể không tách rời hoàn toàn, mà có thể xảy ra xen kẽ hoặc đồng thời với nhau.

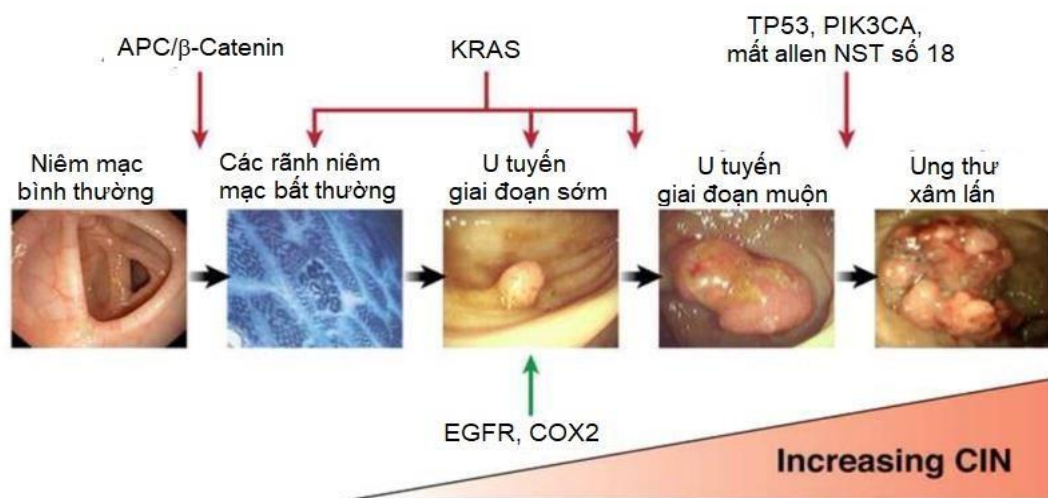
Quá trình cổ điển mất ổn định nhiễm sắc thể CIN là phổ biến nhất (xảy ra trên các polyp u tuyến), và thường trải qua 4 giai đoạn:

Bước 1: Sự bất hoạt chức năng gen APC (*Adenomatous Polyposis Coli*) gây ra tiến triển từ niêm mạc bình thường thành polyp

Bước 2: Đột biến gen KRAS (*Kirsten Rat Sarcoma viral oncogene homolog – gen tiền ung thư*) thúc đẩy sự phát triển polyp u tuyến

Bước 3: Sự biến đổi gen dẫn tới đột biến mất 2 allen trên Nhiễm sắc thể số 18 (18q)

Bước 4: Sự bất hoạt gen p53 cuối cùng dẫn đến ung thư



Hình 1.1. Quá trình phát sinh ung thư do mất ổn định nhiễm sắc thể (CIN)
(Nguồn: Pino M.S và cs) [8].

1.1.4. Chẩn đoán polyp đại trực tràng

1.1.4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tiền sử gia đình như ung thư đại trực tràng, polyp đại trực tràng, các bệnh di truyền như hội chứng đa polyp tuyến gia đình, hội chứng Lynch... có giá trị định hướng cho chẩn đoán.

Polyp thường được phát hiện tình cờ qua nội soi. Một số polyp có biểu hiện biến chứng chảy máu nếu bị loét hoặc gây bán, tắc ruột nếu kích thước quá lớn. Đau bụng xuất hiện không thường xuyên với các mức độ rất khác nhau tùy thuộc vào từng bệnh nhân, có thể gặp đau bụng mơ hồ không rõ vị trí, đau bụng âm ỉ, đau quặn, trong trường hợp polyp lớn gây ra triệu chứng bán tắc ruột hoặc tắc hoàn toàn.

Rối loạn đại tiện: Phân có thể táo hoặc lỏng. “Tiêu chảy và hạ kali máu (hội chứng McKittrick - Wheelock) có thể là những biểu hiện lâm sàng hiếm gặp của u tuyến nhung mao”.

Rối loạn cảm giác đại tiện: Đối với polyp nằm ở đoạn trực tràng thấp gần hậu môn, nhất là khi polyp to hoặc bị loét có thể gây ra những triệu chứng kích thích như đi ngoài nhiều lần, cảm giác đau quặn, mót rặn.

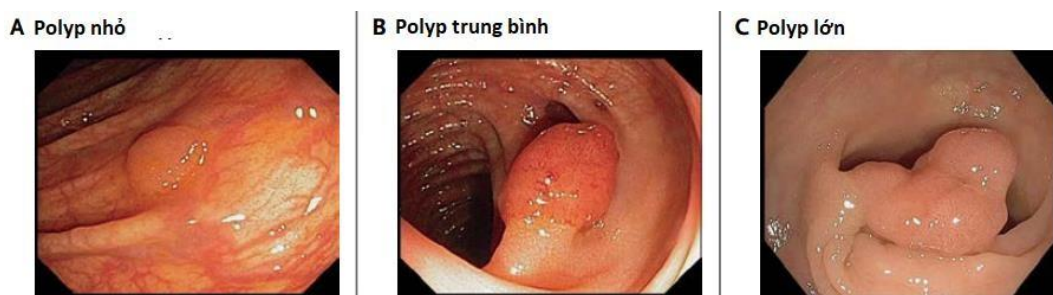
1.1.4.2. Đặc điểm Nội soi

Nội soi đại trực tràng: là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và điều trị polyp đại trực tràng [1].

Nội soi ánh sáng trắng: Giúp định vị polyp, mô tả đặc điểm hình thái đại thể như vị trí, số lượng, hình dạng, kích thước. Nội soi đại tràng tăng cường hình ảnh: dự đoán kết quả mô bệnh học polyp đại tràng với độ chính xác cao so với nội soi thường ánh sáng trắng [1].

Phân loại theo kích thước Phân loại thành 3 nhóm: polyp nhỏ (kích thước ≤ 5 mm); polyp trung bình (6 - 9 mm); polyp lớn (≥ 10 mm), polyp rất lớn (\geq

20 mm). Việc xác định kích thước polyp trên thực tế thường sử dụng một kim sinh thiết chuẩn có độ mở là 8 mm, độ rộng khi đóng là 2,5 mm. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa kích thước polyp và mức độ ác tính. Những polyp kích thước < 5 mm thường hiếm ghi nhận nguy cơ ác tính, trong khi đó những polyp kích thước > 20 mm có nguy cơ ác tính cao [8].



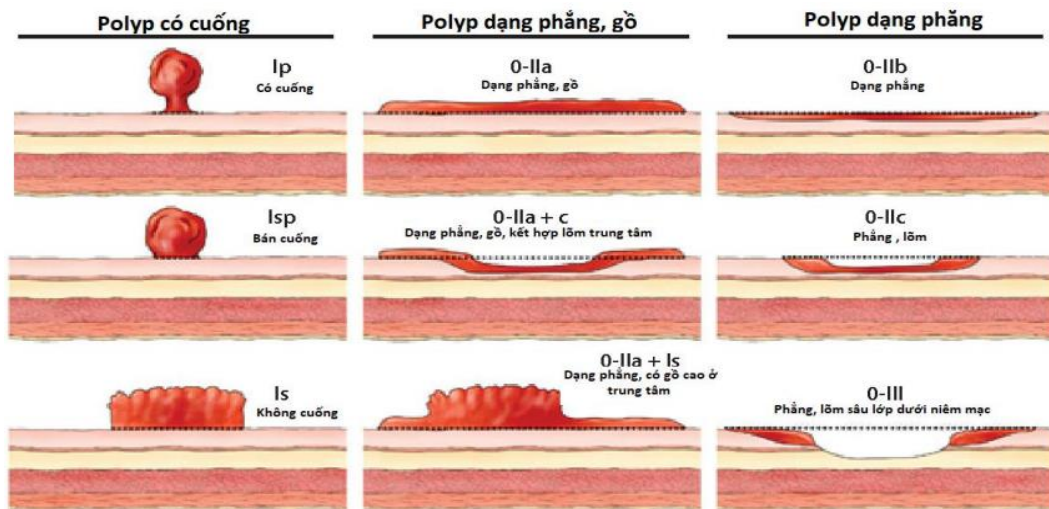
Hình 1.2. Phân loại polyp theo kích thước [8]

Phân loại theo hình dạng polyp, trong đó được sử dụng rộng rãi nhất là phân loại quốc tế Paris năm 2002 [16], bao gồm 3 dạng sau:

- **Tổn thương lồi:** Gồm polyp lồi, có cuống (0 - Ip, pedunculate) và polyp lồi bán cuống (0 - Ips), không cuống (0 - Is, sessile). Hình thái có cuống (0 - Ip) là khi chiều cao của tổn thương gấp 2 lần chiều dày của lớp niêm mạc; hình thái không cuống (0 - Is) là những tổn thương có chiều rộng của đáy và chiều cao tổn thương là như nhau và tổn thương lồi lên trên so với niêm mạc xung quanh lớn hơn 2,5mm tương đương với cái mũi của kim sinh thiết; tổn thương dạng bán cuống (0 - Ips) thì quản lý như tổn thương không cuống (0 - Is) [16].

- **Tổn thương phẳng:** Gồm polyp phẳng, hơi nổi gồ lên (0 - IIa, flat elevated); polyp phẳng, phẳng (0 - IIb, flat flat) và polyp phẳng, lõm (0 - IIc, flat depressed). Là những tổn thương lồi lên hoặc lõm xuống nhỏ hơn 2,5mm (tương đương với mũi của kim sinh thiết) so với niêm mạc xung quanh [16].

- **Tổn thương loét (0 - III, flat excavated).** Các tổn thương phẳng hoặc lõm thường hiếm gặp, đặc biệt là tổn thương dạng loét (0 - III) và rất dễ bỏ sót khi nội soi đại tràng [16].



Hình 1.3. Phân loại theo tổn thương tân sinh niêm mạc đường tiêu hóa

Các tổn thương tân sinh phẳng lớn vượt quá 10 mm có xu hướng phát triển về phía bên, được gọi là khối u lan rộng về phía bên (LST). LST chia thành 2 type dựa trên cấu trúc bề mặt: dạng hạt (granular, LST - G: Laterally spreading tumor - Granular type) và dạng không hạt (non-granular, LST - NG: Laterally spreading tumor - Nongranular type) có bề mặt nhẵn [15].

LST - G có bề mặt đồng nhất có nguy cơ thấp (< 2%) xâm lấn dưới niêm mạc bất kể kích thước của chúng là bao nhiêu, trong khi LST - NG có các nốt có kích thước hỗn hợp có nguy cơ mắc xâm lấn dưới niêm mạc cao hơn (7,1% đối với các tổn thương <20 mm và 38% đối với các tổn thương >30 mm). Nguy cơ xâm lấn dưới niêm mạc đối với LST - NG thậm chí còn cao hơn, đặc biệt là ở những tổn thương có phần trung tâm mỏng hơn (LST - NG có phần lõm giả): 12,5% trong trường hợp kích thước < 20 mm và 83,3% đối với đường kính > 30 mm [15].

1.1.4.3 Giải phẫu bệnh polyp đại trực tràng

Năm 2019, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đưa ra phân loại các polyp ĐTT gồm [27]:

* Polyp u tuyến với loạn sản độ thấp hoặc loạn sản độ cao:

- Polyp u tuyến ống loạn sản độ thấp.

- Polyp u tuyến ống loạn sản độ cao.
- Polyp u tuyến nhung mao (nhú) loạn sản độ thấp.
- Polyp u tuyến nhung mao (nhú) loạn sản độ cao.
- Polyp u tuyến ống nhung mao (ống nhú) loạn sản độ thấp.
- Polyp u tuyến ống nhung mao (ống nhú) loạn sản độ cao.

** Polyp răng cưa loạn sản độ thấp hoặc loạn sản độ cao:*

- Polyp tăng sản thể vi nhú.
- Polyp tăng sản giàu tế bào cóc.
- Polyp răng cưa không cuống;
- Polyp răng cưa không cuống có loạn sản.
- Polyp tuyến răng cưa truyền thống có loạn sản.

Mô bệnh học polyp u tuyến chia ra thành 3 loại: Polyp u tuyến ống (thành phần nhung mao chiếm dưới 25%), polyp u tuyến ống nhung mao (thành phần nhung mao chiếm từ 25 - 75%) và polyp u tuyến nhung mao thành phần nhung mao chiếm trên 75%).

U tuyến tiến triển (Advanced adenoma) cần có ít nhất một trong những tiêu chí sau:

- U tuyến kích thước từ 1 cm trở lên.
- Có cấu trúc nhung mao(u tuyến nhung mao hoặc ống nhung mao).
- Loạn sản độ cao

Các tổn thương răng cưa và polyp răng cưa : Các tổn thương răng cưa và polyp ĐTT đặc trưng bởi cấu trúc răng cưa của lớp biểu mô. Có khoảng 30% UTĐTT phát sinh từ dạng polyp này [27].

Loạn sản của polyp được xác định là những thay đổi biểu mô ở tế bào tân sinh rõ ràng, trong đó, polyp u tuyến đều có loạn sản [27]. Phân loại Vienna phân mức độ loạn sản thành loạn sản độ thấp và loạn sản độ cao:

- Loạn sản độ thấp: có đặc điểm biểu mô được lót bởi các tế bào có nhân tăng sắc hình thoi, khá đồng đều với màng nhân đều. Các hạt nhiễm sắc nhỏ đồng đều. Các nhân phân tầng không vượt quá nửa bề dày biểu mô.

- Loạn sản độ cao: được đặc trưng bởi sự bất thường của các tuyến rõ rệt, biểu mô lót các tế bào có nhân hình thoi, tăng sắc, đa hình mức độ vừa. Tế bào mất tính phân cực đáng kể, các hạt nhiễm sắc không đều, có hình dạng góc cạnh, màng nhân đều. Nhân phân tầng vượt qua nửa bề dày của biểu mô và có thể chạm tới ranh giới biểu mô.

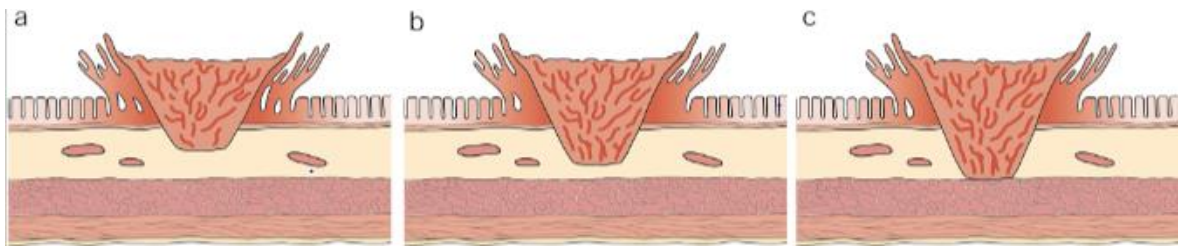
- Polyp đại trực tràng ác tính: Theo hiệp hội ung thư Mỹ (AJCC - 8th) định nghĩa polyp đại trực tràng ác tính (polyp ung thư) là các polyp trong đó các tế bào ung thư đã phát triển và xâm lấn qua lớp cơ niêm vào lớp dưới niêm mạc, tương đương T1 trong hệ thống phân loại TNM [8]. Polyp UT được đánh giá trên mô bệnh học thành hai nhóm chính:

+ Ung thư niêm mạc (intramucosal carcinoma-m): hay ung thư biểu mô tại chỗ. Tế bào ung thư còn giới hạn ở lớp trong cùng của niêm mạc đại tràng.

+ Ung thư xâm lấn lớp dưới niêm mạc (submucosal carcinoma-sm): Ung thư đã phát triển qua lớp cơ niêm vào lớp dưới niêm mạc đại tràng.

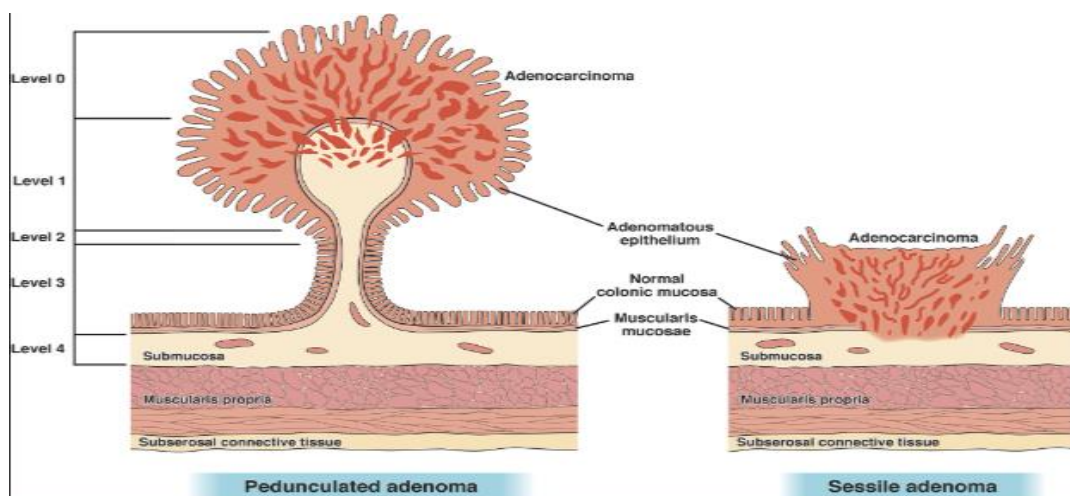
Polyp ung thư tùy thuộc là polyp có cuống hay không cuống mà được phân chia theo hệ thống phân loại Kikuchi hay Haggitt gồm.

Phân loại Kikuchi: Được áp dụng đối với các polyp ung thư không cuống, phân loại Kikuchi mô tả độ sâu của các tế bào ung thư xâm lấn bằng cách chia lớp dưới niêm mạc thành ba mức độ Sm1, Sm2 và Sm3 tương ứng với sự xâm lấn của các tế bào ung thư vào 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới của lớp dưới niêm mạc [8].



Hình 1.4. Phân loại Kikuchi polyp đại trực tràng

Phân loại Haggitt: Áp dụng đối với các polyp có cuống. Mức độ xâm nhập của các tế bào ung thư trên các polyp có cuống được chia làm 5 mức độ từ mức độ 0 đến mức độ 4. Độ 0, tế bào ung thư chỉ giới hạn ở niêm mạc hay gọi là ung thư tại chỗ. Mức độ 1 - 4 có xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc, trong đó độ 1: xâm lấn của ung thư được giới hạn ở phần đầu của polyp. Độ 2: các tế bào ung thư xâm lấn được giới hạn đến cổ của polyp. Độ 3: các tế bào ung thư xâm lấn vào đến cuống của polyp. Độ 4: các tế bào ung thư xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc phía dưới cuống, nhưng không tới lớp cơ của thành đại tràng [8].



Hình 1.5. Phân loại Haggitt polyp đại trực tràng [8]

1.2 Các yếu tố nguy cơ của polyp đại trực tràng

1.2.1 Yếu tố nguy cơ không thay đổi được

* Tuổi và giới

Lieberman và CS nghiên cứu trên 327.785 bệnh nhân ở Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ mắc polyp ĐTT tăng theo tuổi và tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn ở nữ giới [26].

Các nghiên cứu hồi cứu kết quả khám nghiệm tử thi cho thấy tỷ lệ này lên tới 50% ở tuổi 70, so với chỉ 1% - 4% ở những người ở độ tuổi 20 hoặc 30. Nghiên cứu của Fu - Wei Wang và CS (2014) cho thấy độ tuổi trên 60 là yếu tố dự báo độc lập cho việc phát triển polyp tuyến ĐTT không triệu chứng [28].

Một nghiên cứu cắt ngang khi nội soi sàng lọc cho thấy nam giới có nguy cơ mắc u tuyến cao hơn 1,77 lần so với nữ giới. Bệnh có xu hướng mắc tăng theo tuổi (tăng nhanh ở đối tượng trên 50 tuổi), nam giới mắc nhiều hơn nữ giới. Nghiên cứu thuần tập trên 44.350 đối tượng trong chương trình nội soi sàng lọc quốc gia ở nước Áo từ 2007 - 2010 cho thấy, tỷ lệ hiện mắc polyp u tuyến ở nam và nữ giới nhóm tuổi 50 - 59 là 16,1%, trong khi đó tỷ lệ mắc tăng lên rõ rệt ở nhóm tuổi 60 - 69 và 70 - 79 lần lượt là 22,5% và 25% [22].

***Tiền sử gia đình**

Nghiên cứu của Zengjie Chi và CS đã phân tích các yếu tố nguy cơ tái phát polyp bằng phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến thấy rằng một số yếu tố nguy cơ có thể làm tăng nguy cơ tái phát u tuyến bao gồm hút thuốc, uống rượu và tiền sử gia đình (TSGĐ) bị polyp hoặc UTĐTT [11].

Nghiên cứu của Xiaosheng He và CS cho thấy tiền sử gia đình mắc CRC ở người thân cấp độ một có liên quan đến nguy cơ mắc polyp u tuyến thông thường (OR 1,46; 95% CI: 1,39 - 1,54) [17].

1.2.2 Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được

***Béo phì**

Cơ chế mà béo phì làm tăng nguy cơ polyp ĐTT không triệu chứng vẫn chưa được biết rõ. Những lời giải thích có thể bao gồm tình trạng viêm, stress oxy hóa và kháng insulin ở những người béo phì [28].

Nghiên cứu hồi cứu của Dora Colussi và CS ở bệnh nhân nội soi sàng lọc không triệu chứng cho thấy thừa cân và béo phì có mối liên quan có ý nghĩa thống kê mắc u tuyến nguy cơ cao, với OR 1,18; (95%CI: 1,0 - 1,39) và OR 1,29; (95%CI: 1,05 - 1,60) tương ứng. Năm 2010, Stein và CS đã đánh giá hồi cứu 600 người không triệu chứng đã trải qua nội soi đại tràng sàng lọc cho thấy mối liên quan giữa BMI > 30 kg/m² và các tổn thương tiến triển ở đại tràng (u tuyến/polyp răng cưa > 10 mm và UTĐTT) [12].

***Hút thuốc lá**

Hút thuốc lá có liên quan chặt chẽ hơn đến polyp tuyến ĐTT hơn là với UTĐTT. Hai lời giải thích cho điều này như sau: (1) mối liên hệ giữa hút thuốc lá và polyp có thể mạnh hơn với các u tuyến không tiến triển, chẳng hạn như những u nhỏ hơn và ít nhung mao hơn; (2) thời gian tiềm ẩn để phát hiện ra mối liên hệ giữa hút thuốc lá và UTĐTTT dài hơn thời gian theo dõi của một số nghiên cứu theo dõi.

Trong nghiên cứu của Dora Colussi và CS (2018) cho thấy hút thuốc lá có liên quan đến nguy cơ mắc u tuyến hoặc UTĐTT. Hai nghiên cứu trước đó tương tự như kết quả của Dora Colussi, mối liên quan giữa hút thuốc lá và polyp tuyến cũng như tân sinh tiến triển (u tuyến có nguy cơ cao và ung thư xâm lấn) [12].

***Sử dụng rượu**

Sau khi uống rượu, acetaldehyde có thể tích tụ tại chỗ trong đại tràng thông qua quá trình oxy hóa vi khuẩn của rượu, dẫn đến tổn thương mô, tổn thương DNA và giảm chất dọn gốc tự do. Một cơ chế khác của quá trình gây ung thư liên quan đến rượu là sự tương tác giữa rượu với retinoid. Nghiên cứu của

Bardou và CS cho thấy việc uống quá nhiều rượu (> 50 g/ngày) là một yếu tố nguy cơ dẫn đến sự phát triển của u tuyến có loạn sản độ cao và ung thư đại trực tràng [24].

Uống rượu thường xuyên đã được báo cáo là yếu tố nguy cơ gây ra cả u tuyến đại trực tràng và UTĐTT ở một số nhưng không phải tất cả các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Fu - Wei Wang và CS (2014) cho thấy việc tiêu thụ ít nhất ba lần đồ uống có cồn mỗi tuần là yếu tố độc lập dự đoán sự phát triển của polyp tuyến đại trực tràng ở những đối tượng không có triệu chứng [1]. Nghiên cứu của Seung Eun Lee và CS cho thấy uống rượu là một yếu tố nguy cơ đối với u tuyến đại tràng tiến triển ở người trưởng thành trẻ tuổi [18].

*** Hội chứng chuyển hóa.**

Một số nhà nghiên cứu đã chỉ ra rằng hội chứng chuyển hóa (MetS) có liên quan đến u tuyến đại trực tràng ở người Trung Quốc, Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan [24]. Fu Wei Wang và CS cho thấy hội chứng chuyển hóa có liên quan đến u tuyến đại tràng sigma; khi các thành phần của hội chứng chuyển hóa được kiểm tra riêng biệt cho thấy BMI và tăng triglycerid máu [24]. Daniel Trabulo và CS cho thấy nguy cơ u tuyến đại tràng tăng cao có liên quan đến hội chứng chuyển hóa, đặc biệt là đối với các tổn thương đại tràng gần, nhiều u tuyến và u tuyến tiến triển. Khi các thành phần riêng lẻ của hội chứng chuyển hóa được phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy chu vi vòng eo có liên quan đến sự phát triển của u tuyến [24].

Nghiên cứu cắt ngang của Angelo Milano và CS bằng phân tích đa biến cho thấy hội chứng chuyển hóa có liên quan với cả u tuyến và ung thư (tương ứng OR 1,76; 95%CI: 1,54 - 2,00 và OR 1,92; 95%CI: 1,42 - 2,58; $p < 0,001$). Nghiên cứu của Go - Eun Lee và CS cho thấy Triglycerid máu cao có liên quan với polyp tuyến, một phát hiện phù hợp với các nghiên cứu trước đây [19].

1.3. Các công trình nghiên cứu về polyp và ung thư đại trực tràng

1.3.1. Các công trình nghiên cứu trên thế giới

Một nghiên cứu 2014 đã cho thấy tỷ lệ polyp u tuyến đại trực tràng ở những người Đài Loan không triệu chứng là 16,1%⁷. Hút thuốc lá và chỉ số BMI cao là những yếu tố nguy cơ đối với polyp tuyến. Tuổi cao và uống rượu là những yếu tố nguy cơ bổ sung cho sự phát triển của polyp tuyến [28].

Nghiên cứu của Levent Erdem và CS (2022) trên 6508 bệnh nhân không có triệu chứng cho thấy tần suất polyp ĐTT và UTĐTT lần lượt là 30,9% và 2,3%. Tỷ lệ ung thư đại tràng trái (73%) và ở đại tràng phải (27%). Polyp gặp nhiều hơn ở bệnh nhân nam so với bệnh nhân nữ (86% ở nam, 80% ở nữ, $p = 0.035$). Tần suất ung thư đại tràng và polyp u tuyến đại tràng tăng theo tuổi tác [13].

Trong nghiên cứu hồi cứu của ChenChen Zang ở 933 đối tượng không triệu chứng cho thấy trong số tất cả các trường hợp polyp đại trực tràng có 307 polyp u tuyến (64,63%), 132 polyp không u tuyến (27,79%) và 36 loại polyp khác (7,58%) [18]. Nghiên cứu tại đại học ở Mumbai (2016) cho thấy tỷ lệ polyp u tuyến là 52,4%, phần lớn polyp u tuyến ống nằm ở đại tràng sigma chiếm 45,9%, polyp u tuyến kích thước > 1 cm chiếm 34,4% [9].

1.3.2. Các công trình nghiên cứu tại Việt Nam

Có một số nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ bệnh nhân polyp u tuyến và ung thư đại trực tràng không triệu chứng như trong nghiên cứu của Bùi Nhuận Quý và Trần Thị Khánh Tường (2023) tỷ lệ bệnh nhân không có triệu chứng trong nhóm nghiên cứu là 37,6% [20], nghiên cứu của Ngô Thị Hoài (2022) số bệnh nhân không triệu chứng mắc polyp và UTĐTT lần lượt là 51 chiếm 23,0%, 7 chiếm (5,8%) [4].

Nghiên cứu sàng lọc ung thư đại trực tràng tại Việt Nam trên 103.542 đối tượng từ 40 tuổi trở lên bằng xét nghiệm iFOBT và nội soi ĐTT của Trần Thị

Du Trí và CS (2022) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc polyp u tuyến, polyp u tuyến tiến triển và UTĐTT khá tương đồng so với các nghiên cứu có phương thức sàng lọc UTĐTT tương tự hoặc khác nhau, tỷ lệ UTĐTT là 3,5%, u tuyến tiến triển là 17,8% và u tuyến không tiến triển là 23,1% [25].

Nghiên cứu của Lục Thị Hồng, Nguyễn Thị Thu Huyền năm 2022 trên 160 bệnh nhân không triệu chứng chỉ điểm. Tần suất mắc polyp, polyp u tuyến, tổn thương răng cưa, ung thư đại trực tràng lần lượt là 71/160 (44.4%), 63/160 (39.4%), 11/160 (6.9%), 15/160(9,3%). Tần suất các yếu tố nguy cơ mắc polyp u tuyến đại trực tràng tuổi ≥ 45 , giới nam, tiền sử gia đình mắc polyp hoặc ung thư đại trực tràng, béo phì, hút thuốc lá, uống rượu lần lượt là 56/63 (88.9%), 44/63 (69.8%), 15/63 (23.8%), 9/63 (14.3%), 13/63 (20.6%), 33/63 (52.4%), 22/63 (34.9%). Tần suất các yếu tố nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng tuổi ≥ 45 , giới nam, tiền sử gia đình mắc polyp hoặc ung thư đại trực tràng, béo phì, hút thuốc lá, uống rượu lần lượt là 15/15 (100%), 11/15 (73.3%), 4/15 (26.7%), 5/15 (33.3%), 5/15 (33.3%), 10/15 (66.7%), 7/15 (46.7%). Các yếu tố nguy cơ liên quan đến mắc polyp u tuyến đại trực tràng là tuổi và hút thuốc lá. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến mắc ung thư đại trực tràng hút thuốc lá và tiền sử gia đình mắc ung thư đại trực tràng [3].

Nghiên cứu của Nguyễn Công Long năm 2022 tại Bệnh viện Bạch Mai với 2000 bệnh nhân soi cho 339 bệnh nhân mắc polyp (16,95%). trí, kích thước, đặc điểm hình thái polyp. Kết quả: Tỷ lệ mắc polyp ĐTT của nam/nữ = 1,5/1 và tỷ lệ BN trên 40 tuổi trong nghiên cứu là 97,4%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng, phân lỏng với tỷ lệ tương ứng 59,3% và 23,9%. Polyp được phát hiện nhiều nhất tại đại tràng sigma với tỷ lệ 32,4%. Polyp kích thước nhỏ dưới 10 mm chiếm chủ yếu với tỷ lệ 80,2%. Polyp Paris typ 0-I chiếm chủ yếu với tỷ lệ 93,9% (trong đó polyp Paris typ Isp chiếm 71,8%) [5].

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân đến khám, nội soi đại trực tràng có polyp u tuyến tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 năm 2026

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có dấu hiệu bệnh lý hoặc tầm soát đường tiêu hóa được nội soi đại trực tràng.
- Bệnh nhân nội soi đại trực tràng phát hiện polyp u tuyến.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ: Đã có tiền sử mắc: Ung thư đại trực tràng hoặc các loại ung thư khác, viêm loét đại trực tràng, bệnh Crohn, hội chứng Lynch, Đa polyp tuyến gia đình.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 2/2026 đến tháng 9/2026
- Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả
- Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu

Bao gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu khám

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

$Z_{1-\alpha/2}$: giá trị Z-score cho mức tin cậy mong muốn (chọn mức tin cậy $\alpha=95\%$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$).

d: Khoảng sai lệch mong muốn là 0,05

p: Tỷ lệ mắc polyp $p=0,1695$ theo nghiên cứu của Cao Hùng Phong năm 2022 cho tỷ lệ mắc polyp u tuyến là 18,7% [30]. Áp dụng theo công thức, cỡ mẫu dự kiến là 233. Chúng tôi lựa chọn tối thiểu 233 bệnh nhân (tăng 10% sai số là 255 - 260).

2.3.3. Cách chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu bao gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu đến khám và điều trị tại bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1

2.4. Biến số, chỉ số

2.4.1 Biến số nghiên cứu

2.4.1.1 Biến số nghiên cứu cho mục tiêu 1

- Đặc điểm lâm sàng: Lý do đến khám (đau bụng, rối loạn phân, đầy hơi chập tiêu, phân máu, gầy sút cân hoặc khám sàng lọc)

- Đặc điểm cận lâm sàng:

+ Nội soi đại trực tràng:

- Vị trí polyp.
- Kích thước polyp(mm).
- Số lượng polyp.
- Hình dạng polyp theo phân loại Paris [16].

+ Giải phẫu bệnh polyp ĐTT theo WHO 2019 [27].

2.4.1.2 Biến số nghiên cứu cho mục tiêu 2

- Giới tính.
- Tuổi.
- Cân nặng (kg).
- Chiều cao (cm).
- Chỉ số khối cơ thể BMI.
- Hút thuốc lá.
- Sử dụng rượu.
- Hội chứng chuyển hóa.
- Chu vi vòng bụng (cm).
- Huyết áp (mmHg).
- Tiền sử Tăng huyết áp
- Tiền sử Đái tháo đường

2.4.2 Chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 1

- Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.
- Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.
- Đặc điểm hình ảnh nội soi của đối tượng nghiên cứu.
- Đặc điểm giải phẫu bệnh của đối tượng nghiên cứu.

2.4.4 Chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 2

- Mối liên quan giữa tuổi với tình trạng mắc polyp u tuyến đại trực tràng ở đối tượng nghiên cứu.
- Mối liên quan giữa giới với tình trạng mắc polyp u tuyến đại trực tràng ở đối tượng nghiên cứu.
- Mối liên quan giữa tiền sử gia đình người thân cấp 1 với tình trạng mắc polyp u tuyến đại trực tràng ở đối tượng nghiên cứu.
- Mối liên quan giữa BMI với tình trạng mắc polyp u tuyến đại trực tràng ở đối tượng nghiên cứu.

- Môi liên quan giữa uống rượu với tình trạng mắc polyp u tuyến đại trực tràng ở đối tượng nghiên cứu.

- Môi liên quan giữa hút thuốc lá với tình trạng mắc polyp u tuyến đại trực tràng ở đối tượng nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

2.5.1. Công cụ thu thập số liệu

- Bệnh án nghiên cứu.
- Phiếu thu thập số liệu

2.5.2. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu tiền cứu.

*** Lựa chọn bệnh nhân**

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở được nội soi đại trực tràng. Sau đó mời bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu (gồm bệnh nhân nội soi đại trực tràng bình thường và bệnh nhân có polyp được sinh thiết và làm mô bệnh học).

Lựa chọn bệnh nhân được làm sạch đại tràng trước khi nội soi để đảm bảo quan sát hết tổn thương cũng như đảm bảo mẫu bệnh phẩm: Bệnh nhân uống thuốc tẩy đại tràng trước soi 3 - 4 giờ, dùng nước tối thiểu trước 2 giờ. Trước khi thực hiện nội soi, bệnh nhân được đánh giá quy trình tẩy đại tràng đã đạt hay chưa đạt yêu cầu.

*** Hỏi bệnh, khám lâm sàng**

- Tuổi tính bằng năm, phân thành 3 nhóm tuổi:
 - + < 45 tuổi.
 - + 45 - 60 tuổi.
 - + > 60 tuổi.
- Giới tính: Gồm nam giới và nữ giới.
- Chiều cao tính bằng cm, cân nặng tính bằng kg.

- Tính chỉ số BMI, được tính dựa vào công thức sau:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Trọng lượng cơ thể (kg)}}{\text{Chiều cao (cm)} \times \text{chiều cao (cm)}}$$

Tiêu chuẩn của WHO áp dụng cho người châu Á.

- + BMI dưới 18.5 kg/m² : Nhẹ cân.
- + BMI từ 18.5 kg/m² đến dưới 23 kg/m²: Bình thường.
- + BMI từ 23 kg/m² đến dưới 25 kg/m² : Thừa cân.
- + BMI từ 25 kg/m² trở lên: Béo phì.

- Đo chu vi vòng bụng (cm): Đo chu vi vòng bụng bằng thước dây có vạch kẻ cm, vị trí tương ứng với điểm giữa bờ dưới xương sườn cuối với bờ trên mào chậu trên đường nách giữa.

- Đo huyết áp (mmHg).
- Hỏi lý do đến khám, đến nội soi đại trực tràng:

- + Khám sức khỏe.

- + Khám sàng lọc ung thư (tức là nhằm phát hiện sớm ung thư hoặc các tổn thương tiền ung thư ở những người không có triệu chứng, những người có yếu tố nguy cơ).

- + Triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám: Đau bụng, rối loạn phân, đầy hơi chướng tiêu, phân máu, gầy sút cân.

- Hỏi tiền sử bệnh tăng huyết áp: Có, không.
- Hỏi tiền sử đái tháo đường: Có, không.
- Khám lâm sàng: Khám bụng, Thăm khám hạch ngoại vi.

*** Hỏi về các yếu tố nguy cơ mắc polyp u tuyến**

- Hút thuốc lá: Chia thành Không hút thuốc và có hút thuốc

- + Không hút thuốc lá: là người chưa bao giờ hút thuốc lá hoặc chưa hút đến 100 điếu thuốc.

+ Có hút thuốc lá: là người đã từng hút ít nhất 100 điều thuốc lá hoặc những người hiện tại đang hút thuốc lá. Cường độ hút thuốc lá: Chỉ số bao - năm = (số gói thuốc hút trong một ngày) x (số năm đã hút thuốc).

- Uống rượu (có, không): 1 ly chuẩn chứa 10g ethanol tương đương 30ml rượu mạnh, 100ml rượu vang hoặc 1 lon bia 330ml theo quyết định số: 4946/QĐ-BYT ngày 26 tháng 11 năm 2020 của BYT [7] về hướng dẫn sàng lọc và can thiệp giảm tác hại cho người có nguy cơ sức khỏe do uống rượu, bia tại cơ sở chăm sóc ban đầu và tại cộng đồng. Chia uống rượu thành có uống rượu và không uống rượu theo nghiên cứu.

+ Không uống rượu: là uống ít hơn 1 ly chuẩn/ngày hoặc không uống rượu [7].

+ Có uống rượu: là uống từ 1 ly chuẩn/ngày. Chia lượng rượu uống như sau: dưới 4 ly chuẩn và từ 4 ly chuẩn/ngày [7].

- Tiền sử gia đình chia ra các nhóm:

+ Tiền sử gia đình mắc ung thư đại trực tràng.

+ Tiền sử gia đình mắc polyp đại trực tràng.

+ Tiền sử gia đình bình thường.

*** Các thông tin về kết quả nội soi:**

- Kích thước polyp ĐTT: được xác định bằng đường kính lớn nhất của polyp ĐTT, đơn vị là milimet (mm). Dựa vào kích thước polyp lành tính chia thành các nhóm polyp:

+ $\leq 10\text{mm}$.

+ 11mm - 20mm.

+ $> 20\text{mm}$.

- Vị trí polyp ĐTT được xác định bằng nội soi, chia theo 3 vị trí sau:

+ Đại tràng gần: được tính từ manh tràng đến hết đại tràng ngang;

- + Đại tràng xa: được tính từ đại tràng xuống đến hết đại tràng sigma;
- + Trực tràng: được xác định từ rìa hậu môn đến nơi tiếp giáp với đại tràng sigma.

- Số lượng.

- Hình dạng polyp đánh giá theo phân loại Paris 2002 [16], tổn thương được phân loại gồm:

- + Loại 0-I, bao gồm cả hình thái có cuống (0-Ip) và không cuống (0-Is), bán cuống (0-Isp) được xác định có lõi lên trên so với niêm mạc xung quanh trên 2,5mm;

- + Loại 0-II, bao gồm các hình thái phẳng (0-IIa), phẳng (0-IIb) và lõm (0-IIc), được xác định có lõi lên dưới 2,5mm hoặc lõm xuống nhỏ hơn 2,5mm so với niêm mạc xung quanh;

- + Loại 0-III, tổn thương lõm sâu, loét > 2,5mm so với niêm mạc xung quanh.

- Hình dạng polyp theo phân loại LST: Tổn thương được xác định là các polyp trong ĐTT có kích thước > 10mm, dạng phẳng (0 - II), hoặc không cuống (0 - Is), phát triển theo chiều ngang, kéo dài sang bên dọc theo thành đại tràng, gồm 2 kiểu hình riêng biệt: Dạng hạt (LST - G: Laterally spreading tumor - Granular type) có bề mặt nốt sần, Dạng không hạt (LST - NG: Laterally spreading tumor - Nongranular type), có bề mặt nhẵn. Trong nghiên cứu của chúng tôi các tổn thương LST sẽ được xếp nhóm tương đương theo phân loại Paris 2002 [16].

*** Kết quả giải phẫu bệnh theo phân loại WHO 2019 [27]:**

- Mô bệnh học polyp:

- + Polyp u tuyến

- + Polyp tăng sản

- Độ loạn sản của polyp ĐTT phân thành:

- + Loạn sản độ thấp.
- + Loạn sản độ cao.
- + Không loạn sản.
- Mô bệnh học UTĐTT: Ung thư biểu mô tuyến NOS (chưa xác định được tí), ung thư biểu mô tuyến dạng tuyến, ung thư biểu mô tuyến giống răng cưa, ung thư biểu mô tế bào nhân [8].

2.5.3. Phương tiện nghiên cứu.

- Hệ thống máy nội soi đại trực tràng ống mềm
- Dụng cụ kim sinh thiết, dao cắt polyp.
- Lò đựng bệnh phẩm sinh thiết có dung dịch formol trung tính 10% với thể tích dung dịch cố định gấp khoảng 30 lần thể tích bệnh phẩm. Lò đựng bệnh phẩm được ghi đầy đủ thông tin cơ bản của bệnh nhân: tên, tuổi, khoa phòng.
- Găng tay, bơm tiêm, gạc, áo thủ thuật.
- Thước dây, Máy đo huyết áp.

2.6. Phương pháp thống kê, phân tích số liệu

- Số liệu điều tra được kiểm tra.
- Số liệu được nhập và xử lý bằng phương pháp toán thống kê y học với phần mềm SPSS 20.0 (Statistical Package for the Socical Sciences).

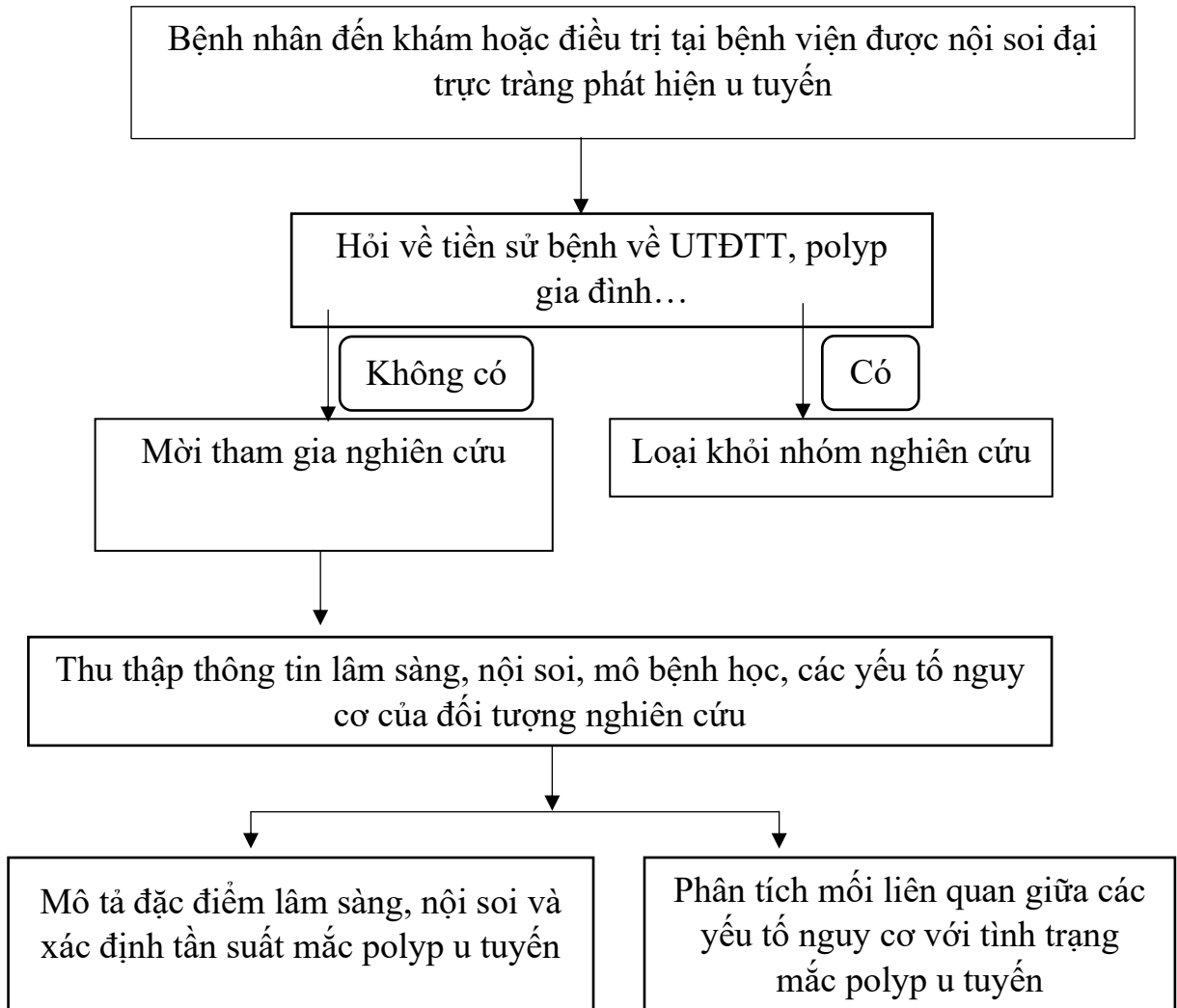
2.7. Khống chế sai số

- Xây dựng bệnh án nghiên cứu chặt chẽ. Định nghĩa rõ ràng các biến số, chỉ số nghiên cứu; loại bỏ các phiếu thiếu thông tin, hoặc thông tin không rõ ràng, mơ hồ.
- Nhập số liệu cẩn thận chi tiết, tránh nhầm lẫn, kiểm tra đối chứng trước và sau nhập số liệu.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề tài nghiên cứu được hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 chấp thuận nghiên cứu.

- Nghiên cứu được thực hiện trên sự đồng thuận tham gia của đối tượng nghiên cứu. Mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân được giữ bí mật. Bệnh nhân nghiên cứu được thông báo về mục đích nghiên cứu.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới

| Nhóm tuổi/ giới | Giới | | Tổng | p |
|-----------------|------|----|------|---|
| | Nam | Nữ | n/% | |
| < 45 | | | | |
| 45 – 60 | | | | |
| > 60 | | | | |
| Tổng | | | | |

Bảng 3. 2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm BMI

| Nhóm BMI | n | % | Tổng |
|-----------|---|---|------|
| < 23 | | | |
| 23 – 25 | | | |
| ≥ 25 | | | |
| Tổng | | | |

Bảng 3. 3: Đặc điểm lối sống của đối tượng nghiên cứu

| Lối sống | | n | % | Tổng |
|--------------|-------|---|---|------|
| Hút thuốc lá | Có | | | |
| | Không | | | |
| Uống rượu | Có | | | |
| | Không | | | |

| | | | | |
|-------------|--|--|--|--|
| Tổng | | | | |
|-------------|--|--|--|--|

Bảng 3. 4: Đặc điểm Tiền sử của đối tượng nghiên cứu

| Lối sống | | n | % | Tổng |
|-------------------------------|-------|----------|----------|-------------|
| Tăng huyết áp | Có | | | |
| | Không | | | |
| Đái tháo đường | Có | | | |
| | Không | | | |
| Tiền sử gia đình UTĐTT | Có | | | |
| | Không | | | |
| Tiền sử gia đình polyp ĐTT | Có | | | |
| | Không | | | |
| Tổng | | | | |

Bảng 3. 5: Lý do nội soi đại trực tràng

| Lý do nội soi | n | % | Tổng |
|----------------------|----------|----------|-------------|
| Tầm soát | | | |
| Theo dõi định kỳ | | | |
| Có triệu chứng | | | |
| Khác | | | |
| Tổng | | | |

3.2 Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 6: Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

| Lý do nội soi | n | % | Tổng |
|--------------------------|---|---|------|
| Đau bụng | | | |
| Phân máu | | | |
| Rối loạn phân kéo dài | | | |
| Chậm tiêu | | | |
| Gầy sút cân | | | |
| Tổng | | | |

3.3 . Đặc điểm Nội soi ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 7: Đặc điểm vị trí polyp đại trực tràng

| Vị trí | Polyp ĐTT | Polyp u tuyến | | Tổng | |
|------------------------------|-----------|---------------|---|------|---|
| | | n | % | n | % |
| Đại tràng phải | | | | | |
| Đại tràng trái | | | | | |
| Trực tràng | | | | | |
| Đại tràng P và T | | | | | |
| Đại tràng T và trực tràng | | | | | |
| Đại tràng P và trực tràng | | | | | |
| Toàn bộ đại tràng | | | | | |
| Tổng | | | | | |

Bảng 3. 8: Đặc điểm kích thước polyp đại trực tràng

| Polyp ĐTT Kích thước | Polyp u tuyến | | Tổng | |
|-------------------------|---------------|---|------|---|
| | n | % | n | % |
| ≤ 10mm | | | | |
| 11-20 mm | | | | |
| >20 mm | | | | |
| Tổng | | | | |

Bảng 3. 9: Đặc điểm hình thái polyp đại trực tràng theo phân loại Paris

| Hình thái polyp ĐTT | | Polyp u tuyến | | Tổng | |
|------------------------|-----|---------------|---|------|---|
| | | n | % | n | % |
| Typ 0-I | Is | | | | |
| | Isp | | | | |
| | Ip | | | | |
| Typ 0-II | IIa | | | | |
| | IIb | | | | |
| Tổng | | | | | |

Bảng 3. 10: Đặc điểm vi thể và phân độ loạn sản polyp đại trực tràng

| Phân độ loạn sản polyp đại trực tràng | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------------|----------|-----------|
| Loạn sản độ thấp | | |
| Loạn sản độ cao | | |
| Không loạn sản | | |
| Tổng | | |

3.4. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tình trạng mắc polyp u tuyến ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 2: Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ không thay đổi được với tình trạng mắc polyp u tuyến

| Yếu tố nguy cơ \ Polyp u tuyến | | Mắc polyp u tuyến | | p |
|--------------------------------|-----------------|-------------------|---|---|
| | | n | % | |
| Nhóm tuổi | <45 | | | |
| | 45 - 60 | | | |
| | > 60 | | | |
| Giới | Nam | | | |
| | Nữ | | | |
| Tiền sử gia đình | Không UTĐTT | | | |
| | Có UTĐTT | | | |
| | Không polyp ĐTT | | | |
| | Có polyp ĐTT | | | |

Bảng 3. 3: Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ thay đổi được với tình trạng mắc polyp u tuyến

| Yếu tố nguy cơ \ Polyp u tuyến | | Mắc polyp u tuyến | | p |
|--------------------------------|-------|-------------------|---|---|
| | | n | % | |
| Hút thuốc lá | Không | | | |
| | Có | | | |
| Uống rượu | Không | | | |
| | Có | | | |
| BMI | < 23 | | | |
| | 23-25 | | | |
| | ≥25 | | | |
| Tăng huyết áp | Có | | | |
| | Không | | | |
| Đái tháo đường | Có | | | |

| | | | |
|--|-------|--|--|
| | Không | | |
|--|-------|--|--|

Bảng 3. 13: Phân tích đơn biến hồi quy logistic giữa yếu tố nguy cơ không thay đổi được với tình trạng mắc polyp u tuyến

| Yếu tố nguy cơ | | OR (95%CI) | p |
|--------------------------------|---------|------------|---|
| Nhóm tuổi | 45 – 60 | | |
| | > 60 | | |
| | < 45 | | |
| Nam giới | | | |
| Tiền sử gia đình mắc polyp ĐTT | | | |
| Tiền sử gia đình mắc UTĐTT | | | |

Bảng 3. 14: Phân tích đơn biến hồi quy logistic giữa yếu tố nguy cơ thay đổi được với tình trạng mắc polyp u tuyến

| Yếu tố nguy cơ | | OR (95%CI) | p |
|----------------------|-------|------------|---|
| Hút thuốc lá | | | |
| Uống rượu | | | |
| BMI (So với < 23) | 23-25 | | |
| | ≥25 | | |
| Tăng huyết áp | | | |
| Đái tháo đường | | | |

Bảng 3. 15: Phân tích đa biến hồi quy logistic giữa yếu tố nguy cơ và tình trạng mắc polyp u tuyến

| Yếu tố nguy cơ | OR (95%CI) | p |
|----------------|------------|---|
| Hút thuốc lá | | |

| | | | |
|----------------------|-----------|--|--|
| Uống rượu | | | |
| BMI (So với < 23) | 23-25 | | |
| | ≥ 25 | | |
| Tăng huyết áp | | | |
| Đái tháo đường | | | |

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

KẾT LUẬN

KHUYẾN NGHỊ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU VIỆT NAM

1. Bệnh viện Bạch Mai (2022). *Cẩm nang chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*. 762-769.
2. Bùi Nhuận Quý & Trần Thị Khánh Tường (2023). Đặc điểm nội soi và mô bệnh học của polyp và ung thư đại trực tràng trên người có tiền căn ung thư đại trực tràng gia đình. *Tạp chí Y Dược Huế - Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế* 13.
3. Lục Thị Hồng, Nguyễn Thị Thu Huyền (2024). Tần suất các yếu tố nguy cơ mắc polyp tuyến ống và ung thư đại trực tràng ở người không có triệu chứng chỉ điểm tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. *Tạp chí y học Việt Nam* số 545, tháng 12, số 3.
4. Ngô Thị Hoài (2022). Nghiên cứu hình ảnh nội soi, mô bệnh học và đột biến gen KRAS, BRAF trên bệnh nhân mắc polyp tuyến và ung thư đại trực tràng Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu Khoa học Y dược Lâm sàng 108.
5. Nguyễn Công Long, Hoàng Văn Chương, Nguyễn Hoài Nam và cộng sự (2022)“Đặc điểm lâm sàng và nội soi tổn thương polyp đại tràng phát hiện tại Trung tâm nội soi tiêu hóa gan mật Bệnh viện Bạch Mai”. *Tạp chí y học Việt Nam* số 514, tháng 5 số 2.
6. Nguyễn Thị Huỳnh Như và Cs (2023), “Khảo sát tỷ lệ bệnh chuyển hóa ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2 đang điều trị tại trường Đại học trà vinh”, *Tạp chí y học Việt Nam* tập 524 số 1B.
7. Quyết định số 4946/QĐ-BYT ngày 26/11/2020 của BYT- Ban hành hướng dẫn sàng lọc và can thiệp giảm tác hại cho người có nguy cơ sức khỏe do uống rượu bia tại cơ sở CSSKBD và tại cộng đồng

TÀI LIỆU NƯỚC NGOÀI

8. Aasma el (2020), “Endoscopic Recognition and Management Strategies for Malignant Colorectal Polyps: Recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer”, *Gastroenterology* 2020, 159; 1916 – 1934.
9. Amarapurkar, A. D., Nichat, P., Narawane, N. & Amarapurkar, D. Frequency of colonic adenomatous polyps in a tertiary hospital in Mumbai. *Indian J Gastroenterol* 35, 299-304, (2016) doi:10.1007/s12664-016-0681-9

10. Bretthauer M, Kaminski M.F, Loberg M et al (2016). Population-Based Colonoscopy Screening for Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*, 176(7), 894-902
11. Chi, Z. et al. Risk factors for recurrence of colorectal conventional adenoma and serrated polyp. *Gastroenterol Rep (Oxf)* 10, goab038, (2022) doi:10.1093/gastro/goab038.
12. Colussi , D. et al. Lifestyle factors and risk for colorectal polyps and cancer at index colonoscopy in a FIT-positive screening population. *United European Gastroenterol J* 6, 935-942, (2018) doi:10.1177/2050
13. Erdem, L. et al. A New Risk-Scoring System for Colorectal Cancer and Polyp Screening by Turkish Colorectal Cancer and Polyp Study Group. *Turk J Gastroenterol* 33, 286-293, (2022) doi:10.5152/tjg.2022.21072.
14. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. *Global cancer statistics*. *CA Cancer J Clin*. 2011 Mar-Apr;61(2):69-90
15. Facciorusso, A. ,Antonino, M. ,Di Maso, M. ,Barone, M. & Muscatiello, N. Non-polypoid colorectal neoplasms: *Classification, therapy and follow-up*. *World journal of gastroenterology* 21, 5149-5157, (2015) doi:10.3748/wjg.v21.i17.5149.
16. Garrett G.R.J. Johnson và cộng sự. Colorectal polyp classification and management of complex polyps for surgeon endoscopists. *Can J Surg* 2023 September 21; 66(5). doi: 10.1503/cjs.011422
17. He, X. et al. Association Between Risk Factors for Colorectal Cancer and Risk of Serrated Polyps and Conventional Adenomas. *Gastroenterology* 155, 355-373.e318, (2018).gastro.2018.04.019
18. Lee, S. E. et al. Characteristics of and risk factors for colorectal neoplasms in young adults in a screening population. *World journal of gastroenterology* 22, 2981-2992, (2016) doi:10.3748/wjg.v22.i10.2981.
19. Lee, G. E. et al. *Association between BMI and metabolic syndrome and adenomatous colonic polyps in Korean men*. *Obesity* (Silver Spring, Md.) 16, 1434-1439, (2008)
20. Mathews, A. A., Draganov, P. V. & Yang, D. Endoscopic management of colorectal polyps: From benign to malignant polyps. *World journal of gastrointestinal endoscopy* 13, 356-370, (2021)doi:10.4253/wjge.
21. Mehran Taherian; Saran Lotfollahzadeh; Parnaz Daneshpajouhnejad; Komal Arora, “Tubular Adenoma(Archived)”, *National center for biotechnology information*, June 3, 2023.
22. Pino M.S, Chung D.C (2010). The chromosomal instability pathway in colon cancer. *Gastroenterology*, 138(6), 2059-2072.

23. Okada, Takuya. et al. Colorectal cancer risk factors in asymptomatic Chilean population: a survey of international collaboration between Japan and Chile. 127-133, (2020) doi:10.1097/cej.0000000000000531.
24. Trabulo, D. et al. Metabolic syndrome and colorectal neoplasms: An ominous association. *World journal of gastroenterology* 21, 5320-5327, (2015) doi:10.3748/wjg.v21.i17.5320.
25. Bretthauer M, Kaminski M.F, Loberg M et al (2016). Population-Based Colonoscopy Screening for Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*, 176(7), 894-902
26. Xu, J., He, W., Zhang, N., Sang, N. & Zhao, J. Risk factors and correlation of colorectal polyps with type 2 diabetes mellitus. *Annals Palliative Medicine* 11, 1-10, (2022) doi:10.21037/apm-21-3943
27. WHO. *WHO Classification of Tumours of the Digestive System Tumours*. 5th edn, 158-172 (2019).
28. Wang, F.W. et al. Prevalence and risk factors of asymptomatic colorectal polyps in taiwan. *Gastroenterology research and practice* 2014, 985205, (2014) doi:10.1155/2014/985205.
29. Zhang, C. et al. Predictors for Colorectal Polyps in an Asymptomatic Population Undergoing Medical Check-ups. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 33, 108-114, (2023) doi:10.1097/sle.0000000000001152.
30. Cao Hùng Phong và cs (2022), “ứng dụng nội soi dải tần hẹp trong phát hiện và dự đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng tại khoa nội soi Bệnh viện Hoàn Mỹ”, *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*, số 52.

PHỤ LỤC
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

I. Thông tin chung.

Họ và tên:.....

Giới : 1. Nam 2. Nữ Tuổi: 1.<45 2. 45-60 3.>60

Địa chỉ :.....

Dân tộc :.....

Mã bệnh nhân:.....Ngày vào viện:.....

II. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

| Các yếu tố nguy cơ | | |
|---|------------------------|--|
| Chiều cao: cm ... kg | Cân nặng: | BMI(kg/m ²):..... 1. <23 2.23-25 3.>25 |
| Hút thuốc lá: + Có hút thuốc lá: là người đã từng hút ít nhất 100 điều thuốc lá hoặc những người hiện tại đang hút thuốc lá. + Không hút thuốc lá: là người chưa bao giờ hút thuốc lá hoặc chưa hút đến 100 điều thuốc. | | Không 1 <input type="checkbox"/> Có 2 <input type="checkbox"/> |
| + Có uống rượu: là uống từ 1 ly chuẩn/ngày + Không uống rượu: là uống ít hơn 1 ly chuẩn/ngày hoặc không uống rượu. | | Không 1 <input type="checkbox"/> Có 2 <input type="checkbox"/> |
| Tiền sử gia đình | Polyp đại trực tràng | 1 <input type="checkbox"/> |
| | Ung thư đại trực tràng | 2 <input type="checkbox"/> |
| | Bình thường | 3 <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|-------------------------------|
| | Tiền sử ĐTD <input type="checkbox"/> | Bình thường 1 <input type="checkbox"/> | Có 2 <input type="checkbox"/> |
| | Tăng huyết áp | Bình thường 1 <input type="checkbox"/> | Có 2 <input type="checkbox"/> |

III. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

| A. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng | | |
|---|-----------------------|--|
| A1 | Lý do đến khám | Khám tầm soát 1 <input type="checkbox"/> Triệu chứng bệnh lý 2 <input type="checkbox"/> |
| A2 | Triệu chứng cụ thể | Đau bụng 1 <input type="checkbox"/> Rối loạn phân 2 <input type="checkbox"/> Đầy hơi chậm tiêu 3 <input type="checkbox"/> Phân máu 4 <input type="checkbox"/> Gây sút cân 5 <input type="checkbox"/> |
| A3 | Đặc điểm Vị trí polyp | Đại tràng phải 1 <input type="checkbox"/> Đại tràng trái 2 <input type="checkbox"/> Trực tràng 3 <input type="checkbox"/> Đại tràng phải và trái 4 <input type="checkbox"/> Đại tràng trái và TT 5 <input type="checkbox"/> Đại tràng phải và TT 6 <input type="checkbox"/> Toàn bộ đại tràng 7 <input type="checkbox"/> |
| A4 | Kích thước polyp | < 10mm 1 <input type="checkbox"/> 10- 20mm 2 <input type="checkbox"/> >20mm 3 <input type="checkbox"/> |
| A5 | Hình thái polyp | Typ 0- I (Is) - 1 <input type="checkbox"/> Typ 0- I (Ips) 2 <input type="checkbox"/> |

| | | |
|----|--|--|
| | | Typ 0- I (Ip) 3 <input type="checkbox"/> Typ 0-II (IIa) 4 <input type="checkbox"/> Typ 0-II (IIb) 5 <input type="checkbox"/> |
| A6 | Phân độ loạn sản polyp đại trực tràng | Loạn sản độ thấp 1 <input type="checkbox"/> Loạn sản độ cao 2 <input type="checkbox"/> Không loạn sản 3 <input type="checkbox"/> |

Xin chân thành cảm ơn sự tham gia của Ông/Bà/Anh/Chị

ĐIỀU TRA VIÊN