

**SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2**

PHẠM CÔNG TIẾN

**MÔ TẢ THỰC TRẠNG PHÁT HIỆN POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2 NĂM 2026**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh – 2026

**SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2**

**MÔ TẢ THỰC TRẠNG PHÁT HIỆN POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2 NĂM 2026**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Phạm Công Tiến

Bắc Ninh – 2026

MỤC LỤC

Đặt vấn đề.....	1
Mục tiêu nghiên cứu.....	3
Chương 1: Tổng quan tài liệu	4
1.1. Tổng quan polyp đại trực tràng	4
1.2. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước.....	19
1.3. Địa bàn nghiên cứu.....	21
Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	23
2.1. Đối tượng nghiên cứu	23
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	23
2.3. Thiết kế nghiên cứu	23
2.4. Cỡ mẫu	23
2.5. Phương pháp chọn mẫu	24
2.6. Phương pháp thu thập số liệu	24
2.7. Các biến số nghiên cứu	25
2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá	28
2.9. Phương pháp phân tích số liệu	29
2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu.....	30
2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số.....	30
Chương 3: Dự kiến kết quả và bàn luận.....	32
3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi ở người bệnh có polyp ĐTT ...	32
3.2. Tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT qua nội soi.....	34
3.3. Một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT	34
Tài liệu tham khảo	
Phụ lục	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

- ADR : Tỷ lệ phát hiện polyp tuyến (Adenoma detection rate)
- BMI : Chỉ số khối cơ thể (Body mass index)
- CIMP : Kiểu hình methyl hóa đảo CpG (CpG island methylator phenotyp)
- CIN : Con đường bất ổn nhiễm sắc thể (Chromosomal Instability)
- ĐTT : Đại trực tràng
- MLH1 : Đồng dạng MutL 1 (MutL Homolog 1)
- MMR : Sửa chữa ghép cặp (Mismatch Repair)
- MSI : Con đường bất ổn vi vệ tinh (Microsatellite Instability)
- PDR : Tỷ lệ phát hiện polyp (Polyp detection rate)
- UTĐTT : Ung thư đại trực tràng

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 3.1: Đặc điểm tuổi.....	32
Bảng 3.2: Đặc điểm giới tính	32
Bảng 3.3: Đặc điểm lý do khám bệnh.....	32
Bảng 3.4: Đặc điểm số lượng polyp ĐTT	33
Bảng 3.5: Đặc điểm vị trí polyp ĐTT.	33
Bảng 3.6: Đặc điểm kích thước polyp ĐTT (milimet)	33
Bảng 3.7: Đặc điểm hình thái polyp ĐTT theo phân loại Paris.....	34
Bảng 3.8: Tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT qua nội soi	34
Bảng 3.9: Mức độ sạch đại tràng với tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT	34
Bảng 3.10: Số năm kinh nghiệm bác sĩ nội soi với tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT	35
Bảng 3.11: Thời gian rút dây nội soi với tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT	35
Bảng 3.12: Nội soi có gắn nắp chụp đầu dây với tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT.	35
Bảng 3.13: Vị trí đại tràng với tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT	36
Bảng 3.14: Kích thước polyp trung bình với một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT	36
Bảng 3.15: Hình thái polyp với nắp chụp đầu dây nội soi.....	36
Bảng 3.16: Dùng nắp chụp đầu dây nội soi với vị trí đại tràng	37

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1: Phân loại tổn thương bề mặt ống tiêu hóa theo phân loại Paris.....	7
Hình 1.2: Hình ảnh các dụng cụ hỗ trợ phát hiện polyp ĐTT	15
Hình 1.3: Hình ảnh ống nội soi đại tràng có hỗ trợ bóng	17
Hình 1.4: Hình ảnh thiết bị quan sát rộng	18
Hình 1.5: Hình ảnh nội soi toàn phổ	18
Hình 1.6: Hình ảnh nội soi đại tràng góc nhìn rộng.....	19
Hình 2.1: Ước lượng kích thước polyp bằng kim sinh thiết	28
Hình 2.2: Đánh giá mức độ sạch ruột theo thang điểm Boston	29

ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng là tổn thương hình thành và phát triển từ lớp niêm mạc đẩy lùi vào lòng ống tiêu hóa. Đây là một bệnh lý phổ biến với tỷ lệ mắc ở những người trên 60 tuổi từ 30 – 40% [3]. Theo mô bệnh học, polyp đại trực tràng được chia làm 2 nhóm chính gồm polyp tân sinh và polyp không tân sinh, trong đó nhóm polyp tân sinh được xem là tổn thương tiền ung thư đại trực tràng. Khoảng 95% các trường hợp ung thư đại trực tràng (UTĐTT) phát triển từ những polyp tuyến [7]. Rabeneck và cộng sự (2010) thực hiện nghiên cứu quan sát trên hơn 2,4 triệu người từ 50–90 tuổi tại Ontario (Canada)[18]. Nghiên cứu có thời gian theo dõi 14 năm nhằm đánh giá mối liên quan giữa tỷ lệ nội soi đại tràng và tỷ lệ tử vong do UTĐTT. Kết quả cho thấy tỷ lệ nội soi đại tràng tăng 1% thì nguy cơ tử vong do UTĐTT giảm khoảng 3%. Việc phát hiện polyp qua nội soi là điều quan trọng về mặt lâm sàng để xác định sự cần thiết của việc loại bỏ polyp ngăn chặn sự hình thành UTĐTT, cũng như cung cấp thông tin cho khuyến cáo về khoảng thời gian theo dõi.

Tuy nhiên vẫn tồn tại một tỷ lệ đáng kể các polyp bị bỏ sót trong quá trình nội soi, tiềm ẩn nguy cơ hình thành UTĐTT sau này. Trong nỗ lực phát hiện polyp đại trực tràng qua nội soi, nhiều phương pháp đã được đưa ra: tối ưu hóa quy trình nội soi, sử dụng dụng cụ hỗ trợ và gần đây là những tiến bộ về công nghệ với hệ thống nội soi quang phổ rộng, ống nội soi đại tràng góc nhìn rộng, nội soi đại tràng có hỗ trợ trí tuệ nhân tạo. Trong đó sử dụng nắp chụp đầu dây nội soi là biện pháp hiệu quả có thể áp dụng tại mọi cơ sở y tế, giúp rút ngắn thời gian đưa dây nội soi vào tới manh tràng cũng như tăng hiệu quả phát hiện polyp.

Trong những năm gần đây, Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 với hệ thống nội soi dạ dày – đại tràng hiện đại đã có bước phát triển mạnh mẽ và gặt hái được những thành công nhất định trong lĩnh vực nội soi tiêu hóa. Tuy nhiên,

cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào được thực hiện nhằm đánh giá tỷ lệ phát hiện polyp đại trực tràng tại bệnh viện. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành đề tài “***Mô tả thực trạng phát hiện polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2026***” với mong muốn đóng góp kết quả nghiên cứu vào dữ liệu về polyp đại trực tràng, tạo tiền đề cho các nghiên cứu về sau trong việc nâng cao chất lượng nội soi đại tràng.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi ở người bệnh có polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2026
2. Xác định tỷ lệ phát hiện polyp đại trực tràng qua nội soi và nhận xét một số yếu tố liên quan ở nhóm đối tượng trên.

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan polyp đại trực tràng

1.1.1. Định nghĩa

Polyp là một thuật ngữ bắt nguồn từ "polypous" trong tiếng Hy Lạp có nghĩa là "khối bệnh giả u". Thuật ngữ này mô tả bất kỳ một khối nào nhô vào trong một lòng rỗng, ở bất kỳ vị trí nào trong đường tiêu hóa, tiết niệu, hô hấp. Thuật ngữ polyp đại trực tràng được sử dụng để chỉ những khối phát triển lồi lên từ bề mặt niêm mạc đại trực tràng [20]. Thông thường, chúng là kết quả của quá trình phát triển quá mức các tế bào biểu mô niêm mạc đại trực tràng, có thể gặp ở một hay nhiều vị trí trong lòng đại trực tràng (ĐTT).

1.1.2. Dịch tễ

Polyp có tỷ lệ phát hiện cao hơn theo tuổi và xu hướng cao hơn ở nam giới so với nữ giới [3]. Các nghiên cứu ở phương Tây báo cáo tỷ lệ mắc polyp khác nhau, thường dao động từ 30 – 50% tùy quốc gia, chủng tộc, tuổi, giới [15]. Bên cạnh yếu tố liên quan đến di truyền thì các yếu tố liên quan đến lối sống sinh hoạt (hút thuốc, uống nhiều rượu bia, hạn chế vận động...), chế độ ăn đều là các yếu tố được quan tâm có thể làm tăng hoặc giảm nguy cơ mắc polyp ĐTT [3].

1.1.3. Tiến triển

Trước đây, người ta cho rằng UTĐTT có nguồn gốc chủ yếu từ các polyp tuyến dựa trên mô hình Fearon–Vogelstein mô tả chuỗi các biến đổi phân tử tiến triển từ polyp tuyến đến ung thư. Ngày nay, người ta đã công nhận có ba con đường chính dẫn đến quá trình phát sinh UTĐTT, bao gồm: con đường bất ổn nhiễm sắc thể (Chromosomal Instability – CIN), con đường bất ổn vi vệ tinh (Microsatellite Instability – MSI) và con đường tân sinh có răng cưa. Các con đường này không diễn ra độc lập mà xảy ra xen kẽ hoặc đồng thời [7]:

Con đường CIN chiếm khoảng 60–70% tổng số các trường hợp UTĐTT và được khởi đầu bởi đột biến gen APC. Các đột biến kế tiếp ở gen KRAS và

gen p53 góp phần thúc đẩy quá trình tiến triển từ polyp tuyến dẫn đến ung thư. UTĐTT phát triển theo con đường này thường ổn định vi vệ tinh và có mức methyl hóa đảo CpG thấp. Con đường CIN được cho là mất khoảng 10 – 15 năm để từ một polyp tuyến tiến triển thành ung thư.

Con đường MSI cũng khởi phát từ các polyp tuyến, khoảng 15% UTĐTT tiến triển theo con đường này. Một số trường hợp trong nhóm này xuất phát từ đột biến các gen sửa chữa ghép cặp không cân xứng của DNA, điển hình trong hội chứng Lynch. Tuy nhiên, phần lớn các trường hợp UTĐTT tiến triển theo con đường này liên quan đến hiện tượng tăng methyl hóa gen MMR và gen MLH1, vốn cũng là một trong các sự kiện phân tử xảy ra ở con đường tân sinh có răng cưa. Thời gian tiến triển dẫn đến ung thư theo con đường MSI diễn ra nhanh hơn so với con đường CIN, thường trong vòng 3–5 năm.

Con đường tân sinh có răng cưa ngày càng được nhìn nhận là một cơ chế quan trọng trong sự hình thành UTĐTT với tổn thương tiền ung thư là những polyp răng cưa không cuống. Đặc điểm phân tử nổi bật của con đường này là hiện tượng tăng methyl hóa đảo CpG của vùng promoter, làm thay đổi biểu hiện gen mà không tác động đến trình tự di truyền. Các khối u biểu hiện tăng methyl hóa được phân loại thành hai nhóm tùy theo kiểu hình methyl hóa đảo CpG mức cao hoặc thấp. Sự xuất hiện kiểu hình methyl hóa đảo CpG có mối liên hệ chặt chẽ với đột biến gen sinh ung BRAF. Đột biến này đã được ghi nhận ngay trong các ổ tuyến bất thường ở các dạng polyp răng cưa kích thước rất nhỏ. Tăng methyl hóa MLH1 dẫn đến bất ổn vi vệ tinh, hình thành loạn sản tế bào trong các polyp răng cưa không cuống và đẩy nhanh tiến trình dẫn đến UTĐTT ở nhóm có kiểu hình methyl hóa đảo CpG mức cao. Các bằng chứng hiện có cho thấy thời gian tiến triển của con đường tân sinh có răng cưa tương đương với con đường CIN.

1.1.4. Lâm sàng

Polyp thường được phát hiện tình cờ qua nội soi, hầu như không có triệu chứng nếu polyp có kích thước nhỏ. Một số polyp có thể có biểu hiện triệu chứng chảy máu nếu bị loét, gây bán tắc hoặc tắc ruột nếu kích thước lớn. Sa lồi polyp ra ngoài hậu môn có thể xảy ra ở những polyp trực tràng có cuống dài nằm gần hậu môn [3]

1.1.5. Phân loại polyp ĐTT

1.1.5.1. Phân loại về mặt đại thể

Theo hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản các khối u đường tiêu hóa gồm 5 type. Trong đó type 0 là tổn thương tân sản “nông”. Type 0 lại được chia thành các dưới type. Nhiều nhà nội soi, đặc biệt là ở phương Tây cho rằng các tổn thương không lồi trong đại tràng ít có ý nghĩa và phân loại của Nhật Bản cho các tổn thương tân sản nông thành nhiều dưới type quá phức tạp để áp dụng trên lâm sàng. Phần lớn họ quyết định phương pháp điều trị dựa trên kích thước và vị trí polyp. Trong khi đó, các nhà nội soi Nhật Bản cho rằng phân loại trên nội soi rất quan trọng trong quyết định điều trị. Vì quan điểm khác biệt đó, năm 2002, một hội nghị tại Paris tập hợp những chuyên gia về nội soi, phẫu thuật và bệnh học của các nước phương Tây và Nhật Bản để đánh giá hiệu quả của phân loại Nhật Bản. Và cuối cùng các nhà khoa học đã thống nhất đưa ra phân loại tổn thương bề mặt ống tiêu hóa theo phân loại Paris như sau [17]:

- Type 0-I: Là tổn thương nhô lên so với bề mặt niêm mạc xung quanh trên 2,5mm. Với ĐTT, tổn thương được chia thành phân loại nhỏ hơn gồm hai dạng: type 0-Ip (polyp có cuống) và type 0-Is (polyp không cuống):

+ Tổn thương type 0-Ip của ĐTT được mô tả là tổn thương có phần đầu và phần cuống nhìn thấy rõ trên hình ảnh nội soi.

+ Tổn thương type 0-Is được xác định khi chiều cao của tổn thương nhỏ hơn đường kính và có dạng vòm. Type 0-Is được xem như là tổn thương tiền ung thư không cuống.

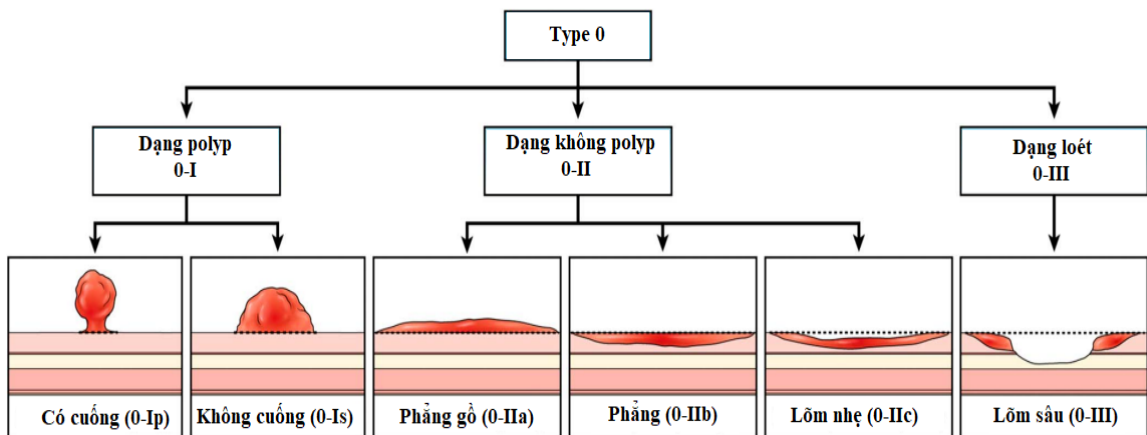
- Type 0-II: Là tổn thương có dạng phẳng hơi gồ lên hoặc lõm, gồm 03 phân nhóm nhỏ hơn là: type 0-IIa, type 0-IIb và type 0-IIc.

+ Tổn thương type 0-IIa: polyp phẳng hơi gồ lên (chiều cao < 2,5mm) so với niêm mạc xung quanh.

+ Tổn thương type 0-IIb: polyp có chiều cao ngang bằng với niêm mạc xung quanh, ít gặp ở ĐTT. Qua nội soi, tổn thương type 0-IIb được nhận biết nhờ sự thay đổi màu sắc và cấu trúc bề mặt so với niêm mạc xung quanh. Kỹ thuật nhuộm màu niêm mạc bằng Indigo carmine giúp nhận biết rõ hình dạng tổn thương type 0-IIb ở ĐTT đặc biệt là bờ của tổn thương.

+ Tổn thương type 0-IIc: tổn thương polyp lõm nhẹ với chiều cao thấp hơn so với bề mặt niêm mạc xung quanh. Có thể có hình ảnh loét hay sẹo loét niêm mạc đi kèm, đặc điểm này cảnh báo nguy cơ xâm lấn vào lớp dưới niêm mạc và có di căn hạch. Các tổn thương có hình ảnh loét niêm mạc thường không nâng lên được khi tiêm phòng dưới niêm mạc.

- Type 0-III: tổn thương lõm xuống thấp hơn rõ rệt so với bề mặt niêm mạc xung quanh. Theo định nghĩa, vị trí sâu nhất của tổn thương thường lõm sâu hơn lớp dưới niêm mạc. Tuy nhiên, về khía cạnh nội soi hình ảnh này thường được mô tả như loét niêm mạc ống tiêu hóa. Ở ĐTT, ung thư biểu mô sớm type 0-III chưa được ghi nhận.



Hình 1.1: Phân loại tổn thương bề mặt ống tiêu hóa theo phân loại Paris [17]

1.1.5.2. Phân loại theo vị trí của polyp

Polyp có thể xuất hiện ở bất kỳ đoạn nào của ĐTT. Theo phân chia giải phẫu, ĐTT gồm 6 đoạn tương ứng với 6 vị trí polyp: manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sigma và trực tràng. Trên phương diện sinh lý và bệnh lý, ĐTT còn được chia thành đại tràng phải và đại tràng trái tương ứng với polyp đại tràng phải và polyp đại tràng trái.

1.1.5.3. Phân loại theo số lượng polyp

- Polyp đơn độc (single polyp): Trong lòng ĐTT chỉ có một polyp, gồm hai dạng:

+ Polyp đơn độc thiếu niên (juvenile solitary polyp): thường có kích thước lớn, có cuống, thường gây chảy máu tiêu hóa và hiếm gặp ung thư hóa.

+ Polyp đơn độc ở người lớn (adenomatous solitary polyp): thường không có cuống, nền cứng và có nguy cơ ung thư hóa cao.

- Đa polyp (multiple polyps): Khi trong lòng ĐTT có từ 2 đến 99 polyp.

- Bệnh polyp (polyposis): Khi số lượng polyp trong ĐTT từ 100 trở lên, nhóm này được chia thành hai loại: Hội chứng polyp mang tính chất gia đình (familial inherited polyposis syndrome) và không mang tính chất gia đình (non-familial inherited polyposis syndrome).

1.1.5.4. Phân loại theo kích thước polyp

Theo quy ước giải phẫu, phần polyp tiếp giáp với thành ĐTT được gọi là chân polyp hoặc cuống polyp, phần nằm xa nhất so với chân hoặc cuống được gọi là đỉnh polyp và phần nằm giữa đỉnh và cuống được gọi là đầu polyp. Cuống polyp có thể dài hoặc ngắn, trong khi chân polyp có thể nhỏ hoặc lớn hơn so với đầu polyp. Ngoài ra, một polyp có thể có một hoặc nhiều đỉnh.

Kích thước polyp thường được xác định tại vị trí lớn nhất của polyp. Đối với polyp có cuống, kích thước được tính theo đường kính đầu polyp; đối với polyp không cuống, tính theo đường kính chân polyp.

- Dựa vào kích thước đầu polyp, polyp được phân thành ba nhóm:

+ Polyp nhỏ: đường kính đầu hoặc chân < 10 mm.

+ Polyp trung bình: đường kính từ 10 đến 20 mm.

+ Polyp lớn: đường kính > 20 mm.

- Đường kính cuống polyp được chia thành:

+ Cuống nhỏ: < 10 mm.

+ Cuống trung bình: 10–20 mm.

+ Cuống lớn: > 20 mm.

- Chiều dài cuống polyp được phân loại như sau:

+ Cuống ngắn: < 10 mm.

+ Cuống trung bình: 10–20 mm.

+ Cuống dài: > 20 mm.

Kích thước polyp có tương quan với mô bệnh học của chúng, polyp càng nhỏ thì tỷ lệ là polyp tăng sản càng cao. Những polyp kích thước < 5mm hiếm khi ghi nhận nguy cơ ác tính trong khi những polyp kích thước > 20mm có nguy cơ ác tính cao

1.1.5.5. Phân loại polyp trên mô bệnh học

Năm 2019 của Tổ chức Y tế Thế giới đã cập nhật phân loại u đường tiêu hóa, phân loại polyp đại trực tràng có một số thay đổi so với phân loại năm 2010. Trong đó, thuật ngữ "tổn thương răng cưa" (serrated lesion) được khuyến nghị sử dụng thay cho "polyp răng cưa" bởi các tổn thương này có thể ở dạng phẳng chứ không nhất thiết phải có dạng polyp. Đặc biệt, thuật ngữ cũ "u tuyến/polyp răng cưa không cuống" được đổi tên chính thức thành "tổn thương răng cưa không cuống" (sessile serrated lesion – SSL). Phân loại mô bệnh học của polyp ĐTT theo Tổ chức Y tế Thế giới 2019 như sau [23]:

a. Nhóm polyp tuyến:

Trong polyp tuyến phần lớn cấu trúc khe tuyến bình thường được bảo

tồn, với độ dài của các khe tuyến có thể thay đổi và tăng số lượng các tuyến. Polyp tuyến được phân chia thành 3 loại dựa trên cấu trúc nhung mao:

Polyp tuyến ống: thành phần nhung mao trong polyp u tuyến dưới 25%.

Polyp tuyến ống nhung mao: cấu trúc tuyến nhung mao từ 25% đến 75%

Polyp tuyến nhung mao: nếu nhung mao trên 75%

Polyp u tuyến với tỷ lệ nhung mao cao được xem như nguy cơ cao và cần được giám sát định kỳ thường xuyên hơn (< 3 năm)

b. Nhóm tổn thương răng cưa: là những polyp hoặc tổn thương có cấu trúc răng cưa của biểu mô. Có khoảng 30% ung thư đại tràng phát sinh từ dạng polyp này. Chúng được chia thành các dưới nhóm sau:

Polyp tăng sản: thường có kích thước < 5mm và tập trung chủ yếu ở đại tràng sigma và trực tràng. Những polyp tăng sản (HP) lớn (≥ 1 cm) được coi là tương đương polyp răng cưa không cuống (SSP). Dưới kính hiển vi, polyp tăng sản gồm những ống và những hốc tuyến có hình thái rất rõ ràng, có lót một lớp tế bào biểu mô biệt hóa dưới dạng tế bào hình đài hoặc tế bào hấp thu. Có vùng khi nhìn nghiêng trông giống hình răng cưa. Một số tuyến giãn rộng hoặc kéo dài. Mô đệm phù nề, thoái hóa kính và thâm nhiễm nhiều tế bào viêm mạn tính. Các polyp tăng sản hiếm khi phát triển thành ung thư. Theo khuyến nghị của Nhóm Chuyên gia Đa chuyên ngành Xã hội của Mỹ (US Multi Society Task – USMSTF), các bệnh nhân với polyp tăng sản nhỏ hơn 5mm nên soi kiểm tra hoặc theo dõi sau 10 năm, những HP trên 10mm nên được theo dõi trong 3-5 năm [10].

Tổn thương răng cưa không cuống: Về mặt mô học, tổn thương răng cưa không cuống có cấu trúc hốc bị biến dạng, với khía răng cưa rõ rệt nằm ở đáy hốc. Hốc đáy bị giãn và mở rộng sang hai bên thành hình chữ L chứa đầy chất nhầy hoặc hình chữ T ngược, với sự hiện diện của các tế bào trưởng thành phía trên cơ niêm mạc.

Tổn thương răng cưa không cuống có loạn sản: Thành phần loạn sản thường

được phân định rõ ràng, tách khỏi tổn thương và có sự không đồng nhất về hình thái. Những thay đổi về cấu trúc bao gồm cấu trúc nhung mao, giãn dài khe tuyến, nhiều khe tuyến với dạng nhánh, dạng mắt sàng phức tạp và các răng cưa giảm hoặc nhiều quá mức so với tổn thương răng cưa không cuống. Về mặt tế bào học, các tế bào có thể loạn sản giống như loạn sản trong polyp tuyến; loạn sản răng cưa với nhân tròn không điển hình, nhân nổi rõ, phân bào nhiều và bào tương ưa toan. Tổn thương răng cưa không cuống kèm loạn sản được coi như polyp có nguy cơ cao và cần được giám sát thường xuyên hơn (dưới 3 năm)[10].

U tuyến răng cưa truyền thống (TSA): TSA có cấu trúc hóc răng cưa của một polyp tăng sản nhưng lại chứa loạn sản tế bào học thường biểu hiện dưới dạng kéo dài nhân và phân tầng liên quan đến biểu mô bề mặt. Chúng thường có mức độ loạn sản thấp

U tuyến răng cưa không phân loại: Một số polyp loạn sản có cấu trúc răng cưa không thể phân loại rõ ràng được là u tuyến răng cưa không cuống hoặc tổn thương răng cưa không cuống có loạn sản

1.1.6. Nội soi đại tràng trong chẩn đoán polyp ĐTT

Nội soi đại tràng là phương pháp chính trong chẩn đoán polyp ĐTT, cho phép quan sát được toàn bộ niêm mạc ĐTT. Phương pháp này có ưu điểm cho phép thực hiện sinh thiết để chẩn đoán mô bệnh học các tổn thương nghi ngờ ác tính, đồng thời có thể tiến hành can thiệp cắt bỏ các polyp trong quá trình soi. Sàng lọc UTĐTT bằng nội soi đại tràng ở những bệnh nhân không có triệu chứng đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa UTĐTT. Theo tác giả L. Rabeneck và các cộng sự (2010), cứ tăng 1% tỷ lệ phát hiện polyp tuyến dẫn đến giảm 3% UTĐTT [18]. Khoảng 95% trường hợp UTĐTT phát sinh từ những polyp tuyến. Theo khuyến cáo của Hội Tiêu hóa Hoa kỳ năm 2021, các chương trình sàng lọc nên có mục tiêu đạt được tỷ lệ phát hiện polyp tuyến tối thiểu là 25% [19].

Tỷ lệ phát hiện polyp tuyến (adenoma detection rate - ADR) là tỷ lệ người

bệnh có ít nhất một polyp tuyến được xác nhận bằng mô bệnh học, được xem là một chỉ số chất lượng quan trọng để đánh giá sàng lọc UTĐTT qua nội soi. Tuy nhiên đánh giá ADR không dễ tiếp cận ở nhiều cơ sở y tế do cần có kết quả giải phẫu bệnh xác nhận. Tương quan thuận với ADR, tỷ lệ phát hiện polyp (polyp detection rate - PDR) được định nghĩa là tỷ lệ người bệnh có ít nhất một polyp được phát hiện trong quá trình nội soi đại trực tràng toàn bộ, có thể được tính toán dễ dàng dựa trên các báo cáo nội soi.

1.1.7. Các phương pháp nâng cao tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT

1.1.7.1. Các phương pháp liên quan đến quy trình thực hiện thủ thuật

a. Chuẩn bị nội soi đại tràng

Chuẩn bị đại tràng đóng vai trò quan trọng để quá trình thực hiện thủ thuật được thành công. Quá trình chuẩn bị đại tràng được coi là đạt yêu cầu khi bác sĩ nội soi có thể phát hiện các tổn thương có kích thước lớn hơn 5mm ở mọi đoạn của đại tràng. Các hướng dẫn gần đây của Hội Nội soi Tiêu hóa châu Âu (European Society of Gastrointestinal Endoscopy – ESGE) và Hội Nội soi Tiêu hóa Hoa Kỳ (American Society for Gastrointestinal Endoscopy – ASGE) về chuẩn bị đại tràng trước nội soi đã đưa ra khuyến cáo về vấn đề này [7]:

Thứ nhất, chế độ chuẩn bị chia liều (split-dose) được khuyến cáo mạnh, do đã được chứng minh có liên quan đến việc cải thiện ADR. Liều thuốc xổ thứ hai nên được sử dụng trong khoảng 3–8 giờ trước khi thực hiện thủ thuật theo khuyến cáo của ASGE và trong khoảng 4 giờ trước thủ thuật theo ESGE. Chuẩn bị đại tràng trong ngày chỉ được khuyến cáo đối với các ca nội soi được thực hiện vào buổi chiều.

Thứ hai, một ngày trước khi thực hiện nội soi nên áp dụng chế độ ăn ít chất xơ.

Thứ ba, người bệnh cần được cung cấp hướng dẫn chuẩn bị đại tràng đầy đủ và rõ ràng bằng cả lời nói và văn bản, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc

chuẩn bị đại tràng đầy đủ.

Cuối cùng, mặc dù dung dịch polyethylene glycol được xem là ưu việt hơn so với các chế phẩm chuẩn bị đại tràng khác tuy nhiên việc lựa chọn thuốc xổ cần được cá thể hóa cho từng người bệnh.

Việc cải thiện mức độ làm sạch đại tràng được kỳ vọng sẽ giúp tăng ADR. Có nhiều bằng chứng thuyết phục ủng hộ mối liên quan này. Tuy nhiên, vẫn chưa rõ liệu ADR có được cải thiện đáng kể khi mức độ sạch của đại tràng tăng từ tốt lên rất tốt hay không. Các tác giả cho rằng việc chuẩn bị đại tràng quá tốt có thể tạo cho bác sĩ nội soi cảm giác tự tin quá mức, từ đó dẫn đến việc quan sát niêm mạc đại tràng kém tỉ mỉ hơn.

b. Thời gian rút dây nội soi

Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận thời gian rút dây nội soi dài hơn có liên quan đến ADR cao hơn. Các hướng dẫn hiện nay khuyến cáo thời gian rút dây tối thiểu là 6 phút để bảo đảm quan sát đầy đủ niêm mạc ĐTT, thời gian kéo dài lên 9 phút có thể làm tăng ADR hơn nữa [7]. Tuy nhiên, thời gian rút dây nội soi kéo dài trên 10 phút làm tăng ADR ở mức rất ít [13].

Các bác sĩ nội soi có thời gian rút dây lâu hơn không nhất thiết đồng nghĩa với việc có kỹ thuật rút dây chất lượng cao. Việc chú ý quan sát mặt gân của các nếp niêm mạc, các đoạn đại tràng gấp góc, rửa sạch niêm mạc, hút bỏ cặn bẩn và bơm đủ hơi là những yếu tố quan trọng tạo lên sự thành công của thủ thuật.

c. Quan sát kỹ đại tràng phải

Nội soi đại tràng được cho là kém hiệu quả hơn trong việc phòng ngừa ung thư đại tràng phải. Có nhiều nguyên nhân có thể giải thích cho hiện tượng này. Các polyp ở đại tràng phải chủ yếu là các tổn thương răng cưa và polyp tuyến có hình thái phẳng do đó khó phát hiện hơn. Ngoài ra, polyp thường nằm ở mặt gân của các nếp niêm mạc và vùng xung quanh góc gan. Những vị trí này thường bị che khuất khi sử dụng dây nội soi tiêu chuẩn thường chỉ có phép quan

sát phía trước. Vì vậy, việc cải thiện hiệu quả của nội soi đại tràng tại đoạn đại tràng phải là hết sức cần thiết.

Một số biện pháp đơn giản có thể áp dụng giúp nâng cao hiệu quả chẩn đoán tại đại tràng phải gồm: thực hiện thao tác soi quặt ngược hoặc quan sát kỹ hai lần.

d. Nội soi đại tràng hỗ trợ bằng nước

Phương pháp nội soi có hỗ trợ bơm nước gồm kỹ thuật nội soi đại tràng trong môi trường nước và kỹ thuật nội soi bơm nước. Các kỹ thuật này được đề xuất nhằm giảm cảm giác khó chịu cho người bệnh đồng thời hạn chế nhu cầu sử dụng thuốc an thần trong quá trình thực hiện nội soi đại tràng. Cả hai phương pháp này đều sử dụng nước để làm giãn đại tràng trong thì đưa dây nội soi vào. Ở kỹ thuật nội soi trong môi trường nước, nước được bơm vào như một biện pháp hỗ trợ cho bơm khí, và lượng nước này được hút ra trong giai đoạn rút dây soi. Trong kỹ thuật nội soi bơm nước, nước được bơm vào và sẽ được hút ra ngay trong quá trình đưa dây nội soi vào mà không sử dụng bơm khí.

Nội soi đại tràng hỗ trợ bằng nước được cho là nâng cao ADR, đặc biệt ở đại tràng phải. Điều này có thể được giải thích bởi việc bơm nước giúp làm sạch niêm mạc tốt hơn từ đó cho phép bác sĩ nội soi quan sát kỹ hơn. Polyp có xu hướng được quan sát rõ hơn trong môi trường đại tràng chứa nước do ít bị dẹt, kết hợp với hiệu ứng phóng đại của nước. Sự cải thiện ADR cũng có thể do thời gian đưa ống dài hơn khi áp dụng kỹ thuật nội soi bơm nước, dẫn đến thời gian quan sát tổng thể dài hơn.

e. Người quan sát thứ hai

Sự hiện diện của điều dưỡng nội soi hoặc bác sĩ đang được đào tạo trong quá trình nội soi đại tràng có thể cải thiện PDR. Ngay cả khi tổn thương nằm trong trường quan sát, bác sĩ nội soi vẫn có thể bỏ sót. Điều này có thể do không nhận ra sự thay đổi trong trường nhìn khi sự thay đổi xảy ra trong lúc mất đang di chuyển, hoặc do sự gián đoạn của quá trình quan sát. Sự hiện diện của người

quan sát thứ hai có thể giúp tăng mức độ tập trung của bác sĩ nội soi do tạo ra một dạng “cạnh tranh” giữa hai người quan sát.

1.1.7.2. Các dụng cụ, thiết bị hỗ trợ

Trong thập kỷ vừa qua, nhiều cải tiến trong lĩnh vực nội soi đã được nghiên cứu phát triển nhằm tăng cường khả năng quan sát phía sau các nếp niêm mạc và các đoạn gấp góc của đại tràng.

a. Nội soi đại tràng có gắn nắp chụp

Nội soi đại tràng có gắn nắp chụp sử dụng một nắp nhựa trong suốt gắn vào đầu dây nội soi, giúp đè làm phẳng các nếp niêm mạc, tăng khả năng quan sát. Nắp chụp giúp giữ đầu ống nội soi cách niêm mạc một khoảng thích hợp, cho phép bác sĩ nội soi duy trì vùng quan sát liên tục quanh các đoạn gấp góc của đại tràng. Đường kính của nắp chụp phụ thuộc vào kích thước của dây nội soi, phần nắp nhựa nhô ra có thể dao động từ 2 đến 10 mm; tuy nhiên loại nắp chụp nhô ra dài 4mm được sử dụng phổ biến nhất. Trong những năm gần đây, việc sử dụng nắp chụp đầu dây nội soi ngày càng trở nên phổ biến do giúp giảm cảm giác khó chịu ở người bệnh và rút ngắn thời gian đưa dây tới manh tràng.

Nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới đã cho thấy việc sử dụng nắp chụp đầu dây nội soi giúp rút ngắn thời gian đưa dây nội soi vào tới manh tràng đồng thời tăng tỷ lệ phát hiện polyp [12] [14] [16]



(a) Nắp chụp

(b) Endocuff

(c) Endorings

Hình 1.2: Hình ảnh các dụng cụ hỗ trợ phát hiện polyp ĐTT

(Nguồn: Paraskevas Gkolfakis và cộng sự - 2018 [8])

b. Endocuff

Năm 2011, một thiết bị nội soi mới giúp cải thiện ADR và khả năng kiểm soát đầu ống nội soi đã được giới thiệu. Endocuff là một mũ dài khoảng 2 cm, được thiết kế để gắn vào đầu dây nội soi đại tràng. Thiết bị này có hai hàng vòng tròn gồm các “cánh” mềm, linh hoạt nằm áp sát trong quá trình đưa dây vào và xòe ra khi rút dây. Nó giúp làm phẳng các nếp niêm mạc, ổn định vị trí ống nội soi ở trung tâm lòng đại tràng cho phép quan sát các tổn thương dễ dàng (Hình 1.2). Biến chứng thường gặp nhất khi sử dụng Endocuff là các vết trầy xước niêm mạc nhẹ, tuy nhiên chúng thường không gây ảnh hưởng nghiêm trọng. Phiên bản mới của Endocuff, Endocuff Vision, chỉ có một hàng với các phần nhô ra tròn hơn và dài hơn, nhờ đó làm giảm tổn thương niêm mạc và cải thiện khả năng kiểm soát đầu ống nội soi.

c. EndoRings

EndoRings là một phụ kiện nội soi có thiết kế và cách sử dụng tương tự Endocuff, ngoại trừ việc nó bao gồm hai hàng vòng tròn bằng vật liệu mềm, linh hoạt. Thiết bị được gắn vào đầu dây nội soi giúp làm căng các nếp đại tràng trong quá trình rút dây, đồng thời giữ ổn định định và kiểm soát tốt hơn vị trí của dây nội soi (Hình 1.2).

d. Nội soi đại tràng hỗ trợ bóng

Gần đây, hệ thống nội soi đại tràng hỗ trợ bóng đã được giới thiệu. Hệ thống này gồm một dây nội soi đại tràng tiêu chuẩn (có thể sử dụng với mọi hãng và mẫu máy) và một bóng bơm hơi có thể tái sử dụng, được tích hợp cố định ở vị trí cách đầu dây nội soi khoảng 1–2 cm. Bóng được bơm hơi thông qua hệ thống bơm chuyên dụng tạo áp lực neo giữ và có thể đạt đường kính tối đa 60 mm khi được bơm căng hoàn toàn. Việc bơm hơi và xả bóng được điều khiển bằng bàn đạp chân. Khi bóng xẹp, đường kính của dây nội soi chỉ lớn hơn khoảng 0,1 mm so với dây nội soi đại tràng thông thường (Hình 1.3).

Trong quá trình nội soi, dây nội soi được đưa vào khi bóng ở trạng thái xẹp. Khi đã đến manh tràng, bóng được bơm căng một phần và dây nội soi có bóng được rút ra trong thì đưa máy ra. Việc rút dây nội soi với bóng được bơm hơi sẽ làm phẳng các nếp niêm mạc, giữ dây soi ở trung tâm lòng đại tràng và hạn chế hiện tượng trượt trong ĐTT.

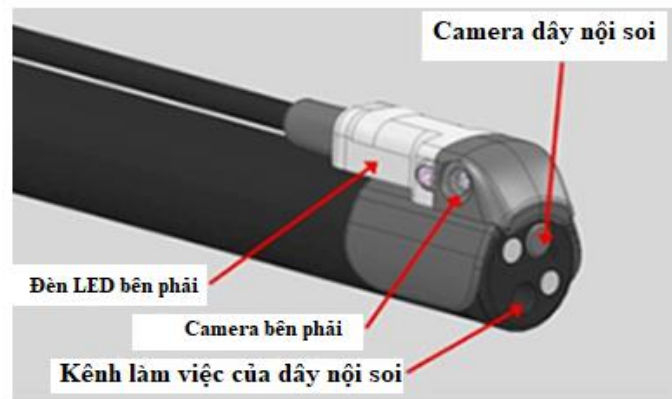


Hình 1.3: Hình ảnh ống nội soi đại tràng có hỗ trợ bóng

(Nguồn: Ian M. Gralnek – 2015 [9])

e. Thiết bị quan sát rộng

Third-Eye Panoramic là một thiết bị mới cho phép quan sát trực tiếp phía sau các nếp niêm mạc và các đoạn gấp của đại tràng. Thiết bị này bao gồm một nắp nhựa có gắn hai camera video, được chiếu sáng bằng đèn LED hướng sang hai bên trái – phải, và một ống thông nhựa mềm chứa dây truyền tín hiệu video. Thiết bị này được gắn vào phần đầu của dây nội soi đại tràng tiêu chuẩn, nó được giữ cố định và chạy dọc theo thân của dây. Đầu gắn của thiết bị được kết nối với bộ xử lý hình ảnh của dây nội soi. Hai hình ảnh từ hai bên của thiết bị được hiển thị ở hai bên của hình ảnh quan sát phía trước, tạo ra hình ảnh video toàn cảnh với góc nhìn trên 300°. Góc nhìn rộng này cho phép quan sát niêm mạc đại tràng phía sau các nếp gấp và các đoạn gấp góc.



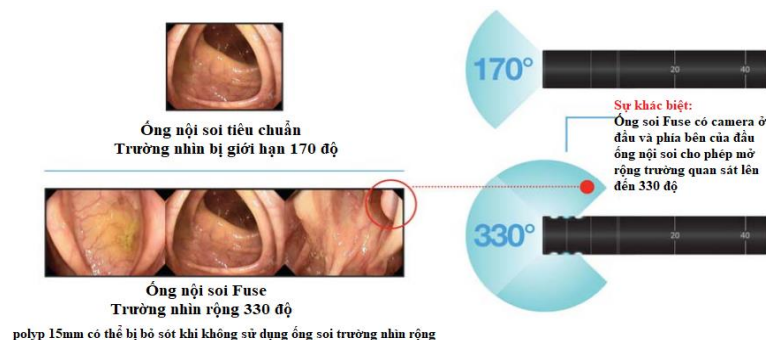
Hình 1.4: Hình ảnh thiết bị quan sát rộng

(Nguồn: Ian M. Gralnek - 2015 [9])

1.1.7.3. Những cải tiến về mặt công nghệ

a. Hệ thống nội soi quang phổ rộng (Full-Spectrum Endoscopy)

Hệ thống nội soi quang phổ rộng (Full-Spectrum Endoscopy – FUSE; EndoChoice, Alpharetta, Georgia, Hoa Kỳ) bao gồm một ống nội soi đại tràng thể hệ mới và một bộ điều khiển trung tâm. Thiết bị này có trường nhìn góc rộng lên tới 330° , đồng thời vẫn giữ đầy đủ các chức năng của ống nội soi đại tràng tiêu chuẩn. Trường nhìn góc rộng này đạt được nhờ sử dụng ba bộ thu hình và các đèn LED được bố trí ở phía trước, hai bên đầu dây nội soi. Các hình ảnh thu được sẽ hiển thị trên ba màn hình liền kề đặt cạnh nhau, từ đó tạo ra trường nhìn 330° cho phép quan sát niêm mạc phía sau nếp gấp [7].

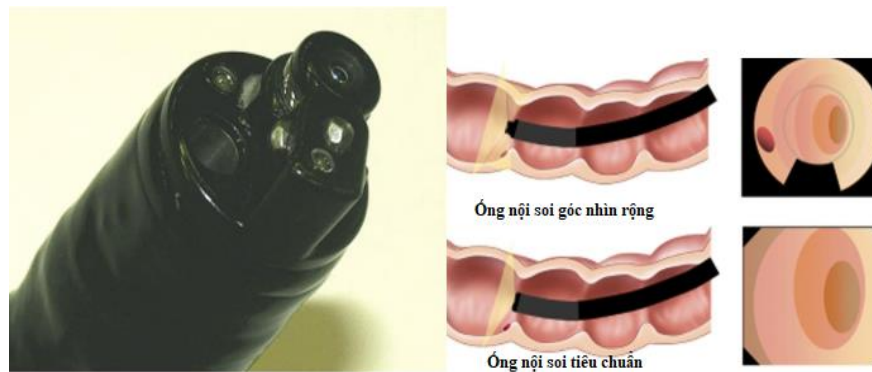


Hình 1.5: Hình ảnh nội soi toàn phổ

(Nguồn: Antonio Facciorusso - 2016 [7])

b. Nội soi đại tràng góc nhìn rộng

Dây nội soi đại tràng góc nhìn rộng là dây nội soi thế hệ mới có đường kính đầu dây 13,9 mm, cạnh thấu kính quan sát phía trước được trang bị thêm một thấu kính quan sát chệch ra sau – bên với góc nhìn từ 144–232°. Thấu kính quan sát chệch sau – bên được bố trí lùi ra từ đầu ống nội soi. Hình ảnh từ cả hai thấu kính được hiển thị đồng thời dưới dạng một hình ảnh duy nhất trên màn hình quan sát. Nhờ đó, một diện tích rộng của niêm mạc đại tràng được khảo sát, cho phép thăm khám đại tràng tỉ mỉ hơn.



Hình 1.6: Hình ảnh nội soi đại tràng góc nhìn rộng

(Nguồn: Ian M. Gralnek - 2015 [9])

1.2. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước

1.2.1. Trên thế giới

Năm 2019, Y. J. Tan và cộng sự nghiên cứu đánh giá các đặc điểm nhân khẩu học, tỷ lệ phát hiện polyp (PDR) và tỷ lệ phát hiện adenoma (ADR) trên 559 bệnh nhân nội soi tại Đơn vị Tiêu hóa, Bệnh viện Serdang (Malaysia). Kết quả cho thấy PDR đạt 20%, cao hơn ở nam so với nữ (22,5% so với 17,1%; $p < 0,05$). Polyp gặp nhiều hơn ở nhóm ≥ 40 tuổi. Các polyp chủ yếu là dạng không cuống (58%), kích thước trung bình 5–9 mm và thường gặp ở đại tràng đoạn xa hơn so với đoạn gần (55,3% so với 38,7%; $p < 0,05$) [22]. Phát hiện này tương đồng với nhiều tài liệu y văn vốn ghi nhận polyp đại trực tràng thường gặp ở nam nhiều hơn so với nữ.

Mặc dù tỷ lệ phát hiện u tuyến (ADR) là thước đo chất lượng vàng trong nội soi đại tràng, nhưng việc tính toán nó tốn thời gian và phụ thuộc vào kết quả mô bệnh học. Do đó, Tỷ lệ phát hiện polyp (PDR) được đề xuất sử dụng như một thước đo thay thế bởi nó dễ dàng tính được dựa trên các báo cáo nội soi. Năm 2020, Li Zeng và cộng sự đã công bố một nghiên cứu hồi cứu trên 7,329 ca nội soi nhằm đánh giá khả năng sử dụng PDR thay ADR trong việc nâng cao chất lượng nội soi đại tràng. Kết quả ghi nhận PDR, ADR lần lượt là 19,1%; 9,3% [24]. Tỷ lệ phát hiện polyp tuyến có thể được dự báo một cách tin cậy từ tỷ lệ phát hiện polyp tại vùng đại tràng ngang và đại tràng xuống. Tuy nhiên, việc dự báo ADR từ PDR tại trực tràng và đại tràng sigma được cho là có độ tin cậy thấp.

Năm 2022, Cristiano Spada và cộng sự đã công bố một nghiên cứu trên 3,365 ca nội soi đại tràng tại 12 quốc gia châu Âu đánh giá tỷ lệ phát hiện polyp đại trực tràng nhằm nâng cao tiêu chuẩn chất lượng nội soi đại tràng, kết quả thu được PDR đạt 40,5% [21]. Nghiên cứu cho thấy các yếu tố liên quan đến PDR theo mức độ ảnh hưởng giảm dần bao gồm: sử dụng thiết bị độ phân giải cao, chỉ số khối cơ thể, giới tính, nhóm tuổi và chỉ định nội soi. Việc sử dụng thiết bị độ phân giải cao làm tăng có ý nghĩa thống kê khả năng phát hiện cả tổn thương dạng phẳng và tổn thương dạng lồi ($p < 0,0001$). Tuy nhiên tồn tại hạn chế do sự đại diện không đồng đều giữa các quốc gia và việc chọn mẫu.

1.2.2. Tại Việt Nam

Năm 2021, Nguyễn Văn Dũng và cộng sự dùng nội soi để tầm soát, chẩn đoán và điều trị polyp đại trực tràng ở 440 bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa dưới. Kết quả, phát hiện 113 bệnh nhân có polyp, tỷ lệ 25,7%. Số bệnh nhân có 1 polyp đơn độc là 41 (36,3%), các bệnh nhân khác có > 2 polyp, bình quân 1 bệnh nhân có 2 polyp. Vị trí polyp: 7 (6,2%) bệnh nhân có nhiều polyp rải khắp ĐTT, 36 (31,9%) ở đại tràng phải và 70 (61,9%) ở đại tràng trái [1].

Tuy nhiên tỷ lệ phát hiện polyp trong cộng đồng có thể cao hơn do nghiên cứu này được thực hiện trên các bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa dưới, bỏ qua nhóm người bệnh có những polyp nhỏ không có triệu chứng.

Năm 2022, Huỳnh Hiếu Tâm và cộng sự nghiên cứu tiên cứu trên 1183 bệnh nhân có chỉ định nội soi đại tràng tại Bệnh Viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2022. Kết quả cho thấy PDR: 30,9% [5]. Nghiên cứu đã chứng minh polyp ĐTT là tổn thương thường gặp nhất và khẳng định polyp ĐTT có liên quan đến lứa tuổi.

Năm 2022, Cao Hùng Phong và cộng sự ứng dụng nội soi dải tần hẹp trong phát hiện và dự đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng trên 305 trường hợp nội soi đại tràng. Kết quả, PDR đạt 38,4%; tuổi là yếu tố làm gia tăng PDR. Độ chính xác, độ nhạy, độ đặc hiệu khi sử dụng nội soi dải tần hẹp phân loại polyp đại trực tràng trong dự đoán mô bệnh học lần lượt là 84,6%, 71,67%, 98,25% [4]. Qua đó cho thấy giá trị công nghệ nội soi dải tần hẹp trong dự đoán mô bệnh học polyp qua nội soi

Năm 2022, Đào Việt Hằng và cộng sự công bố nghiên cứu tiên cứu, ngẫu nhiên, mù đơn, có đối chứng nhằm so sánh tỷ lệ phát hiện và bỏ sót polyp đại tràng gần giữa nội soi truyền thống và nội soi có hỗ trợ trí tuệ nhân tạo. Kết quả cho thấy tỷ lệ bỏ sót polyp ở đại tràng gần lần lượt là 14,6% ở nhóm nội soi truyền thống và 16,1% ở nhóm có trí tuệ nhân tạo hỗ trợ. PDR tương ứng ở 2 nhóm trên lần lượt là 58,1% và 48,8%. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm [2]. Như vậy có thể thấy nội soi đại tràng truyền thống vẫn là công cụ đơn giản, hiệu quả trong sàng lọc phát hiện polyp đại trực tràng.

1.3. Địa bàn nghiên cứu

Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 là bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh hạng I với quy mô 1250 giường bệnh, gồm 46 khoa/phòng, trung tâm. Trong những năm qua, Bệnh viện được đầu tư xây dựng cơ sở vật chất, mua sắm trang thiết

bị tương đối đầy đủ, hiện đại phục vụ cho nhu cầu khám chữa bệnh người dân trên địa bàn và khu vực lân cận.

Khoa Thăm dò chức năng - Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 được thành lập theo QĐ số 50/TCCB ngày 8/4/1997. Trải qua quá trình xây dựng và phát triển, đến nay khoa đã triển khai được nhiều kỹ thuật thăm dò chức năng và điều trị can thiệp, đáp ứng nhu cầu chẩn đoán và điều trị của người bệnh. Trong lĩnh vực nội soi tiêu hóa, số lượt nội soi trong năm 2025 đạt hơn 11.000 lượt. Năm 2025, khoa được trang bị thêm hệ thống nội soi dạ dày - đại tràng Fujifilm EP-6000 góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và hiệu quả điều trị.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả người bệnh được nội soi đại trực tràng toàn bộ tại khoa Thăm dò chức năng - Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 trong thời gian từ tháng 3/2026 đến tháng 8/2026, thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

≥ 18 tuổi

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân bị rối loạn ý thức

Không hoàn tất quá trình chuẩn bị đại tràng

Tiền sử phẫu thuật cắt đoạn đại tràng hoặc trực tràng

Nội soi không hoàn tất (không tới manh tràng)

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 3/2026 đến tháng 8/2026.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Thăm dò chức năng - Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu

Công thức ước lượng cỡ mẫu cho xác định một tỷ lệ:

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

n: Cỡ mẫu tối thiểu

p: tỷ lệ phát hiện polyp đại trực tràng qua nội soi, chọn $p = 25,7\%$ theo nghiên cứu tác giả Nguyễn Văn Dũng và cộng sự (2021), dùng nội soi để tầm

soát, chẩn đoán và điều trị polyp đại trực tràng [1]

Z: trị số từ phân phối chuẩn. Chúng tôi chọn độ tin cậy 95%, $Z = 1,96$

α : xác suất sai lầm loại I = 0,05 (với độ tin cậy là 95%)

d: sai số cho phép, chọn giá trị là 5%

Thay vào công thức ta tính được $n = 293,42$

Chúng tôi lấy cỡ mẫu tối thiểu 294 người bệnh

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu tối thiểu 294 người bệnh.

Các đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ sẽ được chọn vào mẫu nghiên cứu

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

2.6.1. Kỹ thuật thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp người bệnh về tuổi, giới, lý do khám bệnh, triệu chứng lâm sàng.

Quan sát trên kết quả nội soi ghi nhận các thông tin: Bác sĩ thực hiện nội soi, tổng điểm Boston, có hay không sử dụng nắp chụp đầu dây nội soi, các đặc điểm polyp đại trực tràng, thời gian rút dây nội soi.

2.6.2. Các bước tiến hành nghiên cứu:

Thăm khám lâm sàng và kiểm tra tiêu chuẩn vào nghiên cứu

Những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được mời tham gia nghiên cứu và giải thích về các nội dung nghiên cứu.

Phỏng vấn và ghi nhận thông tin vào bệnh án nghiên cứu: tuổi, giới, lý do khám bệnh, triệu chứng lâm sàng

Hướng dẫn người bệnh chuẩn bị đại tràng:

- Chế độ ăn: Ngừng các thuốc có chứa sắt 3-4g ngày trước soi, ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày trước soi.

- Làm sạch đại tràng: Đại tràng được làm sạch bằng đường uống với thuốc polyethylene glycol hoặc sodium phosphate

Người bệnh sau khi hoàn tất quá trình chuẩn bị đại tràng được thực hiện nội soi theo Quy trình nội soi đại trực tràng - Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa chuyên ngành Tiêu hóa năm 2014 của Bộ Y Tế [6]

Nội soi đại tràng trong thì đi vào với đích đến ghi nhận ảnh manh tràng hoặc góc ruột thừa. Nội soi hoàn tất với đích là ghi nhận ảnh ống hậu môn trong thì đi ra

Kết quả nội soi đại tràng được thiết kế theo mẫu gồm thông tin về tổng điểm Boston, ảnh chụp đại trực tràng có ghi nhận giờ tự động, chẩn đoán nội soi. Kết quả nội soi được thu thập và xếp theo từng bác sĩ.

Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án để phân tích. Những bệnh nhân có thông tin thu thập trên bệnh án mẫu không đầy đủ sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

Phân tích và xử lý số liệu bởi phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.7. Các biến số nghiên cứu

Tên biến	Định nghĩa	Phân loại	Phương pháp thu thập
Mục tiêu 1: Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi của người bệnh có polyp đại trực tràng			
<i>Đặc điểm lâm sàng</i>			
Tuổi	Tuổi dương lịch, tính theo năm	Biến rời rạc	Phỏng vấn
Giới tính	đặc điểm sinh học của nam / nữ	Biến nhị phân: nam / nữ	Phỏng vấn
Đau bụng	Cảm giác khó chịu vùng bụng, có thể	Biến nhị phân: có/ không	Phỏng vấn

	đau quặn, đau nhói hoặc đau âm ỉ		
Phân lỏng	Phân lỏng nước, phân nát không thành khuôn	Biến nhị phân: có/ không	Phỏng vấn
Phân máu	Phân máu đỏ tươi hoặc máu thẫm	Biến nhị phân: có/ không	Phỏng vấn
Táo bón	Đại tiện < 3 lần/ tuần	Biến nhị phân: có/ không	Phỏng vấn
<i>Đặc điểm hình ảnh nội soi</i>			
Số lượng polyp	Tổng số polyp đại trực tràng quan sát được, tính theo cái	Biến rời rạc	Quan sát
Vị trí polyp	Vị trí đoạn đại tràng có polyp	Biến danh mục: manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống đại tràng sigma, trực tràng	Quan sát
Kích thước polyp	được ước lượng bằng kim sinh thiết	Biến rời rạc	Quan sát
Hình thái polyp	Khối lồi có nguồn gốc từ niêm mạc đại trực tràng được xác định theo phân	Biến danh mục, chia 6 nhóm: 0-Is, 0-Ip, 0-IIa, 0-IIb, 0-IIc, 0-III	Quan sát

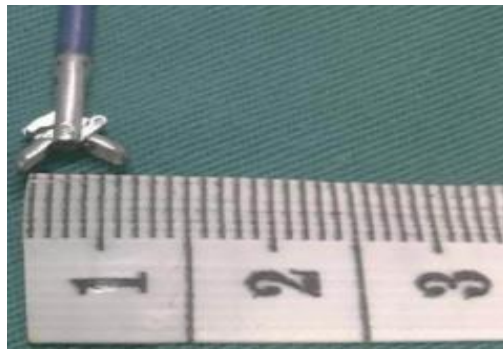
	loại Paris		
Mục tiêu 2: tỷ lệ phát hiện polyp và nhận xét một số yếu tố liên quan			
Tỷ lệ phát hiện polyp qua nội soi	tỷ lệ số bệnh nhân có ít nhất một polyp trong tổng số bệnh nhân được nội soi đại trực tràng toàn bộ	Biến liên tục	Tính toán theo phần mềm
Tổng điểm Boston	được tính theo tổng điểm Boston chấm tại 3 vị trí: đại tràng phải, đại tràng ngang và đại tràng trái	Biến rời rạc, chia làm 2 nhóm: < 6 điểm; ≥ 6 điểm	Quan sát
Kinh nghiệm bác sĩ nội soi	Số năm làm nội soi từ sau khi có chứng chỉ nội soi đại tràng	Biến rời rạc, chia làm 2 nhóm: < 5 năm; ≥ 5 năm	Phỏng vấn
Thời gian rút dây nội soi	Tính theo phút, tính từ khi lấy ảnh manh tràng đến khi lấy ảnh ống hậu môn	Biến liên tục, chia làm 2 nhóm: < 6 phút; ≥ 6 phút	Quan sát
Nắp chụp đầu dây nội soi	Dụng cụ được gắn tại vị trí đầu dây nội soi	Biến nhị phân: có/không	Quan sát

Vị trí đại tràng	Vị trí đoạn đại tràng có polyp	Biến danh mục: đại tràng phải, đại tràng trái	Quan sát
------------------	--------------------------------	---	----------

2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá

Kích thước polyp:

Kích thước polyp được ước lượng theo độ mở kim sinh thiết với kích thước độ mở kim tối đa là 7mm và khi đóng kim là 3mm, được chia làm 3 nhóm: < 5 mm; 5 – 10 mm; > 10 mm



Hình 2.1: Ước lượng kích thước polyp bằng kim sinh thiết

Thang điểm Boston:

- Được sử dụng để đánh giá mức độ sạch của đại tràng trong quá trình thực hiện nội soi

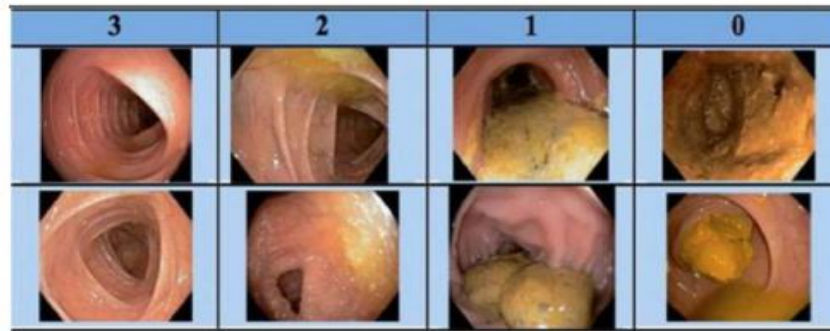
- Cách chấm điểm: Điểm Boston được chấm tại ba đoạn đại tràng bao gồm đại tràng phải, đại tràng ngang và đại tràng trái. Mỗi đoạn đại tràng được chấm điểm từ 0 đến 3 dựa trên mức độ sạch của niêm mạc. Tổng điểm Boston là tổng điểm của ba đoạn, với giá trị tối đa là 9 điểm [11].

+ 0 điểm (chưa đủ): đoạn đại tràng không chuẩn bị, niêm mạc không quan sát được do phân rắn không thể làm sạch.

+ 1 điểm (không tốt): một phần niêm mạc của đoạn đại tràng có thể quan sát được, nhưng những vùng khác của đoạn đại tràng không thể quan sát được tốt do phẩm màu, sót phân và/hoặc chất lỏng đục.

+ 2 điểm (tốt): lượng phân còn sót lại ít, phân nhỏ và/hoặc chất lỏng đục, nhưng niêm mạc của đoạn đại tràng có thể quan sát được.

+ 3 (rất tốt): thấy rõ toàn bộ niêm mạc của đoạn đại tràng, không còn vệt bẩn, phân nhỏ hoặc chất lỏng đục



Hình 2.2: Đánh giá mức độ sạch ruột theo thang điểm Boston

(Nguồn: *Kastenberg và cộng sự World J Gastroenterol. 2009 [11]*)

Thời gian rút dây nội soi:

Là hiệu số giữa thời gian trên ảnh chụp ống hậu môn và thời gian ảnh chụp manh tràng hoặc góc ruột thừa

Phân nhóm 2 đoạn đại tràng:

- Đại tràng phải gồm: manh tràng, đại tràng lên và đại tràng ngang
- Đại tràng trái gồm: đại tràng xuống, đại tràng sigma và trực tràng

2.9. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu từ bệnh án nghiên cứu được nhập vào máy tính, làm sạch và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Các biến định tính được mô tả dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

- Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân bố chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu phân bố không chuẩn.

- So sánh tỷ lệ sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's Exact Test đối với các biến phân bố chuẩn; các kiểm định phi tham số được áp dụng khi phân bố không chuẩn. Mức ý nghĩa thống kê được chấp nhận khi $p < 0,05$.

2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

- Người tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu, lợi ích và trách nhiệm khi tham gia. Thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối.

- Người tham gia không nhận thù lao và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

- Các kỹ thuật chuyên môn liên quan đến bệnh nhân được thực hiện đúng quy trình chuyên ngành.

2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

- Các sai số có thể gặp trong nghiên cứu này gồm

+ Các sai số chẩn đoán

+ Sai số do ghi nhận thông tin từ bệnh án của bệnh viện sang bệnh án nghiên cứu.

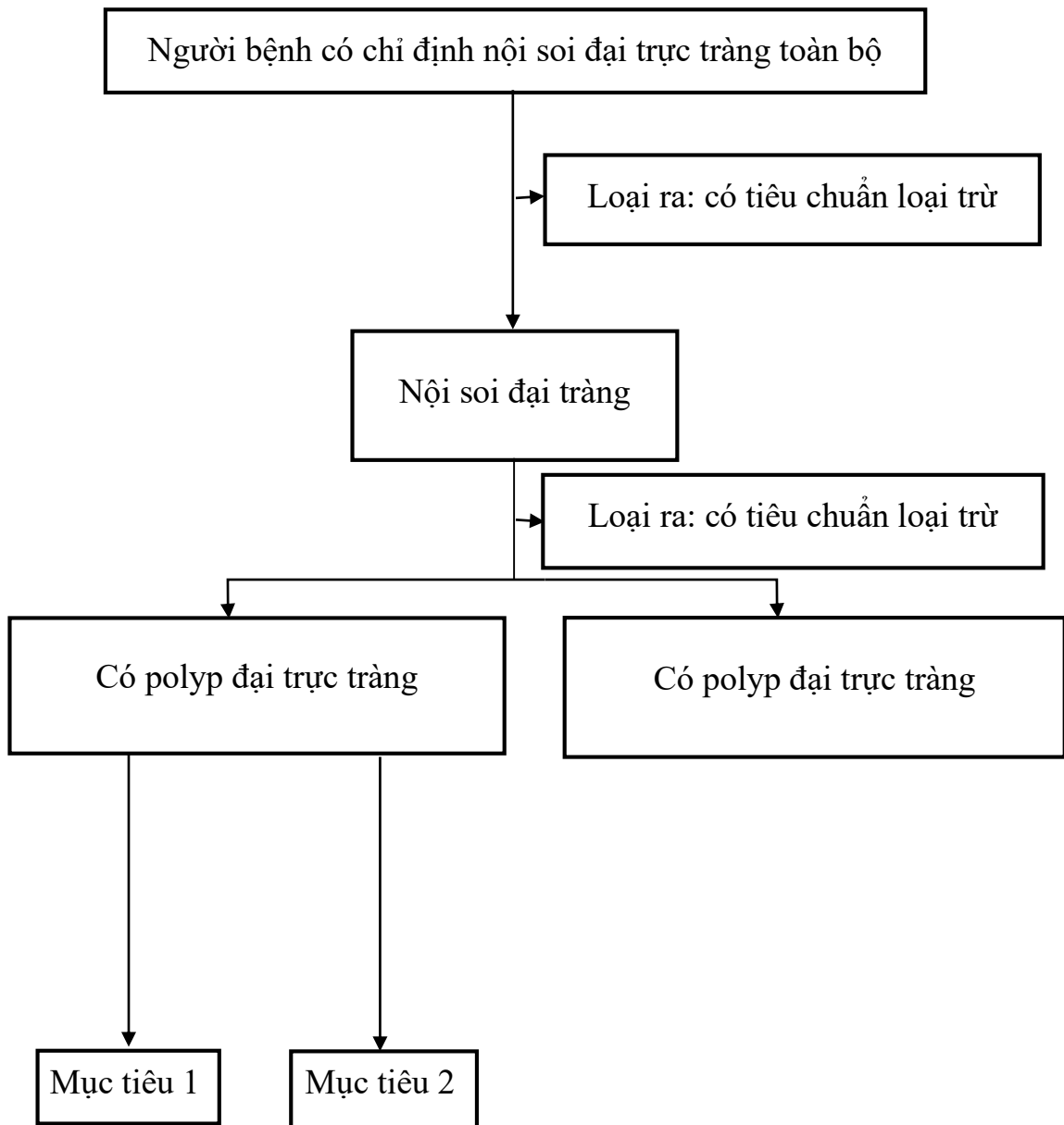
+ Sai số do nhập số liệu vào máy tính.

- Để hạn chế sai số có thể ảnh hưởng đến kết quả, nghiên cứu áp dụng các biện pháp sau:

+ Tập huấn cán bộ, thống nhất tiêu chuẩn chẩn đoán

+ Kiểm tra kỹ thông tin trên hồ sơ bệnh án của bệnh viện trước khi ghi nhận sang bệnh án nghiên cứu.

+ Các số liệu sau khi đã nhập vào máy tính, được đối chiếu lại với các thông số ở bệnh án nghiên cứu.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

Chương 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi ở người bệnh có polyp ĐTT

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1: Đặc điểm tuổi

Tuổi	Có polyp n,%	Không polyp n,%
< 30		
30 – 49		
50 – 59		
≥ 60		
$\bar{X} \pm SD$		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.2: Đặc điểm giới tính

Giới	Có polyp n,%	Không polyp n,%
Nam		
Nữ		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.3: Lý do khám bệnh

Lý do khám bệnh	Có polyp n,%	Không polyp n,%
Đau bụng		
Phân lỏng		
Phân máu		
Táo bón		
Kiểm tra sức khỏe		
Tổng		

Nhận xét:

3.1.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi

Bảng 3.4: Đặc điểm số lượng polyp ĐTT

Số lượng polyp ĐTT (cái)	Số lượng	Tỷ lệ %
0		
1		
2		
3		
4		
≥ 5		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.5: Đặc điểm vị trí polyp ĐTT.

	Số lượng	Tỷ lệ %
Manh tràng		
Đại tràng lên		
Đại tràng ngang		
Đại tràng xuống		
Đại tràng sigma		
Trực tràng		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.6: Đặc điểm kích thước polyp ĐTT (milimet)

Kích thước (milimet)	Số lượng	Tỷ lệ %
< 5mm		
5 – 10mm		
> 10mm		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.7: Đặc điểm hình thái polyp ĐTT theo phân loại Paris

Hình thái	Số lượng	Tỷ lệ %
0-Is		
0-Ip		
0-IIa		
0-IIb		
0-IIc		
0-III		
Tổng		

Nhận xét:

3.2. Tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT qua nội soi

Bảng 3.8: Tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT qua nội soi

	Số lượng	Tỷ lệ %
Có polyp		
Không polyp		
Tổng		

Nhận xét:

3.3. Một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT

Bảng 3.9: Mức độ sạch đại tràng với tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT

	Tổng điểm Boston		p
	≥ 6 điểm	< 6 điểm	
Có polyp (n, %)			
Không polyp (n, %)			
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.10: Số năm kinh nghiệm bác sĩ nội soi với tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT

	Số năm kinh nghiệm		p
	≥ 5 năm	< 5 năm	
Có polyp (n, %)			
Không polyp (n, %)			
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.11: Thời gian rút dây nội soi với tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT

	Thời gian rút dây		p
	≥ 6 phút	< 6 phút	
Có polyp (n, %)			
Không polyp (n, %)			
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.12: Nội soi có gắn nắp chụp đầu dây với tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT

	Có nắp chụp	Không nắp chụp	p
Có polyp (n, %)			
Không polyp (n, %)			
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.13: Vị trí đại tràng với tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT

	Đại tràng trái	Đại tràng phải	p
Có polyp (n, %)			
Không polyp (n, %)			
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.14: Kích thước polyp trung bình
với một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ phát hiện polyp ĐTT

Yếu tố		Số lượng	Kích thước trung bình
Tổng điểm Boston	< 6 điểm		
	≥ 6 điểm		
Nội soi gắn nắp chụp	Có		
	Không		

Nhận xét:

Bảng 3.15: Hình thái polyp với nắp chụp đầu dây nội soi

	Có nắp chụp n,%	Không nắp chụp n,%	p
0-Is			
0-Ip			
0-IIa			
0-IIb			
0-IIc			
0-III			
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.16: Dùng nắp chụp đầu dây nội soi với vị trí đại tràng

	Có nắp chụp n,%	Không nắp chụp n,%	p
Đại tràng trái			
Đại tràng phải			
Tổng			

Nhận xét:

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Văn Dũng và Châu Hữu Hầu (2021), "Nhận xét, đánh giá về chẩn đoán lâm sàng, nội soi và giải phẫu bệnh ở bệnh nhân có polyp đại trực tràng", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 509(2).
2. Đào Việt Hằng và các cộng sự. (2022), "Kết quả ứng dụng nội soi đại tràng có hỗ trợ trí tuệ nhân tạo trong phát hiện polyp đại tràng gần", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 519(2).
3. Bệnh viện Bạch Mai (2022), *Cẩm nang chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội.
4. Cao Hùng Phong và các cộng sự. (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 sài gòn", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*(52), tr. 142-150.
5. Huỳnh Hiếu Tâm và các cộng sự. (2022), "Đặc điểm lâm sàng, đặc điểm nội soi ở các bệnh nhân có bệnh lý đại tràng đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*(55), tr. 1-7.
6. Bộ Y Tế (2014), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

Tiếng Anh

7. Antonio Facciorusso và Nicola Muscatiello (2018), "Colon Polypectomy: Current Techniques and Novel Perspectives", Springer, tr. 13 - 27.
8. P. Gkolfakis và các cộng sự. (2018), "Colonoscopy attachments for the detection of precancerous lesions during colonoscopy: A review of the literature", *World J Gastroenterol*. 24(37), tr. 4243-4253.
9. I. M. Gralnek (2015), "Emerging technological advancements in colonoscopy: Third Eye® Retroscope® and Third Eye® Panoramic(TM) ,

Fuse® Full Spectrum Endoscopy® colonoscopy platform, Extra-Wide-Angle-View colonoscope, and NaviAid(TM) G-EYE(TM) balloon colonoscope", *Dig Endosc.* 27(2), tr. 223-31.

10. S. Gupta và các cộng sự. (2020), "Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer", *Gastroenterology.* 158(4), tr. 1131-1153.e5.
11. D. Kastenber, G. Bertiger và S. Brogadir (2018), "Bowel preparation quality scales for colonoscopy", *World J Gastroenterol.* 24(26), tr. 2833-2843.
12. D. J. Kim và các cộng sự. (2015), "Efficacy of cap-assisted colonoscopy according to lesion location and endoscopist training level", *World J Gastroenterol.* 21(20), tr. 6261-70.
13. T. J. W. Lee và các cộng sự. (2013), "Longer mean colonoscopy withdrawal time is associated with increased adenoma detection: evidence from the Bowel Cancer Screening Programme in England", *Endoscopy.* 45(01), tr. 20-26.
14. S. C. Ng và các cộng sự. (2012), "The efficacy of cap-assisted colonoscopy in polyp detection and cecal intubation: a meta-analysis of randomized controlled trials", *Am J Gastroenterol.* 107(8), tr. 1165-73.
15. M. Øines và các cộng sự. (2017), "Epidemiology and risk factors of colorectal polyps", *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 31(4), tr. 419-424.
16. M. O. Othman và các cộng sự. (2017), "Cap-Assisted Colonoscopy Increases Detection of Advanced Adenomas and Polyps", *Am J Med Sci.* 353(4), tr. 367-373.
17. Workshop Participants in the Paris (2003), "The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002", *Gastrointestinal Endoscopy.* 58(6), tr. S3-S43.
18. L. Rabeneck và các cộng sự. (2010), "Association between colonoscopy rates and colorectal cancer mortality", *Am J Gastroenterol.* 105(7), tr. 1627-32.

19. A. Shaukat và các cộng sự. (2021), "ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021", *Am J Gastroenterol.* 116(3), tr. 458-479.
20. N. Shussman và S. D. Wexner (2014), "Colorectal polyps and polyposis syndromes", *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2(1), tr. 1-15.
21. C. Spada và các cộng sự. (2022), "Factors Associated with Polyp Detection Rate in European Colonoscopy Practice: Findings of The European Colonoscopy Quality Investigation (ECQI) Group", *Int J Environ Res Public Health.* 19(6).
22. Y. J. Tan, T. Wendy và J. Y. Chieng (2019), "Detection rate of colonic polyp among patients who had undergone colonoscopy at gastroenterology unit of Serdang Hospital, Malaysia", *Med J Malaysia.* 74(1), tr. 20-24.
23. WHO classification of tumours; (2019), "Digestive System Tumours", World Health Organization, Washington.
24. L. Zeng và các cộng sự. (2020), "Actual and estimated adenoma detection rates: a 2-year monocentric colonoscopic screening outcome in Shenzhen, China", *JGH Open.* 4(4), tr. 707-712.

PHỤ LỤC
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số hồ sơ:

1. Hành chính:

Họ và tên bệnh nhân:

Tuổi:

Giới tính: Nam/Nữ.....

Ngày thực hiện nội soi:.....

Bác sĩ nội soi: Số năm kinh nghiệm:năm.

2. Lý do khám bệnh

	Có	Không
Đau bụng	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phân lỏng	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phân máu	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Táo bón	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiểm tra sức khỏe	: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Đặc điểm nội soi

Tổng điểm Boston:.... điểm

2.1. Số lượng polyp ĐTT

Vị trí		Số lượng	
Đại tràng trái	Trực tràng		
	ĐT sigma		
	ĐT xuống		
Đại tràng phải	ĐT ngang		
	ĐT lên		
	Manh tràng		
Tổng số			

2.2. Vị trí

	Polyp 1	Polyp 2	Polyp 3	Polyp 4	Polyp 5	Polyp 6	Polyp 7
Trực tràng							
ĐT sigma							
ĐT xuống							
ĐT ngang							
ĐT lên							
Manh tràng							

2.3. Kích thước

	Polyp 1	Polyp 2	Polyp 3	Polyp 4	Polyp 5	Polyp 6	Polyp 7
Kích thước (mm)							

2.4. Hình thái theo phân loại Paris

Hình thái	Polyp 1	Polyp 2	Polyp 3	Polyp 4	Polyp 5	Polyp 6	Polyp 7
0-Is							
0-Ip							
0-IIa							
0-IIb							
0-IIc							
0-III							

3. Thời gian rút dây nội soi

Thời gian trên ảnh manh tràng hoặc gốc ruột thừa:.....

Thời gian trên ảnh ống hậu môn:.....

Thời gian rút dây nội soi: phút

4. Nội soi gắn nắp chụp

Sử dụng nắp chụp đầu dây nội soi: có / không