

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA BỆNH POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

NGUYỄN THỊ CHÍN – *Bệnh viện Kiến An Hải Phòng*
NGUYỄN VĂN QUÂN – *Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (PLĐTT) là một bệnh lý tương đối phổ biến trong nhóm bệnh ở đường tiêu hóa dưới. Polyp là khối u lồi vào lòng đại trực tràng, nó được hình thành do sự tăng sản quá mức của lớp niêm mạc [2],[4]. Triệu chứng lâm sàng của bệnh thường là kín đáo, không điển hình và không đặc hiệu, do vậy việc phát hiện và chẩn đoán PLĐTT thường khó khăn. Những năm trước đây, việc chẩn đoán polyp đại trực tràng chủ yếu dựa vào chẩn đoán hình ảnh X-quang nhưng nhiều trường hợp đã bị bỏ qua do hạn chế của phương pháp này. Trong những năm gần đây, nhờ kỹ thuật nội soi ống mềm đã giúp ích rất nhiều trong chẩn đoán các bệnh lý đường tiêu hóa trong đó có polyp đại trực tràng [6],[7]. Chính vì vậy, số lượng người bệnh có polyp ĐTT được chẩn đoán ngày càng nhiều. So với các polyp khác, polyp đại trực tràng có nguy cơ ác tính cao. Nó có thể trở thành ung thư khi kích thước và đặc tính mô bệnh học của nó bị biến đổi, đã có nhiều nghiên cứu cho thấy: hơn 95% ung thư đại trực tràng có nguồn gốc từ polyp [5]. Chính vì vậy, để tìm hiểu tình trạng polyp đại trực tràng tại thành phố Hải Phòng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở bệnh nhân polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Việt Tiệp - Hải Phòng nhằm mục tiêu *Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của bệnh polyp đại trực tràng.*

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Từ tháng 06 năm 2010 đến tháng 06 năm 2013 tại Trung tâm nội soi Tiêu hóa Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng.

2. Đối tượng nghiên cứu

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định polyp ĐTT, triệu chứng lâm sàng có thể có ít nhất một là: gầy sút, đau bụng, rối loạn phân, đại tiện ra máu

- Xét nghiệm: - Nội soi: Có u trong lòng ĐTT, sinh thiết làm mô bệnh học.

- Mô bệnh học: Xác định là polyp ĐTT.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân khám bệnh có nội soi ĐTT nhưng không tiến hành sinh thiết hoặc sinh thiết nhưng không có kết quả giải phẫu bệnh lý hoặc bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

3.2. Cơ mẫu: Nghiên cứu trên 46 bệnh nhân PLĐTT.

3.3. Chọn mẫu nghiên cứu: Chọn chủ đích những BN đến khám tại Bệnh viện Việt Tiệp, được chỉ định nội soi đại trực tràng, làm giải phẫu bệnh lý

chẩn đoán PLĐTT.

4. Nội dung nghiên cứu

* *Thăm khám lâm sàng:* Các triệu chứng cơ năng và khám thực thể

* *Nội soi đại trực tràng*

- Trang thiết bị: Máy nội soi đại tràng ống mềm Olympus CF – Q150I của Nhật Bản; kim sinh thiết; lọ đựng bệnh phẩm có chứa dung dịch formon 10% để ngâm cố định bệnh phẩm.

- Chuẩn bị bệnh nhân: Giải thích cho BN về thủ thuật soi để BN yên tâm và chuẩn bị tốt cho quá trình soi. Bệnh nhân được hẹn soi trong buổi chiều, buổi sáng được uống một lọ FLEED PHOSPHO- SODA 45 ML pha trong 200 ml nước lọc uống hết, sau đó uống thêm khoảng 1 lít nước lọc nữa. 30 phút sau khi uống lọ thứ nhất pha lọ thứ 2 vào 200 ml nước lọc uống hết, ngay sau đó uống thêm 2 lít nước lọc nữa (có thể uống thêm càng nhiều nước càng tốt), ngừng uống trước khi làm nội soi 2h.

- Tiến hành soi ĐTT tại trung tâm nội soi Bệnh viện Việt Tiệp.

- Quá trình soi ĐTT: Tư thế nằm, thăm trực tràng, kỹ thuật đưa máy soi từ hậu môn.

nhận xét đặc điểm đại thể của polyp qua nội soi như: Số lượng polyp, kích thước, vị trí, hình dạng, màu sắc, hình thái của polyp. Hình ảnh nội soi luôn được nhận định bởi 3 bác sĩ chuyên khoa nội soi.

* *Sinh thiết làm mô bệnh học với kỹ thuật:* Nhóm polyp đại trực tràng: Nếu quá trình soi có polyp, tiến hành sinh thiết vào đỉnh và chân của polyp mỗi chỗ lấy 2 mảnh. Trường hợp nhiều polyp đồng nhất về hình dạng và hình thái, chọn những polyp có kích thước lớn nhất để sinh thiết. Trường hợp nhiều polyp không đồng nhất về hình dạng, hình thái và màu sắc, chọn polyp điển hình cho từng loại để sinh thiết. Các mảnh sinh thiết sau khi được cố định bằng dung dịch Formol 10% tiếp theo chuyển sang vùi nên rồi cắt thành những lớp mỏng khoảng 3µm và được nhuộm HE và đọc kết quả trên kính hiển vi quang học. Kỹ thuật được thực hiện tại khoa Giải phẫu bệnh lý (GPBL) Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

* *Đọc kết quả mô bệnh học:* Dựa theo phân loại của Morson năm 1976 và bổ sung phân loại chi tiết của WHO năm 2000

Số liệu thu thập được xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

1.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi, giới

Bảng 1. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng cộng		
	n	%	n	%	n	%	
20 – 29	2	4,4	2	4,4	4	8,7	
30 – 39	3	6,5	2	4,4	5	10,9	
40 – 49	5	10,9	3	6,5	8	17,3	
50 – 59	6	13,0	5	10,9	11	23,9	
> 60	10	21,7	8	17,3	18	39,2	
Tổng số	26	56,5	20	43,5	46	100	
X±SD	54,0 ± 15,3 tuổi						

Nhận xét: Nhóm tuổi 20 - 29 chiếm tỉ lệ thấp nhất là 8,7%. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỉ lệ cao nhất là 39,2%. Trong tổng số 46 BN nghiên cứu tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

1.2. Phân bố đối tượng bệnh nhân theo địa lý (chỗ ở): BN nội thành: 21 BN chiếm 45,6% và BN ngoại thành là 25 BN, chiếm 54,4%. Sự khác biệt giữa hai nhóm BN không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

1.3. Thời gian xuất hiện triệu chứng

Bảng 2. Thời gian xuất hiện triệu chứng lâm sàng

Thời gian xuất hiện TC (*)	<6 tháng	6th - 1năm	1 – 2 năm	> 2 năm	Tổng
N	19	17	7	3	46
%	41,3	37,0	15,2	6,5	100
$p < 0,05$					

(*) Triệu chứng lâm sàng ở đường tiêu hóa như đau bụng, rối loạn phân, đại tiện ra máu...

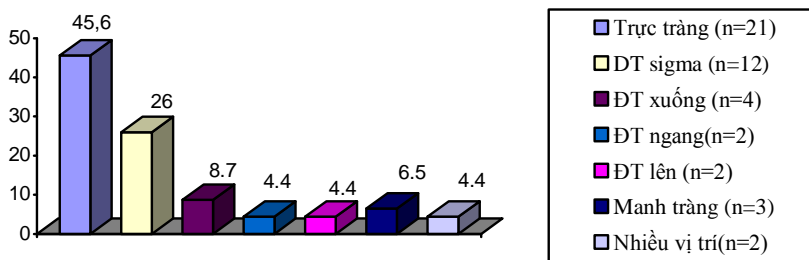
Nhận xét: - Số BN có triệu chứng LS dưới 6 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất là 41,3%.

- Số BN xuất hiện dấu hiệu LS đến khám trên 2 năm chiếm tỉ lệ thấp nhất là 6,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

1.4. Tiền sử bản thân: Dấu hiệu chủ yếu như đi ngoài phân có máu 31 BN, chiếm 67,4%. Trong đó có 5 BN(10,9%) có cả hai dấu hiệu là đi ngoài ra máu và có hội chứng lỵ, có 6 BN(13,0%) có hội chứng lỵ tái diễn nhiều lần, có 4 BN (8,7%) không có các dấu hiệu rối loạn phân trong tiền sử. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

2. Đặc điểm hình ảnh polyp trên nội soi

2.1. Vị trí polyp Tỉ lệ %



Hình 1. Sự phân bố vị trí polyp trong đại trực tràng

Nhận xét: - Polyp gặp ở vị trí trực tràng chiếm cao nhất chiếm 45,5% (21 BN), sau đó đến đại tràng sigma chiếm 26,0% (12 BN).

- Vị trí polyp ở đại tràng ngang, đại tràng lên, ở nhiều vị trí cùng chiếm tỉ lệ thấp nhất là 4,4%. Sự khác biệt về tỷ lệ polyp theo ở vị trí trực tràng, đại tràng sigma so với các vị trí khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.2. Số lượng polyp trên bệnh nhân

Bảng 3. Phân loại bệnh nhân theo số lượng polyp

	Số lượng polyp					Tổng
	Đơn polyp	Đa polyp				
		1	2	3	6	
n	35	6	3	1	1	46
%	76,1	13,0	6,5	2,2	2,2	100
$P < 0,05$						

Nhận xét: Trong 46 BN nội soi có polyp ĐTT phát hiện 71 polyp các loại. Số lượng polyp trên một BN trung bình là 1,54. Số BN có một polyp là 35 BN chiếm tỷ lệ 76,1%. Số BN có 2 polyp chiếm 13,0% (6 BN). Số BN có 3 polyp là 6,5% (3 BN), BN có 6 và 9 (1 BN) polyp đều là 2,2%. Tỷ lệ BN polyp đơn độc

cao hơn BN đa polyp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.3. Kích thước polyp: Tần suất polyp có kích thước < 10 mm chiếm tỉ lệ cao nhất là 60,9%, tần suất polyp có kích thước từ 10mm – 20mm chiếm tỉ lệ 32,6%. Polyp có kích thước > 20 mm có tần suất thấp nhất là 6,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.4. Hình dạng polyp: Tỷ lệ polyp có cuống là 24 BN, chiếm 52,2%, tỷ lệ polyp nửa cuống và không cuống tương ứng là 12 BN chiếm 26,1% và 10 BN chiếm 21,7%. Không có sự khác biệt tỷ lệ các nhóm về hình dạng polyp ($p > 0,05$).

2.5. Bề mặt polyp: Bề mặt polyp quan sát được trên nội soi: có 30 polyp (chiếm 65,2%) có bề mặt nhẵn, 11 polyp (chiếm 23,9%) có bề mặt sần sùi, một số polyp có dạng múi hoặc hình súp lơ, 5 polyp (chiếm 10,9%) có loét ở phần đầu polyp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.6. Màu sắc polyp: Có 32 polyp (chiếm 69,6%) màu hồng gần giống màu sắc của niêm mạc đại trực tràng. Có 14 polyp (chiếm 30,4%) có màu sẫm. Như vậy, tỉ lệ về màu sắc giữa 2 loại polyp phân theo màu sắc khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3. Đặc điểm mô bệnh học

3.1. Các túyp mô bệnh học

Bảng 4. Phân loại túyp mô bệnh học

	Loại mô bệnh học	n	%	p
Polyp u tuyến	Ổng nhỏ	18	54,5	>0,05
	Nhung mao	6	18,2	
	Ổng nhỏ - nhung mao	8	24,3	
	Tổng	33	100	
Polyp tăng sản	Đơn thuần	3	23,1	< 0,05
	Có viêm	8	61,5	
	Có u tuyến	2	15,4	
	Tổng	13	100	

Nhận xét: Ở polyp u tuyến, polyp ống nhỏ nhiều nhất chiếm 54,5%, tiếp theo là polyp ống nhỏ - nhung mao chiếm 24,3 % và thấp nhất polyp nhung mao chiếm 18,2%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Ở polyp tăng sản, polyp có viêm chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,5%, tiếp theo là polyp đơn thuần chiếm 23,1% và thấp nhất polyp có u tuyến chiếm 15,4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Sự khác biệt giữa polyp u tuyến và polyp tăng sản khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

3.2. Đặc điểm mô bệnh học theo tuổi

Bảng 5. Đặc điểm mô bệnh học theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Polyp u tuyến			Polyp tăng sản			Tổng
	Ổng nhỏ	Nhung mao	Ổng nhỏ-NM	Đơn thuần	Viêm	U tuyến	
20 - 29	1	0	0	1	2	0	4
30 - 39	2	0	1	0	2	0	5
40 - 49	4	1	1	0	1	1	8
50 - 59	4	2	2	1	1	1	11
> 60	7	3	5	1	2	0	18
Tổng (%)	18 (39,1%)	6 (13,0%)	9 (19,6%)	3 (6,5%)	8 (17,4%)	2 (4,4%)	46 (100%)

$p>0,05$

Nhận xét: Nhóm tuổi > 60 có tỷ lệ polyp u tuyến ống nhỏ cao nhất(39,1%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

3.3. Đặc điểm mô bệnh học theo giới tính

Bảng 6. Đặc điểm mô bệnh học theo giới tính

MBH	Polyp u tuyến			Polyp tăng sản			Tổng
	Ổng nhỏ	Nhung mao	Ổng nhỏ-NM	Đơn thuần	Viêm	U tuyến	
Nam	10	3	5	2	5	1	26 (56,5%)
Nữ	8	3	4	1	3	1	20 (43,5%)
Tổng (%)	18 (39,1%)	6 (13,0%)	9 (19,6%)	3 (6,5%)	8 (17,4%)	2 (4,4%)	46 (100%)

Nhận xét: Polyp ống nhỏ chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai giới là 21,7% và 17,4%, polyp u tuyến có tỷ lệ là 2,2% ở cả hai giới, tuy nhiên sự khác biệt giữa tỷ lệ các nhóm mô bệnh học ở BN nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 7. Đặc điểm nội soi của nhóm polyp u tuyến

Loại polyp u tuyến	Ổng nhỏ		Nhung mao		Ổng nhỏ- NM		
	n= 18	%	n= 6	%	n= 9	%	
Hình ảnh nội soi	<1cm	13	72,2	3	50,0	6	66,7
	1 – 2cm	5	27,8	2	33,3	2	22,2
	> 2cm	0	0	1	16,7	1	11,1
Số lượng	Polyp đơn	15	83,3	4	66,7	6	66,7
	Đa polyp	3	16,7	2	33,3	3	33,3
	Bệnh polyp	0	0	0	0	0	0
Hình dạng	Có cuống	13	72,2	1	16,7	2	22,2
	Bán cuống	3	16,7	2	33,3	4	44,5
	Không cuống	2	11,1	3	50,0	3	33,3
Bề mặt	Nhẵn	12	71,4	3	50,0	5	55,6
	Sùi	4	28,6	2	33,3	3	33,3
	Loét	2	11,1	1	16,7	1	11,1
Màu sắc	Hồng	13	72,2	3	50,0	6	66,7
	Sẫm	5	27,8	3	50,0	3	33,3

Nhận xét: - Tần suất polyp u tuyến ống nhỏ đều hay gặp ở dạng đơn polyp chiếm tới 83,3%. Nó đa phần có cuống (72,2%), có bề mặt nhẵn, màu hồng (71,4%).

- Polyp u tuyến nhung mao gặp ở tất cả các hình thái, kích thước, màu sắc.

- Polyp u tuyến ống nhỏ - nhung mao đều hay gặp ở dạng đơn polyp (66,7%) và có bề mặt nhẵn, màu

hồng (55,6%).

Bảng 8. Đặc điểm nội soi của nhóm polyp tăng sản

Loại polyp tăng sản	Đơn thuần		Có viêm		Có u tuyến		
	n= 3	%	n = 8	%	n = 2	%	
Hình ảnh nội soi	<10 mm	1	33,3	4	50,0	1	50,0
	10 – 20 mm	2	66,7	3	37,5	1	50,0
	> 20 mm	0	0	1	12,5	0	0
Kích thước	Polyp đơn	2	66,7	7	87,5	1	50,0
	Đa polyp	1	33,3	1	25,0	1	50,0
	Bệnh polyp	0	0	0	0	0	0
Số lượng	Có cuống	1	33,3	5	62,5	2	100
	Bán cuống	1	33,3	2	25,0	0	0
	Không cuống	1	33,4	1	12,5	0	0
Hình dạng	Nhẵn	2	66,7	7	87,5	1	50,0
	Sùi	1	33,3	1	12,5	0	0
	Loét	0	0	0	0	1	50
Bề mặt	Hồng	3	100	6	75	1	50
	Sẫm	0	0	2	25	1	40

Nhận xét:- Polyp tăng sản đơn thuần thường có kích thước nhỏ chiếm tỉ lệ cao nhất (66,7%), gặp ở đơn polyp, bề mặt nhẵn màu hồng, có nhiều hình dạng khác nhau.

- Polyp tăng sản có viêm thường có kích thước nhỏ, dạng đơn polyp (chiếm 87,5%), có cuống (62,5%), bề mặt nhẵn (87,5%), màu hồng.

- Polyp tăng sản có u tuyến thường có cuống, gặp ở tất cả các kích thước, màu sắc.

- Tần suất polyp loạn sản nhẹ chiếm 75%, tiếp theo là loạn sản vừa chiếm 16,7%, loạn sản nặng ít nhất chiếm tỉ lệ 8,3%.

Bảng 9. Mức độ loạn sản theo loại polyp

Loại polyp	Polyp u tuyến		Polyp tăng sản	
	n	%	n	%
Mức độ loạn sản				
Loạn sản nhẹ	8	72,7	1	100
Loạn sản vừa	2	18,2	0	0
Loạn sản nặng	1	9,1	0	0
Tổng cộng	11	100	1	100

Nhận xét: Ở nhóm polyp u tuyến, đa số là loạn sản nhẹ chiếm 72,7 %, tiếp theo là loạn sản vừa chiếm 18,2%, loạn sản nặng ít nhất chiếm tỷ lệ 9,1%. Ở nhóm polyp tăng sản chỉ gặp 1 trường hợp loạn sản nhẹ, không gặp loạn sản vừa và nặng. Trong số 12 loạn sản có 11 loạn sản ở nhóm polyp u tuyến chiếm 91,7 %, còn lại 1loạn sản ở nhóm polyp tăng sản chiếm 8,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Mức độ loạn sản theo polyp u tuyến: Polyp u tuyến ống nhỏ chỉ gặp loạn sản nhẹ chiếm 100%, polyp u tuyến nhung mao gặp cả loạn sản nhẹ, loạn sản vừa và nặng, polyp u tuyến ống nhỏ - nhung mao gặp loạn sản nhẹ chiếm 66,7%, không gặp loạn sản nặng. Trong nhóm polyp u tuyến có 1 polyp ung thư hóa thuộc nhóm polyp u tuyến nhung mao, chiếm 2,2% tổng số polyp.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

1.1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi, giới

1.1.1. Tuổi: Nghiên cứu trên 46 BN tuổi trung bình của BN trong nhóm nghiên cứu là $54,04 \pm 15,34$. Độ tuổi cao nhất từ 60 tuổi trở lên chiếm 39,2%, tỷ lệ thấp nhất là nhóm tuổi 20 - 29 chiếm 8,7%. Như vậy, càng cao tuổi tỷ lệ có polyp ĐTT càng nhiều, kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của nhiều tác giả trong và ngoài nước [3][11].

1.1.2. Giới: Tỷ lệ BN nam/nữ là 1,3/1, nam chiếm tỷ lệ 56,5%, tỷ lệ nữ là 43,5%. Nhiều công trình nghiên cứu trong nước và nước ngoài cho thấy tỷ lệ mắc PLĐTT ở nam nhiều hơn nữ [1][9][10].

1.2. Tiền sử: Không có trường hợp nào có bệnh polyp gia đình. Lý giải, có thể do cỡ mẫu không đủ lớn. Có 67,4% bệnh nhân PLĐTT có tiền sử đi ngoài phân lẫn máu, tỷ lệ này thấp hơn với nghiên cứu của Đinh Đức Anh là 84,6%, Tống Văn Lược là 79,41%.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

1.3.1. Lý do BN đi khám bệnh: Đau bụng không rõ nguyên nhân (47,9%). Các dấu hiệu khác như đi ngoài ra máu hoặc biểu hiện giống lỵ chiếm tỷ lệ 10,9% và 17,4%.

1.3.2. Thời gian xuất hiện các triệu chứng: Đa số các bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng diễn ra trong vòng 6 tháng trước khi khám phát hiện polyp, chỉ có 6,5% BN có triệu chứng kéo dài trên 2 năm mới được phát hiện PLĐTT

1.3.4. Triệu chứng cơ năng: Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất khi thăm khám là đau bụng với các mức độ khác nhau (82,6%). Một số các triệu chứng khác như mệt mỏi, gầy sút cân chiếm tỷ lệ thấp và đều không rõ ràng, không đặc hiệu. Triệu chứng lâm sàng phân lẫn máu gặp nhiều nhất: 43,5%, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Đinh Đức Anh là 86,3% BN polyp ở trực tràng và đại tràng sigma có máu, Mai Thị Hội [3].

1.3.5. Triệu chứng thực thể: Trong nghiên cứu này không gặp BN nào thiếu máu. Kết quả này tương tự kết quả của Phạm Văn Nhiên nghiên cứu 44 BN polyp TT và ĐT sigma đều không gặp BN nào có thiếu máu. Từ nghiên cứu này có thể lý giải: BN có polyp ĐTT thường không thiếu máu vì mức độ mất máu ít và không liên tục

2. Đặc điểm Polyp trên nội soi

2.1 Vị trí polyp: Trong 46 BN được phát hiện có polyp trên nội soi ĐTT, vị trí hay gặp nhất của polyp là trực tràng (45,6%), sau đó là ở đại tràng sigma (26,0%), ít gặp nhất là đại tràng lên, đại tràng ngang và nhiều vị trí đều có 2 BN (4,4%), sự khác biệt giữa tỷ lệ polyp theo vị trí có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ polyp TT trong nghiên cứu này thấp hơn với tỷ lệ polyp TT của Mendez L (Tây Ban Nha): 52,4%, Tống Văn Lược 59,84%, Mai Thị Hội: 69,7% [3], Zoubek V (Czech): 80,1%, Poddar U (Ấn Độ): 85% [9][10].

2.2. Số lượng polyp trên một bệnh nhân: Trong nghiên cứu này có 35 BN chiếm tỷ lệ (76,1%) là polyp đơn độc, 11 BN (20,9%) có từ 2 polyp trở

lên, không quan sát thấy bệnh nhân nào có số lượng tới hàng trăm polyp. Như vậy, số BN có polyp đơn độc gặp nhiều nhất, tỷ lệ này tương đương với Podda U (Ấn Độ): 76%, Quách Trọng Đức: [76,3%], thấp hơn tỷ lệ polyp đơn độc của Đinh Đức Anh: 80,8%, Mai Thị Hội: 85,4%[3] và Tống Văn Lược: 85,3%[4], Trần Văn Huy: 87,27% nhưng cao hơn của Nguyễn Thúy Oanh: 61,3%, Zoubeck V (Czech): 64,9%; Celestino A (Peru): 67,3%.

2.3. Kích thước polyp: Nghiên cứu này thống nhất lấy đường kính polyp ở vị trí lớn nhất để đánh giá kích thước. Có 60,9% polyp có đường kính dưới 1cm, 32,6% polyp có đường kính từ 1cm đến 2cm, 6,5% polyp đường kính trên 2cm. Hầu hết là polyp có kích thước nhỏ và vừa (93,5%), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đinh Đức Anh, Michael.P.

2.4. Hình dạng polyp: Polyp có cuống chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,2%, polyp nửa cuống và polyp không cuống có tỷ lệ tương ứng là 26,1% và 21,7%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Celestino A, trong nghiên cứu này không gặp trường hợp nào có polyp dạng dẹt như mô tả của một số tác giả [4]. Tỷ lệ polyp có cuống của nghiên cứu này cao hơn của Celestino A, Tống Văn Lược [4].

2.5. Bề mặt polyp: Khi quan sát polyp trên nội soi ống mềm có 65,2% số polyp có bề mặt nhẵn, màu sắc gần giống màu sắc của niêm mạc ĐTT, 23,9% số polyp có bề mặt sần sùi, một số polyp có dạng múi hoặc hình súp lơ, có 10,9% polyp có loét ở phần đầu polyp.

2.6. Màu sắc polyp: Khi quan sát polyp trên nội soi ống mềm: Có 69,6% số polyp có màu hồng cao hơn hẳn 30,4% số polyp có màu hồng sẫm ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Đinh Đức Anh màu sắc bình thường chiếm đa số (75,0%), màu đỏ sẫm chỉ chiếm 25%.

3. ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC CỦA POLYP

3.1. Đặc điểm MBH của nhóm nghiên cứu:

Trong nhóm bệnh nhân của nghiên cứu này hình ảnh MBH đã xác định có tỷ lệ polyp nhóm polyp u tuyến là 71,7% cao hơn tỷ lệ nhóm polyp tăng sản là 28,3%. Kết quả nghiên cứu của nghiên cứu này có 33 polyp u tuyến và 13 polyp tăng sản. Trong nhóm polyp u tuyến thì polyp u tuyến ống nhỏ chiếm tỷ lệ cao nhất: 54,5%, tiếp theo là polyp u tuyến ống nhỏ - nhung mao chiếm 24,3% và polyp u tuyến nhung mao thấp nhất chiếm 18,2%.

3.2. Phân loại mô bệnh học: Các nghiên cứu đều cho thấy khả năng ung thư hóa của polyp u tuyến cao [11]. Trong nhóm polyp tăng sản, theo nghiên cứu này polyp tăng sản có viêm chiếm tỷ lệ nhiều nhất: 61,5%, sau đó là polyp tăng sản đơn thuần: 23,1% và thấp nhất là polyp tăng sản có u tuyến: 15,4%.

3.3. Polyp loạn sản: Trong nghiên cứu này có 12/46 polyp có loạn sản chiếm 26,1%, kết quả này tương tự với kết quả của Quách Trọng Đức 26,6%, cao hơn của Tống Văn Lược là 19,68% [4]. Kết quả của nghiên cứu này 12 polyp loạn sản trong đó có 11 polyp loạn sản thuộc nhóm u tuyến chiếm 91,7%. Điều này cũng phù hợp với nhận xét của Cappell MS (Mỹ)

[8] và Church JM (Mỹ) [10] thấy rằng các polyp u tuyến là loại polyp có nguy cơ cao, được xếp vào thương tổn tiền ung thư. Theo nghiên cứu của Tống Văn Lược trên 127 polyp thì có 25 polyp loạn sản trong đó có 22 polyp loạn sản thuộc nhóm polyp u tuyến chiếm 88% [4] tương tự kết quả của nghiên cứu này

3.4. Polyp ung thư hóa: Kết quả nghiên cứu này cho thấy có 1 polyp ung thư hóa, chiếm tỷ lệ 2,2% và polyp này thuộc nhóm polyp u tuyến (chiếm 3,8% polyp u tuyến). Tỷ lệ này cao hơn của Mai Thị Hội: 1,2%, Tống Văn Lược: 0,79% [4] nhưng thấp hơn tỷ lệ polyp ung thư hóa của Quách Trọng Đức: 2,6%, Phạm Văn Nhiên: 6,3%, Trần Văn Huy: 6,94% [3], Đinh Đức Anh: 7,6%, Celestino A (Peru): 6,42% [9].

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình của BN là $54 \pm 15,34$, nhóm tuổi thường gặp là trên 40; Tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1; Triệu chứng thường gặp: đau bụng 82,6%, phân lẫn máu 43,5%.

2. Hình ảnh nội soi của Polyp ĐTT: Số lượng polyp trên một bệnh nhân trung bình là 1,54; Polyp đơn độc 76,1%, đa polyp 23,9%, trong 46 BN không gặp bệnh polypose. Polyp trực tràng: 45,6%, polyp đại tràng sigma: 26,0%, polyp đại tràng xuống: 8,7%, polyp manh tràng: 6,5%, polyp đại tràng ngang, polyp đại tràng lên, polyp nhiều vị trí: 4,4%. Polyp có cuống 52,2%, polyp nửa cuống 21,6%, polyp không cuống 21,7%. Kích thước polyp dưới 1cm: 60,9%, từ 1- 2cm là 32,6%, trên 2cm: 6,5%.

3. Đặc điểm mô bệnh học: Các typ mô bệnh học là: polyp u tuyến 71,7%, polyp tăng sản 28,3%. Nhóm polyp u tuyến polyp u tuyến ống nhỏ nhiều nhất: 54,5%, polyp ống nhỏ - nhung mao: 24,3%, polyp u tuyến nhung mao: 18,2%. Polyp loạn sản: 26,1%. Polyp ung thư hóa 2,2%. Nhóm polyp tăng sản: polyp tăng sản có viêm nhiều nhất: 61,5%, polyp tăng sản có u tuyến: 15,4%, polyp tăng sản đơn thuần: 23,1%.

SUMMARY

The Research that studied on clinical characteristics, scanning images & pathology tissues has contributed significantly to early detect for great rectum cancer. It also showed the stomachache symptom at 82.6%, fecal matter with blood at 43.5%. Additionally, the average polyp in the patients is 1.54. Especially, the Research demonstrated that polyp cancerology is accounted for 2.2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Nguyệt Ánh, Nguyễn Thúy Vinh (2011), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học polyp đại trực tràng và kết quả điều trị cắt polyp qua nội soi tại Bệnh viện E". Y học thực hành (764) – số 5/2011 tr. 34-36.

2. Quách Trọng Đức, Trần Kiều Miên, Nguyễn Thúy Oanh (2007), "Nghiên cứu phân bố polyp tuyến đại trực tràng theo vị trí và kích thước polyp", Y Học TP. Hồ Chí Minh * Vol. 11 - No 4 – 2007 tr.242 – 247.

3. Trần Văn Huy, Thái Thị Hoài (2007), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng ở Bệnh viện Trường Đại học Y Huế", Y học thực hành - số 9/2007.

4. Phạm Văn Nhiên (2000), "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh ung thư trực tràng và đại tràng sigma ở Bệnh viện Việt Tiệp Hải phòng*", Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
5. Nguyễn Khánh Trạch (2004), "*Sơ lược về sự phát triển nội soi tiêu hóa ống mềm ở nước ta*", Bệnh học nội khoa, Tập I, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 103 - 107.
6. Nguyễn Khánh Trạch (1999), "*Soi đại tràng ống mềm*", Nội soi tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 103 - 107.
7. Nguyễn Sào Trung (2006), "*Đặc điểm giải phẫu bệnh - nội soi của polyp đại trực tràng*", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh - tập 10 - số 4.
8. Christopher B. William, Ashley B. Price (1987), "*Colonpolyps and Carcinoma*", Gastroenterologie Endoscopy Edit by Michael V. Swak, Benjamin H. Sullivan, pp. 921 - 945.
9. Gross K.H, Groden J (2000), "*Biology of the adenomatous polyposis coli tumor suppressor*", J Clin Oncol 2000 May, 18 (9), pp. 1967 - 1979.
10. Khder SA, Trifan A, Danciu M et al (2008), "*Colorectal polyp*", Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi, 112 (1), pp. 59 - 65.