

Hiệu quả và độ an toàn kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi trong điều trị ung thư sớm và tiền ung thư dạ dày

Effectiveness and safety of endoscopic submucosal dissection in the treatment of early gastric cancer and precancerous lesions

Nguyễn Cảnh Bình, Thái Doãn Kỳ*,
Phạm Minh Ngọc Quang, Nguyễn Hoàng Long,
Ngô Minh Hạnh, Lưu Văn Hậu, Đoàn Trí Kiên
và Trần Thị Kim Nhân

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và độ an toàn kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi trong điều trị ung thư sớm và tiền ung thư dạ dày. **Đối tượng và phương pháp:** 35 bệnh nhân được chẩn đoán nội soi là ung thư sớm hoặc tiền ung thư dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2023. Tiến hành kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi theo quy trình có sẵn. Đánh giá kết quả và độ an toàn của kỹ thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 100% (35/35). Thời gian thực hiện kỹ thuật trung bình 63,1 phút (dao động từ 20 phút đến 220 phút). Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương là 94,3% (33/35 bệnh nhân). Thời gian nằm viện trung bình là $5,4 \pm 1,5$ ngày. Trong và sau thực hiện kỹ thuật: Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau là 65,7%; chảy máu là 5,7% (2/35). Kiểm tra sau can thiệp 6 tháng, tỷ lệ liền sẹo hoàn toàn là 100%. **Kết luận:** Kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi trong chẩn đoán và điều trị ung thư sớm và tiền ung thư dạ dày có tỷ lệ thành công cao, tai biến và biến chứng thấp.

Từ khóa: Cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi, hiệu quả và độ an toàn, ung thư dạ dày sớm.

Summary

Objective: To evaluate the effectiveness and safety of endoscopic submucosal dissection (ESD) managing early gastric cancer and precancerous lesions at the 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A descriptive study incorporating Clinical Intervention was conducted. Thirty-five patients with suspected early gastric cancer or precancerous lesions, identified through standard endoscopy at the 108 Central Military Hospital from January 2018 to January 2023, were enrolled. ESD procedures were performed according to standardized protocols. Outcomes and the safety profile of the ESD technique were assessed. **Result:** En-bloc resection and technical success rate were 100% (35/35). Mean procedure duration was 63.1 minutes (range: 20-220 minutes). The complete resection rate was 94.3% (33/35 patients). Mean hospital stay was 5.4 ± 1.5 days. Most patients experienced post-procedure pain (65.7%). Intraoperative bleeding rate occurred in 5.7% (2/35) of cases. A 100% complete scar-healing rate was observed during the second follow-up endoscopy. **Conclusion:** ESD demonstrated high success rates and a favorable safety profile in the diagnosis and treatment of early-stage gastric cancer at our institution.

Keywords: Endoscopic submucosal dissection, efficacy and safety, early gastric cancer.

Ngày nhận bài: 23/12/2024, ngày chấp nhận đăng: 24/2/2025

* Tác giả liên hệ: kythaitrung@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là bệnh lý ác tính thường gặp, là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ ba trên toàn thế giới sau ung thư phổi và ung thư vú. Nghiên cứu về ước tính tỷ lệ mắc ung thư dạ dày cho thấy, tỷ lệ mắc ước tính là 6.300 ca mới mỗi năm (tỷ lệ nam/nữ là 1,2), hầu hết trong số đó được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển. Mặc dù tỷ lệ tử vong đã giảm trong những năm qua, nhưng ung thư dạ dày vẫn là nguyên nhân gây tử vong do ác tính hàng đầu tại các nước đang phát triển¹⁻³.

Chẩn đoán ung thư sớm và tiền ung thư dạ dày làm tăng cơ hội điều trị khỏi bệnh. Ở Nhật Bản và các nước châu Á, phương pháp điều trị được lựa chọn cho ung thư sớm và tiền ung thư dạ dày là cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi để loại bỏ tổn thương. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy kết quả tốt trong ngắn hạn và dài hạn^{4, 5}. Kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi (ESD) để cắt bỏ các tổn thương ung thư và tiền ung thư dạ dày ngày càng trở nên phổ biến và được ưa chuộng vì nó cho phép phục hồi nhanh hơn và chất lượng cuộc sống tốt hơn so với phẫu thuật⁶.

Kỹ thuật ESD đã được áp dụng tại một vài bệnh viện lớn ở Việt Nam nhưng vẫn còn hạn chế bởi việc phát hiện ung thư sớm và tiền ung thư dạ dày còn thấp, kỹ thuật phức tạp, giá thành các trang thiết bị cần thiết cao^{7,8}. Để áp dụng kỹ thuật ESD như một phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho ung thư sớm và tiền ung thư dạ dày, cần có các nghiên cứu sâu hơn về kỹ thuật ESD. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá hiệu quả và độ an toàn kỹ thuật ESD trong điều trị ung thư sớm và tiền ung thư dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán nội soi là ung thư sớm hoặc tiền ung thư dạ dày (lựa chọn qua nội soi thường, NBI, nhuộm màu và nội soi siêu âm) tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ 01/2018 đến 01/2023, tự nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp có chống chỉ định với nội soi và nội soi

can thiệp dạ dày, rối loạn đông máu, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Chọn mẫu thuận tiện. Thu thập tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nội soi ung thư sớm và tiền ung thư dạ dày để thực hiện ESD.

Tiến hành NC: Lựa chọn BN đủ điều kiện thực hiện kỹ thuật. Chuẩn bị bệnh nhân tốt. Tiến hành kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi theo quy trình đã được Hội đồng Khoa học Bệnh viện thông qua và phê duyệt. Thực hiện kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi khi bệnh nhân khi đã có chẩn đoán nội soi là ung thư dạ dày sớm hoặc tiền ung thư. Tiến hành lấy mẫu và xử lý mẫu bệnh phẩm để làm giải phẫu bệnh theo quy trình. Xét nghiệm mô bệnh học các mảnh cắt. Đánh giá hiệu quả và độ an toàn kỹ thuật.

Các biến số nghiên cứu chính thông qua xác định tiêu chí và tính tỷ lệ %:

- Kết quả kỹ thuật: Tính chất cắt bỏ (hoàn toàn, không hoàn toàn); đặc điểm khối cắt (nguyên khối, từng mảnh); mức độ hoàn thành kỹ thuật (hoàn thành, không hoàn thành); thời gian thực hiện (tính từ khi bắt đầu nội soi cho đến khi kết thúc kỹ thuật, đơn vị phút); thời gian nằm viện (tính từ thời điểm vào viện đến khi ra viện, đơn vị ngày); kết quả giải phẫu bệnh (ung thư, loạn sản cao, loạn sản thấp, viêm mạn).

- Độ an toàn của kỹ thuật: Tai biến và biến chứng trong can thiệp (tai biến do vô cảm, do kỹ thuật: Chảy máu, thủng, co thắt, chuyển mổ cấp cứu); sau can thiệp (đau, bỏng rát, buồn nôn, nôn, khác); theo dõi sau 45 ngày (loét, đang liền sẹo, liền sẹo hoàn toàn); theo dõi sau 180 ngày (liền sẹo hoàn toàn, tái phát tại chỗ).

Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi Olympus CV190 (có hệ thống NBI và máy đốt ERBER, máy siêu âm có đầu dò miniprobe, trang bị vật tư tiêu hao để thực hiện kỹ thuật. Xét nghiệm cận lâm sàng được thực hiện trên các máy, trang thiết bị hiện đại hiện có của Bệnh viện TƯQĐ 108 đã được kiểm nghiệm

và thực hiện theo các quy trình chuẩn hiện hành của Bệnh viện.

Đạo đức nghiên cứu: Đã được thông qua Hội đồng đạo đức của bệnh viện.

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, xử lý bằng thuật toán thống kê y học và phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân trắc, lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi, giới

Đặc điểm		Đối tượng nghiên cứu (n = 35)	
		Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	≤ 40	3	8,5
	41 - 60	19	54,2
	> 60	13	37,3
	Tổng	35	100,0
Tuổi (năm) $\bar{X} \pm SD$ (max, min)		58,1 $\pm$ 10,7 (79 - 36)	
Giới	Nam	24	68,6
	Nữ	11	31,4
	Tổng	35	100,0

Tuổi trung bình là 58,1 $\pm$ 10,7 tuổi, thấp nhất là 36 tuổi, cao nhất là 79 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp là 41- 60 tuổi (chiếm 54,2%). Nam giới gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ $\approx$ 2.

Bảng 2. Đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm			Đối tượng nghiên cứu (n = 35)	
			Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Triệu chứng lâm sàng	Đau thượng vị		26	74,3
	Ợ hơi, ợ chua, ợ nóng		20	57,1
	Chán ăn		11	31,4
	Đầy bụng		12	34,3
	Xuất huyết tiêu hoá		3	8,6
Cận lâm sàng	Chỉ số Marker bất thường	CEA	8	22,8
		CA 19- 9	5	14,2
		CA 72-4	11	31,4
		Pesinogen I	13	37,1
		Pesinogen II	9	25,7
	Nhiễm <i>H. pylori</i>	Dương tính	20	57,1
		Âm tính	15	42,9

Đau thượng vị là triệu chứng hay gặp (74,3%), tiếp đến là ợ hơi, ợ chua, ợ nóng (57,1%); chán ăn (31,4%); đầy bụng (34,3%). Có 8,6% bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hoá.

BN có các marker chẩn đoán ung thư sớm bất thường có tỷ lệ 40,3%, trong đó pepsinogen I là 37,1%; CA 72-4 là 31,4%; pepsinogen II là 25,7%; CEA là 22,8%; CA 19-9 là 14,2%. Đặc biệt, tỷ lệ nhiễm *H. pylori* tới 57,1%.

3.2. Đặc điểm của tổn thương**Bảng 3. Đặc điểm của tổn thương tại dạ dày**

Đặc điểm			Đối tượng nghiên cứu (n = 35)	
			Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Vị trí tổn thương	Bờ cong nhỏ, hang vị		25	71,4
	Môn vị		7	20,0
	Thân vị		2	5,7
	Tâm phình vị		1	2,9
	<i>Tổng</i>		35	100,0
Kích thước tổn thương	< 1cm		8	22,8
	1-2cm		12	34,3
	> 2cm		15	42,9
	<i>Tổng</i>		35	100,0
Phân loại tổn thương	Phân tầng nội soi siêu âm	M1/2: Lớp niêm mạc	20	57,1
		M3: Cơ niêm	7	20,0
		SM: Lớp hạ niêm mạc	8	22,9
		<i>Tổng</i>	35	100,0
	Phân tầng theo mô bệnh học	T1a: Xâm lấn lớp niêm mạc	27	77,1
		T1b: Xâm lấn lớp dưới niêm	8	22,9
		<i>Tổng</i>	35	100,0

Vị trí phổ biến là bờ cong nhỏ, hang vị (71,4%). Các vị trí khác: Môn vị là 20%, thân vị là 5,7%, tâm phình vị là 2,9%. Kích thước tổn thương > 2cm chiếm tỷ lệ 42,9%, kích thước 1- 2cm là 34,3%, kích thước < 1cm là 22,8%. Phân tầng theo nội soi siêu âm: Tổn thương ở lớp niêm mạc có tỷ lệ 57,1%; ở lớp cơ niêm mạc là 20%; ở dưới niêm mạc là 22,9%. Phân tầng theo mô bệnh học: Tỷ lệ tổn thương ở T1a là 77,1%; ở T1b là 22,9%.

3.3. Hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật ESD**Bảng 4. Đặc điểm về kỹ thuật ESD**

Đặc điểm			Đối tượng nghiên cứu (n = 35)	
			Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Cách cắt bỏ tổn thương	Cắt từng mảnh		1	2,9
	Cắt nguyên khối	Diện cắt âm tính	33	94,3
		Diện cắt bên (+)	1	2,9
		Diện cắt đáy (+)	0	0,0
		Tổng	34	97,1
Tính chất cắt bỏ tổn thương	Cắt bỏ hoàn toàn		33	94,3
	Cắt bỏ không hoàn toàn		1	2,9
Mức độ hoàn thành kỹ thuật	Hoàn thành		35	100,0
	Không hoàn thành		0	0,0
Thời gian thực hiện kỹ thuật (phút) $\bar{X} \pm SD$ (max, min)			63,1 $\pm$ 18,2 (220 - 20)	
Thời gian nằm viện (ngày) $\bar{X} \pm SD$ (max, min)			5,4 $\pm$ 1,5 (9 - 3)	

Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 100% (35/35 bệnh nhân). Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương là 94,3% (33/35 bệnh nhân), không hoàn toàn 2,9% (1/35 bệnh nhân). Thời gian thực hiện kỹ thuật trung bình là 63,1 $\pm$ 18,2

phút, ngắn nhất là 20 phút, dài nhất là 220 phút. Thời gian nằm viện trung bình là $5,4 \pm 1,5$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 9 ngày.

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong và sau thực hiện kỹ thuật ESD

Đặc điểm			Đối tượng nghiên cứu (n = 35)	
			Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Triệu chứng lâm sàng sau can thiệp	Đau vùng thượng vị		23	65,7
	Cảm giác bỏng rát sau xương ức		6	17,1
	Nôn, buồn nôn		1	2,9
Biến chứng trong và sau can thiệp	Chảy máu	Trong can thiệp	2	5,7
		Sau can thiệp	0	0,0
	Thủng dạ dày		0	0,0
	Chuyển sang mổ		0	0,0
Kết quả giải phẫu bệnh	Viêm mạn		2	5,8
	Loạn sản độ thấp		6	17,1
	Loạn sản độ cao		12	34,2
	Ung thư tại chỗ		15	42,9
Hình ảnh nội soi của tổn thương	Sau 45 ngày	Loét hoạt động	0	0,0
		Đang liền sẹo	10	28,6
		Liền sẹo	25	71,4
	Sau 180 ngày	Liền sẹo hoàn toàn	35	100,0
		Tái phát tại chỗ	0	0,0

Tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng sau can thiệp: Đau thượng vị có tỷ lệ 65,7%; bỏng rát sau xương ức là 17,1%; buồn nôn và nôn là 2,9%.

Tỷ lệ chảy máu trong khi thực hiện thủ thuật là 5,7% (2/35), không có biến chứng thủng, chảy máu sau mổ và chuyển sang phẫu thuật.

Kết quả GPB sau ESD: Ung thư tại chỗ chiếm 42,9%, loạn sản độ cao là 34,2%, loạn sản độ thấp là 17,1%, viêm mạn tính 5,8%. Độ chính xác 94,2%.

Sau 45 ngày, liền sẹo chiếm tỷ lệ 71,4%; đang liền sẹo là 28,6%; không có bệnh nhân nào có loét. Sau 180 ngày, tỷ lệ liền sẹo hoàn toàn là 100%.

IV. BÀN LUẬN

Trong NC của chúng tôi, tuổi trung bình của đối tượng NC là $58,1 \pm 10,7$ tuổi, thấp nhất là 36 tuổi, cao nhất là 79 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp là 41- 60 tuổi (chiếm 54,2%). Nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ

≈ 2. Khi khảo sát kỹ về tiền sử chúng tôi nhận thấy các BN có hút thuốc là và uống rượu trong tiền sử khá cao (68,5- 77,1%), điều này cho thấy có sự liên quan nhất định đến bệnh lý dạ dày tá tràng. Tỷ lệ tiền sử có nhiễm *H. pylori* là 54,3%, viêm dạ dày và loét dạ dày, tá tràng (57,1- 31,4%). Nhiễm *H. pylori* và tổn thương viêm thường là mạn tính trong một thời gian dài là nguy cơ xuất hiện các tổn thương ung thư. Vì vậy, chúng ta phải chú ý tầm soát đối với các bệnh nhân này.

Trên lâm sàng, các triệu chứng có thể bắt gặp là đau thượng vị, ợ hơi, ợ chua, ợ nóng chán ăn, đầy bụng, khó tiêu. Đau thượng vị là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 74,3%, đây cũng chính là triệu chứng khiến bệnh nhân đến khám bệnh. Các triệu chứng ợ hơi, ợ chua, ợ nóng cũng có tỷ lệ cao (57,1%). Tỷ lệ bệnh nhân có chán ăn là 31,4%; đầy bụng là 34,3% và có 8,6% bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hoá. Trước những bệnh nhân có các triệu chứng

kể trên, chúng ta phải coi là đối tượng cần được tầm soát ung thư dạ dày sớm.

Xét nghiệm các marker phát hiện ung thư sớm trên đối tượng nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ BN có marker bất thường là 40,3%, trong đó pepsinogen I là 37,1%; CA 72-4 là 31,4%; pepsinogen II là 25,7%; CEA là 22,8%; CA 19-9 là 14,2%. Đặc biệt, tỷ lệ nhiễm *H. pylori* tới 57,1%. Chúng ta đều biết tiến trình nhiễm *H. pylori* và viêm dạ dày do *H. pylori* nếu không được điều trị đúng mức, sẽ dẫn tới viêm mạn tính, viêm teo, dị sản ruột và cuối cùng là ung thư dạ dày. So với các bệnh ung thư khác, biến động của các chỉ số marker không nhiều, nhưng với tỷ lệ có bất thường dù không cao, nhưng các marker này vẫn giữ vai trò quan trọng trong việc phát hiện ung thư sớm và tiên lượng tiến triển và tái phát bệnh.

Trong NC của chúng tôi, đặc điểm hình ảnh của tổn thương như sau: Vị trí phổ biến và hay gặp là góc bờ cong nhỏ và hang vị (chiếm 74,4%), tiếp đến là môn vị (20%), thân vị là 5,7% và tâm phình vị là ít gặp nhất (2,9%). Tổn thương có kích thước trên 2cm hay gặp với tỷ lệ 49,2%, kích thước 1- 2cm là 34,3%, kích thước < 1cm là 22,8%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phân tầng theo nội soi siêu âm, tổn thương ở lớp niêm mạc có tỷ lệ 57,1%; ở lớp cơ niêm mạc là 20%; ở dưới niêm mạc là 22,9%. Phân tầng theo mô bệnh học, tỷ lệ tổn thương ở T1a là 77,1%; ở T1b là 22,9%.

ESD là kỹ thuật ít xâm lấn, bệnh nhân trải qua ESD thường có chất lượng cuộc sống tốt hơn sau phẫu thuật. Hiệu quả của ESD đối với ung thư dạ dày sớm và tiền ung thư là khá tốt trong các nghiên cứu^{5, 6}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cắt cả khối (en-bloc) là 97,1% báo cáo của Lê Quang Nhân tại hội nghị nội soi tiêu hóa toàn quốc 2019 với 50 tổn thương tân sinh ở dạ dày⁹, cao hơn so với một số nghiên cứu nước ngoài như của Yamaguchi trên 589 tổn thương ung thư dạ dày sớm chia làm 2 nhóm tổn thương chỉ định tuyệt đối và mở rộng thì tỷ lệ cắt nguyên khối lần lượt là 98,6% và 97,1%¹⁰ hay như của Tomofuki Akasaka trên 1188 bệnh nhân với tỷ lệ cắt nguyên khối là 95,3%¹¹.

Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi là 94,3%, cao hơn so với nghiên cứu của Chung Kwun và cộng sự trên 1000 tổn thương ung thư dạ dày sớm là 87,7% và nghiên cứu của Sugimoto là 85,4%¹². Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Naoyuki và cộng sự thực hiện ESD trên 196 bệnh nhân ung thư dạ dày sớm cho hiệu quả cắt hết tổn thương là 93%¹³.

Thời gian thực hiện kỹ thuật trung bình là 63,1 ± 18,2 phút, ngắn nhất là 20 phút, dài nhất là 220 phút (tức là dao động trong khoảng từ 20 phút đến 220 phút), kết quả này tương đương với nghiên cứu của Imagawa là 68 phút, Chung II- Kwun là 64,8 phút¹². Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, thời gian can thiệp bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như kích thước tổn thương lớn, vị trí tổn thương khó (thân vị phần cao, phía bờ cong nhỏ, sát lỗ môn vị), có loét và xơ hoá dưới tổn thương. Nghiên cứu của Imagawa thì thời gian cần thiết để cắt bỏ tổn thương khác nhau đáng kể đối với tất cả các yếu tố được đánh giá: Vị trí tổn thương (trên so với giữa so với dưới là 105 phút so với 81 phút so với 45 phút với $p < 0,0001$), kích thước tổn thương (> 20mm so với 20mm trở xuống là 124 phút so với 55 phút với $p < 0,0001$), và có hiện diện loét (có loét so với không loét là 97 phút so với 65 phút với $p < 0,05$)¹⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công kỹ thuật là 100% (35/35 bệnh nhân), không có bệnh nhân nào mà thực hiện kỹ thuật thất bại. Thời gian nằm viện trung bình là 5,4 ± 1,5 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 9 ngày.

Tỷ lệ chảy máu khi thực hiện kỹ thuật của chúng tôi là 5,7% (2/35 bệnh nhân), tương tự như nghiên cứu của Isomoto với tỷ lệ biến chứng chảy máu là 1,7% hay của Jing Zhang (2011) báo cáo 924 trường hợp can thiệp ESD dạ dày thì tỷ lệ chảy máu là 3%¹⁵. Trong 2 trường hợp chảy máu, là trường hợp loét bề mặt dẫn đến xơ hóa tổ chức dưới niêm.

Tỷ lệ chảy máu khi thực hiện kỹ thuật của chúng tôi là 5,7% (2/35 bệnh nhân, tương tự như nghiên cứu của Isomoto với tỷ lệ biến chứng chảy máu là 1,7% hay của Jing Zhang (2011) báo cáo 924 trường hợp can thiệp ESD dạ dày thì tỷ lệ chảy máu là 3%¹⁵. Trong 2 trường hợp chảy máu, là trường hợp loét bề

mặt dẫn đến xơ hóa tổ chức dưới niêm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có bệnh nhân nào bị biến chứng thủng, chảy máu sau mổ và chuyển mổ khi làm kỹ thuật. Nghiên cứu của Okada trên 360 tổn thương được can thiệp ESD, biến chứng chảy máu và thủng gặp lần lượt là 0,7% và 5,2% cao hơn chúng tôi¹⁴.

Tái khám sau 45 ngày, hầu hết tổn thương sau cắt ESD đã liền sẹo chiếm 71,4%, có 28,6% tổn thương đang liền sẹo và không bệnh nhân nào có loét. Naomi Kakushima (2004) theo dõi 70 bệnh nhân có khối u niêm mạc dạ dày được cắt ESD và dùng thuốc ức chế bơm proton và sucralfate trong 8 tuần, nội soi sau 8 tuần cho thấy tất cả các trường hợp đều đang liền sẹo hoặc đã liền sẹo¹⁶. Sau 6 tháng, nội soi kiểm tra chúng tôi thấy tất cả đã liền sẹo hoàn toàn.

Kết quả giải phẫu bệnh sau ESD của chúng tôi cho thấy, ung thư tại chỗ chiếm 42,9%, loạn sản độ cao là 34,2%, loạn sản độ thấp là 17,1%, viêm mạn tính 5,8%. Độ chính xác 94,2%. Nghiên cứu của Masaki Nishitani về số mảnh sinh thiết tối ưu khi nội soi đã chỉ ra rằng sinh thiết là một yếu tố đánh giá độc lập cùng với hình ảnh nội soi để đưa ra một chẩn đoán chính xác, số mảnh sinh thiết nhiều không đồng nghĩa với cái thiện chính xác chẩn đoán, hơn nữa sinh thiết nhiều mảnh dẫn đến xơ dính gây nhiều khó khăn cho can thiệp nội soi sau này.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi (ESD) trong chẩn đoán và điều trị ung thư sớm và tiền ung thư dạ dày có tỷ lệ thành công cao, tai biến và biến chứng thấp. Đây là công cụ tối ưu, đặc biệt khi áp dụng trên các tổn thương được lựa chọn cẩn thận. Kết quả này có giá trị tham khảo lớn, góp phần hoàn thiện các quy trình điều trị ung thư dạ dày sớm tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al (2021) *Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA: A cancer journal for clinicians. 71(3): 209-249.
2. Zafra-Tanaka JH, Tenorio-Mucha J, Villarreal-Zegarra D, Carrillo-Larco R, Bernabe-Ortiz A (2020) *Cancer-related mortality in Peru: Trends from 2003 to 2016*. PloS one 15(2): 0228867.
3. Lê Chí Thông, Đặng Thanh, Trần Phương Nam (2018) *Nghiên cứu giá trị của nội soi mềm dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán và theo dõi sau điều trị ung thư hạ họng và ung thư thanh quản*. Tạp chí Y Dược Huế, 8(6), tr. 114-122.
4. Suzuki H, Oda I, Abe S et al (2016) *High rate of 5-year survival among patients with early gastric cancer undergoing curative endoscopic submucosal dissection*. Gastric cancer 19: 198-205.
5. Kim SG, Park CM, Lee NR et al (2018) *Long-term clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection in patients with early gastric cancer: A prospective multicenter cohort study*. Gut 12(4): 402.
6. Liu Q, Ding L, Qiu X, Meng F (2020) *Updated evaluation of endoscopic submucosal dissection versus surgery for early gastric cancer: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Surgery 73: 28-41.
7. Chaves DM, Maluf Filho F, de Moura EG et al (2010) *Endoscopic submucosal dissection for the treatment of early esophageal and gastric cancer-initial experience of a western center*. Clinics 65: 377-382.
8. Donoso D, Sharp A, Parra-Blanco A et al (2015) *Endoscopic submucosal dissection in early gastric cancer: experience in 16 patients*. Revista Medica de Chile 143(10): 1277-1285.
9. Lê Quang Nhân (2019) *Nội soi phẫu tích dưới niêm mạc (ESD) điều trị ung thư sớm dạ dày*. Hội nghị Nội soi Tiêu hóa Toàn quốc lần 4, Quảng Ninh
10. Yamaguchi N, Isomoto H, Fukuda E et al (2009) *Clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer by indication criteria*. Digestion 80(3): 173-181.
11. Akasaka T, Nishida T, Tsutsui S et al (2011) *Short-term outcomes of endoscopic submucosal dissection (ESD) for early gastric neoplasm: Multicenter survey by osaka university ESD study group*. Digestive Endoscopy 23(1): 73-77.

12. Chung I-K, Lee JH, Lee SH et al (2009) *Therapeutic outcomes in 1000 cases of endoscopic submucosal dissection for early gastric neoplasms: Korean ESD Study Group multicenter study*. *Gastrointestinal endoscopy* 69(7): 1228-1235.
13. Isomoto H, Shikuwa S, Yamaguchi N et al (2009) *Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: A large-scale feasibility study*. *Gut* 58(3): 331-336.
14. Imagawa A, Okada H, Kawahara Y et al (2006) *Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: results and degrees of technical difficulty as well as success*. *Endoscopy* 38(10): 987-990.
15. Zhang J, Guo S-B, Duan ZJ (2011) *Application of magnifying narrow-band imaging endoscopy for diagnosis of early gastric cancer and precancerous lesion*. *BMC gastroenterology* 11: 1-7.
16. Kakushima N, Yahagi N, Fujishiro M et al (2004) *The healing process of gastric artificial ulcers after endoscopic submucosal dissection, a histopathological study*. *Gastrointestinal Endoscopy* 59(5): 90.