

Hiệu quả của phương pháp nội soi cắt niêm mạc điều trị u biểu mô tuyến đường tiêu hóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Efficacy of endoscopic mucosal resection treatment of gastrointestinal adenoma at Viet Tiep Friendship Hospital

Đặng Chiêu Dương* và Vũ Công Hoan

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp cắt bỏ niêm mạc qua nội soi (EMR) để điều trị u tuyến tiêu hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh. **Đối tượng:** 98 bệnh nhân u tuyến tiêu hóa được thực hiện (EMR) tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 3/2020 đến tháng 3/2022. **Kết quả:** Cắt thành công 100%. Tỷ lệ chảy máu 5,1%. Thời gian thủ thuật trung bình là 8,2 phút với khối u ≤ 2 cm, 37,2 phút với khối u > 2 cm. Các trường hợp có kích thước u < 2 cm (70,41%); u > 2 cm (29,59%). U biểu mô tuyến (97,96%), ung thư biểu mô tuyến giai đoạn sớm (2,04%). Biến chứng chảy máu 5,1%, không có biến chứng thủng. **Kết luận:** Cắt hết niêm mạc qua nội soi là một phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị u biểu mô tuyến đường tiêu hóa. Biến chứng thường gặp nhất là chảy máu nhưng có thể kiểm soát được.

Từ khóa: Nội soi cắt hết niêm mạc, u biểu mô tuyến đường tiêu hóa.

Summary

Objective: To assess the outcome of endoscopic mucosal resection (EMR) to treat gastrointestinal adenoma. **Subject and method:** A perspective descriptive study. **Patients:** 98 patients with gastrointestinal adenoma were performed (EMR) at Department of Gastroenterology, Viet Tiep Friendship Hospital from 3/2020 to 3/2022. **Result:** The rate of curative resection 100%. The rate of bleeding 5.1%. The mean procedure time was 8.2 minutes with tumors ≤ 2 cm, 37.2 minutes with tumors > 2 cm. The cases with size of lesions < 2 cm and > 2 cm were 70.41% and 29.59%, respectively. Adenoma (97.96%), early stage adenocarcinoma (2.04%). Bleeding complications 5.1%, no perforation. **Conclusion:** Endoscopic mucosal resection is an effective and safe therapy which gastrointestinal adenoma. The most frequent complication is bleeding but could be managed.

Keywords: Endoscopic mucosal resection, gastrointestinal adenoma.

Ngày nhận bài: 16/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 30/9/2025

* Tác giả liên hệ: dcduongvt@gmail.com - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U biểu mô tuyến (Adenoma) đường tiêu hóa là tổ chức tăng sinh xuất phát từ biểu mô tuyến ở đường tiêu hóa, nguy cơ cao tiến triển thành ung thư nhất là dạng mô học tuyến nhánh có loạn sản. Nội soi cắt niêm mạc (Endoscopic mucosal resection: EMR) là thủ thuật xâm lấn tối thiểu có thể cắt được các khối u lành tính hoặc ung thư giai đoạn sớm đường tiêu hóa mà vẫn bảo tồn được tạng tổn thương. Kỹ thuật EMR có thể cắt hoàn toàn tổn thương ở niêm mạc đường tiêu hóa bằng cách cắt qua phần giữa và dưới của lớp dưới niêm mạc. Kỹ thuật này cho phép cắt toàn khối u (en bloc) đối với các tổn thương $\leq 2\text{cm}$ và tạo thuận lợi cho đánh giá giải phẫu bệnh toàn diện, với tổn thương trên 2cm thực hiện cắt khối u thành nhiều mảnh⁷.

Cắt niêm mạc qua nội soi được phát triển đầu tiên tại Nhật Bản từ những năm 1990, chỉ định cho tổn thương ở lớp niêm mạc dạ dày. Ngày nay kỹ thuật cắt hớt niêm mạc được áp dụng phổ biến và có chỉ định rộng hơn với các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm khu trú ở lớp niêm mạc đường tiêu hóa cho kết quả điều trị tương đương với phẫu thuật³.

Ở Việt Nam kỹ thuật cắt hớt niêm mạc đã được áp dụng ở nhiều bệnh viện tuyến Trung ương đem lại hiệu quả cao trong điều trị các khối u mà vẫn bảo tồn được đường tiêu hóa. Tại Hải Phòng, Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp là đơn vị đầu tiên triển khai thành công kỹ thuật cắt hớt niêm mạc từ năm 2018 đem lại hiệu quả điều trị cao các khối u đường tiêu hóa với xâm lấn tối thiểu cho người bệnh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu: *Đánh giá kết quả nội soi ống mềm cắt hớt niêm mạc điều trị u biểu mô tuyến đường tiêu hóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. Nhận xét đặc điểm mô bệnh học khối u sau cắt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Có 98 bệnh nhân u biểu mô tuyến đường tiêu hóa được nội soi can thiệp cắt hớt niêm mạc

(EMR) tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân được chẩn đoán u đường tiêu hóa ở dạ dày, tá tràng và đại trực tràng có dạng lõm nhẹ (type 0-IIa) hoặc dạng polyp không cuống (type 0-Is) theo phân loại Paris về hình thái u.

Kết quả giải phẫu bệnh lý mảnh sinh thiết u: U biểu mô tuyến (Adenoma)

Tiêu chuẩn loại trừ:

U dẹt có loét bề mặt.

Không tách được khối u ra khỏi lớp dưới niêm mạc khi tiêm tách niêm mạc.

Kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh mảnh sinh thiết u trước khi cắt hớt niêm mạc có tế bào ác tính.

Bệnh nhân có rối loạn đông máu, có chống chỉ định với nội soi thực quản dạ dày, đại trực tràng ống mềm, các bệnh nhân từ chối làm thủ thuật.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu: Thực hiện theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không tính cỡ mẫu theo công thức.

Máy và thiết bị: Máy nội soi Olympus 170 có NBI và phóng đại. Nguồn cắt đốt, Snare, kim tiêm tách niêm mạc 23G, Clip.

Phương pháp tiến hành.

Chuẩn bị bệnh nhân.

Bệnh nhân được khám sàng lọc, nội soi thực quản, dạ dày tá tràng, đại trực tràng.

Nội soi chẩn đoán theo quy trình hướng dẫn của Trung tâm Ung thư Shizuoka Nhật Bản.

Phát hiện tổn thương nghi ngờ dưới ánh sáng trắng, tiến hành nội soi với ánh sáng dải tần hẹp (NBI), nội soi phóng đại, nội soi nhuộm màu với indigocarmine 0,2%.

Sinh thiết tổn thương gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Quy trình kỹ thuật cắt hớt niêm mạc qua nội soi.

Bệnh nhân được nội soi ống mềm có gây mê bằng Propofol 10mg trong toàn bộ quá trình làm thủ thuật.

Khối u đường tiêu hóa được xác định bằng ánh sáng trắng, sau đó nhuộm màu bộc lộ rõ viền ranh giới tổn thương.

Tiêm dưới niêm mạc bằng dung dịch NaCl 0,9% để tách hoàn toàn khối u ra khỏi lớp dưới niêm mạc.

Tiến hành cắt khối u (toàn khối - en bloc với các khối u ≤ 2 cm hoặc thành nhiều mảnh với u >

2cm) bằng Snare nhiệt (Mode: PulseCut Slow, ForcedCoag, Effect 2, Level 30-35).

Lấy toàn bộ khối u sau cắt, cố định bằng Formol 10%, gửi xét nghiệm mô bệnh học.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng khoa học của Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp phê duyệt và đồng ý của bệnh nhân. Các số liệu trong nghiên cứu được bảo mật và chỉ phục vụ công tác nghiên cứu.

2.3. Phân tích thống kê

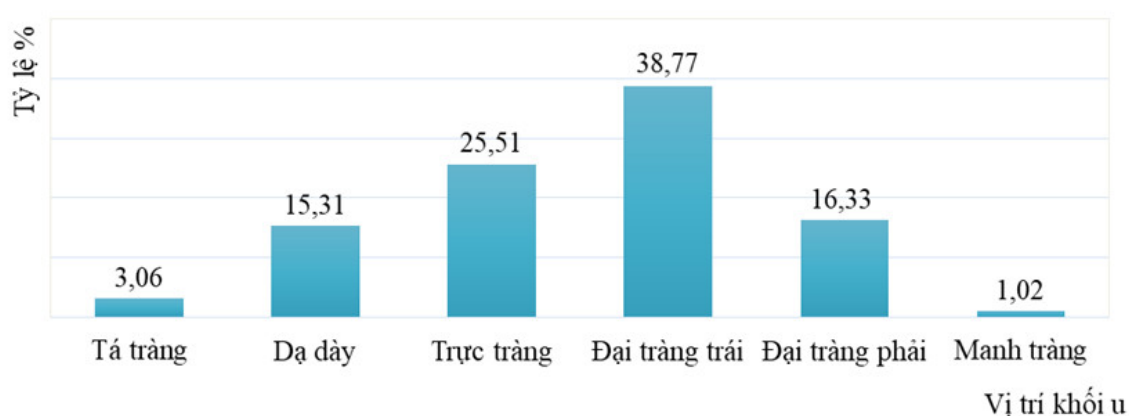
Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 21.0 với các thuật toán thống kê như tính tỷ lệ %, SD, p-value.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tuổi và giới

Tuổi	Nam	Nữ	n (%)
< 40	5	3	8 (8,16)
40 - 60	24	26	50 (51,02)
> 60	22	18	40 (40,82)
n (%)	51 (52,04)	47 (47,96)	98 (100)
Khoảng tuổi	25 - 88 (59,8 $\pm$ 9,72)		

Nhận xét: Tuổi nhỏ nhất 25, tuổi lớn nhất 88, tuổi trung bình 59,8 $\pm$ 9,72. Nam chiếm 52,04%; nữ chiếm: 47,96%.



Hình 1. Vị trí khối u

Nhận xét: U tuyến ở đại tràng trái chiếm tỷ lệ lớn nhất 38,77%, trực tràng 25,51%, đại tràng phải 16,33%, dạ dày 15,31%, tá tràng 3,06%, có 1 trường hợp U ở manh tràng chiếm 1,02%.

Bảng 2. Kích thước khối u

Vị trí	Nhỏ nhất (cm)	Lớn nhất (cm)	Trung bình	p
Dạ dày-tá tràng	1,1	2,7	$1,62 \pm 0,67$	<0,05
Đại - trực tràng	1,0	3,6	$2,18 \pm 0,86$	

Nhận xét: Khối u nhỏ nhất được cắt là 1cm, lớn nhất là 3,6cm. Kích thước trung bình khối u được cắt ở dạ dày tá tràng ($1,62 \pm 0,67$)cm, đại trực tràng ($2,18 \pm 0,86$)cm.

Bảng 3. Tỷ lệ thành công, thời gian thực hiện

Kết quả cắt hớt niêm mạc	N (%)	Thời gian thực hiện thủ thuật (phút)	p
Cắt thành công (nguyên khối: $u \leq 2\text{cm}$)	69 (70,41)	6 - 15 ($8,2 \pm 3,1$)	<0,05
Cắt thành công (nhiều mảnh: $u > 2\text{cm}$)	29 (29,59)	20 - 75 ($37,2 \pm 15,7$)	
Tổng	98 (100)		

Nhận xét: Cắt tách niêm mạc toàn bộ khối U thành công 100% trường hợp, khối u dưới 2cm cắt toàn khối (en bloc); khối u trên 2cm cắt thành nhiều mảnh đến hết khối u. Khối u dưới 2cm (70,41%) với thời gian cắt trung bình $8,2 \pm 3,1$ phút, lâu nhất 15 phút, nhanh nhất 6 phút. Khối u trên 2cm (29,59%) thời gian thực hiện trung bình $37,2 \pm 15,7$ phút, lâu nhất 75 phút, nhanh nhất 20 phút.

Bảng 4. Biến chứng và xử trí

Biến chứng	N (%)		Xử trí
	$U \leq 2\text{cm}$	$U > 2\text{cm}$	
Chảy máu trong thủ thuật	2 (2,04%)	3 (3,06)	Kẹp Clip, đốt nhiệt cầm máu thành công
Chảy máu tái phát	0	0	0
Chảy máu sau thủ thuật	0	0	0
Thủng	0	0	0
Chuyển mổ	0	0	0

Nhận xét: Có 5 trường hợp chảy máu trong khi làm thủ thuật cắt khối u chiếm 5,1%, trong đó 1 trường hợp ở tá tràng và 1 trường hợp ở trực tràng tiến hành kẹp Clip cầm máu thành công. Ba trường hợp khác chảy máu mức độ nhẹ, tiến hành đốt nhiệt cầm máu tại chỗ thành công, không chảy máu tái phát.

Bảng 5. Kết quả giải phẫu bệnh khối U sau cắt hết niêm mạc

Kết quả xét nghiệm mô bệnh học	N	%	Tổng
U biểu mô tuyến: Không loạn sản	27	27,55	96 (97,96%)
Loạn sản nhẹ	36	36,73	
Loạn sản vừa	18	18,37	
Loạn sản nặng	15	15,31	
Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao	2	2,04	2 (2,04%)

Nhận xét: Kết quả giải phẫu bệnh khối u sau cắt có 96 (97,96%) trường hợp là u biểu mô tuyến, 2 trường hợp được xác định là ung thư biểu mô tuyến giai đoạn sớm (2,04%) tế bào ác tính ở bề mặt khối u chưa xâm nhập đến dưới niêm mạc.

Bảng 6. Kết quả theo dõi sau cắt hết niêm mạc

Theo dõi sau cắt u	N (%)			
	3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng
Ung thư biểu mô tuyến	1	1	1	1
U biểu mô tuyến loạn sản nặng	12	8	5	3
U biểu mô tuyến loạn sản vừa	8	1	1	0
U biểu mô tuyến loạn sản nhẹ	11	0	1	0
Tổng	32 (32,65)	10 (10,2)	8 (8,16)	4 (4,08)

Nhận xét: 2 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến ở đại tràng sigma được phát hiện sau cắt hết niêm mạc, trong đó 1 trường hợp được tiến hành phẫu thuật cắt đoạn đại tràng tại bệnh viện K, chân cắt khối u không có tế bào ác tính, hạch vùng không có tế bào ác tính. Một trường hợp từ chối phẫu thuật, được theo dõi đến 12 tháng bằng nội soi đại tràng có sinh thiết và xét nghiệm mô bệnh học, siêu âm ổ bụng không thấy biểu hiện bất thường. Những trường hợp tái khám được theo dõi đến 12 tháng đều chưa thấy bất thường.

IV. BÀN LUẬN

Trong 98 bệnh nhân u biểu mô tuyến đường tiêu hóa được nội soi cắt niêm mạc điều trị có tuổi trung bình $59,8 \pm 9,72$; bệnh nhân ít tuổi nhất là 25, lớn tuổi nhất 88. Nam chiếm 52,04%; nữ chiếm

47,96%. Độ tuổi và giới tính bệnh nhân nhóm nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Tạ Quyết với độ tuổi trung bình 58,98, tuổi giao động 30-88 tuổi¹, nhưng thấp hơn so với tác giả Teegan $68,0 \pm 11,4$ tuổi⁸. Các khối u được tiến hành cắt hết niêm mạc ở đại tràng trái chiếm tỷ lệ lớn nhất 38,77%, trực tràng 25,51%, đại tràng phải 16,33%, dạ dày 15,31%, tá tràng 3,06%, có 1 trường hợp khối u ở manh tràng chiếm 1,02%, theo Jameel và Bergmann đa số khối u cũng được cắt ở trực tràng và đại tràng trái chiếm 56,6 - 58,9% các trường hợp^{4, 5}. Khối u nhỏ nhất trong nghiên cứu của chúng tôi được cắt là 1cm, lớn nhất là 3,6cm. Kích thước trung bình khối u được cắt ở dạ dày - tá tràng ($1,62 \pm 0,67$)cm, đại trực tràng ($2,18 \pm 0,86$)cm. Kích thước trung bình khối u được cắt ở đại trực tràng trong nghiên cứu của

chúng tôi tương đương với kích thước khối u trong nghiên cứu của tác giả Bùi Ánh Tuyết với kích thước trung bình $22,37 \pm 10\text{mm}$, tuy nhiên kích thước khối u lớn nhất được cắt trong nghiên cứu của chúng tôi ($3,6\text{cm}$) nhỏ hơn khá nhiều so với nghiên cứu của Bùi Ánh Tuyết (6cm)², Luigiano (10cm)⁶. Cắt tách niêm mạc toàn bộ khối u thành công 100% trường hợp, trong đó khối u dưới 2cm chiếm $70,41\%$, với thời gian trung bình thực hiện thủ thuật $8,2 \pm 3,1$ phút; khối u trên 2cm chiếm $29,59\%$, thời gian thực hiện trung bình thủ thuật tăng lên đến $37,2 \pm 15,7$ lần nhất 75 phút, nhanh nhất 20 phút.

Có 5 trường hợp chảy máu trong khi làm thủ thuật cắt khối u chiếm $5,1\%$, trong đó 1 trường hợp ở tá tràng và 1 trường hợp ở trực tràng tiến hành kẹp Clip cầm máu thành công. Ba trường hợp khác chảy máu mức độ nhẹ, tiến hành đốt nhiệt cầm máu tại chỗ thành công, không chảy máu tái phát. Tỷ lệ chảy máu sau cắt khối u của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Nguyễn Tạ Quyết ($12,2\%$)¹, nhưng cao hơn so với tác giả Teegan ($1,6\%$)⁸. Trong nghiên cứu của Lugiano có 1 trường hợp thủng đường tiêu hóa ($0,7\%$)⁶. Theo các nghiên cứu đã chỉ ra tỷ lệ biến chứng thủng tăng lên với các khối u có kích thước lớn và ở vị trí đại tràng phải tỷ lệ thủng cũng tăng lên so với ở đại tràng trái và trực tràng. Đối chiếu về kích thước khối u thì kích thước trung bình khối u của chúng tôi nhỏ hơn khá nhiều so với nghiên cứu của tác giả Lugiano, nên chúng tôi chưa gặp biến chứng thủng đường tiêu hóa. Với cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn ít và kích thước u nhỏ, bệnh nhân được lựa chọn thuận lợi, chúng tôi chưa gặp biến chứng nặng như thủng đường tiêu hóa, viêm phúc mạc. Hạn chế của đề tài, với cỡ mẫu nhỏ, kích thước trung bình khối u nhỏ nên trong nghiên cứu chưa gặp các biến chứng nặng, kết quả của nghiên cứu chưa đại diện để khẳng định được các nguy cơ tai biến của kỹ thuật.

Trong 98 trường hợp u biểu mô tuyến được tiến hành cắt khối u bằng kỹ thuật cắt niêm mạc EMR, kết quả giải phẫu bệnh toàn bộ khối u sau

cắt có 96 ($97,96\%$) trường hợp là u biểu mô tuyến. Trong đó, u biểu mô tuyến không loạn sản ($27,55\%$), loạn sản nhẹ ($36,73\%$), loạn sản vừa ($18,37\%$), loạn sản nặng ($15,31\%$). Có 2 trường hợp ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma) giai đoạn sớm biệt hóa cao ($2,04\%$), tỷ lệ bệnh nhân có loạn sản nặng và ung thư biểu mô tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn so với Nguyễn Tạ Quyết và Teegan. Trường hợp ung thư biểu mô tuyến thứ nhất là bệnh nhân nam 54 tuổi khối u ở đại tràng sigma đã được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng, lấy hạch vùng xét nghiệm mô bệnh học tại Bệnh viện K, kết quả không có tế bào ác tính ở diện cắt, không di căn hạch. Trường hợp thứ 2 là bệnh nhân nam 76 tuổi, khối u ở trực tràng thấp cách mép hậu môn 4cm , gia đình bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật, hiện tại theo dõi sau 12 tháng sinh thiết 2 lần ở vị trí cắt U tại thời điểm 3 tháng và 9 tháng không có tế bào ác tính. Lần soi lại thứ 3 sau 12 tháng không thấy hình ảnh bất thường niêm mạc trực tràng. Các trường hợp khối u có loạn sản nặng được theo dõi cũng chưa thấy biểu hiện bất thường sau 12 tháng sau cắt khối u. Ý nghĩa lâm sàng của hai trường hợp ung thư sớm được cắt thành công qua nội soi bằng kỹ thuật EMR trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các khuyến cáo của các hội nội soi trên thế giới và Việt Nam. Kỹ thuật EMR có thể được chỉ định cắt các khối ung thư sớm đường tiêu hóa có kích thước dưới 2cm đồng thời các tổn thương này phải là dạng mô học ung thư biểu mô tuyến biệt hóa, khu trú ở lớp niêm mạc, không có di căn hạch hoặc mạch máu. Kỹ thuật EMR không được áp dụng cho tổn thương kém biệt hóa.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cắt niêm mạc điều trị u biểu mô tuyến đường tiêu hóa cho 98 bệnh nhân có tuổi trung bình $59,8 \pm 9,72$, ít tuổi nhất là 25, lớn nhất 88 tuổi.

Cắt thành công 100%, khối u nhỏ nhất (1cm), lớn nhất ($3,6\text{cm}$). Khối u $\leq 2\text{cm}$ chiếm $70,4\%$, thời

gian trung bình thực hiện $8,2 \pm 3,1$ phút. Khối u > 2cm chiếm 29,59%, thời gian thực hiện trung bình $37,2 \pm 15,7$ phút.

Có 5 trường hợp chảy máu trong khi làm thủ thuật (5,1%), kẹp clip và đốt nhiệt cầm máu thành công, không chảy máu tái phát, không thủng đường tiêu hóa.

U biểu mô tuyến không loạn sản (27,55%), loạn sản nhẹ (36,73%), loạn sản vừa (18,37%), loạn sản nặng (15,31%). Có 2 trường hợp ung thư biểu mô tuyến giai đoạn sớm biệt hóa cao (2,04%).

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Tạ Quyết, Lê Quang Nhân, Nguyễn Thúy Oanh (20178) *Cắt niêm mạc điều trị polyp không cuống và ung thư sớm đại trực tràng qua nội soi*. Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 16(1), tr. 11-14.
2. Bùi Ánh Tuyết, Trần Đức Cảnh và cộng sự (2018) *Bước đầu đánh giá kết quả cắt hót dưới niêm mạc điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm tại Bệnh viện K*. Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam, 53, tr. 3300-3304.
3. Chun HJ, Jang SK, Choi MG (2019) *Endoscopic Mucosal Resection for Upper Gastroenterology Neoplasia, Therapeutic Gastrointestinal Endoscopy: A Comprehensive Atlas, 2nd ed.* Springer Nature Singapore Pte Ltd 2019: 111-140.
4. Bergmann U, Beger HG (2003) *Endoscopic mucosal resection for advanced non-polypoid colorectal adenoma and early stage carcinoma*. Surg Endosc 17(3): 475-479.
5. Jameel JKA, Pillinger SH, Moncur P, Tsai HH, Duthie GS (2006) *Endoscopic mucosal resection (EMR) in the management of large colo-rectal polyps*. Wiley onlinelibrary 8(6): 497-500.
6. Luigiano C, CP, Scaffidi MG, Strangio G, Giacobbe G, Alibrandi A, Pallio S, Tortora A, Melita G, Familiari L (2009) *Endoscopic mucosal resection for large and giant sessile and flat colorectal polyps: A single-center experience with long-term follow-up*. Endoscopy 41(10): 829-835.
7. Soetikno RM, Nakanishi Y, Soehendra N (2012) *Endoscopic mucosal resection*. Gastrointest Endosc 57: 567-569.
8. Teegan R Lim, Venkat Mahesh, Salil Singh, Benjamin HL Tan, Mohamed Elsadig, Nerukav Radhakrishnan, Phil Conlong, Chris Babbs, and Regi George (2010) *Endoscopic mucosal resection of colorectal polyps in typical UK hospitals*. World J Gastroenterol 16(42): 5324-5328.