

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG LOẠN SẢN VÀ UNG THƯ DẠ DÀY SỚM BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT TÁCH HẠ NIÊM MẠC QUA NỘI SOI

Thái Văn Dũng¹, Nguyễn Cảnh Bình², Thái Doãn Kỳ²,
Phạm Minh Ngọc Quang², Đinh Thị Ngà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu và tính an toàn của kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc điều trị tổn thương loạn sản và ung thư dạ dày sớm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 35 bệnh nhân có tổn thương loạn sản và ung thư dạ dày sớm được điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) tại Viện điều trị các bệnh Tiêu hóa – Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 9/2018 đến tháng 8/2022. Nội soi đánh giá được thực hiện sau ESD 1,5 tháng và 6 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $59,94 \pm 11,78$, tỉ lệ nam/nữ là 2,5/1. Phần lớn tổn thương ở hang vị (80%), chủ yếu type 0-IIac (51,4%), kích thước trung bình là $19,6 \pm 7,5$ mm. Tỉ lệ cắt nguyên khối, cắt bỏ hoàn toàn khối u tương ứng là 94,3%, 91,4%. Thời gian can thiệp trung bình là 65,94 phút. Biến chứng chảy máu, thủng, chuyển mổ lần lượt là 2,9%, 0%, 0%. Thời gian nằm viện sau can thiệp trung bình là $5,6 \pm 1,6$ ngày. Tất cả tổn thương loét sau ESD đang liền sẹo và liền sẹo trong vòng 1,5 tháng. Sau 6 tháng điều trị: 1 trường hợp tái phát tại chỗ đã được ESD lần 2 loại bỏ tổn thương. **Kết luận:** ESD là kỹ thuật hiệu quả và tương đối an toàn trong điều trị tổn thương loạn sản và ung thư dạ dày sớm.

Từ khóa: Ung thư dạ dày sớm, loạn sản, cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi.

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF TREATMENT DYSPLASIA LESION AND EARLY GASTRIC CANCER BY ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISECSION

Objective: To assess the preliminary outcome and safety of treatment dysplasia lesion and early gastric cancer (EGC) by endoscopic submucosal dissection (ESD). **Subject and method:** A retrospective and prospective study carried out on 35 patients with dysplasia lesion and EGC treated by ESD in 108 military central hospital between September 2018 and August 2022. **Results:** Rate of man and woman were 2.5:1, average age was $59,94 \pm 11,78$ years old. Most lesions were in antrum (80%), mainly type 0-IIac (51.4%), average size was 19.6 ± 7.5 mm.

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Thái Văn Dũng

Email: drdung04@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

The rate of en bloc resection and curative resection were 94,3% and 91,4%, respectively. The median procedure time was 65.96 min. Complications of bleeding, perforation, and surgery were 2.9%, 0%, 0%, respectively. All ulcerative lesions after ESD healed up to scarring stages within 1,5 months. After 6 months of treatment: 1 case of local recurrence was removed by ESD. **Conclusion:** ESD is an effective and relatively safe technique in the treatment of dysplasia lesion and early gastric cancer.

Keywords: early gastric cancer, dysplasia, endoscopic submucosal dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến. Ở Việt Nam, UTDD là loại ung thư đứng thứ 4 về tỷ lệ mới mắc, tuy nhiên đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Dẫn đến tỷ lệ tử vong đứng thứ 3 và tỉ lệ sống thêm trên 5 năm còn thấp [1]. Chẩn đoán và điều trị sớm các tổn thương tiền ung thư (loạn sản độ thấp, loạn sản độ cao) và ung thư giai đoạn sớm giúp khả năng điều trị bệnh đạt hiệu quả cao, tiết kiệm chi phí và mang lại tiên lượng tốt hơn.

UTDD sớm (early gastric cancer) là ung thư chỉ giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc lớp hạ niêm mạc bất kể có hay không di căn hạch. Kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (endoscopic submucosal dissection - ESD) là một phương pháp nội soi can thiệp hiện đại được lựa chọn để điều trị triệt căn ung thư sớm, cho phép cắt cả khối tổn thương, chẩn đoán được chính xác qua mô bệnh học và bảo toàn dạ dày. Hạn chế của ESD là kỹ thuật khó, dễ tai biến, đòi hỏi trình độ tay nghề cao cùng với nhiều kinh nghiệm nội soi. Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 là một trong những đơn vị đã triển khai kỹ thuật ESD cho bệnh nhân ung thư sớm nhằm đưa tới hướng can thiệp tối thiểu và hiệu quả cao cho người bệnh. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả bước đầu và tính an toàn của kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc điều trị tổn thương loạn sản và ung thư dạ dày sớm".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 35 bệnh nhân được chẩn đoán loạn sản (độ cao, độ thấp) hoặc

ung thư dạ dày sớm được điều trị bằng kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc (ESD) tại Viện điều trị các bệnh Tiêu hóa – Bệnh viện TƯQĐ 108, thời gian từ 9/2018 đến tháng 8/2022.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- + Bệnh nhân được chẩn đoán loạn sản hoặc ung thư sớm dựa trên nội soi và mô bệnh học [2].
- + Kết quả giải phẫu bệnh lý: loạn sản (độ cao, độ thấp), ung thư sớm.
- + Tổn thương ở lớp niêm mạc hoặc dưới niêm mạc, chưa xâm lấn lớp cơ, chưa di căn xa trên siêu âm nội soi, CT- scan.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Tổn thương có loét, kích thước > 3cm.
- Thể mô bệnh học kém biệt hóa

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

*** Quy trình nghiên cứu:**

- Bệnh nhân nội soi ánh sáng trắng phát hiện tổn thương nghi ngờ sẽ được nội soi phóng đại nhuộm màu (ME-NBI) đánh giá chi tiết tổn thương (vị trí, kích thước, ranh giới, bất thường cấu trúc vi bề mặt và vi mạch máu) và sinh thiết làm giải phẫu bệnh.

- Khi chẩn đoán xác định là loạn sản hoặc ung thư sớm, bệnh nhân được nội soi siêu âm để đánh giá giai đoạn, độ xâm lấn trong ung thư sớm. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng để đánh giá tổn thương tại chỗ cũng như di căn. Các tổn thương có chỉ định phù hợp được tiến hành điều trị bằng cắt ESD.

- Sau khi thực hiện kỹ thuật can thiệp, bệnh được đưa về buồng bệnh theo dõi, dùng thuốc giảm co thắt (Buscopan), giảm tiết acid đường tĩnh mạch (PPI), kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.

- Sau khi xuất viện, bệnh nhân được hẹn tái khám định kỳ 1,5 tháng, 6 tháng trong năm đầu tiên để đánh giá liền sẹo tổn thương, tái phát tại chỗ. Sau đó tái khám định kỳ 6 tháng đến 1 năm tùy từng trường hợp cụ thể. Thuốc PPI đường uống được chỉ định kéo dài 1-2 tháng sau khi bệnh nhân xuất viện, điều trị kết hợp nhiễm H.pylori nếu có.

*Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

- Phân loại type đại thể tổn thương theo Paris [3].
- Phân loại hình ảnh nội soi phóng đại nhuộm màu theo phân loại VS [4].
- Cắt nguyên khối là cắt bỏ tổn thương thành một mảnh.
- Viên dương tính được định nghĩa khi diện cắt bên và /hoặc diện cắt đáy còn tế bào loạn

sản hoặc ung thư (chỉ áp dụng đối với cắt nguyên khối, không áp dụng đối với trường hợp tổn thương cắt từng mảnh).

- Cắt bỏ hoàn toàn tổn thương được xác định khi cắt nguyên khối và viền cắt âm tính với loạn sản hoặc ung thư.

- Thời gian thủ thuật (phút), được tính từ khi đưa ống nội soi vào đến khi cắt bỏ hoàn toàn tổn thương.

- Biến chứng chảy máu trong can thiệp ESD được xác định khi chảy máu nặng phải tạm dừng can thiệp và dùng các phương tiện cầm máu (kẹp clip).

- Biến chứng chảy máu muộn được xác định dựa trên các dấu hiệu chảy máu tiêu hoá trên lâm sàng (nôn ra máu, đi ngoài phân đen) và cận lâm sàng (hồng cầu giảm, huyết sắc tố giảm, nội soi có hình ảnh chảy máu từ vết cắt ESD).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=35).

Chi tiêu		X ± SD hoặc n (%)
Tuổi trung bình		59,94 ± 11,78
Tỉ lệ giới nam/nữ		2,5:1
Vị trí tổn thương	Hang vị	28 (80,0)
	Bờ cong nhỏ	5 (14,3)
	Thân vị	2 (5,7)
Hình thái đại thể	Type 0-I	5 (14,3)
	Type 0-IIa	10 (28,6)
	Type 0-IIc	2 (5,7)
	Type 0-IIac	18 (51,4)
Kích thước tổn thương	Trung bình (mm), nhỏ nhất, lớn nhất	19,6 ± 7,5 (10-40)
	< 20mm	16 (45,7)
	20 - ≤ 30mm	17 (48,6)
	> 30mm	2 (5,7)
Niêm mạc nền	Viêm teo	31 (88,6)
	Dị sản	27 (77,1)
Xét nghiệm H. pylori (dương tính)		7 (20)
Giải phẫu bệnh trước ESD	Loạn sản độ thấp	19 (53,4)
	Loạn sản độ cao	14 (40,0)
	Ung thư	2 (5,7)

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59,94 ± 11,78 tuổi (nhỏ nhất là 36, lớn nhất là 85). Nam giới chiếm đa số (tỉ lệ nam/nữ là 2,5:1). Phần lớn tổn thương ở hang vị (80%), chủ yếu type 0-IIac (51,4%), kích thước trung bình là 19,6 ± 7,5mm. Tổn thương loạn sản và UTDD sớm thường xảy ra trên nền niêm mạc viêm teo, dị sản (88,6% và 77,1%). Tỉ lệ nhiễm H. pylori là 20%.

Bảng 2. Đặc điểm nội soi nhuộm màu phóng đại (n=35)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Đường ranh giới		35	100,0
Cấu trúc vi bề mặt	Bình thường	6	17,1
	Bất thường	24	68,6
	Mất cấu trúc	5	14,3
Cấu trúc vi mạch	Bình thường	21	60,0
	Bất thường	11	31,4
	Mất vi mạch	3	8,6
Bất thường hoặc mất cấu trúc vi bề mặt/ vi mạch máu		30	85,7

Tất cả tổn thương có ranh giới rõ. Tổn thương có bất thường hoặc mất về cấu trúc vi bề mặt/ mạch máu là 85,7%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3. Một số chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị ESD (n=35)

Chỉ tiêu	X ± SD hoặc n (%)
Cắt từng mảnh	2 (5,7)
Cắt nguyên khối	33 (94,3)
Diện cắt âm tính	32 (91,4)
Diện cắt bên dương tính	1 (2,9)
Diện cắt đáy dương tính	0
Cắt bỏ hoàn toàn	32 (91,4)
Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật (phút)	65,94 (20 - 250)
Hoàn thành thủ thuật	35 (100,0)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	5,6 ± 1,6
Biến chứng	
Chảy máu trong can thiệp	1 (2,9)
Chảy máu muộn	0
Thủng	0
Chuyển mổ	0

Tỉ lệ cắt nguyên khối, cắt bỏ hoàn toàn khối u tương ứng là 94,3%, 91,4%. Thời gian can thiệp trung bình là 65,94 phút. Trong số cắt nguyên khối, tỉ lệ diện cắt âm tính là 94,3%. Có 1 bệnh nhân có biến chứng chảy máu trong can thiệp (2,9%). Không có bệnh nhân nào bị biến chứng thủng, chảy máu muộn và chuyển mổ. Thời gian nằm viện sau can thiệp trung bình là 5,6 ± 1,6 ngày.

Bảng 4. Đặc điểm kỹ thuật ESD (n=35)

Đặc điểm kỹ thuật	Số lượng (%)
ESD tiêu chuẩn	27 (77,1)
ESD hỗn hợp (Hybrid ESD)	2 (5,7)
Kỹ thuật tạo đường hầm	3 (8,6)
Kỹ thuật sử dụng Clip	3 (8,6)

Bảng 5. Kết quả giải phẫu bệnh trước và sau can thiệp ESD (n=35)

Giải phẫu bệnh sau ESD / Giải phẫu bệnh trước ESD	Loạn sản độ thấp	Loạn sản độ cao	Ung thư
Loạn sản độ thấp (n=19)	15	4	0
Loạn sản độ cao (n=14)	0	10	4
Ung thư (n=2)	0	1	1
Tổng	15 (42,9%)	15 (42,9%)	5 (14,3%)

Kết quả giải phẫu bệnh sau can thiệp: tổn thương loạn sản độ thấp và loạn sản độ cao chiếm tỉ lệ cao nhất là 15 ca (42,9%); 5 ca ung thư (14,3%). Tỉ lệ phù hợp giải phẫu bệnh trước và sau can thiệp là 26/35 (74,3%).

3.3. Theo dõi sau điều trị. Sau 1,5 tháng điều trị: 29 bệnh nhân được nội soi kiểm tra lần 1, hầu hết bệnh nhân tổn thương sau cắt ESD đã liền sẹo (19 bệnh nhân; 70,4%), có 8 tổn thương đang liền sẹo (29,6%), không có bệnh nhân nào còn loét.

Sau 6 tháng: 18 bệnh nhân nội soi kiểm tra lần 2, tỉ lệ liền sẹo hoàn toàn là 94,4% (17/18 bệnh nhân), có 1 bệnh nhân tái phát tại chỗ đã được can thiệp cắt ESD lần 2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

35 bệnh nhân loạn sản và UTDD sớm có tuổi trung bình là 59,94 ± 11,78 (trẻ nhất 36 tuổi, cao nhất 85 tuổi), trong đó phần lớn bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi > 40 (33 bệnh nhân; 94,3%), nam chiếm đa số, giống với các kết quả nghiên cứu khác ở Việt Nam như Trần Đức Cảnh (2018) là 62 [5]. Tổn thương tập trung chủ yếu ở hang vị với 80%, trong đó type 0-IIac chiếm tỉ lệ cao nhất. So sánh với các nghiên cứu trước đây, chúng tôi thấy kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thế Phương và cs với 77 bệnh nhân được chẩn đoán loạn sản độ cao và UTDD sớm cho kết quả vị trí hang vị chiếm 73,7%, type 0-IIac là chủ yếu (70%) [6]. Chung và cs trên tổng kết 1000 ca can thiệp ESD ghi nhận tổn thương vùng hang vị chiếm 72% [7]. Phần lớn UTDD phát triển trên nền niêm mạc có yếu tố nguy cơ cao như nhiễm H. pylori, viêm teo, dị sản ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ phát hiện các tổn thương viêm teo dạ dày, dị sản ruột là 85,7% và 74,3%. Như vậy, trong quá trình nội soi dạ dày cần khảo sát tỉ mỉ và cẩn thận khi niêm mạc dạ dày có viêm teo hoặc dị sản để tránh bỏ sót tổn thương

UTDD sớm.

Sau khi thực hiện nội soi thường để phát hiện tổn thương, chúng tôi đã sử dụng kỹ thuật nội soi nhuộm màu ảo NBI kết hợp với nội soi phóng đại để đánh giá vi cấu trúc mạch máu và vi cấu trúc bề mặt dựa theo phân loại VS và sơ đồ MESDA-G định hướng chẩn đoán UTDD. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% các tổn thương có ranh giới rõ với niêm mạc xung quanh, 85,7% tổn thương có biến đổi về mặt cấu trúc vi bề mặt và hoặc mạch máu. Kết quả này cho thấy ứng dụng nội soi NBI phóng đại cho phép chẩn đoán khá chính xác các tổn thương loạn sản và ung thư dạ dày sớm.

4.2. Kết quả điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cắt nguyên khối là 94,3%, tương tự như một số nghiên cứu trong và ngoài nước như Nguyễn Thế Phương là 98,7%, Chung là 95,3% [7]. Trong thời gian thực hiện kỹ thuật chúng tôi nhận thấy tỉ lệ cắt nguyên khối và cắt bỏ hoàn toàn ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như vị trí tổn thương, khoảng cách viền cắt so với ranh giới tổn thương. Một yếu tố quan trọng khác là sự hiện diện của sẹo (xơ hóa màu trắng giữa lớp niêm mạc và hạ niêm mạc). Trong 2 ca cắt nhiều mảnh, tổn thương đều có xơ hóa, không bóc tách được lớp niêm mạc và hạ niêm mạc, phẫu tích bằng dao khó khăn, vì vậy phải áp dụng phương pháp hybrid ESD, dùng thông lọng cắt bỏ tổn thương. Có 1 ca diện cắt bên còn tế bào loạn sản, nguyên nhân là do đánh dấu vị trí cắt sát với ranh giới tổn thương dẫn đến viền cắt bị lẫn vào u. Bệnh nhân này đang được chúng tôi theo dõi tiếp và có kế hoạch ESD lần 2 trong những lần tái khám tới.

Về biến chứng, có 1 ca chảy máu sau khi đã cắt bỏ tổn thương, đã được kẹp clip cầm máu thành công, không có chảy máu muộn sau đó. Trong quá trình can thiệp, chúng tôi nhận thấy hầu hết các trường hợp đều có chảy máu, tuy nhiên đã được xử trí cầm máu bằng đốt điện và kim nhiệt, không có trường hợp nào phải truyền máu hay dùng can thiệp sớm. Bên cạnh đó, không có bệnh nhân nào có biến chứng thủng, chảy máu muộn hay chuyển mổ. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Trần Đức Cảnh và cs báo cáo 50 bệnh nhân UTDD sớm được cắt ESD, tỉ lệ chảy máu khi tiến hành thủ thuật là 1/50 [5]. Bàn luận về chảy máu muộn sau can thiệp, đây là biến chứng có thể xảy ra sau 12 đến 24 giờ hoặc muộn hơn. Chảy máu có thể do vỡ các mạch máu lộ ra sau cắt ESD hoặc muộn hơn do tổn thương loét. Vì vậy để tránh biến chứng này, sau khi lấy được mảnh cắt ESD,

chúng tôi tiến hành quan sát kỹ đáy diện cắt và đốt điện, kẹp clip những mạch máu nổi rõ, có khả năng chảy máu muộn.

Trong quá trình can thiệp ESD tùy theo tính chất tổn thương, vị trí và kích thước có thể áp dụng linh hoạt một số phương pháp trong quá trình can thiệp để đạt hiệu quả cắt bỏ cao và thời gian nhanh hơn. Đối với các tổn thương có xơ sẹo gây khó bóc tách giữa lớp hạ niêm mạc và lớp cơ, chúng tôi sử dụng thông lọng để cắt phần tổn thương còn lại (Hybrid ESD). Bên cạnh đó, chúng tôi còn sử dụng clip, là một phương pháp đơn giản và hiệu quả. Một sợi chỉ dài được nối với cánh tay của clip và qua ống soi kẹp vào phần niêm mạc tổn thương, lực kéo đối lập này tạo ra trường nhìn rộng để bóc tách dưới niêm mạc. Gần đây, chúng tôi áp dụng kỹ thuật tạo đường hầm (endoscopic submucosal tunnel dissection - ESTD) với những tổn thương lớn và vị trí thuận lợi. Ưu điểm của kỹ thuật này là: đường hầm dưới niêm mạc trong ESTD tạo điều kiện cho niêm mạc bên căng ra để duy trì tầm nhìn rõ ràng hơn; đường hầm dưới niêm mạc cho phép dung dịch tiêu phòng được giữ lại lâu hơn; mũ chụp ống nội soi góp phần bóc tách lớp dưới niêm mạc. Ba bệnh nhân được của chúng tôi cắt theo phương pháp này cho kết quả rất khả quan: cắt nguyên khối 100%, thời gian can thiệp rút ngắn, không có biến chứng.

Thời gian nằm viện sau can thiệp: 13/35 bệnh nhân nghiên cứu nằm viện sau phẫu thuật 6 ngày (37,1%). Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $5,6 \pm 1,6$ ngày. Bệnh nhân nằm viện lâu nhất 10 ngày là trường hợp cần điều trị nhiều bệnh kết hợp (tăng huyết áp, đái tháo đường, thoát vị đĩa đệm).

Khi so sánh kết quả giải phẫu bệnh trước và sau can thiệp, tỉ lệ phù hợp là 26/35 (74,3%), không phù hợp là 9/35 (25,7%). Nghiên cứu của Trần Đức Cảnh cho kết quả phù hợp giải phẫu bệnh trước và sau can thiệp là 60% [5]. Sự không phù hợp giữa kết quả giải phẫu bệnh trước và sau can thiệp có thể do một số lý do như sau: (1) tổn thương ung thư biểu mô tuyến rất khó phát hiện trong một mẫu sinh thiết nhỏ; (2) ung thư có thể nằm trong tổn thương loạn sản nền. Do đó mảnh sinh thiết không đại diện cho toàn bộ tổn thương, nên có sự khác biệt về mô học đáng kể giữa chẩn đoán trước và sau can thiệp. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng sinh thiết trước là không đủ để có được chẩn đoán chính xác, như nghiên cứu của Kim và cs trên 285 tổn thương ban đầu được chẩn đoán là loạn sản độ thấp [8]. Sau can thiệp, 46 loạn sản độ

thấp (16,1%) cho thấy mô học tăng nặng chẩn đoán gồm: 22 ung thư tại chỗ (7,7%) và 24 ung thư biểu mô tuyến biệt hóa (8,4%). Vì vậy ESD là một phương pháp được khuyến cáo để chẩn đoán chính xác các tổn thương loạn sản.

4.3. Theo dõi sau điều trị. Đợt tái khám lần 1, trong tổng số 27 bệnh nhân được nội soi kiểm tra, hầu hết bệnh nhân tổn thương sau cắt ESD đã liền sẹo (19 bệnh nhân; 70,4%), có 8 tổn thương đang liền sẹo (29,6%), không có bệnh nhân nào còn loét. Hiện nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu đánh giá khả năng liền sẹo sau cắt ESD, tuy nhiên khi so sánh với các tác giả trên thế giới, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự. Naomi Kakushima (2004) [9] theo dõi 70 bệnh nhân có khối u niêm mạc dạ dày được cắt ESD, dùng thuốc ức chế bơm proton và sucralfate trong 8 tuần. Nội soi theo dõi được thực hiện vào 8 tuần sau ESD. Kết quả cho thấy sau 8 tuần, tất cả các trường hợp đều đang liền sẹo hoặc liền sẹo.

Đợt tái khám lần 2, có 18 trường hợp được nội soi kiểm tra, tỉ lệ lành sẹo hoàn toàn là 94,4%, có 1 bệnh nhân loạn sản độ thấp tái phát tại chỗ (5,6%) đã được chẩn đoán qua sinh thiết. Đây là trường hợp có xơ sẹo giữa lớp niêm mạc và hạ niêm mạc dẫn tới không cắt bỏ hoàn toàn tổn thương. Bệnh nhân đã được nhập viện cắt ESD lần 2 và không thấy tái phát ở những lần khám sau đó.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 35 bệnh nhân loạn sản và ung thư dạ dày sớm được điều trị bằng kỹ thuật ESD tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108, cho thấy

đây là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỉ lệ cắt bỏ hoàn toàn cao và tỉ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R., 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. **Yao K., Uedo N., Kamada T., et al.** (2020). Guidelines for endoscopic diagnosis of early gastric cancer. Digestive Endoscopy, 32(5): 663–698.
3. **Paris Workshop Participants** (2003). The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. Gastrointestinal endoscopy, 58(6): 1–43.
4. **Yao K.** (2013). The endoscopic diagnosis of early gastric cancer. Annals of Gastroenterology: Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology, 26(1): 11–22.
5. **Trần Đức Cảnh** (2019). Nhận xét kết quả điều trị ban đầu bằng kỹ thuật ESD cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm tại bệnh viện K-Hà Nội. Hội nghị Nội soi Tiêu hóa Toàn quốc lần 4.
6. **Nguyễn Thế Phương** (2022). Nhận xét hiệu quả kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị tổn thương loạn sản dạ dày độ cao và ung thư dạ dày sớm. Tạp chí y học Việt Nam, 515(1), tr. 169-175.
7. **Chung I., Lee J., Lee S., 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.
8. **Kim J.-W. and Jang J.Y.** (2015). Optimal management of biopsy-proven low-grade gastric dysplasia. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy, 7(4): 396–402.
9. **Kakushima N., Yahagi N., Fujishiro M., et al.** (2004). The healing process of gastric artificial ulcers after endoscopic submucosal dissection. Digestive Endoscopy, 16(4): 327–331.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA RÀO CẢN TỰ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT VỚI KẾT QUẢ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Đinh Thị Huê¹, Lê Quang Toàn¹, Nguyễn Hoàng Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa một số rào cản tự kiểm soát đường huyết với kết quả kiểm

soát đường huyết của bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 391 bệnh nhân Đái tháo đường type 2. Các rào cản tự kiểm soát đường huyết được đánh giá bằng bộ câu hỏi khảo sát; kết quả kiểm soát đường huyết được đánh giá bằng HbA1c và đường huyết lúc đói. **Kết quả:** Tỉ lệ kiểm soát được đường huyết là 39,1%. Bệnh nhân có điểm hoạt động tự kiểm soát cao hơn ở nhóm đạt được mục tiêu đường huyết so với nhóm không đạt mục tiêu, $p < 0,05$. Tỉ lệ kiểm soát đường huyết thấp hơn ở các

¹Bệnh viện Nội tiết Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Huê

Email: huesmile9185@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022