

30 trường hợp, chiếm 9,1%. Liên quan giữa viêm âm đạo và trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, tiền căn viêm âm đạo, cách sử dụng thuốc rửa phụ khoa, giao hợp trong thai kỳ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Cần có nhiều biện pháp như tăng cường tuyên truyền, giáo dục đẩy mạnh công tác tư vấn, nâng cao chất lượng thăm khám cũng nhận thức của người dân, đặc biệt là sản phụ trong việc tầm soát, khám, chẩn đoán và điều trị viêm âm đạo khi có triệu chứng hoặc các đối tượng có yếu tố nguy cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Kim Anh, Trương Quang Vinh, Nguyễn Thị Lê Na và cộng sự.** Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới và một số đặc điểm liên quan ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối, Tạp chí Phụ sản. 2020. 18(2), 23-29. Doi: 10.46755/vjog.2020.2.805.
2. **Aduloju, Olusola Peter, Akintayo, Akinyemi Akinsoji, and Aduloju, Tolulope %J** Pan African Medical Journal. Prevalence of bacterial vaginosis in pregnancy in a tertiary health institution, south western Nigeria. 2019. 33(1). doi:10.11604/pamj.2019.33.9.17926.
3. **Lê Chí Công và cộng sự.** Tình hình, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm âm đạo ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2020. (28), 37-44.
4. **Dawood, AS and Omar, MK.** Incidence and

types of vaginitis in pregnant women attending routine antenatal care at Tanta University Hospital: a cross-sectional study. Int J Pregn Child Birth. 2019. 5(2), 87-90. DOI: 10.15406/ipcb.2019.05.00153.

5. **Trần Phước Gia và cộng sự** Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn âm đạo và một số yếu tố liên quan ở thai phụ ba tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2017.
6. **Konadu, Dennis Gyasi, et al.** Prevalence of vulvovaginal candidiasis, bacterial vaginosis and trichomoniasis in pregnant women attending antenatal clinic in the middle belt of Ghana. 2019. 19, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2488-z>.
7. **Tôn Phước Thuận và cộng sự.** Nghiên cứu tình hình, đánh giá kết quả điều trị và dự phòng viêm âm đạo ở sản phụ khám thai ba tháng giữa thai kỳ tại Trung tâm Y tế huyện Chợ Mới năm 2020-2021, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2021.
8. **Dương Thị Thu và cộng sự.** Giá trị của tiêu chuẩn Amsel trong chẩn đoán xác định viêm âm đạo do vi khuẩn, Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2024. 176(3), 1-7.
9. **Rjepaj, Gentiana. et al.** Bacterial vaginosis, candidiasis vaginalis and trichomoniasis vaginalis among pregnant women seeking routine care in Tirana, Albania. 2016.
10. **Shaffi, Afrin F, et al.** Predictors of bacterial vaginosis among pregnant women attending antenatal clinic at tertiary care hospital in Tanzania: a cross sectional study. The East African Health Research Journal. 2021. 5(1). 59. doi:10.24248/eahrj.v5i1.652.

HIỆU QUẢ CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CÁC TỔN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ VÀ UNG THƯ SỚM Ở ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA - GAN MẬT, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Công Long^{1,2}, Nguyễn Hoài Nam^{1,2}, Hoàng Văn Chương¹,
Nguyễn Ánh Dương¹, Nguyễn Thanh Nam¹, Trần Tuấn Việt¹,
Nguyễn Thế Phương¹, Phạm Như Hòa¹, Phạm Bình Nguyên¹,
Trần Huyền Trang¹, Nguyễn Văn Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm ở đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 30 bệnh nhân polyp đại trực tràng được điều trị bằng phương pháp cắt tách dưới

niêm mạc (ESD). Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi sau điều trị 2 tháng để đánh giá tái phát. **Kết quả:** Trước điều trị, theo phân loại JNET chủ yếu thuộc type IIA (76,7%), theo phân loại KUDO là type III (63,3%), 6 trường hợp ung thư sớm. Kết quả thực hiện ESD: 100% thực hiện kỹ thuật thành công, trong thời gian chủ yếu trên 30 phút (chiếm 76,7%), không có biến chứng. Tỷ lệ cắt toàn khối en-bloc là 100%, tỷ lệ R0 là 86,7%. Sau theo dõi 2 tháng, 100% bệnh nhân đã liền sẹo, không tái phát. **Kết luận:** Cắt tách dưới niêm mạc là một kỹ thuật hiệu quả, an toàn trong điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm ở đại trực tràng.

Từ khóa: cắt tách dưới niêm mạc, ung thư đại trực tràng, polyp

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

SUMMARY**EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION IN THE TREATMENT OF PRE-CANCER AND EARLY-STAGE CANCER IN THE COLON AT THE GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL**

Objective: To assess the efficacy of endoscopic submucosal dissection in the treatment of pre-cancer and early-stage cancer in the colon. **Subjects and methods:** A non-controlled clinical intervention was conducted on 30 patients with colorectal polyps treated by endoscopic submucosal dissection (ESD). All patients were followed up two months after treatment to assess for recurrence. **Results:** Before treatment, according to the JNET classification, the majority were type IIA (76.7%); according to the KUDO classification, type IIIL (63.3%), and 6 cases of early cancer. Results of ESD implementation: 100% of the technique was successful, mainly in over 30 minutes (76.7%), with no complications. The en-bloc resection rate was 100%, the R0 rate was 86.7%. After two months of follow-up, 100% of patients had healed scars and no recurrence. **Conclusion:** Submucosal dissection is an effective and safe technique in the treatment of pre-cancer and early-stage cancer in the colon. **Keywords:** endoscopic submucosal dissection, colorectal cancer, polyp

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là ung thư phổ biến đứng thứ ba trên thế giới và thứ năm tại Việt Nam.¹ Khoảng 70% UTĐTT xuất phát từ polyp u tuyến.² Bệnh chỉ có triệu chứng khi ở giai đoạn muộn, đòi hỏi cần có chiến lược phát hiện sớm vì kết quả điều trị giảm dần theo giai đoạn bệnh. Cụ thể, tỉ lệ sống sau 5 năm của UTĐTT giai đoạn tại chỗ là 90%, giai đoạn có di căn vùng là 70%, và 10% khi di căn xa.³ Điều trị polyp đại trực tràng phụ thuộc vị trí, kích thước, hình thái trên nội soi và dấu hiệu xâm lấn dưới niêm mạc.² Với tổn thương còn khu trú ở lớp niêm mạc và hạ niêm mạc nông, 2 kỹ thuật cắt qua nội soi có thể lựa chọn làm phương pháp điều trị chính là cắt hút niêm mạc (EMR) và cắt tách dưới niêm mạc (ESD). Nghiên cứu Okumura và cộng sự (CS) năm 2024, hồi cứu 1344 bệnh nhân với 1539 tổn thương được điều trị bằng ESD thấy tỉ lệ cắt bỏ hoàn toàn en bloc là 98,6%, tỉ lệ cắt bỏ R0 là 97,2% với tỷ lệ tái phát tại chỗ rất thấp (0,5%) sau thời gian theo dõi trung bình 72 tháng.³ So sánh giữa ESD và EMR, ESD có tỷ lệ cắt bỏ en bloc và R0 cao hơn, mặt khác tỉ lệ tái phát sau EMR cao hơn ESD là 5,88 lần.⁴ Thống kê của Eun Na và CS (2023) cho thấy, tại Hàn Quốc, số lượng ca làm ESD tăng dần mỗi năm, từ 2046 ca năm 2012 lên 5319 ca năm 2019, cho thấy kỹ thuật này được chấp

nhận như là một phương pháp hữu ích để điều trị UTĐTT sớm.⁵ Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu "Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm ở đại trực tràng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 30 bệnh nhân polyp đại trực tràng được chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024.

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán:****2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân có polyp đại trực tràng
- Hình ảnh nội soi là polyp tân sinh chưa ung thư xâm lấn sâu: phân loại JNET type II, và KUDO type IIIL, IIIs, IV, Vi.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tổn thương có chống chỉ định của kỹ thuật ESD:
 - + Có di căn xa (hạch hoặc cơ quan khác)
 - + Có dấu hiệu xâm lấn sâu trên nội soi: JNET type III và/ hoặc KUDO typ V_N.

- Bệnh nhân có chống chỉ định nội soi: nghi ngờ bệnh lý mạch vành cấp, thủng ruột...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng

2.2.2. Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu đều được đưa vào nghiên cứu. Cách chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Bệnh nhân polyp đại trực tràng được thực hiện nội soi dài tần hẹp và nội soi nhuộm màu bằng indigo carmine để đánh giá phân loại JNET, KUDO.

Bước 2: Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn và loại trừ đối tượng nghiên cứu sẽ được tiến hành thực hiện cắt tách dưới niêm mạc.

Bước 3: Theo dõi đánh giá ghi nhận các tai biến, biến chứng, kết quả mô bệnh học sau can thiệp ESD

Bước 4: Theo dõi bệnh nhân sau 2 tháng

2.2.4. Các quy trình kỹ thuật trong nghiên cứu

❖ Chuẩn bị trước can thiệp. Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm đông cầm máu, điện tim, X quang tim phổi để đảm bảo các kết quả trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chuẩn bị sạch ruột bằng uống dung dịch Fortrans như nội soi đại tràng thông thường.

❖ Quy trình cắt polyp bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc ESD

Bước 1. Đánh dấu: Dùng indigocarmine 0.4% phun lên bề mặt tổn thương để xác định ranh giới tổn thương. Dùng mũi dao flush knife với chế độ điện đông đánh dấu cách 5mm rìa ngoài tổn thương. Với tổn thương nổi gồ, dễ dàng xác định ranh giới thì có thể không cần đánh dấu trước.

Bước 2. Tiêm: Tiêm dung dịch nước muối sinh lý vào lớp dưới niêm mạc để nâng lớp niêm mạc.

Bước 3. Dùng dao flush knife rạch niêm mạc theo đường viền đánh dấu và cách tổn thương > 5mm, sau đó cắt tách lớp dưới niêm mạc từng bước theo phương pháp tạo vạt hoặc tạo túi, tùy thuộc kích thước tổn thương, cuối cùng lấy được tổn thương nguyên khối. Trong quá trình cắt tách, nếu có chảy máu, sử dụng coagrasper để điện đông. Với các mạch to không điện đông được, có thể kẹp clip.

Bước 4. Kiểm tra cầm máu: Sau khi lấy tổn thương, kiểm tra diện cắt và điện đông các đầu điểm mạch còn sót. Với diện cắt rộng, có thể dùng clip để đóng miệng cắt, giúp hạn chế biến chứng và nhanh liền.

❖ Tai biến, biến chứng. Biến chứng chính trong ESD là thủng và chảy máu. Thủng là tình trạng khuyết lớp cơ và thanh mạc của đại tràng dẫn đến khí và dịch ruột đi vào trong khoang ổ bụng. Nếu thủng được phát hiện trong quá trình làm ESD, có thể xử trí bằng đóng clip lỗ thủng, dùng kháng sinh phổ rộng và theo dõi sát để phẫu thuật khi điều trị nội khoa không thành công. Nếu thủng phát hiện muộn, hầu hết đều phải phẫu thuật xử trí thủng và lau rửa sạch ổ bụng. Chảy máu có thể ngay trong hoặc sau quá trình làm thủ thuật. Xử trí cầm máu có thể qua nội soi bằng coagrasper điện đông hoặc kẹp clip cầm máu, hoặc phẫu thuật nếu nội soi không thành công.

❖ Theo dõi sau ESD. Các tổn thương sẽ được nội soi đánh giá lại sau 2 tháng. Nếu phát hiện tái phát trên nội soi sẽ được lấy bỏ lần 2 bằng kỹ thuật ESD.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai theo Quyết định số 835/BVBM-HĐĐĐ.

- Bệnh nhân được giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 30 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ và được thực hiện điều trị polyp bằng kỹ thuật ESD. Kết quả cụ thể như sau:

Bảng 3.2. Đặc điểm của polyp trước điều trị (n=30)

Đặc điểm		n	%
Vị trí polyp	Manh tràng	1	3,3
	Đại tràng lên	1	3,3
	Đại tràng góc gan	1	3,3
	Đại tràng ngang	7	23,3
	Đại tràng góc lách	1	3,3
	Đại tràng xuống	2	6,7
	Đại tràng sigma	10	33,3
	Trực tràng	8	26,7
Kích thước polyp	10-19 mm	1	3,3
	20-29 mm	13	43,4
	30-39 mm	10	33,3
	≥40 mm	6	20,0
	Trung bình (X±SD, min-max)	34,9±21,8 (16-100)	
Hình thái polyp LST	Typ hạt đồng nhất	4	13,3
	Typ không hạt, phẳng	8	26,7
	Typ hạt, không đồng nhất	7	23,3
	Typ không hạt, giả lõm	3	10,0
	Typ lõm, không cuống	8	26,7
Phân loại SMSA	Độ 2	2	6,6
	Độ 3	14	46,7
	Độ 4	14	46,7
	Điểm trung bình (X±SD, min-max)	12,1±1,9 (8-15)	

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu có tổn thương ở đại tràng sigma và trực tràng với 60,0%, kích thước polyp từ 30mm trở lên với 76,7%, hình thái polyp là type lõm, không cuống (26,7%) và type không hạt, phẳng (26,7%). Bệnh nhân chủ yếu thuộc mức độ 3-4 theo phân loại SMSA với tỉ lệ 93,4%. Điểm trung bình SMSA là 12,1 điểm, thấp nhất 8 điểm, cao nhất 15 điểm.

Bảng 3.3. Phân loại nội soi theo JNET, KUDO và kết quả mô bệnh học sau ESD (n=30)

Phân loại nội soi	Mô bệnh học sau ESD	U tuyến loạn sản độ thấp (n=11)		U tuyến loạn sản độ cao (n=13)		Ung thư (n=6)		Tổng số	
		n	%	n	%	n	%	n	%
		JNET	Type IIA	10	90,9	11	84,6	2	33,3
	Type IIB	1	9,1	2	15,4	4	66,7	7	23,3
KUDO	Type IIIs	1	9,1	2	15,4	2	33,3	5	16,7
	Type IIIL	7	63,6	10	76,9	1	16,7	18	60
	Type IV	2	18,2	1	7,7	1	16,7	4	13,3
	Type Vi	1	9,1	0	0	2	33,3	3	10,0

Nhận xét: Phân loại JNET chẩn đoán đúng 10 trường hợp u tuyến ống loạn sản độ thấp (tương ứng type IIA) và 6 trường hợp loạn sản độ cao/ung thư (tương ứng type IIB). Phân loại KUDO có 1 trường hợp type Vi nhưng mô bệnh học là loạn sản độ thấp.

Bảng 3.4. Kết quả điều trị polyp bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc ESD (n=30)

Kết quả		n	%
Kết quả thực hiện thủ thuật	Thành công	30	100
	Thất bại	0	0
Thời gian làm thủ thuật	≤15 phút	0	0
	15-30 phút	7	23,3
	30-60 phút	11	36,7
	>60 phút	12	40,0
	Trung bình (X±SD, min-max)	68,7±46,2 (15-180)	
Biến chứng	Chảy máu	0	0
	Thủng	0	0
Kết quả ESD	Cắt cả khối	30	100
	Cắt từng mảnh	0	0
Kết quả điện cắt bên	R0	26	86,7
	R1	4	13,3

Nhận xét: Kết quả thực hiện ESD cho thấy, 100% thực hiện kỹ thuật thành công, trong thời gian chủ yếu trên 30 phút (chiếm 76,7%), không có biến chứng. Kết quả giải phẫu bệnh sau ESD cho thấy, 100% đạt được cắt cả khối en-bloc, tuy nhiên vẫn có 4 trường hợp điện cắt R1.

Bảng 3.5. Kết quả theo dõi sau ESD 2 tháng (n=30)

Kết quả theo dõi	n	%
Đã liền sẹo	30	100
Còn loét điện cắt	0	0
Có tổn thương tái phát (trên nội soi)	0	0

Nhận xét: Sau theo dõi 2 tháng, 100% bệnh nhân đã liền sẹo, không tái phát.

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật ESD được các bác sỹ Nhật Bản phát minh năm 2006 và hiện nay đã được ứng dụng trong cắt bỏ các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm đại trực tràng ở nhiều quốc gia Châu Âu, Mỹ. Nghiên cứu của Niimi và CS thực hiện trên 310 trường hợp ESD đại trực tràng từ 07/2000 đến 12/2008 cho thấy tỷ lệ cắt bỏ khối u là 90,3%.⁶ Năm 2019, Saito và CS thực hiện ESD trên 192 bệnh nhân ghi nhận tỷ lệ thành công là 100%, trong đó tỷ lệ cắt toàn khối en-bloc lên đến 94,7%.⁷ Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 30 bệnh nhân cũng cho kết quả tương tự là tỷ lệ thành công là 100%. Theo Wang và CS (2023), tỉ lệ cắt bỏ cả khối en-bloc và tỉ lệ R0 thường được dự đoán thành công của thủ thuật

và tiên lượng tương đối tốt. Bên cạnh đó, trong quá trình tiến hành thủ thuật, các tai biến và biến chứng cũng cần được xem xét.⁴ Thủng và chảy máu là hai biến chứng thường gặp trong một số nghiên cứu, như của Chow và CS thấy tỉ lệ thủng 3,2% và chảy máu 1,8% sau ESD.⁸ Một nghiên cứu khác ước tính có thể tới 7-10% bệnh nhân gặp biến chứng nặng sau ESD.⁹ Các biến chứng này có mối liên quan với độ tuổi trẻ của bệnh nhân, kích thước tổn thương lớn, tình trạng xơ hóa dưới niêm mạc và thời gian thực hiện thủ thuật dài hơn.⁸ Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào bị thủng hay chảy máu, có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu chưa đủ lớn. Do đó, hiệu quả cũng như tính an toàn của kĩ thuật ESD trong nghiên cứu này là phù hợp với các nghiên cứu ở ngoài nước.

- Kết quả đánh giá diện cắt sau can thiệp ESD: Giải phẫu bệnh sau can thiệp cho phép không chỉ đánh giá bản chất mô học tổn thương mà còn đánh giá xem kĩ thuật cắt bỏ bằng ESD có triệt để hay chưa, dựa trên dấu hiệu diện cắt đáy hay diện cắt bên còn mô u hay không. Điều này là rất quan trọng. Nếu 2 diện cắt không còn u nghĩa là kĩ thuật ESD đã xử trí tổn thương tại chỗ triệt để. Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy, 86,7% bệnh nhân không còn tổ chức u ở các diện cắt, 4 trường hợp điện cắt bên còn u (R1). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Singh và cộng sự (2023) với tỉ lệ R0 là 75,6%.⁹ Theo tác giả, tỉ lệ R0 đã có xu hướng cải thiện đáng kể trong 5 năm qua từ 2017, tuy nhiên, tỉ lệ R0 chung tại Châu Âu còn thấp hơn so với các báo cáo khác tại Nhật Bản, thậm chí tỉ lệ này chỉ đạt trung bình 79%. So sánh với các tác giả Nhật Bản, kết quả của nghiên cứu thấp hơn Kobayashi (2022) với tỉ lệ R0 là 90%.¹⁰ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bước đầu áp dụng nhưng đạt được tỷ lệ R0 86,7% là có thể chấp nhận được với 93,4% tổn thương có mức độ khó độ 3, 4 (thang điểm SMSA) khi can thiệp nội soi.

- Kết quả theo dõi sau ESD: Tái phát sau thực hiện ESD đã được nhiều tác giả báo cáo. Theo Okamura và cộng sự (2024), các yếu tố liên quan đến tỉ lệ tái phát tại chỗ bao gồm tổn thương đường kính ≥ 40mm; cắt bỏ không R0; cắt bỏ mô học không đầy đủ và xơ hóa nặng với nguy cơ tương đối HR lần lượt là 15,68 lần; 41,05 lần; 16,23 lần; 9,52 lần.³ Trên mô bệnh học sau ESD, có 4 ca điện cắt còn tổ chức u (R1) bao gồm 1 trường hợp u tuyến loạn sản độ thấp và 3 trường hợp u tuyến loạn sản độ cao. Theo Hội nội soi châu Âu (2015), với các tổn thương được cắt từng phần hoặc bờ điện cắt dương tính không có chỉ định phẫu thuật, nội soi có sinh

thiết nên được tiến hành sau 3 tháng. Những trường hợp này đều đã được chúng tôi theo dõi sau 2 tháng, kết quả tổn thương liền sẹo, không tái phát (bảng 3.4). Trong nghiên cứu của Okamura, theo dõi trung bình 72 tháng (4-195 tháng) mới phát hiện được 7 trường hợp tái phát tại chỗ. Do đó, chúng tôi có kế hoạch theo dõi cho người bệnh lâu hơn để phát hiện sớm tái phát tại chỗ để xử trí tiếp.

V. KẾT LUẬN

Cắt tách dưới niêm mạc là một kỹ thuật hiệu quả, an toàn trong điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm ở đại trực tràng.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ của Sở Khoa học công nghệ Thành phố Hà Nội. Đề tài là một phần kết quả của đề tài Cấp Thành phố Hà Nội, mã số 01C-08/05-2020-3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492.
2. **Gao P, Zhou K, Su W, Yu J, Zhou P.** Endoscopic management of colorectal polyps. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2023;11:goad027. doi:10.1093/gastro/goad027.
3. **Okumura T, Hayashi T, Kudo SE, et al.** Endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasms: Risk factors for local recurrence and

- long-term surveillance. *DEN Open*. 2024;4(1): e269. doi:10.1002/deo2.269.
4. **Wang N, Shu L, Liu S, et al.** Comparing endoscopic mucosal resection with endoscopic submucosal dissection in colorectal adenoma and tumors: Meta-analysis and system review. *PLoS One*. 2023;18(9): e0291916. doi:10.1371/journal.pone.0291916.
 5. **Eun Na J, Kim B, Hoon Jung S, Choi A, Kim S, Kim TO.** Usage trends of colorectal endoscopic submucosal dissection according to hospital types based on nationwide claims data. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(43): e35514. doi:10.1097/md.00000000000035514.
 6. **Niimi K, Fujishiro M, Kodashima S, et al.** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for colorectal epithelial neoplasms. *Endoscopy*. 2010;42(09):723-729.
 7. **Saito T, Kobayashi K, Sada M, et al.** Comparison of the histopathological characteristics of large colorectal laterally spreading tumors according to growth pattern. *Journal of the anus, rectum and colon*. 2019;3(4): 152-159.
 8. **Chow CWS, Fung TLD, Chan PT, Kwok KH.** Endoscopic submucosal dissection for colorectal polyps: outcome determining factors. *Surg Endosc*. 2023;37(2): 1293-1302. doi:10.1007/s00464-022-09672-2.
 9. **Singh RR, Nanavati J, Gopakumar H, Kumta NA.** Colorectal endoscopic submucosal dissection in the West: A systematic review and meta-analysis. *Endosc Int Open*. 2023;11(11):E1082-e1091. doi:10.1055/a-2181-5929.
 10. **Kobayashi N, Takeuchi Y, Ohata K, et al.** Outcomes of endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasms: Prospective, multicenter, cohort trial. *Dig Endosc*. 2022;34(5): 1042-1051. doi:10.1111/den.14223.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP VÀ SỰ THAY ĐỔI KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA HỌC SINH NỮ TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023

Nguyễn Tấn Đạt¹, Nguyễn Ngọc Huyền¹, Lê Trung Hiếu¹,
Trần Tú Nguyệt¹, Nguyễn Thị Kiều Lan¹, Nguyễn Thị Thanh Thảo¹,
Nguyễn Việt Phương¹, Võ Nhật Ngân Tuyền¹, Bùi Thị Bích Thủy¹,
Nguyễn Thành Tấn¹, Nguyễn Trung Kiên¹, Nguyễn Minh Phương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chăm sóc sức khỏe sinh sản trên đối tượng vị thành niên là một vấn đề sức khỏe công đồng được quan tâm trên toàn thế giới. **Mục tiêu**

nghiên cứu: Đánh giá sự thay đổi kiến thức và thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản của học sinh nữ sau khi can thiệp và hiệu quả của các biện pháp can thiệp tại các trường Trung học cơ sở ở thành phố Cần Thơ năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang sau can thiệp trên 300 học sinh nữ đã dậy thì tại các trường THCS ở thành phố Cần Thơ. Nghiên cứu định tính khảo sát trên 96 đối tượng bao gồm giáo viên, nhân viên y tế trường học, phụ huynh và nữ sinh. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, sau đó được mã hóa và phân tích theo phương pháp phân tích nội dung. **Kết quả nghiên cứu:** Sau 6

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Đạt

Email: ntdat@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 9.9.2024