

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Barron S, Kennedy MP.** Single-use Bronchoscopes: Applications in COVID-19 Pandemic. *Journal of Bronchology & Interventional Pulmonology.* 2021;28(1):e3-e4.
- Chang SH, Jiang J, Kon ZN, et al.** Safety and Efficacy of Bronchoscopy in Critically Ill Patients With Coronavirus Disease 2019. *Chest.* 2021; 159(2):870-872.
- Deasy KF, Sweeney AM, Danish H, O'Reilly E, Ibrahim H, Kennedy MP.** Single Use or Disposable Flexible Bronchoscopes: Bench Top and Preclinical Comparison of Currently Available Devices. *J Intensive Care Med.* 2023;38(6):519-528.
- Flandes J, Giraldo-Cadavid LF, Alfayate J, et al.** Bronchoscopist's perception of the quality of the single-use bronchoscope (Ambu aScope4TM) in selected bronchoscopies: a multicenter study in 21 Spanish pulmonology services. *Respir Res.* 2020;21(1):320.
- Marshall DC, Dagaonkar RS, Yeow C, et al.** Experience With the Use of Single-Use Disposable Bronchoscope in the ICU in a Tertiary Referral Center of Singapore. *Journal of Bronchology & Interventional Pulmonology.* 2017;24(2):136-143.
- Rutala WA, Weber DJ.** Reprocessing endoscopes: United States perspective. *Journal of Hospital Infection.* 2004;56:27-39.
- Srinivasan A, Wolfenden LL, Song X, et al.** An Outbreak of Pseudomonas aeruginosa Infections Associated with Flexible Bronchoscopes. *N Engl J Med.* 2003;348(3):221-227.
- Wahidi MM, Lamb C, Murgu S, et al.** American Association for Bronchology and Interventional Pulmonology (AABIP) Statement on the Use of Bronchoscopy and Respiratory Specimen Collection in Patients With Suspected or Confirmed COVID-19 Infection. *Journal of Bronchology & Interventional Pulmonology.* 2020;27(4): e52-e54.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮT TÁCH HẠ NIÊM MẠC QUA NỘI SOI (ESD) ĐIỀU TRỊ POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KHÔNG CUỐNG KÍCH THƯỚC ≥ 2 CM

Thái Doãn Kỳ¹, Vũ Văn Sơn², Trần Đức Cảnh³,
Dương Thị Tuyết¹, Lưu Tiến Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, tính an toàn của phương pháp cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi điều trị polyp đại trực tràng kích thước ≥ 2 cm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng thiết kế can thiệp, theo dõi dọc trên 64 bệnh nhân được can thiệp cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi (ESD) theo hướng dẫn của hiện hội nội soi Nhật Bản 2019 từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2024 tại khoa NSTDCN bệnh viện KTƯ và khoa A3A viện điều trị các bệnh lý tiêu hóa, Bệnh viện TƯQĐ 108. **Kết quả:** Tỷ lệ cắt toàn khối R0 là 100%, cắt hoàn toàn về mô bệnh học 92,2%, ESD đơn thuần 90,6%, Hybrid 9,4%, thời gian can thiệp trung bình 93 ± 70 phút, tai biến, biến chứng; 3,1% thủng, 6,3% chảy máu số lượng ít, ỉa phát sau 3 tháng 2,1%, sau 6 tháng 0%. **Kết luận:** Kỹ thuật ESD điều trị polyp đại trực tràng không cuống kích thước ≥ 2 cm đạt hiệu quả cao trong điều trị với tỷ lệ thành công, điều trị triệt căn cao, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp. **Từ khóa:** polyp không cuống, đại trực tràng, ESD).

SUMMARY

¹Bệnh viện TƯQĐ 108²Học Viện Quân Y³Bệnh viện K Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Sơn

Email: bsvusonbv109@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024

EVALUATED THE RESULTS OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION (ESD) OF COLORECTAL SESSILE POLYPS ≥ 2 CM

Objective: To assess the efficacy and safety of endoscopic submucosal dissection (ESD) for the treatment of colorectal sessile polyps ≥ 2 cm. **Patients and Method:** A total of 64 consecutive patients with a colorectal sessile polyps ≥ 2 cm were treated endoscopically at 108 hospital and National cancer hospital from January 2020 to April 2024, use intervention design, monitor vertically. **Result:** En bloc and curative resection rates were 100% and 92,2%, diện cắt còn tổn thương trên MBH 7,8%, ESD 90,6%, Hybrid 9,4%, The mean procedure time was 93 ± 70 min, Perforation occurred in two case (3,1%), delayed bleeding in four cases (6,3%), Recurrence rate; 3 months in one cases (2,1%), in 6 months (0%). **Conclusion:** Endoscopic submucosal dissection (ESD) of colorectal sessile polyps ≥ 2 cm with a high success rate, high complete resection rate, low complication rate.

Keywords: Colorectal Sessile polyps, ESD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là loại ung thư đứng hàng thứ 3 trên thế giới và đứng thứ 5 tại Việt Nam, chỉ sau ung thư gan, ung thư phổi, ung thư vú và ung thư dạ dày Hầu hết các ung thư đại trực tràng đều xuất phát từ polyp, đặc biệt là polyp kích thước lớn, mà các tổn thương giai đoạn sớm thường không có triệu chứng, Kỹ thuật

cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) là một lựa chọn phù hợp cho phép phẫu thuật cả khối với tổn thương ≥ 2 cm, đạt tỷ lệ cao cắt toàn bộ tổn thương ở đại trực tràng, giúp giảm quá trình tiến triển thành ung thư và ung thư giai đoạn muộn cho bệnh nhân[1],

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Đối tượng:** 64 bệnh nhân được điều trị cắt polyp bằng ESD tại bệnh viện K Trung ương và bệnh viện TỰQĐ 108 từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2024

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán Polyp không cường ĐTT ≥ 2 cm, có chỉ định can thiệp điều trị ESD theo hướng dẫn của Hiệp hội nội soi Nhật Bản năm 2019 [2].

Tổn thương ở lớp niêm mạc hoặc nông hạ niêm mạc, chưa di căn hạch trên CT – Scanner ổ bụng.

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Đồng ý tham gia nghiên cứu, Tuân thủ quá trình theo dõi sau điều trị.

* **Các bước tiến hành kỹ thuật**

+ Xác định tổn thương đầu tiên bằng ánh sáng trắng sau đó nhuộm NBI bộc lộ rõ ranh giới tổn thương.

+ Tiêm phòng (Injection) dưới niêm mạc bằng dung dịch Volutyle 6%.

+ Đục lỗ niêm mạc (Making hole) bằng dao Dual Knife.

+ Cắt vòng (Insision) quanh cách vị trí đánh dấu 5mm và phẫu tích dưới niêm mạc bằng dao IT knife.

+ Phẫu tích dưới niêm mạc (Dissection) bằng dao IT Knife hoặc dao Dual knife.

+ Đánh giá lại diện cắt, cầm máu ổ sung, kẹp clip vị trí ngi ngờ, nguy cơ thủng, lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp, theo dõi dọc

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{1-p}{\mathcal{E}^2 \cdot p}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu; α : mức ý nghĩa thống kê = 0,05 (ứng với độ tin cậy là 95%)

Z: giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị $\alpha = 0,05$ ($Z_{1-\alpha/2}=1,96$)

p: trị số p ước đoán của quần thể được tham khảo của nghiên cứu trước theo tác một số tác giả trước đó, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy $p = 0,9$ (90%)

\mathcal{E} : mức sai số tương đối chấp nhận (giá trị này từ 0,01 đến 0,20; chúng tôi lấy giá trị này là 0,1. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trên chúng tôi tính toán được cỡ mẫu lý thuyết là 43 bệnh nhân, thực tế nghiên cứu này chúng tôi thu thập được 64 bệnh nhân.

Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng Excel 2019, xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban lãnh đạo Bệnh viện TỰQĐ 108, Bệnh viện K Trung ương. Tất cả thông tin của bệnh nhân được hoàn toàn giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm tuổi và giới

Bảng 3.1. Phương pháp cắt hạ niêm mạc qua nội soi

Phương pháp	n	%
ESD	58	90,6
ESD kết hợp EMR (Hybrid)	6	9,4
Tổng số	64	100

Nhận xét: Có 58/64 (90,6%) bệnh nhân được cắt theo phương pháp ESD đơn thuần, 6/64 (9,4%) kết hợp ESD và EMR (hybrid) để loại bỏ hoàn toàn tổn thương.

Bảng 3.2. Liên quan giữa thời gian can thiệp và kích thước polyp

Kích thước	Số lượng (n)	$\bar{X} \pm SD$ Phút	p
20 -29mm	29	67 \pm 36	0,002
30 -39mm	17	93 \pm 51	
≥ 40 mm	18	139 \pm 100	
Tổng số	64	93 \pm 70	

Nhận xét: Thời gian can thiệp trung bình là 93 \pm 70 phút, lâu nhất ở nhóm polyp kích thước ≥ 40 mm (139 \pm 100 phút), ngắn nhất ở nhóm polyp kích thước 20-29mm (67 \pm 36 phút), sự khác biệt về thời gian can thiệp ở các nhóm có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$).

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa thời gian và phương pháp can thiệp

Phương pháp	Số lượng (n)	$\bar{X} \pm SD$ phút	p
ESD	58	95 \pm 72	0,69
ESD + EMR	6	83 \pm 50	
Tổng	64	93 \pm 70	

Nhận xét: Thời gian trung bình của nhóm bệnh nhân được cắt ESD thông thường là 95 \pm 72 phút, lâu hơn thời gian của nhóm cắt bằng hybrid (ESD, EMR) 83 \pm 50 phút, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.4. Thủ thuật phòng ngừa và kiểm soát chảy máu

Thủ thuật cầm máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Coagforcep đơn thuần	54	84,4
Coagforcep + kẹp clip bổ xung	10	15,6
Khép diện cắt bằng clip	8	12,5

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều được đánh giá tình trạng diện cắt và nguy cơ chảy máu; 54/64 (84,4%) được cầm máu bổ xung bằng kim nhiệt (coagforcep) đơn thuần, 10/64 (15,6%) dùng kim nhiệt và kẹp clip bổ xung, 8/64 (12,5%) được khép diện cắt bằng clip sau khi đã được cầm máu bổ xung bằng kim nhiệt.

Bảng 3.5. Tai biến trong can thiệp

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tai biến vô cảm	0	0
Chảy máu	1	1,6
Thủng đại tràng	0	0
Không tai biến	63	98,4
Tổng	64	100

Nhận xét: Theo dõi trong vòng 24 giờ đầu sau can thiệp có 59/64 (92,2%) không có biến chứng, 3/64 (4,7%) có biến chứng chảy máu, 2/64 (3,1%) bệnh nhân có biến chứng thủng ruột.

Bảng 3.6. Biến chứng sớm sau cắt hạ niêm mạc qua nội soi

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng	59	92,2
Chảy máu	3	4,7
Thủng đại tràng	2	3,1
Tổng	64	100

Nhận xét: Theo dõi trong vòng 24 giờ đầu sau can thiệp có 59/64 (92,2%) không có biến chứng, 3/64 (4,7%) có biến chứng chảy máu, 2/64 (3,1%) bệnh nhân có biến chứng thủng ruột.

Bảng 3.7. Phân loại khí máu

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sau 3 tháng (n=47)		
Còn viêm loét	2	4,3
Liên sẹo	44	93,6
Tái phát gần	1	2,1
Tổng	47	100
Sau 6 tháng (n=39)		
Còn viêm loét	0	0
Liên sẹo	39	100
Tái phát gần	0	0
Tổng	39	100

Nhận xét: Tái khám lần 1 sau 3 tháng; có 47/64 (73,4%) bệnh nhân 44/47(93,6%) đã liền sẹo, 2/47 (4,3%) bệnh nhân còn viêm loét ở diện cắt, 1/47 (2,1%) bệnh nhân có tái phát gần.

Tái khám lần 2 sau 6 tháng: 39/64 (61%); 39/39 (100%) diện cắt liền sẹo, 0/39 (0%) tái phát

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ thành công kỹ thuật cắt niêm mạc. Với các polyp không cường ĐTT, nghiên cứu này áp dụng kỹ thuật cắt hạ niêm mạc tiêu chuẩn, kết hợp với phương pháp cắt niêm mạc (EMR), chúng tôi thực hiện cắt trọn niêm mạc cho 64 polyp với thời gian trung bình 93 ± 70 phút. tỷ lệ cắt toàn khối là 64/64 (100%); trong đó tỷ lệ cắt ESD đơn thuần là 58/64 (90.6%), tỷ lệ cắt Hybrid 6/64 (9.4%). Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Park, J.H (2021) với 81,2% tổn thương được cắt bằng ESD và 18,8% được cắt bằng phương pháp Hybrid [3].

Một số thay đổi kỹ thuật cũng được áp dụng, thực hiện kỹ thuật cắt hạ niêm mạc sử dụng phương pháp tạo được hầm. giúp kiểm soát tốt đáy tổn thương, tiến hành cắt những tổn thương có diện tích lớn một cách an toàn với đường rạch bên tối thiểu giúp ngăn ngừa sự phân tán của dịch niêm dưới niêm mạc, tạo điều kiện cho lực kéo, dẫn tới việc kiểm soát hướng cắt tốt hơn[4]. dùng dụng cụ hỗ trợ lực kéo bằng vòng M- Loop giúp giảm thời gian thực hiện thủ thuật, tăng tỷ lệ cắt bỏ tổn thương, giảm tỷ lệ biến chứng thủng và chảy máu. dụng cụ đốt điện có bọc sứ ở đầu để cắt hạ niêm mạc theo chu vi polyp, sau đó loại bỏ tổn thương theo cách thức cắt hạ niêm mạc tiêu chuẩn. Đây là phương pháp chủ động tạo ra bờ an toàn về mô học ở rìa bệnh phẩm; tuy nhiên cần sử dụng dao IT để thực hiện đường cắt hạ niêm mạc để tránh xuyên lan sâu.

Đánh giá tính triệt để về mặt mô bệnh học; Park cho rằng kỹ thuật cắt hạ niêm được xem như loại bỏ hoàn toàn tổn thương khi không tìm thấy tế bào u ở khoảng cách 0,5mm tính từ mép tổn thương trong trường hợp cắt trọn hay không thấy hình ảnh u tuyến ở mép vết cắt trên thành đại tràng [3].

Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương theo mô bệnh học của chúng tôi đạt 59/64 (92,2%) trong cả nhóm cắt ESD đơn thuần và Hybrid, 06/64 (7,8%) trường hợp còn tổn thương diện cắt.

Có 5 trường hợp diện cắt còn tổn thương nằm ở đại tràng trái và trực tràng, kích thước 20-90mm, trong đó có 4/5 trường hợp là tổn thương dạng dẹt (LST và 0-IIa), điều này càng củng cố thêm lập luận về nguy cơ của những tổn thương phẳng, khó khăn trong việc phát hiện cũng như khi can thiệp qua nội soi khó để sót tổn thương hơn so với những nhóm polyp khác, kết quả giải phẫu bệnh 3/5 trường hợp sót tổn thương là ung thư giai đoạn sớm chưa xâm lấn sâu, tuy nhiên tổn thương còn sót đã đã các bác sĩ giải phẫu bệnh đánh giá rất kĩ, diện cắt còn sót đều là tổn thương loạn sản độ thấp không có

ung thư, chính vì thế những trường hợp này chúng tôi quyết định không chuyển phẫu thuật tiến hành tư vấn và theo dõi sát, bệnh nhân được soi đánh giá lại sau mỗi 3 tháng, kết quả trong vòng 6 tháng đầu tiên sau can thiệp chưa phát hiện tái phát tại vị trí diện cắt cũ, và hiện tại sau 1-2 năm bệnh nhân chưa phát hiện tái phát.

Sở dĩ kết quả của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn trong nghiên cứu của Park J.H (80,6%) các tổn thương được loại bỏ triệt hoàn toàn trên mô bệnh học mặc dù kích thước trung bình các tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn có lẽ trong nghiên cứu này chúng tôi đã loại bỏ một số trường hợp bệnh nhân sau khi cắt ESD có kết quả GPB ung thư xâm lấn sâu lớp hạ niêm mạc do không đủ tiêu chuẩn lựa chọn (bệnh nhân xâm lấn sâu dưới niêm mạc $\geq 1000\mu\text{m}$), nên việc kiểm soát, thực hiện các thao tác khi cắt khó khăn hơn, một số trường hợp phải phối hợp cùng EMR (hybrid) để cắt hoàn toàn tổn thương.

Đa phần các nghiên cứu không xác định mối liên hệ giữa phương pháp cắt hạ niêm mạc hay tỷ lệ loại bỏ triệt để với phân bố tổn thương ở ĐTT. Nghiên cứu của Park, J.H và cộng sự có 97 (12,4%) trường hợp không thể thực hiện cắt hạ niêm mạc trong lần đầu do tổn thương ở vị trí khó tiếp cận [3].

Nghiên cứu của chúng tôi có 5/64 (7,8%) cắt không hết tổn thương trên mô bệnh học, các tổn thương nằm ngay vùng tiếp giáp giữa các đoạn đại tràng như: đại tràng sigma và đại tràng xuống, đại tràng ngang và đại tràng góc gan hoặc góc lách. Nhờ sử dụng dụng cụ hỗ trợ là mũ chụp đầu cho dây nội soi đại tràng ống mềm có tên gọi là "ovetip" hay "cap", chúng tôi đã dễ dàng hơn trong việc tiếp cận và thực hiện kỹ thuật tiêm phòng cũng như cắt hạ niêm mạc thành công. Tuy nhiên, đây là các vị trí khó về mặt kỹ thuật. Polyp ở các vị trí này có thể được thực hiện theo phương pháp cắt ESD kết hợp EMR (hybrid) khó khăn về mặt thao tác đưa dao cắt trọn tổn thương. Kỹ thuật Hybrid chủ yếu được sử dụng trong các trường hợp vị trí không ổn định và xơ hóa nặng liên quan đến vị trí không ổn định hoặc không tối ưu và ít gặp hơn trong các trường hợp vị trí dao khó tiếp cận và mất ổn định do ruột căng quá mức [5]. Duy trì một vị trí ổn định trong suốt quá trình thực hiện là rất quan trọng để giảm thời gian thực hiện và nguy cơ thủng. Độ ổn định, có thể bị ảnh hưởng bởi các chuyển động hô hấp, nhịp tim và các nhu động ngược của đại tràng, giúp quá trình bóc tách có thể tiến triển theo đúng mặt phẳng với độ nghiêng của dao

Tai biến và biến chứng của kỹ thuật cắt hạ niêm mạc qua nội soi

***Chảy máu.** Theo hướng dẫn của hiệp hội nội soi tiêu hóa Nhật Bản về ESD/EMR đại trực tràng năm 2019, định nghĩa chảy máu liên quan thủ thuật cắt hạ niêm mạc bao gồm[6]: Tai biến chảy máu trong thủ thuật: sự chảy máu từ vết cắt hạ niêm mạc cần phải can thiệp cầm máu bằng nội soi hay chuyển mổ kiểm soát cầm máu. Biến chứng chảy máu: xảy ra sau khi kết thúc kỹ thuật cắt hạ niêm mạc qua nội soi; bệnh nhân có triệu chứng tiêu máu đỏ tươi, đi ngoài phân đen hay xét nghiệm Hemoglobin giảm $\geq 2\text{g/dl}$ so với trước khi thực hiện cắt hạ niêm mạc. Đa số chảy máu sau thủ thuật đều xảy ra trong 24 giờ; một số trường hợp xảy ra sau 36 giờ hay thậm chí xảy ra muộn sau 2 tuần. Xét về các yếu tố nguy cơ, Park J.H cho rằng biến chứng chảy máu không liên quan vị trí hay kích thước tổn thương mà có liên quan với độ mô học ung thư biểu mô và kỹ thuật cắt mảnh niêm mạc. Xét trên 64 polyp đã cắt, ghi nhận 01/64 (1.65%) trường hợp có tai biến chảy máu trong thủ thuật phải dừng tạm thời thủ thuật tiến hành cầm máu, sau đó tiếp tục thực hiện thủ thuật thành công. Có 03/64 (4,7%) trường hợp có biến chứng chảy máu sớm, được phát hiện trong 24 giờ đầu sau can thiệp, với các triệu chứng đi ngoài ra máu số lượng ít, xét nghiệm không có giảm hồng cầu và huyết sắc tố, được điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định trong vòng 3 ngày. So sánh với các tác giả khác: Tỷ lệ chảy máu diện cắt của chúng tôi thấp hơn; điều này có thể do về mặt kỹ thuật, chúng tôi kiểm soát mạch máu, lựa chọn phương án cầm máu hợp lý, 100% bệnh nhân được cầm máu lại sau cắt bằng coagforcep, trong đó kẹp clip bổ xung 10/64(15,6%), kẹp khẹp miệng diện cắt bằng clip 8/64 (12,5%). Xử trí tiêm cầm máu hay kẹp clip kiểm soát cầm máu thành công trong tất cả các trường hợp chảy máu vết cắt trong thủ thuật của chúng tôi cũng tương tự với hầu hết các tác giả khác. Để giảm tỷ lệ chảy máu sau thủ thuật, nhiều nghiên cứu đã đề ra các chỉ định và kỹ thuật dự phòng chảy máu như sử dụng coagforep cầm máu diện cắt và clip khẹp 2 mép miệng diện cắt đối với những tổn thương $\geq 40\text{cm}$ sau thủ thuật. Bahin và cộng sự đã kết luận: kích thước tổn thương $\geq 30\text{mm}$, vị trí ở đại tràng phải, bệnh lý nội khoa đi kèm, bệnh nhân lớn tuổi thể trạng kém là yếu tố nguy cơ chảy máu sau can thiệp. Ngoài ra, xét về kinh tế y tế thì chỉ nên kẹp clip dự phòng cho các bệnh nhân có bệnh lý đông máu hay dùng thuốc kháng đông. Chúng tôi có 10 trường hợp được chỉ định kẹp clip dự phòng cho các tổn thương

kích thước lớn, có diện cắt rộng, mặt cắt sâu đến lớp cơ hay lộ mạch máu đáy vết cắt. Về chỉ định kỹ thuật, chúng tôi rút ra các yếu tố nguy cơ cần quan tâm để tránh chảy máu tại vết cắt: Cần lựa chọn kỹ thuật loại bỏ tổn thương phù hợp kỹ thuật cắt dưới niêm mạc ESD hoặc phẫu thuật cắt đoạn ĐTT, đặc biệt lưu ý với các tổn thương nghi ngờ hoặc chưa loại trừ là ung thư biểu mô.

- Phải áp dụng biện pháp kẹp clip dự phòng chảy máu với các trường hợp lộ lớp cơ ở đáy vết cắt.

- Chủ động đánh giá mạch máu nuôi, cầm máu chủ động trước khi dùng dao bóc tách tổn thương

***Thủng đại tràng.** Thủng đại tràng do cắt hạ niêm mạc là một biến chứng nghiêm trọng, đòi hỏi phải chẩn đoán và xử trí sớm, đúng mức. Nếu phát hiện sớm chủ động được xử trí bằng khép lỗ thủng qua nội soi, trường hợp thủng bít sau phẫu thuật có thể kết hợp điều trị nội khoa bằng kháng sinh, chống viêm mạnh và cần được theo dõi sát, một số trường hợp phải phẫu thuật khâu lỗ thủng. Biến chứng thủng nếu xảy ra sẽ làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong. Trong 64 trường hợp tổn thương của chúng tôi, đa số có kích thước rất lớn, có 02 (3,1%) trường hợp có biến chứng thủng đại tràng do cắt hạ niêm mạc, 2 trường hợp này đều nằm ở trực tràng thấp, có kích thước tổn thương lớn (5cm), hình thái tổn thương 0-Is, và LST-G, JNET type 2AB, thời gian can thiệp lâu (90 phút và 125 phút), kết quả giải phẫu bệnh đều là carcinoma tuyến giai đoạn sớm chưa xâm nhập cơ niêm diện cắt không còn tổn thương, thành trực tràng mỏng có lẽ là một yếu tố liên quan, cả 2 trường hợp đều được phát hiện sớm, nội soi lại kịp thời, đánh giá và khép lỗ thủng bằng clip, bệnh nhân điều trị nội khoa, ổn định ra viện sau 7-10 ngày. Để hạn chế biến chứng thủng hay bóng xuyên thành đại tràng bằng cách tiêm phồng dưới niêm mạc lượng dịch đáng kể và cắt tổn thương ở chế độ "cắt", hạn chế sử dụng chế độ "đông". Bên cạnh đó nhiều tác giả cũng đề nghị kẹp clip khép mép vết cắt đối với các trường hợp đáy vết cắt sâu, lộ lớp cơ thành đại tràng. Chúng tôi nhận thấy rằng với tổn thương kích thước trung bình, tỷ lệ biến chứng thủng có tỷ lệ nhỏ hơn 1%; trong khi với các nghiên cứu có kích thước trung bình 3,5cm có tỷ lệ thủng đại tràng cao hơn hẳn. Điều này dẫn đến suy luận rằng nguy cơ thủng đại tràng có liên quan đến kích thước tổn thương. Kích thước trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương so với các tác giả nói trên, tỷ lệ biến chứng thủng đại tràng của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của các tác giả trước đó. Những trường hợp tổn thương kích thước lớn hay ở vị trí khó, chúng tôi ưu tiên thực hiện kỹ

thuật ESD bóc tách quanh tổn thương, sau đó dùng EMR để cắt phần còn lại, cho dù phương pháp này gây khó khăn cho đánh giá mô bệnh học nhưng giúp kiểm soát độ sâu của vết cắt nhằm tránh biến chứng thủng. Thủng đại tràng có thể được xử trí thành công nếu được phát hiện và xử trí khép lỗ thủng bằng clip ngay trong khi đang tiến hành thủ thuật. Có thể tiến hành kẹp clip để đóng kín vết thương và điều trị bảo tồn trong các trường hợp sau:

- Kích thước lỗ thủng < 10mm.

- Đại tràng được chuẩn bị sạch.

- Toàn trạng bệnh nhân ổn định tại thời điểm tai biến.

Tái phát sau cắt hạ niêm mạc. Một trong những chỉ số quan trọng đánh giá hiệu quả của kỹ thuật cắt niêm mạc là tỷ lệ tái phát tại chỗ sau cắt niêm mạc. Xét các yếu tố liên quan đến tái phát sau cắt niêm mạc qua nội soi; một số tác giả khẳng định sự liên quan của kích thước lớn của polyp với tỷ lệ tái phát; Yamada M và cộng sự (2017) đã thực hiện nghiên cứu trên 423 tổn thương loạn sản và ung thư sớm không xâm lấn sâu dưới niêm mạc trong vòng 5 năm ghi nhận tỷ lệ tái phát chung 2,9% và 1,1% đối với ung thư [7]. Một nghiên cứu trên 1233 bệnh nhân của Boda K và CS (2017) cũng cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ là 1,7%. Tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp chính là một lợi ích quan trọng của ESD đại tràng, một phân tích tổng hợp đa báo cáo rằng tỷ lệ thấp hơn đáng kể các phương pháp khác, các báo cáo gần đây ghi nhận tỷ lệ tái phát tại chỗ dao động từ 0,4- 2,9%, trong đó phân tích các yếu tố liên quan; tỷ lệ cắt mảnh là nguyên nhân hàng đầu gây tỷ lệ tái phát tại chỗ tăng. Phân tích đa biến của tác giả cũng cho thấy kích thước lớn của tổn thương là yếu tố nguy cơ độc lập của tái phát sau cắt mảnh niêm mạc. đề nghị thời gian nội soi kiểm tra lần đầu vào khoảng 3 - 6 tháng sau cắt mảnh niêm mạc; nếu phát hiện tái phát lần đầu thì nội soi kiểm tra lần tiếp theo cũng vào khoảng thời gian sau 3 - 12 tháng. Vì thời lượng nghiên cứu ngắn, trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện theo dõi vào 2 giai đoạn 3 tháng và 6 tháng để đánh giá liên sẹo và tái phát sớm kết quả ghi nhận; có 47/64 (73,4%) bệnh nhân được tái khám trong đó 44/47 (93,6%) diện cắt đã liền sẹo, không còn viêm loét, 02/47 (4,3%) diện cắt đang liền sẹo, còn viêm nhẹ, và loét nhỏ. Đặc biệt ghi nhận 1/47 (2,1%) tái phát tại chỗ trên một bệnh nhân carcinoma tuyến trực tràng 40mm, đã được cắt trước đó, được chẩn đoán GPB sau can thiệp giai đoạn pT1a, diện cắt âm tính, tổn thương tái phát 0-Is với kích thước 2cm, JNET 2A,B, Bệnh nhân

được đã được can thiệp cắt ESD lần 2, rất may mắn kết quả GPB bệnh tổn thương chưa xầm lẫn sâu, kết quả kiểm tra lại những lần sau đó sẹo cắt liền hoàn toàn, không có tái phát. Giai đoạn sau 6 tháng có 39/64 (60%) bệnh nhân được nội soi đánh đại tràng kiểm tra, ở lần khám này chúng tôi không ghi nhận thêm trường hợp tái phát nào, 02 trường hợp còn viêm loét 3 tháng trước đó sẹo loét đã liền hoàn toàn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cắt toàn khối là 100%, cắt hoàn toàn về mô bệnh học R0 59/64 (92,2%), diện cắt còn tổn thương (R1) 5/64(7,8%) ESD đơn thuần 58/64 (90,6%), Hybrid 6/64 (9,4%). thời gian can thiệp trung bình là 93 ± 70 phút, phương pháp dự phòng chảy máu chính là nhiệt đông 54/64 (84,4%), kết hợp nhiệt đông + clip cầm máu 10/64 (15,6%), khếp diện cắt 8/64 (12,5%), tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật: 64/64 (100%), tai biến, biến chứng: 02/64(3,1%) thủng, can thiệp sớm, điều trị nội khoa, 04/64 (6,3%) biến chứng chảy máu số lượng ít, điều trị nội khoa, tỷ lệ tái phát; Sau 3 tháng 01/47 (2,1%) trường hợp tái phát, được can thiệp cắt ESD bổ sung thành công. Tóm lại Kỹ thuật ESD điều trị polyp đại trực tràng không cuống kích thước ≥ 2 cm đạt hiệu quả cao trong điều trị với tỷ lệ thành công, điều trị triệt căn

cao, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.,** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 2021. 71(3): p. 209-249.
2. **Tanaka, S., et al.,** Japan Gastroenterological Endoscopy Society guidelines for colorectal endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection. Dig Endosc, 2020. 32(2): p. 219-239.
3. **Park, J.H., et al.,** A Surveillance Endoscopy Strategy Based on Local Recurrence Rates after Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection. J Clin Med, 2021. 10(19).
4. **Sakamoto, H., et al.,** Pocket-creation method facilitates endoscopic submucosal dissection of colorectal laterally spreading tumors, non-granular type. Endosc Int Open, 2017. 5(2): p. E123-e129.
5. **Cecinato, P., et al.,** Underwater endoscopic submucosal dissection and hybrid endoscopic submucosal dissection as rescue therapy in difficult colorectal cases. Endosc Int Open, 2022. 10(9): p. E1225-e1232.
6. **Tanaka, S., et al.,** Japan Gastroenterological Endoscopy Society guidelines for colorectal endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection. Dig Endosc, 2020. 32(2): p. 219-239.
7. **Yamada, M., et al.,** Long-term clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasms in 423 cases: a retrospective study. Endoscopy, 2017. 49(3): p. 233-242.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN CHẤN THƯƠNG TUYỆT ĐỘ III, IV Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Hồng Tuấn^{1,2}, Nguyễn Việt Hoa¹, Phạm Quang Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) chấn thương tụy độ III, IV theo phân loại của AAST và đánh giá kết quả điều trị bảo tồn của bệnh nhi chấn thương tụy tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 24 bệnh nhân chấn thương tụy độ III, IV trên hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) và được điều trị bảo tồn tại khoa Phẫu thuật Nhi và Trẻ sơ sinh – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2018 tới tháng 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 10,4 tuổi, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông (95,9%), triệu chứng

lâm sàng chủ yếu là đau bụng (100%) và vết xây xước thành bụng (95,8%). Tổn thương tụy trên CLVT: eo tụy chiếm 41,7%, thân và đuôi tụy 48,3%, phân độ theo AAST: độ III có 14 bệnh nhân (58,3%), độ IV 41,7%. Kết quả điều trị bảo tồn: có 2 bệnh nhân phải phẫu thuật, không có bệnh nhân tử vong. Tỷ lệ điều trị thành công là 91,7% trong đó có 16 bệnh nhân (66,7%) hình thành nang giả tụy được dẫn lưu nang – dạ dày qua nội soi. Theo dõi xa: Bệnh nhân theo dõi xa nhất là 5 năm, gần nhất là 13 tháng. Tất cả các bệnh nhân đã ổn định, các xét nghiệm về bình thường. **Kết luận:** : Điều trị bảo tồn chấn thương tụy độ III, IV ở trẻ em có tính khả thi, tỷ lệ thành công cao tuy nhiên cần điều trị ở những nơi có điều kiện phẫu thuật cũng như can thiệp qua nội soi và chẩn đoán hình ảnh. **Từ khóa:** Chấn thương tụy, nang giả tụy, điều trị bảo tồn, dẫn lưu dưới siêu âm.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuấn

Email: hongtuan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

SUMMARY

RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF GRADE III, IV PANCREATIC INJURY IN CHILDREN AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL