

quả cho thấy sự biến động đề kháng theo thời gian, nhấn mạnh vai trò của giám sát kháng thuốc định kỳ và sử dụng kháng sinh hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ito T., Katayama Y., Asada K., Mori N., et al (2001), "Structural comparison of three types of staphylococcal cassette chromosome mec integrated in the chromosome in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*", Antimicrobial agents and chemotherapy, 45 (5), pp. 1323-1336.
2. Quế Anh Trâm, Lê Thị Ngân, Nguyễn Xuân Quảng và cộng sự (2020), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *Staphylococcus Aureus* tại Khoa Bệnh Nhiệt đới Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An (2018 - 2019)", Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, 3 (31), tr. 21-25.
3. Đỗ Văn Đông, Nguyễn Sỹ Thấy, Vũ Việt Sáng (2019), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng kháng sinh ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *Staphylococcus aureus* điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2016 đến năm 2018", Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, 14 (4), tr. 146-152.
4. Tong S. Y., Davis J. S., et al (2015), "Staphylococcus aureus infections: epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, and management", Clinical microbiology reviews, 28 (3), pp. 603-661.
5. Lê Văn Nam (2018), "Nghiên cứu tính kháng kháng sinh, gen kháng thuốc của *S.aureus*, *E.coli* và mối liên quan với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết", Luận văn Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
6. Nguyễn Thị Bé Hai, Hai, Nguyễn Thị Hải Yến (2021), "Xác định tỉ lệ nhiễm và sự đề kháng kháng sinh *Staphylococcus aureus* kháng methicillin được phân lập từ bệnh phẩm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2020-2021", Tạp chí y dược học Cần Thơ, 39, tr. 172-178.
7. Vũ Văn Bình, Đỗ Hùng Trần (2023), "Nghiên cứu tình hình kháng kháng sinh và các yếu tố liên quan của *Staphylococcus aureus* được phân lập từ bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ", Tạp chí Y học Việt Nam, 527 (1B), tr. 205-209.
8. Phan Nữ Đài Trang (2016), "Khảo sát tỉ lệ kháng kháng sinh và gen quy định độc tố exfoliative toxins của các chủng *Staphylococcus aureus* phân lập tại Viện Pasteur TP. HCM", Tạp chí phát triển khoa học & công nghệ, 19 (T3), tr. 15-22.
9. Barbara Kot (2019), "Antimicrobial Resistance Patterns in Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* from Patients Hospitalized during 2015–2017 in Hospitals in Poland", Medical Principles and Practice, pp. 61-68.

ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, CẮT LỚP VI TÍNH VÀ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA U DƯỚI NIÊM MẠC THỰC QUẢN VÀ DẠ DÀY

La Vĩnh Phúc¹, Phạm Văn Linh², Võ Huỳnh Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm nội soi, cắt lớp vi tính và giải phẫu bệnh của u dưới niêm mạc thực quản và dạ dày. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu được thực hiện trên 69 bệnh nhân có u dưới niêm mạc đường kính dưới 3 cm, chẩn đoán qua nội soi ống mềm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 10/2022 đến tháng 2/2025. **Kết quả:** Vị trí u thường gặp nhất ở hang vị (31,9%), thân vị (27,5%) và thực quản (26,1%). Kích thước trung bình qua nội soi là $14,04 \pm 6,35$ mm, 100% u có bề mặt trơn láng và 40,6% u có tính di động. Qua cắt lớp vi tính, 40,6% trường hợp không tìm thấy u; ở các ca phát hiện được, kích thước trung bình là $14,59 \pm 6,20$ mm, 61,0% có mạch máu cạnh u và chỉ 2,4% tăng trưởng ra ngoài ống tiêu hóa. Về giải phẫu bệnh, u cơ trơn chiếm tỷ lệ cao nhất (42,0%), tiếp theo là

mô tủy lạc chỗ (15,9%) và u mô đệm đường tiêu hóa (10,1%). **Kết luận:** Kết quả cung cấp dữ liệu về hình ảnh học và mô bệnh học, hỗ trợ chẩn đoán và quản lý bệnh lý này tại Việt Nam. **Từ khóa:** U dưới niêm mạc, thực quản, dạ dày, nội soi.

SUMMARY

ENDOSCOPIC, COMPUTED TOMOGRAPHY, AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SUBMUCOSAL

TUMORS OF THE ESOPHAGUS AND STOMACH

Objective: To describe the endoscopic, computed tomography, and histopathological characteristics of submucosal tumors of the esophagus and stomach. **Methods:** A prospective and retrospective study was conducted on 69 patients with submucosal tumors less than 3 cm in diameter, diagnosed via flexible endoscopy at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from October 2022 to February 2025. **Results:** Tumors were most frequently located in the antrum (31.9%), gastric body (27.5%), and esophagus (26.1%). The mean size on endoscopy was 14.04 ± 6.35 mm, with 100% of tumors having a smooth surface and 40.6% being mobile. On CT, tumors were not found in 40.6% of cases; in detected cases, the mean size was 14.59

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Quốc Tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: Võ Huỳnh Trang

Email: vhttrang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

± 6.20 mm, 61.0% had adjacent vessels, and only 2.4% showed extraluminal growth. Histopathologically, leiomyomas were the most common type (42.0%), followed by ectopic pancreatic tissue (15.9%) and gastrointestinal stromal tumors (10.1%). **Conclusion:** The results provide data on the imaging and histopathological features, supporting the diagnosis and management of this pathology in Vietnam. **Keywords:** Submucosal tumor, esophagus, stomach, endoscopy, computed tomography, histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dưới niêm mạc (UDNM) đường tiêu hóa, với nguồn gốc từ lớp cơ niêm, dưới niêm hoặc lớp cơ, là một phát hiện tương đối phổ biến trong thực hành nội soi, với tỷ lệ mắc mới khoảng 0,45% ở thực quản [3] và 0,36% ở dạ dày [5]. Phần lớn các khối u này có đường kính dưới 2cm và thường được phát hiện tình cờ với hình ảnh khối lồi được bao phủ bởi niêm mạc bình thường; chỉ một số ít gây triệu chứng như chảy máu hay cản trở lưu thông [2]. Tuy nhiên, một thách thức lâm sàng lớn là gần 15% UDNM có thể là ác tính tại thời điểm chẩn đoán [6], trong khi hình ảnh nội soi của các tổn thương nguy cơ thấp và cao lại rất tương đồng. Sự không đặc hiệu này gây khó khăn cho việc chẩn đoán và nhấn mạnh nhu cầu cấp thiết phải có được xác nhận về mặt mô bệnh học.

Các phương pháp sinh thiết truyền thống để chẩn đoán UDNM bộc lộ nhiều hạn chế đáng kể. Sinh thiết đào có độ chính xác thấp, trong khi sinh thiết bằng kẽm lớn tiềm ẩn nguy cơ chảy máu cao. Ngay cả nội soi siêu âm và chọc hút bằng kim (EUS-FNA), một phương pháp được áp dụng rộng rãi, cũng cho hiệu quả không ổn định, thay đổi từ 35% đến 79% tùy nghiên cứu và giảm đi khi khối u có kích thước nhỏ [8]. Những rào cản trong việc chẩn đoán này đã thúc đẩy xu hướng cắt bỏ hoàn toàn khối u, vừa để có được chẩn đoán xác định, vừa mang lại hiệu quả điều trị.

Trong bối cảnh các kỹ thuật cắt bỏ trọn u như cắt xuyên thành (EFTR) chưa được lưu hành rộng rãi tại Việt Nam, kỹ thuật đào hầm dưới niêm mạc (STER) đã chứng tỏ hiệu quả vượt trội trên thế giới với tỷ lệ lấy trọn u khoảng 95% [6], [8]. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có báo cáo nào về kỹ thuật này. Do đó, việc mô tả các đặc điểm nền tảng về nội soi, cắt lớp vi tính và giải phẫu bệnh của UDNM là bước đi đầu tiên và cần thiết, nhằm xây dựng một bộ dữ liệu cơ bản, tạo tiền đề cho việc áp dụng và đánh giá các phương pháp can thiệp tiên tiến trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân

chẩn đoán u dưới niêm mạc thực quản và dạ dày được áp dụng kỹ thuật đào hầm dưới niêm mạc qua nội soi ống mềm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 10/2022 đến 2/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định u dưới niêm mạc thực quản – dạ dày qua nội soi ống mềm, có đường kính < 3 cm, ASA I–III và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ bệnh nhân có INR $> 1,5$ hoặc số lượng tiểu cầu $< 40.000/\text{mm}^3$, ASA $> \text{III}$, hoặc kết hợp với ung thư thực quản hoặc dạ dày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu, can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn toàn bộ bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đến khám và điều trị trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 69 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

- Nội soi: Vị trí u, khoảng cách từ u thực quản đến cung răng, kích thước, bề mặt và di động của u.

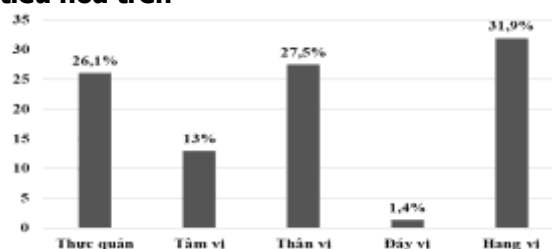
- Cắt lớp vi tính: Vị trí, kích thước, mạch máu cạnh u, tăng trưởng ra ngoài ống tiêu hóa.

- Giải phẫu bệnh: Loại u (mô đệm, cơ trơn, mỡ, thần kinh nội tiết, mô tụy lạc chỗ, tế bào hạt, khác).

2.3. Xử lý số liệu. Dữ liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê và trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ. Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn tính cho các biến định lượng, tỷ lệ phần trăm (%) tính cho các biến định tính. Mỗi tương quan giữa các biến định tính được kiểm định bằng Chi-square test, khi không thỏa điều kiện sẽ sử dụng Fisher's Exact test. Sự khác biệt giữa hai trung bình với phân phối chuẩn được đánh giá bằng Independent T-test hoặc One-way ANOVA.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hình ảnh u dưới niêm mạc qua nội soi tiêu hóa trên



Biểu đồ 3.1. Vị trí u qua nội soi tiêu hóa trên

Nhận xét: Vị trí gặp nhiều nhất ở hang vị (31,9%) và thân vị (27,5%), tiếp theo là thực quản (26,1%), ít gặp hơn ở tâm vị (13%), và

hiếm nhất ở đáy vị (1,4%).

Bảng 3.1. Kích thước u dưới niêm qua nội soi tiêu hóa trên

Đặc điểm	U dưới niêm mạc, n(%)		Tổng n (%)	p
	Thực quản	Dạ dày		
Kích thước	<10mm	4 (22,2)	12(23,5)	0,776*
	10 - 20mm	13 (72,2)	32 (62,7)	
	>20mm	1 (5,6)	7 (13,7)	
	Trung bình	13,00 ± 6,05	14,41 ± 6,47	0,410
Di động	Có	10 (55,6)	18(35,3)	0,132
	Không	8 (44,4)	33(64,7)	

*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Kích thước trung bình u dưới niêm mạc là 14,04 ± 6,35 mm, không khác biệt giữa thực quản và dạ dày (p = 0,410); tỷ lệ u di động cao hơn ở thực quản nhưng không ý nghĩa thống kê (p = 0,132).

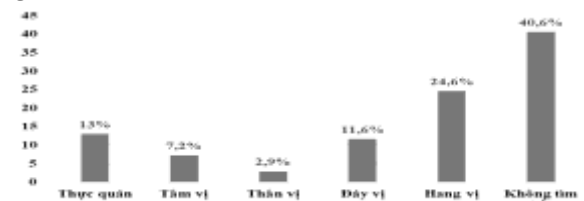
Bảng 3.2 Hình ảnh bề mặt u qua nội soi tiêu hóa trên

Hình ảnh	U dưới niêm mạc, n(%)	Tổng
----------	-----------------------	------

bề mặt u	Thực quản	Dạ dày	n (%)
Trơn láng	18 (100)	51 (100)	69(100)
Không đều	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lỗm	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Chảy máu	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tổng	18 (100)	51 (100)	69(100)

Nhận xét: Tất cả u dưới niêm mạc có bề mặt trơn láng (100%) ở cả thực quản và dạ dày, không ghi nhận u có bề mặt không đều, lỗm hay chảy máu.

3.2. Hình ảnh u dưới niêm qua cắt lớp vi tính



Biểu đồ 3.2. Vị trí u qua cắt lớp vi tính

Nhận xét: Vị trí gặp nhiều nhất ở hang vị (24,6%) và thực quản (13%), tiếp theo là đáy vị (11,6%), ít gặp hơn ở tâm vị (7,2%), và hiếm nhất ở thân vị (2,9%).

Bảng 3.3. Kích thước, mạch máu cạnh u và u tăng trưởng ngoài ống tiêu hóa trên cắt lớp vi tính

Đặc điểm		U dưới niêm mạc, n(%)		Tổng n (%)	p
		Thực quản	Dạ dày		
Kích thước	< 10mm	3 (33,3)	6 (18,8)	9 (22,0)	0,734*
	10 - 20mm	5 (55,6)	22 (68,8)	27 (65,9)	
	> 20mm	1 (11,1)	4 (12,5)	5 (12,2)	
	Trung bình	12,27 ± 5,89	15,24 ± 6,22	14,59 ± 6,20	0,210*
Mạch máu cạnh u	Có	6 (66,7)	19 (59,4)	25 (61,0)	1*
	Không	3 (33,3)	13 (40,6)	16 (39,0)	
U tăng trưởng	Có	0 (0)	1 (3,1)	1 (2,4)	1*
	Không	9 (100)	31 (96,9)	40 (97,6)	

*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Trên cắt lớp vi tính, kích thước trung bình u dưới niêm mạc là 14,59 ± 6,20 mm, không khác biệt giữa thực quản và dạ dày (p = 0,210). Mạch máu cạnh u xuất hiện ở 61,0% trường hợp, trong khi u tăng trưởng ngoài ống tiêu hóa hiếm gặp (2,4%), không có sự khác biệt ý nghĩa giữa hai vị trí.

3.3. Kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh

Bảng 3.4. Kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	U dưới niêm mạc, n(%)		Tổng n (%)	p
	Thực quản	Dạ dày		
U mô đệm đường tiêu hóa	0 (0)	7 (13,7)	7 (10,1)	0,025*
U cơ trơn	13 (72,2)	16(31,4)	29 (42,0)	
U mỡ	0 (0)	6 (11,8)	6 (8,7)	

Mô tụy lạc chỗ	1 (5,6)	10(19,6)	11 (15,9)
Khác	4 (22,2)	12(23,5)	16 (23,2)
Tổng	18 (100)	51 (100)	69 (100)

*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Giải phẫu bệnh cho thấy u cơ trơn chiếm tỷ lệ cao nhất (42,0%), tiếp theo là mô tụy lạc chỗ (15,9%) và u mô đệm đường tiêu hóa (10,1%). U mô đệm xuất hiện ở dạ dày nhưng không thấy ở thực quản, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,025).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về hình ảnh u dưới niêm qua nội soi tiêu hóa trên. U dưới niêm mạc (Submucosal tumors - SMTs) đường tiêu hóa trên là một nhóm tổn thương không đồng nhất, bắt nguồn từ các lớp sâu của thành ống tiêu hóa như lớp cơ niêm, lớp dưới niêm mạc hoặc lớp cơ.

Chúng thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ qua nội soi, với tỷ lệ ước tính khoảng 0,4% - 1% trong các cuộc nội soi đường tiêu hóa trên định kỳ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phản ánh đặc điểm này, khi các khối u được xác định qua nội soi chẩn đoán [1], [4].

Về vị trí, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ u cao nhất ở hang vị (31,9%) và thân vị (27,5%), tiếp theo là thực quản (26,1%). Điều này cho thấy sự phân bố tương đối đồng đều giữa dạ dày và thực quản. Kết quả này có phần khác biệt so với phân tích gộp lớn của Kyaw Min Tun và cộng sự, bao gồm hơn 2900 bệnh nhân, trong đó có đến 2161 tổn thương ở thực quản so với 179 tổn thương ở dạ dày. Sự khác biệt này có thể do phạm vi của các nghiên cứu được gộp trong phân tích của Kyaw Min Tun và cộng sự chủ yếu tập trung vào các tổn thương phù hợp với kỹ thuật cắt bỏ qua đường hầm dưới niêm mạc (STER), một kỹ thuật thường được áp dụng cho các khối u ở thực quản và tâm vị [4], [7].

Kích thước trung bình của khối u trong nghiên cứu của chúng tôi là $14,0 \pm 8,6$ mm, nhỏ hơn so với kích thước trung bình $22,70 \pm 6,40$ mm được báo cáo trong phân tích của Kyaw Min Tun và cộng sự. Sự khác biệt này có thể phản ánh tiêu chí chọn mẫu của nghiên cứu chúng tôi, vốn tập trung vào các khối u có đường kính dưới 3 cm, trong khi phân tích gộp có thể bao gồm các khối u lớn hơn cần chỉ định cắt bỏ. Tuy nhiên, kích thước trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn nằm trong phạm vi khả thi cho các can thiệp nội soi tiên tiến như STER, vốn thường được áp dụng cho các tổn thương có đường kính dưới 4 cm [4], [7].

Một phát hiện nổi bật trong nghiên cứu của chúng tôi là 100% các khối u đều có bề mặt niêm mạc trơn láng, không ghi nhận trường hợp nào có bề mặt không đều, lõm hay chảy máu. Đặc điểm này hoàn toàn phù hợp với định nghĩa về SMTs, là các tổn thương dạng lồi có nguồn gốc từ bên dưới lớp niêm mạc bình thường. Lớp niêm mạc phủ lên trên thường nguyên vẹn, tạo ra hình ảnh bề mặt trơn láng đặc trưng trên nội soi. Thêm vào đó, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 40,2% khối u có tính di động. Tính di động thấp cho thấy đa số khối u xâm lấn sâu hoặc dính chặt vào các cấu trúc xung quanh, đây là một yếu tố quan trọng khi xem xét các phương pháp cắt bỏ qua nội soi [1], [4].

Tóm lại, các đặc điểm về hình ảnh nội soi của u dưới niêm mạc trong nghiên cứu của chúng tôi, bao gồm vị trí, kích thước nhỏ, bề mặt trơn láng và tính di động, là phù hợp với các mô

tả trong y văn. Những đặc điểm này không chỉ giúp định hướng chẩn đoán ban đầu mà còn đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, chẳng hạn như phẫu thuật cắt bỏ qua nội soi đường hầm dưới niêm mạc (STER) hay các kỹ thuật khác [1].

4.2. Bàn luận về hình ảnh u dưới niêm mạc qua cắt lớp vi tính. Cắt lớp vi tính (CLVT) là một phương tiện hình ảnh học quan trọng, thường được sử dụng để đánh giá các khối u dưới niêm mạc (SMTs) sau khi được phát hiện qua nội soi. Vai trò chính của CLVT là xác định kích thước, sự phát triển của khối u ra ngoài thành ống tiêu hóa và mối tương quan với các cấu trúc lân cận, từ đó hỗ trợ cho việc lập kế hoạch điều trị [1].

Một trong những kết quả đáng chú ý nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là CLVT không phát hiện được khối u trong 40,6% trường hợp. Đây là một tỷ lệ khá cao, cho thấy độ nhạy của CLVT bị hạn chế đối với các tổn thương có kích thước nhỏ. Kích thước trung bình của các khối u trong nghiên cứu của chúng tôi khá nhỏ (khoảng 14-15 mm), điều này có thể giải thích tại sao một tỷ lệ lớn các khối u không được nhìn thấy trên hình ảnh CLVT. Phát hiện này nhấn mạnh rằng nội soi tiêu hóa vẫn là phương tiện chẩn đoán ban đầu ưu việt hơn để xác định các SMTs nhỏ, trong khi CLVT có thể bỏ sót tổn thương [1], [7]. Tuy nhiên, CLVT vẫn rất quan trọng, mang đến thông tin quyết định giúp bác sĩ quyết định can thiệp cắt u là u không dính vào mạch máu lớn.

Đối với 41 trường hợp mà CLVT có thể phát hiện được khối u, kích thước trung bình đo được là $14,59 \pm 6,20$ mm, tương đồng với kích thước trung bình trên nội soi ($14,04 \pm 6,35$ mm). Điều này cho thấy khi khối u đủ lớn để quan sát được, CLVT là một công cụ đo lường kích thước chính xác và đáng tin cậy.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 61,0% các trường hợp có mạch máu cạnh u và chỉ có 2,4% u tăng trưởng ngoài ống tiêu hóa. Đây là những thông tin cực kỳ hữu ích cho việc lập kế hoạch can thiệp. Việc xác định có các mạch máu lớn gần khối u giúp bác sĩ nội soi tiên lượng nguy cơ chảy máu trong quá trình thực hiện các kỹ thuật cắt bỏ như STER và chuẩn bị các biện pháp cầm máu phù hợp. Tỷ lệ tăng trưởng ra ngoài thấp cho thấy phần lớn các khối u trong mẫu nghiên cứu có xu hướng lành tính hoặc ở giai đoạn sớm, là một yếu tố thuận lợi cho việc xem xét cắt bỏ hoàn toàn qua nội soi.

Tóm lại, kết quả của chúng tôi cho thấy

CLVT có vai trò hỗ trợ quan trọng nhưng không phải là công cụ tầm soát chính cho các SMTs đường tiêu hóa trên, đặc biệt với các tổn thương nhỏ. Mặc dù có hạn chế về độ nhạy, khi khối u được phát hiện, CLVT cung cấp các thông tin giải phẫu quý giá về kích thước, mạch máu nuôi và mức độ phát triển, giúp đánh giá khả năng can thiệp và lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu.

4.3. Bàn luận kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh. Việc chẩn đoán xác định bản chất của u dưới niêm mạc (SMTs) là cực kỳ quan trọng vì hình ảnh nội soi và chẩn đoán hình ảnh không thể phân biệt chắc chắn giữa các tổn thương lành tính và ác tính. Do đó, kết quả giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng, và việc lấy được mẫu mô đầy đủ thông qua các kỹ thuật cắt bỏ nội soi là mục tiêu chính trong quản lý các khối u này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, u cơ trơn (leiomyoma) là loại phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ 42,0%. Kết quả này phù hợp với ý kiến, vốn công nhận u cơ trơn là một trong những loại SMTs thường gặp nhất ở đường tiêu hóa trên. Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn so với phân tích gộp của Kyaw Min Tun và cộng sự, trong đó u cơ trơn chiếm đến 88,4% (2600/2941 trường hợp), nhưng lại gần hơn với một nghiên cứu khác được trích dẫn trong hướng dẫn của ASGE với tỷ lệ 62,9% (461/733 trường hợp). Sự khác biệt này có thể do sự đa dạng về quần thể bệnh nhân và tiêu chí lựa chọn trong các nghiên cứu khác nhau [4],[7].

U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) được phát hiện ở 10,1% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ này cao hơn so với 5,4% trong phân tích của Kyaw Min Tun và cộng sự nhưng thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ 34,1% trong nghiên cứu được ASGE đề cập. Mặc dù tỷ lệ có sự khác biệt, việc xác định GIST là cực kỳ quan trọng vì đây là khối u có tiềm năng ác tính. Hiệp hội Ung thư Y khoa Châu Âu (European Society for Medical Oncology) thậm chí còn khuyến nghị rằng tất cả các khối u GIST nên được cắt bỏ bất kể kích thước [4], [7].

Một phát hiện quan trọng có ý nghĩa thống kê ($p = 0,025$) trong nghiên cứu của chúng tôi là GIST chỉ xuất hiện ở dạ dày (13,7%) mà không có ở thực quản. Điều này hoàn toàn phù hợp với dịch tễ học đã được biết đến: GIST phổ biến nhất ở dạ dày, trong khi u cơ trơn là loại u trung mô thường gặp nhất ở thực quản.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mô tụy lạc chỗ (15,9%) và u mỡ (8,7%). Cả hai đều là các loại tổn thương dưới niêm mạc đã được ý kiến ghi nhận. Tỷ lệ u mỡ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với tỷ lệ chỉ

0,6% trong phân tích của Kyaw Min Tun và cộng sự, điều này có thể phản ánh sự khác biệt về đặc điểm dân số tại địa điểm nghiên cứu [4], [7].

Nhìn chung, phân bố các loại giải phẫu bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là hợp lý và phản ánh sự đa dạng của các SMTs. Kết quả này một lần nữa khẳng định tầm quan trọng của việc cắt bỏ tổn thương để có chẩn đoán mô bệnh học chính xác, từ đó đưa ra hướng quản lý và điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân, đặc biệt là trong việc phân biệt các tổn thương lành tính với GIST có nguy cơ ác tính.

V. KẾT LUẬN

Nội chứng độ nhạy vượt trội trong việc phát hiện các tổn thương nhỏ, trong khi cắt lớp vi tính, dù có độ nhạy thấp hơn, vẫn cung cấp dữ liệu giải phẫu thiết yếu về kích thước, mạch máu và sự tăng trưởng ngoại biên để lập kế hoạch can thiệp. Về mô bệnh học, u cơ trơn là loại phổ biến nhất

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aslanian, H. R., Sethi, A., Bhutani, M. S., Goodman, A. J., Krishnan, K., Lichtenstein, D. R., ... & ASGE Technology Committee. (2019).** ASGE guideline for endoscopic full-thickness resection and submucosal tunnel endoscopic resection. *VideoGIE*, 4(8), 343-350.
2. **Humphris J.L., and Jones D.B. (2008),** "Subepithelial mass lesions in the upper gastrointestinal tract", *J Gastroenterol Hepatol*, 23(4), pp. 556-566
3. **Ko W.J., Song G.W., and Cho J.Y. (2017),** "Evaluation and Endoscopic Management of Esophageal Submucosal Tumor", *Clin Endosc*, 50(3), pp. 250-253
4. **Liu, H., Ma, Q., & Zhu, L. (2025).** The efficacy and safety of submucosal tunnel endoscopic resection for the treatment of upper gastrointestinal submucosal tumors: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Oncology*, 15, 1584205.
5. **Papanikolaou I.S., Triantafyllou K., Kourikou A. et al (2011),** "Endoscopic ultrasonography for gastric submucosal lesions", *World J Gastrointest Endosc*, 3(5), pp. 86-94.
6. **Polkowski M. (2005),** "Endoscopic ultrasound and endoscopic ultrasound-guided fine-needle biopsy for the diagnosis of malignant submucosal tumors", *Endoscopy*, 37(7), pp. 635-645
7. **Tun, K. M., Dhindsa, B. S., Dossaji, Z., Deliwala, S. S., Narra, G., Haque, L., ... & Adler, D. G. (2023).** Efficacy and safety of submucosal tunneling endoscopic resection for subepithelial tumors in the upper GI tract: a systematic review and meta-analysis of > 2900 patients. *iGIE*, 2(4), 529-537.
8. **Wani S., Muthusamy V.R., and Komanduri S. (2014),** "EUS-guided tissue acquisition: an evidence-based approach (with videos)", *Gastrointest Endosc*, 80(6), pp. 939-959 e937

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HIỂU BIẾT VỀ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THÔNG QUA DKQ-24 Ở BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ ĐIỀU TRỊ INSULIN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Phan Hữu Hên¹, Nguyễn Tuấn Dũng², Trần Nguyễn Xuân Uyên²

TÓM TẮT

Mở đầu: Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý chuyển hóa mạn tính phổ biến trên toàn thế giới và tại Việt Nam. Việc bệnh nhân hiểu biết đầy đủ về bệnh đóng vai trò then chốt trong kiểm soát đường huyết, tuân thủ điều trị và phòng ngừa biến chứng. Bộ câu hỏi DKQ-24 là công cụ đánh giá kiến thức ĐTĐ đã được chuẩn hóa và áp dụng rộng rãi ở nhiều quốc gia. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kiến thức bệnh ĐTĐ của bệnh nhân sử dụng insulin tại Bệnh viện Chợ Rẫy thông qua bộ câu hỏi DKQ-24, từ đó xác định các yếu tố liên quan đến mức độ hiểu biết về bệnh ĐTĐ của bệnh nhân. **Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức về bệnh đái tháo đường típ 2 ở bệnh nhân điều trị insulin ngoại trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy và xác định các yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 208 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 đang điều trị ngoại trú và có chỉ định insulin tại phòng khám Nội tiết - bệnh viện Chợ Rẫy. Dữ liệu thu thập thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi DKQ-24 và hồ sơ bệnh án. Các dữ liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 26. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt mức kiến thức tốt là 42,3%. Trung vị điểm DKQ-24 là 10 (7–13). Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến kiến thức tốt bao gồm: tuổi ($p=0,001$), trình độ học vấn ($p<0,05$), nghề nghiệp ($p=0,014$), và thời gian sử dụng insulin ($p=0,046$). **Kết luận:** Mức độ kiến thức về bệnh ĐTĐ của bệnh nhân sử dụng insulin tại bệnh viện Chợ Rẫy còn hạn chế. Các yếu tố như tuổi, học vấn, nghề nghiệp và thời gian sử dụng insulin có ảnh hưởng đáng kể đến mức độ hiểu biết. Kết quả nghiên cứu làm nổi bật sự cần thiết của các chương trình giáo dục cá thể hóa để cải thiện nhận thức và kết quả điều trị cho người bệnh.

SUMMARY

ASSESSMENT OF DIABETES KNOWLEDGE USING THE DKQ-24 IN INSULIN-TREATED OUTPATIENTS AT CHO RAY HOSPITAL

Introduction: Diabetes mellitus (DM) is a common chronic metabolic disorder worldwide, including in Vietnam. Patients' knowledge about the disease plays a critical role in glycemic control, treatment adherence, and complication prevention. The Diabetes Knowledge Questionnaire-24 (DKQ-24) is a standardized tool widely used to assess diabetes knowledge in various countries. This study aimed to

evaluate diabetes knowledge among insulin-treated patients at Cho Ray Hospital using the DKQ-24 and to identify factors associated with patients' level of understanding of the disease. **Objective:** This study aims to assess diabetes knowledge in outpatients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) receiving insulin therapy at Cho Ray Hospital and to identify related factors. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 208 outpatients with T2DM who were receiving insulin therapy at the Endocrinology room of Cho Ray Hospital. Data were collected through interviews using the DKQ-24 questionnaire and from medical records. Statistical analysis was performed using SPSS version 26. **Results:** The proportion of patients with good diabetes knowledge was 42,3%. The median DKQ-24 score was 10 (7–13). Factors significantly associated with good knowledge included age ($p = 0,001$), educational level ($p < 0,05$), occupation ($p = 0,014$), and duration of insulin use ($p = 0,046$). **Conclusion:** Diabetes knowledge among insulin-treated patients at Cho Ray Hospital remains limited. Factors such as age, educational level, occupation, and insulin use duration significantly influence knowledge levels. These findings underscore the need for individualized education programs to enhance awareness and improve treatment outcomes for patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những bệnh mạn tính đang gia tăng nhanh chóng tại Việt Nam và trên toàn thế giới. Việc người bệnh có kiến thức đầy đủ về bệnh đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát glucose huyết và phòng ngừa biến chứng. tuy nhiên, nhiều bệnh nhân vẫn còn hạn chế trong hiểu biết về bệnh dẫn đến ảnh hưởng hiệu quả điều trị. Bộ câu hỏi dkq-24 là công cụ chuẩn hóa của tác giả garcia và cộng sự được sử dụng rộng rãi để đánh giá kiến thức của bệnh nhân về đái tháo đường. Tại Việt Nam, bộ câu hỏi đã được tác giả Nguyễn Hương Thảo và cộng sự⁴ dịch sang tiếng Việt và thẩm định.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kiến thức của bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện chợ rẫy thông qua bảng câu hỏi dkq-24.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có chẩn đoán ĐTĐ típ 2 và đang điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tiết thuộc khoa khám tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 và có sử dụng insulin.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Xuân Uyên

Email: trannguyen.xuanuyen.ds@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025