

KẾT QUẢ CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Ánh Dương¹, Nguyễn Hoài Nam^{1,2}, Nguyễn Thế Phương^{1,3},
Trần Tuấn Việt¹, Nguyễn Thanh Nam¹, Nguyễn Công Long^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) điều trị ung thư thực quản (UTTQ) sớm tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 36 bệnh nhân (BN) ung thư thực quản sớm điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi tại Trung tâm Tiêu Hóa Gan Mật bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2025. **Kết quả:** Chảy máu trong ESD 5.6%. Hẹp thực quản sau ESD 8.3%. Không tràn khí, nhiễm trùng, thủng trong và sau ESD. Không tái phát, di căn xa ở các bệnh nhân tái khám trong 5 năm theo dõi. Tỷ lệ cắt nguyên khối 100%; Cắt bỏ hoàn toàn 91.7%; Ung thư thực quản xâm lấn lớp biểu mô (M1), mô liên kết (M2): 77.8%; xâm lấn lớp cơ niêm (M3) và xâm lấn lớp dưới niêm mạc SM1 (<200µm): 19.4%; xâm lấn lớp dưới niêm mạc SM2, SM3 (>200 µm): 2.8%. Không xâm lấn hạch bạch huyết, không di căn xa. **Kết luận:** ESD là phương pháp can thiệp nội soi an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư thực quản sớm. **Từ khóa:** Cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi; Ung thư thực quản sớm; Loạn sản biểu mô vảy độ cao.

SUMMARY

CLINICAL OUTCOMES OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION IN THE TREATMENT OF EARLY ESOPHAGEAL CANCER AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To assess the efficacy of endoscopic submucosal dissection for the treatment of early esophageal cancer at the Gastroenterology and Hepatobiliary Center, Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective study of 36 patients with early esophageal cancer treated with endoscopic submucosal dissection at the Gastroenterology and Hepatobiliary Center, Bach Mai Hospital from January 2020 to January 2025. **Results:** Bleeding during ESD 5.6%. Esophageal stricture after ESD 8.3%. No air leakage, infection, perforation during and after ESD. No recurrence, distant metastasis in in patients re-examined during 5 years of follow - up; The en-bloc resection rate was 100%; Complete resection rate was 91.7%; Early esophageal cancer invades the epithelium (M1), Lamina propria mucosa (M2) was

77.8%; Muscularis mucosae (M3), Submucosa (SM1 <200 µm) was 19.4%; SM2, SM3 (>200 µm) was 2.8%. No lymph node invasion, no distant metastasis. **Conclusion:** Endoscopic submucosal dissection is an effective and safe technique in the treatment of early esophageal cancer. **Keywords:** Endoscopic submucosal dissection; Early esophageal cancer; High-grade squamous dysplasia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là ung thư thường gặp nhưng có tiên lượng xấu. Theo thống kê GLOBOCAN 2020, UTTQ đứng hàng thứ 7 trong số các ung thư thường gặp và là ung thư gây tử vong nhiều thứ 6 trên thế giới. Nam gặp nhiều hơn nữ. UTTQ bao gồm ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản chiếm tỷ lệ 90% và ung thư biểu mô tuyến dưới 10%. UTTQ sớm là ung thư giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc lớp dưới niêm mạc thực quản, nguy cơ di căn hạch thấp. Tỷ lệ sống sau 5 năm của ung thư biểu mô vảy thực quản lên tới 70% khi phát hiện ở giai đoạn sớm, trong khi chỉ còn 15% ở giai đoạn ung thư tiến triển. Khác với UTTQ giai đoạn muộn, phẫu thuật, xạ trị và hóa trị liệu là phương pháp điều trị chủ yếu. Phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) là lựa chọn ưu tiên đối với UTTQ sớm. Đây là các phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu, tỷ lệ biến chứng thấp hơn đáng kể so với phẫu thuật cắt thực quản hoặc hóa xạ trị. Tỷ lệ cắt nguyên khối, cắt hoàn toàn khối u cao, tái phát tại chỗ thấp hơn so với phương pháp cắt hớt niêm mạc qua nội soi (EMR), đánh giá chính xác mô bệnh học và phân tầng được nguy cơ di căn hạch, di căn xa của UTTQ, cung cấp thêm thông tin có thể chữa khỏi triệt căn hay cần điều trị bổ trợ hóa, xạ trị hoặc phẫu thuật, cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của ESD điều trị UTTQ sớm. Nghiên cứu "Kết quả cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị ung thư thực quản sớm tại Bệnh viện Bạch Mai" nhằm mục tiêu:

1. Khảo sát tính an toàn của phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị ung thư thực quản sớm tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật Bệnh viện Bạch Mai.
2. Đánh giá kết quả điều trị ung thư thực quản sớm bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược- Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ánh Dương

Email: dr.nguyenanhduong@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 36 BN được chẩn đoán UTTQ sớm và điều trị bằng ESD tại Trung tâm Tiêu Hóa Gan Mật bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

• BN UTTQ sớm:

Kết quả mô bệnh học T1aN0M0 hoặc T1bN0M0, phân loại IPCL (Intrapapillary capillary loop) type B1 hoặc B2 trên nội soi phóng đại NBI (Narrow band imaging)...

• Đồng ý thực hiện ESD

• BN có thông tin theo dõi đầy đủ: Tuổi, giới, vị trí, kích thước, phân loại đặc điểm tổn thương trên nội soi, siêu âm nội soi, mô bệnh học trước ESD, kết quả mô bệnh học sau ESD; mức độ xâm lấn, xâm lấn hạch, mạch máu, diện cắt đáy, diện cắt bên. Biện chứng của ESD

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

• Không T1N0M0 hoặc không type B1, B2 theo phân loại IPCL nội soi NBI phóng đại.

• Đã được điều trị bằng biện pháp khác trước đó

• Kèm khối u ác tính khác

• Có bằng chứng xâm lấn hạch hoặc di căn xa trên CT

• BN thiếu thông tin theo dõi

• BN UTTQ nhưng không phải là ung thư nguyên phát

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Mẫu thuận tiện: chọn các BN chẩn đoán xác định UTTQ sớm và được điều trị bằng ESD tại Trung tâm Tiêu Hóa Gan Mật bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2025.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Chọn các BN được chẩn đoán UTTQ sớm

Bước 2: Thực hiện kỹ thuật ESD bao gồm các bước: Đánh dấu tổn thương. Tiêm dưới niêm mạc. Rạch niêm mạc. Cắt tách dưới niêm mạc.

Bước 3: Đánh giá tính an toàn của và kết quả của ESD điều trị UTTQ sớm

2.2.4. Các biến số nghiên cứu

Tính an toàn của ESD điều trị UTTQ sớm: Thủng, chảy máu, hẹp, tràn khí, nhiễm trùng, tử vong, thời gian theo dõi.

Kết quả của ESD điều trị UTTQ sớm: Tỷ lệ cắt nguyên khối, tỷ lệ cắt hoàn toàn, diện cắt đáy, bên, xâm lấn mạch máu, hạch...

2.2.5. Quản lý và phân tích số liệu. Số liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Các phương pháp thống kê: Thống kê mô tả

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu.

đã thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai theo quyết định số 6247/QĐ-BM

BN 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

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi: thấp, trung bình, cao nhất	44 - 57.5 - 68
Giới	Nam: 36 (100%) Nữ: 0 (0%)

Tuổi trung bình trong nghiên cứu 57.5. Nhỏ nhất: 44. Lớn nhất: 68; 100 % là nam giới

Bảng 3.2. Đặc điểm của tổn thương thực quản

Vị trí	1/3 trên: 11 (30.6%) 1/3 giữa: 16 (44.4%) 1/3 dưới: 9 (25%)
Kích thước	1.5-2 cm: 26 (72.2%) 2-3cm: 8 (22.2%) >3cm: 2 (5.6%)
Nội soi ánh sáng trắng	Phân loại Paris 0-IIa: 2 (5.6%) 0-IIb: 32 (88.9%) 0-IIc: 2 (5.6%)
Nội soi NBI phóng đại	Phân loại IPCL Type B1: 27 (75%) Type B2: 9 (25%) Type B3: 0 (0%)
Siêu âm nội soi	Niêm mạc: 31 (86.1%) Dưới niêm mạc: 5 (13.9%)
Kết quả sinh thiết trước ESD	Loạn sản độ cao: 28 (77.8%) Ung thư biểu mô vảy sừng hóa: 8 (22.2%)

UTTQ vị trí 1/3 giữa là phổ biến nhất tỷ lệ 44.4%.

26 (72.2%) BN có tổn thương thực quản kích thước từ 1.5-2 cm.

32 (88.9%) BN có tổn thương type 0-IIb theo phân loại Paris

27 (75%) BN type B1; 9 (25%) BN type B2. 0 BN type B3 theo phân loại IPCL

Tổn thương thực quản vị trí lớp niêm mạc chiếm đa số: 31 (86.1%); hạ niêm mạc: 5 (13.9%)

Kết quả sinh thiết trước ESD: Loạn sản độ cao: 28 (77.8%); Ung thư biểu mô vảy sừng hóa: 8 (22.2%)

Tính an toàn và kết quả của kỹ thuật ESD

Bảng 3.3. Tính an toàn của kỹ thuật ESD

Biện chứng	n
Chảy máu	2/36
Thủng	0
Hẹp	3/36

Tràn khí, nhiễm trùng, tử vong, biến chứng khác	0
---	---

2 (5.6%) BN có biến chứng chảy máu trong ESD. 0 BN có biến chứng chảy máu ruột; 3 BN hẹp thực quản; 0 BN thủng, tràn khí, nhiễm trùng, tử vong...

Bảng 3.4. Kết quả của ESD

Thời gian thực hiện trung bình – nhỏ nhất - lớn nhất	76.4 – 50 – 100 (phút)
Tỷ lệ cắt nguyên khối tổn thương	36/36 (100%)
Tỷ lệ cắt hoàn toàn tổn thương	Diện cắt đáy và bên âm tính: 33 (91.7%) Diện cắt đáy dương tính: 3 (8.3%) Diện cắt bên dương tính: 0 Diện cắt đáy và bên dương tính: 0
Mức độ xâm lấn ung thư thực quản trên kết quả mô bệnh học sau ESD	M1, M2: 28 M3, SM1: 7 (5 M3; 2 SM1) SM2, SM3: 1 Xâm lấn mạch máu: 0 Xâm lấn hạch: 0

Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là 76.4, nhỏ nhất là 50, lớn nhất là 100; Cắt nguyên khối tổn thương thực quản: 100%

Cắt hoàn toàn tổn thương: 91.7%; 8.3 % diện cắt đáy còn hiện diện của tế bào u

SM1, SM2: 28 (77.8%) BN

M3, SM1: 7 (19.4%) BN

SM2, SM3: 1 (8.3%) BN

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi. Độ tuổi trung bình của các BN UTTQ sớm là 57.5. Tuổi nhỏ nhất là 44. Tuổi cao nhất 68 tuổi. Kết quả này được cho là phù hợp với các nghiên cứu của Eric Omar Then trên 39842 BN, cho thấy độ tuổi trung bình của BN UTTQ sớm là $65,7 \pm 10$ tuổi. Độ tuổi trung bình của BN ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô tế bào vảy là $65,4 \pm 10$ và $66,3 \pm 10$ tuổi. Một vài nghiên cứu khác được thực hiện tại Nhật Bản và Hàn Quốc cũng ghi nhận tỷ lệ UTTQ phổ biến hơn ở độ tuổi trung niên và lớn tuổi, phổ biến nhất trong khoảng 60 -70 tuổi.

4.1.2. Giới. 36 (100%) BN trong nghiên cứu của chúng tôi là nam giới. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ (2024) và Trương Văn Phong (2023)

4.2. Đặc điểm của tổn thương thực quản. Nghiên cứu của Mark F Berry ghi nhận

ung thư vị trí 1/3 trên thực quản tỷ lệ 10-15%; 1/3 giữa tỷ lệ 50-60% và 1/3 dưới tỷ lệ 30-35%. Nghiên cứu của Basudev Agrawal cho thấy UTTQ 1/3 dưới là phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 46%, tiếp đó là UTTQ 1/3 giữa chiếm tỷ lệ 40%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTTQ vị trí 1/3 trên là 11 (30.6%) BN; 1/3 giữa là 16 (44.4%) BN; 1/3 dưới là 9 (25%) BN. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Mark F Berry và có sự khác biệt với nghiên cứu của Basudev Agrawal. Điều này có thể do quá trình tuyển chọn BN và cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, UTTQ 1/3 giữa gặp với tần suất cao nhất, cũng là UTTQ có tiên lượng xấu nhất khi so sánh với UTTQ 1/3 trên và dưới. Do đó, việc phát hiện sớm UTTQ giúp cải thiện tiên lượng và chất lượng sống của người bệnh.

Kích thước khối u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 2.03 cm. Kích thước u nhỏ nhất là 1.5 cm, lớn nhất là 5.1cm. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự các nghiên cứu của Furue với kích thước u trung bình là 20.7 ± 12.4 mm. Nghiên cứu của Yamashita có kích thước u trung bình là 21.3 ± 11.1 mm. Nghiên cứu của Teoh có kích thước u trung bình là 24.3 ± 9.8 . Chúng tôi lựa chọn các tổn thương UTTQ sớm có kích thước từ 1.5 cm trở lên vào trong nghiên cứu để thực hiện kỹ thuật ESD thay vì kỹ thuật EMR dựa trên các khuyến cáo của Nhật Bản, Hàn Quốc, hướng dẫn quản lý và điều trị ung thư sớm đường tiêu hóa của hội Tiêu hóa Châu Âu. ESD được cho là đạt tỷ lệ cắt nguyên khối, cắt bỏ hoàn toàn khối u và giảm nguy cơ tái phát tại chỗ sau ESD tốt hơn so với EMR.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tổn thương thực quản theo phân loại Paris type 0-IIb chiếm ưu thế 99.9%; 0-IIa 5.6%; 0-IIc 5.6%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ khi thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả ESD điều trị UTTQ sớm trên 44 BN, cho thấy type 0-IIb là 93,88%. Type 0-IIa 2,04% và type 0-IIc là 4,08%. Nghiên cứu của Jun Li (2021) trên 172 BN UTTQ tế bào vảy được điều trị bằng ESD cho thấy 78,5% thuộc type 0-IIb. Theo phân loại IPCL có 75% BN có tổn thương thực quản thuộc IPCL type B1. 25% tổn thương thực quản thuộc phân loại IPLC type B2. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp và tuân theo các hướng dẫn điều trị UTTQ sớm qua nội soi hiện nay của Nhật Bản, Hàn Quốc, Châu Âu. Tương tự các kết quả nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ có tỷ lệ tổn thương thực quản type B1 là 31/44 (63.27%) BN và 18/44 (36.73%) BN type B2. Nghiên cứu của Trương Văn Phong (2023) có

tỷ lệ tổn thương type B1 và B2 lần lượt là 75% và 25%. Trên siêu âm nội soi 86.1% tổn thương thực quản nằm ở lớp niêm mạc. 13.9% thuộc lớp hạ niêm mạc. Kết quả sinh thiết tổn thương thực quản trước khi làm ESD, cho thấy loạn sản độ cao chiếm tỷ lệ 77.8%; ung thư biểu mô vảy thực quản, chiếm tỷ lệ 22.2%. Các kết quả giải phẫu bệnh trước cắt khá tương đồng với các đặc điểm của tổn thương thực quản mà chúng tôi phát hiện được trên hình ảnh nội soi ánh sáng trắng và nội soi phóng đại NBI.

4.3. Tính an toàn và kết quả điều trị ESD

4.3.1. Tính an toàn của kỹ thuật ESD

Có 2 (5.6%) BN chảy máu trong quá trình thực hiện ESD. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của HY Wang với tỷ lệ biến chứng trong và 48 giờ sau ESD tương ứng là 3.52%. Biến chứng chảy máu trong nghiên cứu của Urabe là 1/79 (1.27%). Các khối u thực quản có kích thước trên 3 cm, xơ hóa, thời gian thực hiện thủ thuật kéo dài là lý do chính khiến can thiệp ESD xuất hiện biến chứng chảy máu. Hẹp thực quản sau ESD là 8.3%, kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Urabe (2010) với tỷ lệ hẹp thực quản sau ESD tương ứng là 4/79 (5%), sự khác biệt này là do kích thước khối u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn so với nghiên cứu của Urabe, các trường hợp hẹp trong nghiên cứu của chúng tôi đều có kích thước u lớn, chiếm xấp xỉ $\frac{3}{4}$ chu vi thực quản. Không có BN nào xuất hiện biến chứng tràn khí, thấp hơn so với các nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ có 1/44 (2.26%) và nghiên cứu của Lee Ching-tai có 1/22 (4.55%). Không ghi nhận trường hợp nào thủng, nhiễm trùng và chảy máu muộn. 100% BN tái khám trong vòng 1 năm. Từ 1-3 năm có 11 BN; 3-5 năm có 13 BN và trên 5 năm có 2 BN UTTQ tái khám, không phát hiện tái phát tại chỗ và di căn xa. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự nghiên cứu của HY Wang, cho thấy tỷ lệ tái phát của ESD điều trị UTTQ sớm khá thấp tương ứng 0.08%.

4.3.2. Hiệu quả của kỹ thuật ESD. Thời gian thực hiện kỹ thuật ESD nhỏ nhất là 50 phút, trung bình 76,4 phút và lớn nhất là 100 phút. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu HY Wang với thời gian thực hiện kỹ thuật ESD điều trị UTTQ sớm là 74.33 phút. Thời gian thực hiện kỹ thuật ESD trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ và ngắn hơn kết quả nghiên cứu của Lee Ching tai (2012), tương ứng là $52,5 \pm 38,1$ và $92,7 \pm 69$ (phút), sự khác biệt này được cho là do sự khác biệt về kích thước khối u được cắt

bỏ bằng kỹ thuật ESD. Các khối u thực quản có kích thước trên 3 cm, xơ hóa, chiếm trên $\frac{1}{2}$ chu vi thực quản, được coi là yếu tố gây khó cho kỹ thuật ESD, dẫn tới thời gian thực hiện thủ thuật kéo dài.

100% UTTQ sớm trong nghiên cứu được cắt nguyên khối. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ. Nghiên cứu của Oyama ghi nhận tỷ lệ cắt nguyên khối UTTQ sớm sau ESD là 95%. Nghiên cứu hồi cứu về ESD thực quản đối với 373 tổn thương từ 11 bệnh viện ở Nhật Bản của Yuki Okubo cho thấy tỷ lệ cắt nguyên khối là 96,7% - 99%. Tỷ lệ cắt hoàn toàn UTTQ sớm của chúng tôi là 91.7%. 3 (8.3%) BN còn sự hiện diện của tế bào u ở diện cắt đáy. Tỷ lệ cắt hoàn toàn khối u của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Yuki Okubo tương ứng là 84.5 - 88%. Nghiên cứu của HY Wang cho thấy tỷ lệ cắt hoàn toàn UTTQ sớm đạt 75.57%. Kích thước khối u, mức độ xơ hóa, sự cải tiến và hoàn thiện của kỹ thuật ESD cùng với các thiết bị hỗ trợ kéo, dao cắt... trong ESD, giúp đạt tỷ lệ cắt hoàn toàn tổn thương tốt hơn.

Kết quả mô bệnh học sau ESD cho thấy có 28 (77.8%) BN UTTQ giới hạn vị trí lớp biểu mô và mô liên kết, thuộc chỉ định tuyệt đối của ESD, sau cắt bỏ tổn thương các BN này được theo dõi, không điều trị bổ trợ hóa, xạ trị, phẫu thuật. 7 (19.4%) BN UTTQ sớm giới hạn ở lớp cơ niêm M3 và lớp dưới niêm mạc SM1. 5 BN thuộc lớp M3, không điều trị bổ trợ; 2 BN SM1. 1 (2.8 %) BN UTTQ xâm lấn vị trí dưới niêm mạc SM2, SM3. Cả 3 (8.3%) BN này đều có kèm theo diện cắt đáy dương tính và được chỉ định phẫu thuật, kết hợp hóa trị liệu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cắt nguyên khối, cắt hoàn toàn khối u cao. Tỷ lệ tái biến, biến chứng thấp và được điều trị bảo tồn. Không tái phát và di căn xa ở các bệnh nhân tái khám trong 5 năm theo dõi. Kỹ thuật ESD là an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư thực quản sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **HY Wang et al.** The safety and efficacy of endoscopic submucosal dissection for treating early oesophageal carcinoma: a meta-analysis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020 Aug 21;102(9):702-711. doi: 10.1308/rcsann.2020.0177
2. **Eric Omar Then et al.** Esophageal Cancer: An Updated Surveillance Epidemiology and End Results Database Analysis. *World J Oncol.* 2020 Mar 29;11(2):55-64. doi: 10.14740/wjon1254
3. **Yuko Kitagawa et al.** Esophageal cancer practice guidelines 2022 edited by the Japan esophageal society: part 1. *Esophagus.* 2023 Mar 18; 20(3): 343-372. doi: 10.1007/s10388-023-

- 00993-2
4. **Yoshiyasu Kitagawa, Takuto Suzuki, Taro Hara, Taketo Yamaguchi.** Safety and efficacy of endoscopic submucosal dissection using IT knife nano with clip traction method for early esophageal squamous cell carcinoma. *Surg Endosc.* 2018 Jan;32(1): 450-455. doi: 10.1007/s00464-017-5703-x. Epub 2017 Jun 27.
 5. **Taro Iwatsubo, Akitoshi Hakoda, Noriaki Sugawara, Shun Sasaki, Noriyuki Nakajima, Yosuke Mori, Hironori Tanaka, Kazuhiro Ota, Toshihisa Takeuchi, Hiroki Nishikawa.** Safety and efficacy of endoscopic submucosal dissection with gel immersion technique for superficial esophageal neoplasms. *Journal of Gastroenterology and Hepatology.* First published: 04 November 2024. 04 November 2024. <https://doi.org/10.1111/jgh.16800>
 6. **Dengfeng Zhang, Tianxing Lu, Pengfei Guo, Jing li, Fangchao Zhao, Zhirong Li, Shujun Li.** Occurrence and Prognosis of Mixed Subtype Adenocarcinoma and Adeno-Squamous Carcinoma in Esophageal Cancer. *J Cancer* 2024; 15(5):1442-1461. doi:10.7150/jca.92230
 7. **Basudev Agrawal et al.** CT Findings in Patients with Esophageal Carcinoma and Its Correlation with Esophagographic Findings. *Open Journal of Radiology.* Vol 8. No. 2, June 2018.
 8. **Dimitrios Fotis et al.** Submucosal invasion and risk of lymph node invasion in early Barrett's cancer: potential impact of different classification systems on patient management. *United European Gastroenterol J.* 2015 Dec;3(6):505-513. doi: 10.1177/2050640615581965

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY BÁN PHẦN CỰC DƯỚI, NẠO VẾT HẠCH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2016 - 2020

Nguyễn Tiến Điều^{1,2}, Phạm Hoàng Hà^{3,4}, Phạm Quang Thái^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi và mổ mở cắt dạ dày bán phần cực dưới kèm nạp vết hạch điều trị ung thư biểu mô dạ dày ở người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc, thực hiện trên 60 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2016–2020. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: phẫu thuật nội soi ($n = 30$) và mổ mở ($n = 30$). **Kết quả:** Hai nhóm có độ tuổi trung bình và phân bố giai đoạn bệnh tương đương. Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm nội soi dài hơn có ý nghĩa thống kê ($196,3 \pm 32,1$ phút so với $164,3 \pm 27,8$ phút; $p < 0,05$). Số hạch nạp vết trung bình không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ($p = 0,32$). Nhóm nội soi có thời gian trung tiện và thời gian nằm viện ngắn hơn ($p < 0,05$). Biến chứng sau mổ ghi nhận chủ yếu ở nhóm mổ mở, bao gồm viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ, rò tiêu hóa và bực mồm tá tràng. Thời gian theo dõi trung bình là 69,9 tháng (8 - 110 tháng). Sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,48$ và $p = 0,50$). Tỷ lệ sống toàn bộ sau 5 năm là 75,5% (mổ mở) và 83,0% (nội soi). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới kèm nạp vết hạch là phương pháp khả

thí, an toàn và đem lại hiệu quả điều trị tương đương mổ mở ở bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư dạ dày.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, người cao tuổi, nạp vết hạch, kết quả phẫu thuật

SUMMARY

OUTCOMES OF DISTAL SUBTOTAL GASTRECTOMY WITH LYMPHADENECTOMY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA IN ELDERLY PATIENTS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL, 2016–2020

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic versus open distal subtotal gastrectomy with lymphadenectomy for the treatment of gastric adenocarcinoma in elderly patients. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 60 patients aged ≥ 60 years who underwent surgery at Viet Duc University Hospital between 2016 and 2020. Patients were assigned to either the laparoscopic group ($n = 30$) or the open surgery group ($n = 30$). **Results:** The two groups had comparable mean ages and tumor stage distributions. The mean operative time was significantly longer in the laparoscopic group (196.3 ± 32.1 minutes vs. 164.3 ± 27.8 minutes; $p < 0.05$). The mean number of retrieved lymph nodes did not differ significantly between groups ($p = 0.32$). Patients in the laparoscopic group had a shorter time to first flatus and shorter postoperative hospital stays ($p < 0.05$). Postoperative complications occurred predominantly in the open surgery group and included pneumonia, surgical site infection, gastrointestinal leakage, and duodenal stump rupture. The mean follow-up duration was 69.9 months (8 - 110 months). There was no statistically significant difference in overall survival (OS) or disease-free survival (DFS) between the two groups ($p = 0.48$ and $p = 0.50$).

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Hưng Yên

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Hà

Email: hadrvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025