

lớn chẩn đoán "có khả năng cao" dựa vào bằng chứng vi sinh kết hợp hình ảnh học. Điều này phản ánh thực tế lâm sàng rằng chẩn đoán IPA ở trẻ em thường phải dựa trên sự kết hợp bằng chứng gián tiếp thay vì tiêu chuẩn vàng.

Ở nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhi mắc bệnh máu ác tính có số lượng bạch cầu và bạch cầu trung tính thấp hơn rõ rệt, nhưng CRP lại cao hơn so với nhóm không mắc bệnh máu ác tính (87,7 so với 37,1 mg/L,  $p < 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước, cho thấy tình trạng ức chế tủy xương do hóa trị gây giảm sâu bạch cầu, trong khi đáp ứng viêm toàn thân vẫn được duy trì, dẫn đến tăng CRP đáng kể khi có nhiễm nấm xâm lấn. Ở bệnh nhi ung thư giảm bạch cầu, CRP  $\geq 90$  mg/L kết hợp với sốt kéo dài và neutropenia  $\leq 500/\text{mm}^3$  là yếu tố nguy cơ độc lập của bệnh nấm xâm lấn, với độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 87%.

## V. KẾT LUẬN

Viêm phổi do aspergillus xâm lấn ở trẻ em thường gặp ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như bệnh máu ác tính, và giảm bạch cầu trung tính kéo dài. Tổn thương đồng đặc và nốt đa ổ hai phổi trên CT ngực gợi ý IPA nhiều hơn halo sign. Tỷ lệ nuôi cấy dương tính từ đờm hoặc dịch rửa phế quản ở mức tương đối thấp, trong khi xét nghiệm galactomannan BAL có giá trị hỗ trợ chẩn đoán cao nhất hiện nay trong điều kiện thực tế tại Việt Nam. IPA cũng có thể gặp ở trẻ không có yếu tố nguy cơ điển hình, do đó bác sĩ lâm sàng cần cảnh giác ở những ca viêm phổi tiến triển bất thường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Latgé JP, Chamilo G.** Aspergillus fumigatus and Aspergilliosis in 2019. Clin Microbiol Rev. 2019; 33(1):e00140-18. doi:10.1128/CMR.00140-18

2. **Burgos A, Zaoutis TE, Dvorak CC, et al.** Pediatric invasive aspergillosis: a multicenter retrospective analysis of 139 contemporary cases. Pediatrics. 2008;121(5):e1286-1294. doi:10.1542/peds.2007-2117
3. **Yeoh DK, McMullan BJ, Clark JE, Slavin MA, Haeusler GM, Blyth CC.** The Challenge of Diagnosing Invasive Pulmonary Aspergillosis in Children: A Review of Existing and Emerging Tools. Mycopathologia. 2023;188(5):731-743. doi:10.1007/s11046-023-00714-4
4. **Patterson TF, Thompson GR, Denning DW, et al.** Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Aspergillosis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2016;63(4):e1-e60. doi:10.1093/cid/ciw326
5. **Donnelly JP, Chen SC, Kauffman CA, et al.** Revision and Update of the Consensus Definitions of Invasive Fungal Disease From the European Organization for Research and Treatment of Cancer and the Mycoses Study Group Education and Research Consortium. Clin Infect Dis. 2020;71(6):1367-1376. doi:10.1093/cid/ciz1008
6. **Earle K, Valero C, Conn DP, et al.** Pathogenicity and virulence of Aspergillus fumigatus. Virulence. 2023;14(1):2172264. doi:10.1080/21505594.2023.2172264
7. **Abers MS, Ghebremichael MS, Timmons AK, Warren HS, Poznansky MC, Vyas JM.** A Critical Reappraisal of Prolonged Neutropenia as a Risk Factor for Invasive Pulmonary Aspergillosis. Open Forum Infect Dis. 2016;3(1):ofw036. doi:10.1093/ofid/ofw036
8. **Kosmidis C, Denning DW.** The clinical spectrum of pulmonary aspergillosis. Thorax. 2015; 70(3):270-277. doi:10.1136/thoraxjnl-2014-206291
9. **Reichenberger F, Habicht JM, Gratwohl A, Tamm M.** Diagnosis and treatment of invasive pulmonary aspergillosis in neutropenic patients. Eur Respir J. 2002;19(4):743-755. doi:10.1183/09031936.02.00256102
10. **Bassetti M, Righi E, De Pascale G, et al.** How to manage aspergillosis in non-neutropenic intensive care unit patients. Crit Care. 2014;18:458. doi:10.1186/s13054-014-0458-4

# CẮT BÓC TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA ĐƯỜNG HẦM NỘI SOI DƯỚI NƯỚC ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN SỚM: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Đỗ Minh Hùng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh  
 Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Hùng  
 Email: dominhhung148@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 22.9.2025  
 Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025  
 Ngày duyệt bài: 26.11.2025

Kỹ thuật cắt bóc tách dưới niêm mạc qua đường hầm nội soi dưới nước (U-ESTD) là phương pháp mới giúp cải thiện tầm nhìn và tăng độ an toàn trong cắt bỏ khối u ở giai đoạn sớm của ung thư thực quản. Một bệnh nhân nam 51 tuổi bị ung thư biểu mô vảy thực quản giai đoạn sớm có hai tổn thương riêng biệt. Tổn thương vùng thực quản cổ được cắt bằng ESD thông thường, trong khi tổn thương giữa thực quản được điều trị bằng U-ESTD. Kỹ thuật dưới nước mang lại trường quan sát rõ ràng, ổn định lớp dưới niêm mạc

và cho phép cắt bỏ nguyên khối an toàn. Giải phẫu bệnh xác nhận loạn sản độ cao ở cả hai tổn thương với bờ sâu và bên âm tính. Bệnh nhân hồi phục thuận lợi, không biến chứng sau mổ. Trường hợp này cho thấy U-ESTD là lựa chọn khả thi và chính xác trong điều trị ung thư thực quản giai đoạn sớm, vừa hiệu quả vừa giảm nguy cơ biến chứng. **Từ khóa:** U-ESTD; ung thư thực quản giai đoạn sớm; cắt bỏ nội soi; kỹ thuật dưới nước; phẫu thuật ít xâm lấn.

## SUMMARY

### EARLY ESOPHAGEAL CANCER TREATED BY UNDERWATER ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL TUNNEL DISSECTION: A CASE REPORT

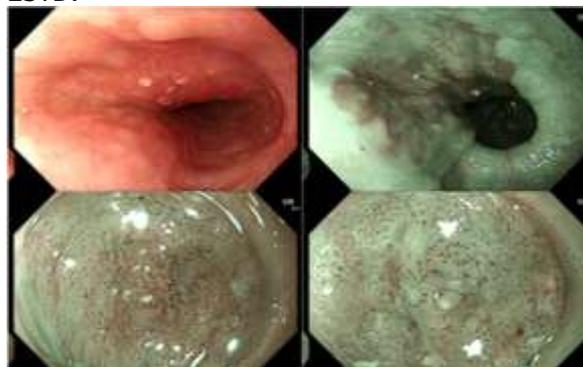
Underwater endoscopic submucosal tunnel dissection (U-ESTD) is a novel technique that enhances visualization and safety during endoscopic resection of early esophageal cancer. A 51-year-old man with early esophageal squamous cell carcinoma presented with two separate lesions. The cervical lesion was resected by conventional endoscopic submucosal dissection (ESD), whereas the mid-esophageal lesion was treated using the U-ESTD technique. The underwater approach provided a consistently clear field, improved visualization, and kept the submucosal layer stable, allowing safe en bloc resection. Histological analysis of the resected specimens demonstrated high-grade dysplasia in both lesions, with negative deep margins. The patient recovered smoothly, without postoperative complications. This case highlights the role of U-ESTD as a practical and precise option for managing early esophageal cancer, providing effective resection with the added possibility of reducing procedure-related adverse events. **Keywords:** Underwater endoscopic submucosal tunnel dissection; early esophageal cancer; endoscopic resection; underwater technique; minimally invasive surgery

## I. GIỚI THIỆU

Ung thư thực quản giai đoạn sớm là bệnh lý hiếm gặp nhưng có ý nghĩa lâm sàng quan trọng. Những tiến bộ trong điều trị nội soi ít xâm lấn đã cải thiện kết quả điều trị. Các kỹ thuật như cắt tách dưới niêm mạc (ESD) và cắt tách dưới niêm mạc qua đường hầm (ESTD) đã được chứng minh hiệu quả [1-3]. Năm 2012, Binmoeller lần đầu báo cáo việc sử dụng nước làm môi trường lấp đầy lòng ống tiêu hóa trong cắt bỏ nội soi, được gọi là 'cuộc cách mạng dưới nước' [4]. Kỹ thuật này giúp nâng tổn thương và tạo nền tảng ổn định mà không cần tiêm dưới niêm mạc, và nhiều nghiên cứu đã xác nhận tính an toàn, hiệu quả [5]. Hiện nay, kỹ thuật dưới nước đã được áp dụng ở nhiều vị trí trong long ống tiêu hóa[6]. U-ESTD kết hợp bơm nước liên tục với kéo hỗ trợ, giúp cải thiện tầm nhìn và tạo lớp đệm bảo vệ [3]. Báo cáo này trình bày một ca ung thư thực quản giai đoạn sớm được điều trị bằng U-ESTD.

## II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 51 tuổi, tiền sử hút thuốc lá nhiều năm, viêm gan B mạn tính và khó tiêu với đau bụng và đầy hơi. Nội soi thực quản dạ dày tá tràng (EGD) phát hiện hai tổn thương ung thư biểu mô vảy giai đoạn sớm: một tổn thương lõm 8–10 mm với bề mặt bất thường, cách cung răng trên 19 cm ở thực quản cổ; và một tổn thương rõ ràng, chiếm gần nửa lòng thực quản đoạn giữa (28–31 cm từ cung răng trên), có bất thường mạch máu và bề mặt (phân loại JES B1–B2) (Hình 1). Sinh thiết xác nhận ung thư biểu mô vảy biệt hóa vừa. CT ngực cho thấy thành thực quản dày, không có hạch. Tổn thương thực quản cổ được cắt bằng ESD, trong khi tổn thương thực quản giữa được điều trị bằng U-ESTD.



**Hình 1. Hình ảnh nội soi ung thư thực quản giai đoạn sớm ở 2 vị trí**

(Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh)

Phẫu thuật được thực hiện trong phòng mổ dưới gây mê toàn thân và đặt nội khí quản. Sau khi hoàn tất ESD tổn thương thực quản cổ, U-ESTD được tiến hành với tổn thương thực quản giữa. Bờ cắt được đánh dấu cách tổn thương khoảng 5 mm. Đường rạch niêm mạc được thực hiện cách bờ gần 2 cm, sau đó tạo đường hầm dưới niêm mạc. Sau khi ngưng bơm CO<sub>2</sub>, lòng hầm được bơm nước liên tục (Hình 2a). Điều này tạo lớp đệm bảo vệ trên lớp cơ và cải thiện tầm nhìn. Quá trình bóc tách được tiến hành thận trọng để tránh tổn thương lớp cơ. Kỹ thuật kéo bờ diện cắt với clip và vòng cao su được áp dụng nhằm nâng niêm mạc và tạo lực căng hỗ trợ cho việc bóc tách chính xác. Bờ niêm mạc ngoài vùng đánh dấu được cắt để đảm bảo lấy trọn tổn thương (Hình 2b, c). Vùng cắt được kiểm tra chảy máu hay tổn thương cơ và xử trí khi cần (Hình 2d, e). Mẫu bệnh phẩm nguyên khối dài khoảng 6 cm, chiếm hơn nửa chu vi thực quản (Hình 2f).



**Hình 2. (a) Đường hầm dưới niêm mạc trong môi trường nước được tạo từ đầu gần đến đầu xa của tổn thương, (b, c) cắt bỏ rìa niêm mạc bên và rìa xa, (d, e) hình ảnh điện cắt sau khi lấy bỏ tổn thương, (f) bệnh phẩm được cắt bỏ en bloc (dài khoảng 6 cm)**

(Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh)

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Giải phẫu bệnh xác nhận loạn sản độ cao ở cả hai tổn thương. Tổn thương thực quản cổ có bờ sâu và bờ bên âm tính. Tổn thương thực quản giữa có bờ sâu âm tính nhưng bờ bên không rõ ràng. Nội soi sau 1 tháng cho thấy mô hạt tại vị trí cắt, không có hẹp. Sau 3, 9 tháng, bệnh nhân không còn triệu chứng, niêm mạc lành hoàn toàn và không tái phát.

### IV. BÀN LUẬN

Trong thực hành hiện nay, ESD được xem là tiêu chuẩn vàng điều trị ung thư thực quản giai đoạn sớm nhờ tỷ lệ cắt trọn (R0) cao và độ an toàn chấp nhận được. Tuy nhiên, các tổn thương lớn trong lòng thực quản hẹp có thể khiến ESD gặp khó khăn kỹ thuật do thành mỏng và không gian dưới niêm mạc hạn chế. Năm 2009, Linghu và cộng sự lần đầu mô tả kỹ thuật ESTD với việc cắt trọn nguyên khối một tổn thương biểu mô vảy thực quản 8 cm bằng cách tạo đường hầm dưới niêm mạc [6]. ESTD đã được chứng minh an toàn và hiệu quả, đặc biệt với tổn thương lớn hoặc ở bệnh nhân xơ gan. So với ESD, ESTD giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, tăng tỷ lệ cắt nguyên khối và giảm biến chứng [6, 8], tỷ lệ tái phát thấp hơn trong khi vẫn đạt R0 tương đương [6]. Một số báo cáo ca lâm sàng cũng đã chứng minh hiệu quả của kỹ thuật dưới nước trong điều trị ung thư thực quản cổ [7].

Các kỹ thuật dưới nước cải thiện tầm nhìn nhờ làm đầy lòng thực quản bằng nước, giúp nhận diện rõ lớp dưới niêm mạc và bờ tổn thương trong các vùng hẹp hay phức tạp [3, 5].

Độ nổi trung tính của mô trong nước tạo điều kiện thuận lợi cho bóc tách và giảm tổn thương nhiệt do dao điện [3, 5]. Ngâm nước có thể làm mềm xơ hóa dưới niêm mạc, giảm nguy cơ thủng và chảy máu [3, 5]. Trong ca này, CO<sub>2</sub> gây hạn chế tầm nhìn do cung động mạch chủ và nhịp tim làm hẹp và rung phẫu trường. Bơm nước liên tục giúp trường mổ rõ ràng và ổn định. Chúng tôi cũng thực hiện cầm máu dự phòng trước khi bóc tách để hạn chế chảy máu. Kỹ thuật kéo hỗ trợ cho cắt tách bờ cắt chu vi chính xác, đảm bảo lấy trọn bờ bên và rút ngắn thời gian phẫu thuật.

### V. KẾT LUẬN

U-ESTD là kỹ thuật khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư thực quản giai đoạn sớm. Ca lâm sàng này cho thấy việc kết hợp bơm nước liên tục với kỹ thuật kéo hỗ trợ giúp cắt bỏ nguyên khối chính xác và giảm nguy cơ biến chứng. Các nghiên cứu lớn hơn cần được tiến hành để khẳng định vai trò của kỹ thuật này.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yano T, Yoda Y, Otake Y, et al. Advances in traction methods for ESD: What is the best traction method and traction direction? *World J Gastroenterol.* 2022 Jan 7;28(1):1-22.
2. Zhang X, Li QL, Yu Y, et al. Efficacy and safety of ESTD vs ESD for early superficial upper gastrointestinal precancerous lesions and tumors: A meta-analysis. *J Dig Dis.* 2020 Oct;21(10):480-489.
3. Sferazza S, Calabrese G, Maselli R, et al. Underwater techniques in gastrointestinal endoscopy: Diving into the depths. *Cancers (Basel).* 2024 Jul 1;16(13):3535.
4. Binmoeller KF, Weilert F, Shah J, Bhat Y, Kane S. "Underwater" EMR without submucosal injection for large sessile colorectal polyps (with video). *Gastrointest Endosc.* 2012 May;75(5):1086-1091.
5. Takeuchi Y, Shichijo S, Uedo N, Ishihara R. Underwater endoscopic mucosal resection for colorectal lesions: Can it be an "Underwater" revolution? *DEN Open.* 2022 Jan 9;2(1):e84.
6. Linghu E, Feng X, Wang X, Meng J, Du H, Wang H. Endoscopic submucosal tunnel dissection for large esophageal neoplastic lesions. *Endoscopy.* 2013 Jan;45(1):60-62.
7. Sasaki S, Nishikawa J, Yamamoto K, Sakaida I. Effectiveness of underwater endoscopic submucosal dissection for a superficial cervical esophageal cancer. *Clin Endosc.* 2020 Jul;53(4):497-498.
8. Lu JX, Liu DL, Tan YY. Clinical outcomes of endoscopic submucosal tunnel dissection compared with conventional endoscopic submucosal dissection for superficial esophageal cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Oncol.* 2019 Oct;10(5):935-943.

# KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ GIAI ĐOẠN CUỐI ĐỜI CỦA BỆNH NHÂN SA SÚT TRÍ TUỆ TRÊN NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Đào Thanh Tuyền<sup>1</sup>, Đỗ Thùy Linh<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hoài Thu<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

Sa sút trí tuệ (SSTT) là một trong những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng trên toàn cầu và tại Việt Nam, đặc biệt trong bối cảnh dân số đang già hóa nhanh chóng. Giai đoạn cuối đời của bệnh nhân SSTT đòi hỏi nhân viên y tế (NVYT) có kiến thức vững chắc để chăm sóc hiệu quả, tuy nhiên, hiện tại các nghiên cứu trong nước về vấn đề này còn hạn chế. Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát kiến thức của nhân viên y tế về giai đoạn cuối đời của bệnh sa sút trí tuệ tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu là 102 nhân viên y tế được chọn bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tỷ lệ đạt chuẩn kiến thức ( $\geq 70\%$  câu đúng): 27,5%. Trung bình điểm kiến thức là  $14,17 \pm 2,74$  điểm. Kiến thức về chăm sóc giai đoạn cuối đời của bệnh nhân SSTT ở NVYT tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương còn hạn chế. Cần tăng cường các chương trình đào tạo và tập huấn chuyên sâu để nâng cao năng lực chăm sóc cuối đời cho nhóm người bệnh này. **Từ khóa:** kiến thức của nhân viên y tế, giai đoạn cuối đời, sa sút trí tuệ

## SUMMARY

### SURVEY ON KNOWLEDGE OF END-OF-LIFE CARE FOR PATIENTS WITH DEMENTIA AMONG HEALTHCARE STAFFS AT THE NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Dementia is one of the major health challenges worldwide and in Viet Nam, particularly in the context of a rapidly ageing population. The end-of-life stage of dementia patients requires healthcare staff to have solid knowledge in order to provide effective care; however, domestic research on this issue remains limited. The objective of this study was to assess healthcare staff's knowledge of the end-of-life stage of dementia at the National Geriatric Hospital. A cross-sectional descriptive study was conducted with a sample of 102 healthcare staff selected through convenient sampling. The proportion meeting the knowledge standard ( $\geq 70\%$  correct answers) was 27.5%. The mean knowledge score was  $14.17 \pm 2.74$  points. Knowledge of end-of-life care for dementia patients among healthcare staff at the National Geriatric Hospital remains limited. There is a need to strengthen specialized training and education

programs to enhance the capacity for end-of-life care for this patient group. **Keywords:** knowledge of healthcare professional, end stage, dementia

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ (SSTT) là một trong những vấn đề sức khỏe được ưu tiên toàn cầu, thúc đẩy nhiều quốc gia xây dựng chiến lược nhằm cải thiện chất lượng sống cho người bệnh và gia đình họ. SSTT đang gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới. Trên toàn thế giới, có khoảng 47 triệu người mắc bệnh SSTT vào năm 2017, và dự kiến tổng số người mắc bệnh SSTT sẽ đạt gần 75 triệu người vào năm 2030 và tăng gần gấp ba lần vào năm 2050 lên 132 triệu người<sup>1</sup>. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) (2021), hiện có hơn 55 triệu người sống chung với SSTT và mỗi năm ghi nhận gần 10 triệu ca mắc mới<sup>2</sup>. Thời gian sống trung bình từ tuổi khởi phát bệnh sa sút trí tuệ dao động từ 3,3 đến 11,7 năm<sup>3</sup>. Năm 2019, số ca tử vong do bệnh sa sút trí tuệ đứng thứ bảy trên toàn cầu ở mọi lứa tuổi và đứng thứ tư ở những người từ 70 tuổi trở lên<sup>4</sup>.

Với thực trạng số lượng người cao tuổi mắc SSTT ngày càng tăng, việc nâng cao kiến thức của nhân viên y tế (NVYT) về bệnh này, đặc biệt là trong giai đoạn cuối đời, trở nên rất quan trọng. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng kiến thức đầy đủ của nhân viên y tế về SSTT có ảnh hưởng đến thời gian chẩn đoán, khả năng can thiệp sớm, và chất lượng chăm sóc tại nhà<sup>5</sup>. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện nay, các nghiên cứu đánh giá kiến thức của nhân viên y tế về SSTT vẫn còn hạn chế, đặc biệt là về kiến thức chăm sóc người bệnh (NB) ở giai đoạn cuối đời. Qua quá trình học tập và đi thực tế lâm sàng, chúng tôi nhận thấy kiến thức của NVYT về chăm sóc người bệnh SSTT giai đoạn cuối đời chưa thực sự được quan tâm đúng mức. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Khảo sát kiến thức về giai đoạn cuối đời của bệnh nhân sa sút trí tuệ trên nhân viên y tế tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương". Mục tiêu nghiên cứu là mô tả kiến thức của nhân viên y tế về giai đoạn cuối đời của bệnh sa sút trí tuệ tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Smart City

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Lão khoa trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: nththu.bvlk2@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025