

**V. KẾT LUẬN**

1. Hành vi tự chăm sóc của người bệnh còn chưa tốt điểm trung bình là 46.1. Hơn 50% người bệnh không dành thời gian để chăm sóc bản thân, họ luôn cảm thấy mệt mỏi khi chăm sóc theo hướng dẫn của nhân viên y tế. 48.8% người bệnh không sắp xếp được công việc để chăm sóc cho bản thân

2. Độ tự tin của người bệnh còn thấp điểm trung bình chỉ có 26.1. Hầu hết người bệnh (53.8%) không tự tin vào bản thân để giải quyết các tình huống bất ngờ như khi bệnh tình trở nên nặng hơn, 42.5% số người bệnh không tin vào khả năng đối phó với những căng thẳng do bệnh gây ra.

3. Nghiên cứu này chỉ ra trình độ học vấn, độ tự tin có mối tương quan với hành vi tự chăm sóc.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Cheng, K. K. F., & Yeung, R. M. W. (2013).** Impact of mood disturbance, sleep disturbance, fatigue and pain among patients receiving cancer therapy. *European journal of cancer care*, 22(1), 70-78.
2. **Dikken, C., & Wildman, K. (2013).** Control of nausea and vomiting caused by chemotherapy. *Cancer Nursing Practice*, 12(8), 24-29.

3. **McQuestion, M. (2011).** Evidence-based skin care management in radiation therapy: clinical update. *Seminars in oncology nursing*, 27(2), e1-e17.
4. **Scialdone, L. (2012).** Overview of supportive care in patients receiving chemotherapy antiemetic, pain management, anemia, and neutropenia. *Journal of pharmacy practice*, 25(2), 209-221.
5. **Loh, S. Y., Packer, T., Chinna, K., & Quek, K. F. (2013).** Effectiveness of a patient self-management programme for breast cancer as a chronic illness: a non-randomised controlled clinical trial. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 331-342.
6. **Trần Thị Liên & Lê Thanh Tùng (2019).** Thực trạng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư điều trị tại trung tâm ung bướu của bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019
7. **Andrea Chirico et.al. (2017).** Self-Efficacy for Coping with Cancer Enhances the Effect of Reiki Treatments During the Pre-Surgery Phase of Breast Cancer Patients. *Anticancer Research*, Vol. 37, Issue 7 July 2017
8. **Kiaei, M., et al., 2016.** [Association between self-efficacy and quality of life in women with breast cancer undergoing chem-otherapy (Persian)]. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 20(2), pp. 58-65
9. **Mudrak, J., et al., 2016.** Physical activity, self-efficacy, and quality of life in older Czech adults. *European Journal of Ageing*, 13(1), pp. 5-14

## NHẬN XÉT HIỆU QUẢ KỸ THUẬT CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG LOẠN SẢN DẠ DÀY ĐỘ CAO VÀ UNG THƯ DẠ DÀY SỚM

Nguyễn Thế Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Công Long<sup>2</sup>, Vũ Trường Khanh<sup>3</sup>,  
Đào Trần Tiến<sup>3</sup>, Trịnh Tuấn Dũng<sup>3</sup>, Đào Văn Long<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

Ung thư dạ dày (UTDD) sớm và loạn sản niêm mạc dạ dày (LSDD) độ cao là những tổn thương xuất phát từ lớp niêm mạc của dạ dày và chưa xâm lấn qua lớp dưới niêm mạc. Cắt tách dưới niêm mạc (ESD) là kỹ thuật can thiệp qua nội soi điều trị các tổn thương tân tạo tại ống tiêu hoá. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về kỹ thuật này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét quá trình thực hiện và biến chứng của kỹ thuật ESD trong điều trị các tổn thương tân tạo tại dạ dày. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu, nghiên cứu trên 77 bệnh nhân

được chẩn đoán LSDD độ cao và UTDD sớm. Kết quả thu được, tỷ lệ thành công đạt 98,7% , thời gian thực hiện trung bình 86,7 phút; thời gian thực hiện ESD kéo dài phụ thuộc vào vị trí tổn thương (hang vị với thân vị, 76,7 với 112,4 phút, p=0,05) và kích thước tổn thương (<30mm với 30-50mm, 67,3 với 115,7phút, p<0,05); biến chứng thường gặp là chảy máu trong thực hiện ESD chiếm 32,5% ,gặp 1 ca có biến chứng thủng trong quá trình thực hiện nghiên cứu.ESD (1,3%), tuy nhiên đã kẹp clip đóng lỗ thủng và bệnh nhân không phải phẫu thuật. ESD là phương pháp hiệu quả trong điều trị các tổn thương tân tạo tại dạ dày.

**Từ khóa:** ung thư dạ dày sớm, loạn sản dạ dày độ cao, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi

**SUMMARY**

### EFFECT OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION ON TREATMENT HI-GRADE DYSPLASIA AND EARLY GASTRIC CANCER

Early gastric cancer (EGC), hi-grade dysplasia (HGD) are defined gastric superficial lesions that invade no more deeply than the submucosal layer.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Trung tâm tiêu hóa gan mật, Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Bệnh viện Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Phương

Email: nguyenthephuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

Endoscopic submucosal dissection (ESD) is a well-established and minimally invasive treatment for premalignant and early malignant gastrointestinal (GI) lesions. There are lack of study on ESD procedure in Vietnam. A prospective cross-sectional study aimed to evaluation of effectiveness of ESD procedure in treatment EGC and HGD in Vietnam. 77 patients with EGC or HGD were performed ESD, showed that the rate of curative treatment was 98,7% the average time of ESD procedure was 86.7 mins; factors related to the longer procedure time were location (antrum vs body of the stomach, 76.7 vs 112,4 mins, respectively,  $p=0.05$ ), the size of the tumor ( $<30$  mm vs 30-50mm, 67.3 vs 115.7 mins, respectively,  $p<0.05$ ); bleeding during procedure time was common complication, 32,5%; perforation was had 1 case but no need surgery. ESD is an effective and safe therapy in the management of early gastric neoplasms.

**Keyword:** early gastric cancer, hi-grade dysplasia, endoscopic submucosal dissection

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tách dưới niêm mạc (endoscopic submucosal dissection - ESD) là kỹ thuật can thiệp qua nội soi loại bỏ những tổn thương tân tạo tại ống tiêu hoá. ESD được nghiên cứu và ứng dụng đầu tiên tại Nhật Bản năm 2001. Tuy nhiên, đến năm 2015, Mỹ và Châu Âu mới thừa nhận hiệu quả của kỹ thuật ESD thông qua các khuyến cáo điều trị [1,2,3]. Ở Việt Nam, chưa có những công bố chính thức về hiệu quả của kỹ thuật này trong điều trị các tổn thương tân tạo tại ống tiêu hoá nói chung và dạ dày nói riêng. Dựa trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: (1) Nhận xét đặc điểm lâm sàng, nội soi của các tổn thương loạn sản dạ dày độ và ung thư dạ dày sớm; (2) Nhận xét quá trình thực hiện và biến chứng của kỹ thuật ESD trong điều trị các tổn thương loạn sản dạ dày độ và ung thư dạ dày sớm.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn sớm tỳ biệt hóa, loạn sản dạ dày (LSDD) độ cao.

Có chỉ định ESD qua nội soi (theo khuyến cáo của hội nội soi Nhật Bản)[1] gồm:

\*Chỉ định tiêu chuẩn cho kỹ thuật ESD:

- Loạn sản dạ dày độ cao với bất kỳ kích thước.
- Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao hoặc vừa, không loét, giai đoạn T1a, đường kính tổn thương  $\leq 2$  cm

\*Chỉ định mở rộng cho kỹ thuật ESD:

Áp dụng cho các khối u có đủ tiêu chuẩn: có thể cắt tách một mảnh toàn bộ khối u, không có di căn lân cận, không có thâm nhiễm hạch và mạch lân cận và

- Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao hoặc vừa, đường kính  $>2$ cm, giai đoạn T1a, không có loét hoặc

- Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao hoặc vừa, giai đoạn T1b, đường kính  $\leq 3$ cm, có loét hoặc.

- Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa vừa, đường kính  $\leq 2$ cm, không có loét.

Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

### 2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Bệnh nhân UTDD có tổn thương xâm lấn vượt qua lớp dưới niêm mạc (T2).

- Bệnh nhân bị các bệnh có rối loạn đông máu kèm theo.

- Bệnh nhân bị các bệnh mạn tính hoặc ác tính, ước tính thời gian sống thêm ngắn.

- Bệnh nhân có chống chỉ định gây mê.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu

### 3. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Trung tâm Tiêu hóa gan mật, Bệnh viện Bạch Mai

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2015 – 12/2021.

- Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Theo Chung và cs, tỷ lệ thành công của cắt lọc dưới niêm mạc qua nội soi với tổn thương tân tạo tại dạ dày là 97%[6].

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu tỷ lệ:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 P (1-p)}{d^2}$$

Với: n là cỡ mẫu cần có.

$Z_{\alpha/2}$  là mức ý nghĩa thống kê mong muốn, với  $\alpha = 0,05$  thì  $Z = 1,96$

p là tỷ lệ phát hiện UTDD sớm ước tính.

d là độ chính xác mong muốn tuyệt đối, chọn  $d = 0,05$ .

Cỡ mẫu thu được  $n = 30$ .

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

### 4. Cắt tách dưới niêm mạc ESD:

#### 4.1. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTDD sớm hoặc LSDD độ cao được khám bệnh và tư vấn về kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc.

- Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, ghi nhận những triệu chứng lâm sàng liên quan với bệnh lý ung thư dạ dày.

- Bệnh nhân nhịn ăn trước tiến hành kỹ thuật ít nhất 6 giờ.

- Bệnh nhân được khám gây mê do các bác sĩ chuyên khoa gây mê hồi sức trước khi tiến hành kỹ thuật.

- Gây mê bằng propofol 1% với liều 1 – 2ml/kg.
- Bệnh nhân được đặt nội khí quản, hỗ trợ hô hấp.

#### 4.2. Quy trình cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi:

- Xác định tổn thương: nhuộm màu bằng dung dịch indigocarmine 2% để xác định ranh giới tổn thương.

- Dùng dao điện chấm quanh tổn thương, cách rìa tổn thương 5mm để xác định vùng cắt lọc.

- Tiêm phòng lớp dưới niêm mạc bằng dung dịch Hesteril 6% pha với indigo carmin.

- Dùng dao cắt rạch lớp niêm mạc đã được tiêm phòng, sau đó cắt từ ngoài vào trong, vừa cắt vừa tiêm thêm dung dịch tiêm nếu thấy lớp niêm mạc chưa tách khỏi lớp dưới niêm mạc và cầm máu bằng kim điện nếu có chảy máu, cho đến khi vùng cắt tách rời khỏi niêm mạc dạ dày.

- Vùng tổn thương đã cắt rời được lấy ra, cố định trên miếng xốp mỏng bằng đinh gim trước khi ngâm formon 10%.

- Ghi chép lại các thông số nghiên cứu:

+ Tình trạng bệnh nhân trong quá trình thực hiện kỹ thuật.

+ Thời gian thực hiện kỹ thuật.

+ Kích thước mảnh cắt.

+ Khó khăn trong quá trình thực hiện kỹ thuật.

+ Tai biến xảy ra trong quá trình thực hiện kỹ thuật (nếu có).

#### 4.3. Theo dõi sau cắt tách dưới niêm mạc:

- Bệnh nhân nhịn ăn trong 48 giờ sau thủ thuật.

- Truyền tĩnh mạchesomeprazole 8mg/h trong 72 giờ, duy trì thuốc ức chế bài tiết acid đường uống đến 8 tuần.

- Nội soi kiểm tra lại sau 48 giờ, hoặc ngay khi có triệu chứng lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa cao.

- Bệnh nhân được theo dõi nội trú các biến chứng của cắt lọc dưới niêm mạc 72 giờ sau thủ thuật.

+ Biến chứng xuất huyết tiêu hóa: Nôn máu, đại tiện phân đen, toàn trạng thiếu máu cấp tính.

+ Biến chứng thủng: Tình trạng bụng, mức độ đau, X.Q bụng không chuẩn bị.

#### 5. Đánh giá kết quả nghiên cứu:

##### 5.1. Đánh giá trên nội soi: Kỹ thuật thành công khi cắt lọc tách toàn bộ tổn thương trong một mảnh cắt, rìa tổn thương cách bờ ngoài mảnh cắt ít nhất 3mm.

Kỹ thuật thất bại khi không cắt lọc tách được toàn bộ tổn thương, bị buộc dừng do xảy ra biến chứng nặng.

**5.2. Đánh giá trên mô bệnh học:** Mảnh cắt được nhuộm thường quy với Hematoxylin và Eosin (HE) để đánh giá tổn thương mô bệnh học,

diện cắt bên và diện cắt đáy của tổn thương.

#### 5.3. Đánh giá biến chứng của kỹ thuật:

**Biến chứng chảy máu:** Chảy máu trong khi thực hiện kỹ thuật: Quan sát trên nội soi, cầm máu bằng dao cắt, kim đông điện, APC và kẹp clip. Lượng máu chảy được ước lượng bằng sự sụt giảm hemoglobin trước và sau thực hiện kỹ thuật.

Chảy máu muộn trong vòng 0 – 30 ngày sau thực hiện kỹ thuật: Biểu hiện bằng nôn máu, đi ngoài phân đen, toàn trạng thiếu máu cấp tính. Bệnh nhân được nội soi lại tìm nguyên nhân chảy máu và thực hiện các thủ thuật cầm máu gồm tiêm adrenalin 1/10000, kẹp clip và APC.

**Biến chứng thủng:** Thủng trong khi thực hiện kỹ thuật: Quan sát trên nội soi, kẹp clip đóng lỗ thủng, chuyển phẫu thuật.

Thủng muộn từ 0 -3 ngày sau thực hiện kỹ thuật: Bệnh nhân đau bụng dữ dội, có phản ứng thành bụng, trên X.Q có hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành, chuyển phẫu thuật.

#### 6. Phương pháp xử lý số liệu:

- Test Pearson Chi-square và/hoặc test Fisher's Exact được sử dụng cho so sánh tỷ lệ phần trăm tùy thuộc là so sánh hai hay nhiều tỷ lệ với nhau. Test t-studen được sử dụng cho so sánh các giá trị trung bình.

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê sử dụng theo  $p < 0,05$  hoặc tính theo khoảng tin cậy 95% (95% CI).

**7. Vấn đề đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã thông qua hội đồng đạo đức y học của trường Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu được tiến hành nhờ sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội, Phòng Kế hoạch tổng hợp và Trung tâm Tiêu hóa gan mật Bệnh viện Bạch Mai.

Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích về mục đích nghiên cứu và ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 77 bệnh nhân có tổn thương LSDD độ cao và UTDD sớm được điều trị bằng kỹ thuật ESD từ tháng 12/2015 đến tháng 12/2021

#### 1. Đặc điểm lâm sàng:

##### Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình (năm)	58,2 ± 12,5
Tỷ lệ giới nam/nữ	1,28:1
Triệu chứng lâm sàng	
Đau thượng vị	100%
Đầy bụng	36%
Chán ăn	8%
Sút cân	6%

Thiếu máu mạn tính	18%
Tiền sử gia đình UTDD	0%

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 58,2, tỷ lệ giới 1,28:1, triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau

thượng vị, không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu chẩn đoán các tổn thương tân tạo dạ dày loạn sản độ cao hoặc UTDD sớm.

**2. Đặc điểm hình ảnh nội soi:**

**Bảng 2: Đặc điểm nội soi**

Hình ảnh đại thể		Vị trí tổn thương	
Type 0-I	1/77 (1,6%)	Hang vị	57/77 (73,7%)
Type 0-IIa	9/77 (11,6%)	Thân vị bờ cong nhỏ	12/77 (15,6%)
Type 0-IIb	9/77 (11,6%)	Thân vị bờ cong lớn	7/77 (9,1%)
Type 0-IIc	9/77 (11,6%)	Tâm phình vị	1/77 (1,6%)
Type 0-III	0/77 (0%)	Dị sản ruột	37/77 (48%)
Type hỗn hợp (0-IIac)	49/77 (63,6%)	Viêm teo niêm mạc	56/77 (72,7%)
Kích thước trung bình (mmm)	26,4 ± 8,3	Nhẹ (C1,C2)	34/56 (62,5%)
Giải phẫu bệnh		Vừa (C3, O1)	13/56 (23,2%)
LSNMDD độ cao	66/77 (85,7%)	Nặng (O2, O3)	9/56 (14,3%)
UTDD	11/77 (14,3%)	Xét nghiệm H.pylori	42/77 (54,5%)

**Nhận xét:** Type hỗn hợp (0-IIac), vị trí tại hang vị và tổn thương LSDD độ cao chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu (lần lượt 63,6%, 73,7% và 85,7%). Kích thước trung bình là 26,4mm. Viêm teo niêm mạc dạ dày là tổn thương đi kèm thường gặp (72,7%), trong đó viêm teo mức độ nhẹ là nhiều nhất (62,5%).

**3. Nhận xét quá trình thực hiện kỹ thuật ESD:**

**Bảng 3: Nhận xét quá trình thực hiện kỹ thuật ESD**

Tỷ lệ thành công	76/77 (98,7%)	Biến chứng	
Thời gian thực hiện (phút)	86,7± 63,5	Chảy máu trong ESD	25/77 (32,5%)
Kích thước mảnh cắt (mm)		Chảy máu muộn	4/77 (5,2%)
20 – 29	40/77 (51,9%)	Thủng trong ESD	1/77 (1,3%)
30 – 50	30/77 (39%)	Thủng muộn	0/33
>50	7/77 (9,1%)		
Giải phẫu bệnh			
Cắt hoàn toàn	76/77(98,7%)		
Diện cắt đáy (+)	1/77 (1,3%)		
Diện cắt bên (+)	0/77 (0%)		

**Nhận xét:** tỷ lệ thành công là 98,7%, kích thước mảnh cắt thường gặp từ 20-29mm chiếm 52,51,9%, biến chứng chảy máu trong ESD có 25 ca (7632,5%).

**Bảng 4: So sánh một số yếu tố ảnh hưởng đến kỹ thuật ESD**

	Thời gian thực hiện (phút)	p	Chảy máu trong ESD % (số ca)	p
<b>Vị trí tổn thương</b>				
Hang vị (57ca)	76,7		28% (16/57)	
Thân vị (19ca)	112,4	0,05	42,1% (8/19)	0,012
Tâm phình vị (1ca)	270		100% (1/1)	
<b>Kích thước mảnh cắt (mm)</b>				
20 – 29 (40 ca)	67,3		17,5% (7/40)	
30 – 50 (30 ca)	115,7	0,032	36,7% (11/30)	0,35
>50 (7 ca)	182,5	<0,001	100% (7/7)	

**Nhận xét:** thời gian thực hiện ESD phụ thuộc vào vị trí tổn thương và kích thước tổn thương. Chảy máu trong ESD ở hang vị thấp hơn so với các vị trí khác, và không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước mảnh cắt <30mm và từ 30 – 50mm.

**4. Theo dõi sau ESD:**

**Bảng 5: Theo dõi sau ESD**

Thời gian nằm viện (ngày)	4,9 ± 1,7
<b>Triệu chứng lâm sàng sau ESD</b>	
Đau thượng vị	77/77 (100%)
Nôn, buồn nôn	65/77(84,4%)
Đau họng	77/77 (100%)
Chênh lệch Hb trước-sau ESD(g/l)	6,7 ± 4,3
<b>Loét sau ESD (nội soi trong 48h)</b>	
Chảy máu	4/77 (5,2%)

Điểm mạch	2/77 (2,6%)
Giả mạc	77/77 (100%)

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện trung bình là 4,9 ngày, triệu chứng lâm sàng thường gặp sau ESD là đau thượng vị, nôn-buồn nôn và đau họng.

#### IV. BÀN LUẬN

**1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi:** Tuổi trung bình 58,2 (trẻ nhất 43, cao nhất 75 tuổi), giống với các kết quả nghiên cứu khác ở Việt Nam (tuổi trung bình phát hiện khoảng 60 tuổi) và thấp hơn các nghiên cứu khác trên thế giới, tuổi trung bình phát hiện bệnh khoảng 65- 67 tuổi [4,5]. Điều này có thể do tuổi thọ của người Việt Nam thấp hơn các nước phát triển khác như Nhật Bản, Hàn Quốc, Mỹ, Châu Âu; mà tuổi thọ càng cao nguy cơ bị các bệnh lý ung thư nói chung, UTDD nói riêng càng tăng. Tỷ lệ giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,28:1, thấp hơn hầu hết các nghiên cứu khác trong nước, tỷ lệ mắc UTDD ở nam giới thường gấp 2-4 lần nữ giới[5]; có thể do số liệu nghiên cứu của chúng tôi còn ít, chưa phản ánh đúng thực trạng tại Việt Nam.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau thượng vị (100%), đầy bụng (36%). Đây là các triệu chứng thường gặp của bệnh lý dạ dày, là lý do để người bệnh đi khám, được chỉ định nội soi và phát hiện các tổn thương tân tạo tại dạ dày. LSNMDD độ cao hay UTDD giai đoạn sớm thường không biểu hiện triệu chứng hoặc các triệu chứng xuất hiện nghèo nàn và không đặc hiệu; trong nghiên cứu của chúng tôi, thiếu máu mạn tính có 14ca (18%), sút cân 5 ca (6%) và không có bệnh nhân nào có tiền sử gia đình UTDD.

Theo phân loại Paris, type hỗn hợp (chỉ gặp type 0-IIac) chiếm tỷ lệ cao nhất 63,6%, không phát hiện 0-III. Lý giải cho điều này, type 0-Ia là type tổn thương lõi dễ phát hiện trên nội soi và có thể loại bỏ bằng các kỹ thuật can thiệp qua nội soi phổ biến khác như cắt hết niêm mạc (EMR). Type 0-IIb là type tổn thương phẳng, đôi khi trên nội soi chỉ phát hiện được bằng sự thay đổi màu sắc, đỏ hơn hoặc nhạt màu hơn vùng niêm mạc xung quanh nên dễ bị bỏ sót khi nội soi chẩn đoán. Type 0-III là type tổn thương có loét thường được gửi đi phẫu thuật trước khi cân nhắc chỉ định ESD. Trên thực tế, tỷ lệ phát hiện UTDD sớm ở nước ta còn rất thấp, đa phần các trường hợp UTDD mới phát hiện đều ở giai đoạn tiến triển, đặc điểm tổn thương ung thư rõ ràng trên nội soi. Nghiên cứu của Chung và cs (2009), trên 1000 ca ESD dạ dày, hình ảnh đại thể của tổn thương 40,3% type lõi, 37,7% type phẳng, 22% type lõm. Nghiên cứu của chúng tôi cần có

số lượng lớn hơn để đánh giá chính xác đặc điểm của tổn thương[6].

Kích thước tổn thương trung bình là 26,4mm, nhỏ nhất là 22mm, lớn nhất là 65mm. Trong nghiên cứu, không có trường hợp nào có tổn thương <20mm được thực hiện ESD; vì với kích thước nhỏ này, bệnh nhân được chỉ định can thiệp bằng kỹ thuật cắt hết niêm mạc (EMR), vốn đã được thực hiện từ lâu với giá thành rẻ hơn nhiều so với ESD.

Về vị trí tổn thương, hang vị chiếm tỷ lệ cao nhất 73%, 7%, thân vị chiếm 24,7%, tâm vị có 1 ca (1,3%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới như Chung và cs (2009) tỷ lệ tổn thương ở hang vị chiếm 72%, Tanabe và cs (2014) là 70%[6,7]. Trên cơ sở sinh lý bệnh, UTDD type ruột, type phổ biến tại Châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng, thường phát triển trên nền bệnh lý viêm teo niêm mạc dạ dày và dị sản ruột, nên các tổn thương UTDD sớm xuất hiện ở hang vị nhiều nhất là hợp lý. Mặt khác, hang vị là vùng dễ quan sát, ít bỏ sót khi nội soi dạ dày cũng góp phần tăng tỷ lệ phát hiện tổn thương tân tạo tại dạ dày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phát hiện các tổn thương tiền ung thư như dị sản ruột (48%), viêm teo dạ dày mạn tính (73,7%). Về lý thuyết, mức độ viêm teo càng nặng, nguy cơ hình thành UTDD càng cao[8]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi trên bệnh nhân UTDD sớm và LSNMDDLSD độ cao, tỷ lệ viêm teo nặng chỉ chiếm 14,3%, mức độ vừa là 23,2%, chủ yếu là mức độ nhẹ 62,5%. Lý giải cho sự khác biệt này có thể do tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới, trong khi viêm teo niêm mạc dạ dày mạn tính thường tiến triển từ từ qua hàng chục năm. Điều này cũng gợi ý cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu khác để tìm hiểu rõ hơn về mối liên quan giữa viêm teo dạ dày mạn tính và sự hình thành UTDD ở Việt Nam.

Tỷ lệ phát hiện H.pylori là 54,5%, thấp hơn các nghiên cứu khác ở Việt Nam, có tỷ lệ nhiễm H.pylori từ 65 – 80%. Điều này có thể giải thích do bệnh nhân đã được điều trị diệt H.pylori trước đó. Mặt khác, một vài nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng, dù điều trị diệt H.pylori thành công nhưng không làm đảo ngược được các tổn thương tiền ung thư như dị sản ruột, viêm teo dạ dày; nguy cơ hình thành UTDD vẫn cao hơn so với nhóm không nhiễm H.pylori và không có các tổn thương tiền ung thư[4].

**2. Nhận xét kết quả ESD:** Tỷ lệ thực hiện ESD thành công trong nghiên cứu của chúng tôi

đạt 98,7%, tương đương với các tác giả từ Nhật Bản, Hàn Quốc (97,2 – 99,3%), cao hơn so với các tác giả từ Châu Âu và Mỹ (83,5 – 86,2%) [6,7,9]. Điều này có thể do các nước phương Tây cũng chỉ mới chấp nhận kỹ thuật ESD như một phương pháp chính thức trong điều trị UTDD giai đoạn sớm. Việt Nam được nhận nhiều hỗ trợ phát triển kỹ thuật ESD từ Nhật Bản và Hàn Quốc thông qua các lớp đào tạo ở nước ngoài và các hội thảo với chuyên gia tại Việt Nam. Tuy vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình thực hiện một ca ESD là 86,7 phút, dài gần gấp đôi các nghiên cứu của Nhật Bản và Hàn Quốc, thời gian trung bình 45,3 phút [6,7]. Thời gian thực hiện kỹ thuật ESD kéo dài sẽ làm tăng nguy cơ xảy ra tai biến cho bệnh nhân gây mê, như viêm phổi do hít sặc, hạ đường huyết, thuyên tắc tĩnh mạch... Tuy vậy, so với năm đầu tiên triển khai kỹ thuật ESD; hiện tại chúng tôi đã giảm được thời gian thực hiện thủ thuật, theo với số lượng ca ESD ngày một tăng lên cũng như nhiều kinh nghiệm hơn. Không chỉ là vấn đề kỹ năng, thời gian thực hiện ESD cũng phụ thuộc vào vị trí và kích thước tổn thương. Hang vị là vùng dễ thực hiện nhất; trong khi thân vị, góc bờ cong nhỏ và tâm vị là những vùng cắt tách dưới niêm mạc khó khăn hơn do dây soi không có điểm tựa để cố định khi cắt hoặc phải tiến hành cắt theo tư thế quặt ngược. Thật vậy, thời gian thực hiện ESD tại hang vị thấp hơn hẳn so với thân vị (76,7 và 112,4 phút), khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,05$ . Bên cạnh đó, kích thước cũng ảnh hưởng lớn đến thời gian thực hiện thủ thuật, thời gian thực hiện với mảnh cắt có kích thước dưới 30mm ngắn hơn so với mảnh cắt từ 30–50mm (67,3 và 117 phút) với  $p<0,05$ . Chúng tôi thực hiện 7 ca ESD với kích thước mảnh cắt >50mm có thời gian trung bình là 182,5 phút, trong đó ca ngắn nhất là 135 phút và ca dài nhất là 320 phút với tổn thương lan qua góc bờ cong nhỏ. Tóm lại, thời gian thực hiện ESD phụ thuộc vào vị trí tổn thương, kích thước tổn thương và kỹ năng của bác sĩ thực hiện.

Nhận xét về biến chứng kỹ thuật ESD, chảy máu trong quá trình thực hiện ESD thường gặp nhất chiếm 32,5%. Nhưng đa số các trường hợp chảy máu là nhẹ, lượng huyết sắc tố mất trung bình là 6,7g/L. Khi so sánh về vị trí tổn thương; số ca có chảy máu ở hang vị thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với số ca ở thân vị ( $p<0,05$ ). Tuy nhiên, khi so sánh về kích thước mảnh cắt, tỷ lệ chảy máu trong thủ thuật khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa kích thước 20 – 29mm và 30 – 50mm ( $p>0,05$ ); cho dù diện tích mảnh cắt

hơn có nghĩa là nhiều mạch máu phải cầm hơn trong quá trình thực hiện thủ thuật. Có 1 trường hợp chảy máu nhiều lần trong khi thực hiện thủ thuật, tổng lượng Hb mất là 22g/L nhưng không phải truyền máu cấp cứu. Đây cũng là ca duy nhất thực hiện thất bại kỹ thuật ESD trong nghiên cứu của chúng tôi. Mạch máu bị cắt lớn (khoảng 2mm), tụt sâu vào lớp dưới niêm mạc, máu đông làm hạn chế trường quan sát nên chúng tôi quyết định kẹp clip đóng vùng chảy máu và dùng thủ thuật. Tuy nhiên, khi học tập và trao đổi với các chuyên gia từ Nhật Bản và Hàn Quốc, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về quan niệm về chảy máu trong thủ thuật ESD, một hướng là dùng dao cắt tách nếu chảy máu thì dùng kim đông cầm máu để giảm nguy cơ thủng, một hướng khác là dùng dao cắt đông cầm máu ngay lập tức để tránh chảy máu nhiều. Thêm nữa, tiêu chuẩn về truyền máu cấp cứu ở Việt Nam cũng khác so với Nhật Bản và Hàn Quốc nên chúng tôi không tiếp tục so sánh về vấn đề này. Biến chứng chảy máu muộn được định nghĩa là chảy máu xuất hiện từ 0- 30 ngày sau ESD, khoảng thời gian lành loét dạ dày do ESD. Chúng tôi gặp 4 ca có biến chứng chảy máu muộn (chiếm 5,2%), đều trong thời gian điều trị nội trú, được phát hiện sớm và cầm máu kịp thời qua nội soi, không có ca nào phải truyền máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có 1 trường hợp nào gặp biến chứng thủng, là biến chứng nặng nhất của kỹ thuật trong khi thực hiện ESD (chiếm tỷ lệ 1,3%), chúng tôi thực hiện kẹp clip đóng lỗ thủng ngay lập tức rồi tiếp tục hoàn thành thủ thuật ESD. Theo dõi sau can thiệp ESD, bệnh nhân hoàn toàn không có dấu hiệu của viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng và cuối cùng ra viện mà không có chỉ định phẫu thuật. Theo các nghiên cứu của Nhật Bản và Hàn Quốc, tỷ lệ thủng dạ dày sau ESD cũng rất thấp từ 1,2 – 1,7% [6,9].

Triệu chứng lâm sàng thường gặp sau ESD là đau họng, đau thượng vị và buồn nôn, các triệu chứng này thường thuyên giảm sau khi bệnh nhân được ăn trở lại (48h sau thủ thuật). Thời gian nằm viện trung bình là 4,9 ngày, thông thường bệnh nhân chỉ nằm viện 3 ngày; nếu có biến chứng thời gian nằm viện kéo dài hơn, có 1 bệnh nhân bị viêm phổi sau ESD có thời gian nằm viện dài nhất là 9 ngày.

Nội soi "lần thứ hai" sau ESD trong 48h được xem là quy trình chính thức đánh giá nguy cơ chảy máu sau ESD. Nghiên cứu của chúng tôi, ngoài 4 trường hợp phát hiện chảy máu bằng triệu chứng lâm sàng phải nội soi sớm, chỉ có 2

trường hợp (chiếm 6%) cần can thiệp khi nội soi ở thời điểm 48h sau ESD. Gần đây, một vài nghiên cứu kết luận nội soi "lần thứ hai" sau ESD, không cần thiết trong việc giảm tỷ lệ chảy máu muộn. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi và đánh giá hiệu quả quy trình này.

## V. KẾT LUẬN

Các tổn thương tân tạo tại dạ dày bao gồm loạn sản niêm mạc dạ dày LSDD độ cao và UTDD sớm, thường xuất hiện không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu; phát hiện chủ yếu qua nội soi dạ dày. Tuổi trung bình phát hiện các tổn thương tân tạo ở người Việt Nam thấp hơn ở các nước phát triển. Mức độ viêm teo dạ dày có thể không phản ánh đúng nguy cơ hình thành UTDD ở người Việt Nam.

Kỹ thuật ESD có hiệu quả cao trong việc loại bỏ các tổn thương tân tạo tại dạ dày bao gồm loạn sản niêm mạc dạ dày độ cao và UTDD sớm. Cần tuân thủ chặt chẽ các chỉ định của ESD và thận trọng khi thực hiện kỹ thuật ESD để tránh các biến chứng. Thời gian thực hiện của kỹ thuật ESD phụ thuộc vào vị trí, kích thước tổn thương và kỹ năng của bác sĩ làm thủ thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Japanese Gastric Cancer Association.** Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer*. 2017;20(1):1-19. doi:10.1007/s10120-016-0622-4.
2. **Banks M, Graham D, Jansen M, et al.** British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of

- gastric adenocarcinoma. *Gut* 2019;68:1545-1575.
3. **ESMO Guidelines Committee, Gastric cancer:** ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, *Annals of Oncology*, Volume 27, Issue suppl\_5, September 2016, Pages v38v49, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw350>
  4. **Yusefi, A.R.,** Risk Factors for Gastric Cancer: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev.*, 2018. 19(3): p. 591-603.
  5. **Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A. and Jemal, A. (2018),** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68: 394-424. doi:10.3322/caac.21492
  6. **Chung, II-Kwun et al.** Therapeutic outcomes in 1000 cases of endoscopic submucosal dissection for early gastric neoplasms: Korean ESD Study Group multicenter study. *Gastrointestinal Endoscopy*, Volume 69, Issue 7, 1228 - 1235
  7. **Tanabe, S., et al.,** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a retrospective comparison with conventional endoscopic resection in a single center. *Gastric Cancer*, 2014. 17(1): p. 130-136.
  8. **Quach DT, Hiyama T, Gotoda T.** Identifying high-risk individuals for gastric cancer surveillance from western and eastern perspectives: Lessons to learn and possibility to develop an integrated approach for daily practice. *World J Gastroenterol*. 2019;25(27):3546-3562. doi:10.3748/wjg.v25.i27.3546
  9. **Akintoye E, Obaitan I, Muthusamy A, Akanbi O, Olusunmade M, Levine D.** Endoscopic submucosal dissection of gastric tumors: A systematic review and meta-analysis. *World J Gastrointest Endosc*. 2016;8(15):517-532. doi:10.4253/wjge.v8.i15.517

## KHẢO SÁT SỰ BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ ĐÔNG MÁU Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Đỗ Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Phạm Thái Dũng<sup>1</sup>, Trần Văn Tùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá sự biến đổi một số chỉ số đông máu, điểm SIC và điểm DIC ở nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn sống và tử vong. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 60 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại BM - TT hồi sức cấp cứu và chống độc - Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y. **Kết quả:** Số lượng tiểu cầu ở nhóm tử vong cao nhất ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu ( $168 \pm 128,6$  G/l), sau đó có xu hướng giảm dần qua

các thời điểm nghiên cứu và thấp nhất ở ngày thứ 7 ( $77 \pm 60,8$  G/l). Số lượng tiểu cầu ở ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7 ở nhóm tử vong thấp hơn nhóm sống, với  $p < 0,05$ . Điểm SIC ở ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7, và điểm DIC ở ngày thứ 3, thứ 5 của nhóm tử vong cao hơn nhóm sống, với  $p < 0,05$ . Điểm SIC có giá trị tiên lượng tử vong ở mức khá tốt và tốt ở ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7 với AUC thứ tự là 0,726; 0,872; 0,827. Điểm DIC có giá trị tiên lượng kết cục tử vong ở mức yếu và khá tốt ở ngày thứ 3, thứ 5 với AUC lần lượt là 0,699 và 0,781. **Kết luận:** Số lượng tiểu cầu ở nhóm tử vong có xu hướng giảm dần theo thời gian. So với nhóm sống, nhóm tử vong có số lượng tiểu cầu thấp hơn, điểm SIC cao hơn ở ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7 và điểm DIC cao hơn ở ngày thứ 3, thứ 5. Điểm SIC và DIC có giá trị tiên lượng kết cục tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y  
 Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng  
 Email: domanhhungpt95@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 28.3.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022  
 Ngày duyệt bài: 30.5.2022