

nên áp xe vú sau sinh thường gặp ở nhóm đối tượng này. Trong nghiên cứu, có 21 sản phụ đã từng bị áp xe vú sau sinh chiếm 20,6%, dựa theo kinh nghiệm đã có của những lần sinh trước đó mà không được tư vấn bài bản, đầy đủ nên có thể có những hiểu biết, kỹ năng chưa đúng trong quá trình cho con bú. Ngoài ra, có 4 trường hợp dị tật vú chiếm 3,9%, đều là núm vú tụt vào trong. Núm vú tụt vào trong là một yếu tố nguy cơ của viêm tắc tuyến sữa vì khi núm vú tụt vào trong, em bé sẽ không bú được hoặc bú rất khó khăn do không thể ngậm bắt được vú mẹ, lâu dần nếu người mẹ không vắt hết sữa ra sẽ gây nên tình trạng tắc tia sữa, viêm vú rồi áp xe vú.

Không có sự khác biệt đáng kể về tình trạng vỡ của áp xe vú và thực hành cho con bú khác nhau, khi hầu hết bệnh nhân cho con bú tham gia nghiên cứu có khối áp xe vú chưa vỡ. Tuy nhiên, việc vệ sinh vú ảnh hưởng đến lớn đến kích thước ổ áp xe, trong đó tất cả các bệnh nhân không vệ sinh vú trước khi cho con bú kích thước ổ áp xe > 5 cm. Vị trí áp xe hay gặp hơn ở bên trái, số lượng bệnh nhân bị áp xe cả hai bên vú thấp.

Về kết quả điều trị, dù đa phần các bệnh nhân đều khỏi bệnh sau điều trị (theo bảng 3.3), các bệnh nhân thực hành cho con bú đúng cách có tỷ lệ khỏi bệnh cao hơn. Trong đó, nhóm thực hành đúng cách khác như được tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ, nhóm bệnh nhân vệ sinh vú trước

và sau khi cho con bú có tỷ lệ khỏi bệnh cao, tương ứng với 96,8%, 96,4% và 88,9%. Việc vắt sữa thừa là một phần quan trọng trong quá trình điều trị, với tỷ lệ khỏi bệnh cao nhất tương ứng 97,6%.

V. KẾT LUẬN

Đối tượng nghiên cứu thường gặp nhất ở nhóm tuổi 18 – 35 chiếm 88,2%, đa số sinh con lần 1 chiếm 63,7%. Áp xe vú là bệnh lý thường gặp ở độ tuổi sinh đẻ từ tuổi 18-35, liên quan chủ yếu tới việc cho con bú. Việc thực hành cho con bú ảnh hưởng có ý nghĩa tới kích thước áp xe vú và tỷ lệ khỏi bệnh sau điều trị tăng ở nhóm bệnh nhân thực hành cho con bú đúng cách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eryilmaz R, Sahin M, Hakan Tekelioglu M, Daldal E.** Management of lactational breast abscesses. *The Breast*. 2005;14(5):375-379. doi:10.1016/j.breast.2004.12.001
2. **Amir LH, Forster D, McLachlan H, Lumley J.** Incidence of breast abscess in lactating women: report from an Australian cohort. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2004;111(12):1378-1381. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00272.x
3. **Dener C, İnan A. Breast Abscesses in Lactating Women.** *World J Surg*. 2003;27(2):130-133. doi:10.1007/s00268-002-6563-6
4. **Nguyễn Thị Hồng Nhung.** Nghiên cứu áp xe vú tại khoa sản nhiêm khuẩn bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 02 đến tháng 08 năm 2012. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội. 2013.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ XÂM LẤN TỔN THƯƠNG UNG THƯ THỰC QUẢN SỚM BẰNG HÌNH ẢNH NỘI SOI DÀI TẦN HẸP CÓ PHÓNG ĐẠI

Trần Đức Cảnh¹, Nguyễn Việt Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá mức độ xâm lấn tổn thương ung thư thực quản sớm bằng hình ảnh nội soi dài tần hẹp có phóng đại (M-NBI). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 82 bệnh nhân có tổn thương ung thư thực quản sớm (UTTQS), được nội soi chẩn đoán và đánh giá độ sâu xâm lấn (DOI), bệnh nhân được thực hiện cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi tại bệnh viện K. Sau can thiệp bệnh nhân được đánh giá mối tương quan giữa độ sâu xâm lấn trên

giải phẫu mô bệnh học và độ sâu xâm lấn (DOI) qua nội soi trước can thiệp. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58.22 ± 6.58 , kích thước tổn thương trung bình là 29.30 ± 15.02 mm. Các típ đại thể hay gặp nhất là típ phẳng dẹt 0IIB (43.8%) và phẳng lõm 0IIc (39%). Trên hình ảnh nội soi dài tần hẹp có phóng đại hay gặp nhất là típ B1 chiếm 67,1%. Sau can thiệp các tổn thương UTBM vảy tại chỗ (Tis) chiếm chủ yếu 58.5 %, UTBM vảy xâm nhập lớp niêm mạc (pT1a) chiếm 26.8%. Tỷ lệ các trường hợp có diện cắt âm tính đạt: 93.9%. **Kết luận:** 82 bệnh nhân phát hiện các đặc điểm nội soi phù hợp với kết quả ung thư thực quản sớm và có mối tương quan giữa độ sâu xâm lấn sau can thiệp với độ sâu xâm lấn trước can thiệp đánh giá qua nội soi dài tần hẹp có phóng đại. **Từ khóa:** Ung thư thực quản sớm, nội soi giải tần hẹp có phóng đại (M-NBI), cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD),

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Cảnh

Email: drcanh.hmu@gmail.com.

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

SUMMARY**ASSESS THE LEVEL OF INVASION OF EARLY ESOPHAGEAL CANCER LESIONS USING MAGNIFYING ENDOSCOPY WITH NARROW BAND IMAGING**

Objective: Evaluating the correlation of invasion depth and DOI vascular characteristics in early esophageal cancer. **Materials and method:** This was a Cross-sectional descriptive study on 82 patients with lesions suspected of early esophageal cancer (UTTQS), who underwent diagnostic endoscopy and evaluated the depth of invasion (DOI). Endoscopic submucosal dissection at K hospital. After intervention, patients were evaluated for the correlation between the depth of invasion on histopathology and the depth of invasion through endoscopy before intervention. **Results:** The mean age of the patients was 58.22 ± 6.58 , the mean lesion size was 29.30 ± 15.02 mm. The most common macroscopic are flat type 0IIb (43.8%) and slightly superficially depressed type 0IIc (39%). Lesions of squamous cell carcinoma in situ accounted for mainly 58.5%, esophageal carcinoma invade mucosae was less common (26.8%). The percentage of cases with a negative cross section reaches 93.9%. **Conclusions:** 82 patients had endoscopic features consistent with the results of early esophageal cancer and There is a correlation between the depth of invasion after intervention and the depth of invasion before intervention assessed through narrow-band endoscopy with magnification.

Keywords: Early oesophagus cancer, magnifying endoscopy with narrow band imaging (M-NBI), endoscopic submucosal dissection (ESD).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) nằm trong 10 loại ung thư phổ biến nhất, là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 7 do ung thư ở nam giới trên toàn thế giới [1].UTTQ là bệnh khá thường gặp ở Việt Nam, đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư [2]. Việc tầm soát qua nội soi, cùng với sự phát triển của các kĩ thuật nội soi mới như nội soi dải tần hẹp có phóng đại (M-NBI) giúp tỷ lệ phát hiện các tổn thương thực quản bề mặt bao gồm cả ung thư thực quản sớm (UTTQS) ngày càng được cải thiện [3]. UTTQS là những tổn thương ung thư thực quản còn khu trú ở lớp niêm mạc (T1a) hoặc lớp hạ niêm mạc (T1b) của thực quản. Nội soi nhuộm màu ánh sáng xanh với dải tần hẹp phóng đại (M-NBI) sử dụng bộ lọc chuyên biệt, có chùm tia sáng với dải tần ánh sáng hẹp và độ dài sóng, tăng độ phóng đại giúp nội soi rõ hình ảnh niêm mạc và cấu trúc mạch máu, có thể phát hiện các tổn thương ung thư còn rất sớm. Tuy nhiên, hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá độ sâu xâm lấn của tổn thương sớm thực quản bằng nội soi dải tần hẹp có phóng đại. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên

cứu này nhằm mục tiêu: đánh giá mức độ xâm lấn tổn thương ung thư thực quản sớm bằng hình ảnh nội soi dải tần hẹp có phóng đại (M-NBI).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương UTTQS có giải phẫu mô bệnh học và qua nội soi dải tần hẹp phóng đại đánh giá mức độ xâm lấn, được điều trị cắt tách dưới niêm mạc (ESD) trên các tổn thương UTTQS từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Các trường hợp đã nội soi ống mềm dải tần hẹp có phóng đại chẩn đoán UTTQS
+ Không có di căn hạch vùng chụp cắt lớp vi tính.

+ Sinh thiết qua nội soi thực quản có kết quả loạn sản độ cao hoặc ung thư.

+ Mảnh cắt ESD nguyên khối, có tiêu bản lưu trữ, đảm bảo chất lượng chẩn đoán.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp không đầy đủ thông tin như trên hoặc tiêu bản, khối nền bị hỏng, mốc, không đảm bảo chất lượng.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: + Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn thể không xác suất.

+ Cỡ mẫu: 82 trường hợp được chẩn đoán sau điều trị ESD là UTTQS tại Bệnh viện K.

Quy trình nghiên cứu:

+ Hồi cứu kết hợp tiến cứu: hồi cứu bệnh án và tiến cứu các trường hợp được chẩn đoán loạn sản hoặc UTTQS trên mảnh cắt ESD thực quản từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022. Ghi nhận thông tin về tuổi, giới, vị trí u, phân loại đại thể trên nội soi, đánh giá độ sâu xâm lấn trên nội soi và giải phẫu bệnh.

+ Chẩn đoán xác định sau can thiệp được thực hiện tại trung tâm Giải phẫu bệnh - Sinh học phân tử, Bệnh viện K, phân loại mô bệnh học (MBH) theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 2019 [4] và Hiệp hội thực quản Nhật Bản [5].

Công cụ nghiên cứu và kĩ thuật thu thập số liệu:

+ Khi phát hiện điểm bất thường trong quá trình nội soi thực quản, bệnh nhân sẽ được đánh giá kĩ điểm nghi ngờ bằng nhuộm soi ánh sáng xanh phóng đại (M-NBI) để tìm ra sự khác biệt về cấu trúc mạch máu và cấu trúc bề mặt, từ đó định hướng chẩn đoán ung thư trên nội soi, đồng thời đánh giá mức độ xâm lấn và tiến hành sinh thiết.

+ Đặc điểm đại thể: típ 0I- típ lồi, típ 0IIa phẳng gồ, típ 0IIb phẳng dẹt, típ 0IIc phẳng lõm, típ 0III típ loét theo phân loại Paris

+ Chuyển đục cắt nhuộm HE thường qui bằng máy.

+ Phân típ MBH của tổn thương dựa theo phân loại WHO năm 2019 [4].

+ Độ mô học đánh giá đối với ung thư biểu mô (UTBM) vảy thực quản theo phân loại WHO 2019 [4].

+ Diện cắt xung quanh và diện cắt đáy được đánh dấu bằng mực màu đen, đánh giá tình trạng diện cắt trên vi thể.

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tuân theo các vấn đề đạo đức được thông qua bởi hội đồng y đức bệnh viện.

Xử lý số liệu: Các số liệu xử lý trên phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân.

Trong 82 bệnh nhân của nghiên cứu, có 81 bệnh nhân là nam giới (chiếm tỷ lệ 98.78%), có 1 trường hợp là nữ giới. Tuổi trung bình là 58.22 ± 6.58 tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 41 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 72 tuổi.

Bảng 3.1: Vị trí tổn thương thực quản qua nội soi

Vị trí	Tần số	Tỉ lệ (%)
1/3 trên	8	9.8%
1/3 giữa	63	76.8%
1/3 dưới	11	13.4%
Tổng số	82	100%

Đặc điểm đại thể. Về kích thước tổn thương trên đại thể, trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước các tổn thương trung bình là 29.30 ± 15.02 mm, trường hợp tổn thương nhỏ nhất là 5mm, lớn nhất là 65mm.

Bảng 3.2: Đặc điểm đại thể của tổn thương thực quản

Típ đại thể	Tần số	Tỉ lệ (%)
0IIa	6	7.3%
0IIb	44	53.7%
0IIc	32	39%
Tổng số	82	100%

Nhận xét: Phân loại đại thể theo Paris, trên nội soi hay gặp nhất là típ phẳng dẹt 0IIb chiếm 53.7%, tiếp theo là típ phẳng lõm 0IIc (chiếm 39%), ít gặp nhất là típ phẳng lồi 0IIa chiếm 7.3%.

3.2 Hình ảnh nội soi ánh sáng xanh với dải tần hẹp phóng đại (M-NBI)

Bảng 3.3: Phân loại trên nội soi theo JES

Phân loại JES	Tần số	Tỉ lệ (%)
A2	13	15.9%

B1	55	67.1%
B2	14	17.1%
Tổng số	82	100%

Nhận xét: Đánh giá trên NBI kết hợp phóng đại, phân loại theo JES hay gặp nhất là típ B1 chiếm 67,1%.

3.3 Đặc điểm MBH các tổn thương

Bảng 3.4: Đặc điểm típ MBH trên các bệnh phẩm sau can thiệp

Típ MBH	Tần số	Tỉ lệ(%)
Loạn sản biểu mô vảy độ cao (pTis)	48	58.5%
UTBM vảy xâm nhập lớp niêm mạc (pT1a)	22	26.8%
UTBM vảy xâm nhập lớp nông dưới niêm (pT1b-Sm1)	10	12.3%
UTBM vảy xâm nhập lớp sâu dưới niêm (pT1b-Sm2)	2	2.4%
Tổng số	82	100%

Nhận xét: UTBM vảy xâm nhập lớp sâu dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2 trường hợp (chiếm 2.4%), cao nhất là loạn sản biểu mô vảy độ cao (UTBM vảy tại chỗ) chiếm 58.5%.

3.4. Môi liên hệ giữa đặc điểm nội soi dải tần hẹp phóng đại và mô bệnh học

Bảng 3.5: Môi liên hệ giữa đặc điểm đại thể và mô bệnh học sau can thiệp

	Loạn sản độ cao	UTBM vảy xâm nhập	p
0IIa	2 (33.3%)	4 (66.7%)	p=0.001
0IIb	35 (75%)	11 (25%)	
0IIc	13 (40.6%)	19 (59.4%)	
Tổng	48(58.5%)	34 (41.5%)	

Bảng 3.6: Môi liên hệ giữa độ sâu xâm lấn trên nội soi và giải phẫu bệnh

	Tis	T1a	T1bSm1	T1bSm2	p
A2	12	1	0	0	p=0.001
B1 (T1a)	35	19	1	0	
B2 (T1a, T1bSm1)	1	2	9	2	
Tổng	48	22	10	2	

Nhận xét: Đánh giá típ B1 (T1a) trên nội soi thì chỉ có 1 trường hợp (chiếm 1.8%) tổn thương xâm lấn tới lớp nông dưới niêm mạc (T1bSm1), với JES típ B2 (T1a, T1bSm1 trên nội soi) thì có 2 trường hợp (14.3) xâm lấn tới lớp sâu dưới niêm mạc sau can thiệp. Có mối liên hệ chặt chẽ giữa đánh giá độ sâu xâm lấn trên nội soi dải tần hẹp phóng đại (M-NBI) và độ sâu xâm lấn trên giải phẫu bệnh sau can thiệp với p<0.05

+ JES típ B2 chỉ có 1 trường hợp là loạn sản và típ A2 chỉ có 1 trường hợp là UTBM vảy xâm nhập (7.7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng bệnh nhân. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hyung Chul Park và cộng sự năm 2016, các tác giả nghiên cứu trên 225 trường hợp ESD thực quản với tuổi trung bình của bệnh nhân là: 65 tuổi, nam giới chiếm chủ yếu (tỷ lệ nam:nữ là 21.5:1) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp là nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của Hyun Deok Lee và cộng sự năm 2020 trên 70 bệnh nhân ESD thực quản, tuổi trung bình của các bệnh nhân là 66.6 ± 7.8 , và nam giới chiếm 93.7% [7].

Về đặc điểm đại thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước các tổn thương trung bình là 29.30 ± 15.02 mm (tổn thương nhỏ nhất là 5 mm, lớn nhất là 65mm). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Hyung Chul Park và cộng sự với kích thước tổn thương trung bình trên bệnh phẩm ESD thực quản là 18.8mm (dao động từ 2mm đến 75mm) [6], theo nghiên cứu của Hyun Deok Lee và cộng sự là kích thước trung bình 17mm [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình thái đại thể hay gặp nhất là típ phẳng dẹt 0IIb chiếm 53,7% tiếp đó là típ phẳng lõm 0IIc (chiếm 39%). Nghiên cứu của Mitsuhiro Fujishiro và cộng sự cho thấy hai típ đại thể hay gặp nhất là 0IIc và 0IIb (chiếm 60.3% và 34.5%) [8]. Trong nghiên cứu của Alessandro Repici và cộng sự trên 20 trường hợp UTTQS điều trị bằng phương pháp ESD cho thấy típ đại thể 0IIa chiếm 45% và 0IIb chiếm 30% là hai típ gặp nhiều nhất [9].

Về đặc điểm trên hình ảnh nội soi ánh sáng xanh với dải tần hẹp phóng đại. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 55 bệnh nhân (chiếm 67,1%) có hình ảnh tổn thương típ B1 theo phân loại của JES. 100% số bệnh nhân thuộc típ này có kết quả giải phẫu bệnh sau can thiệp là UTBM vảy tại chỗ hoặc UTBM vảy xâm nhập. Đây cũng là hình ảnh hay gặp nhất của các tổn thương UTTQS. JES típ B2 chỉ có 1 trường hợp là loạn sản độ cao và chủ yếu là UTBM vảy xâm nhập và típ A2 chỉ có 1 trường hợp là UTBM vảy xâm nhập còn lại chủ yếu là loạn sản độ cao (UTBM vảy tại chỗ) sau can thiệp.

Khi phát hiện điểm bất thường trong quá trình nội soi thực quản, bệnh nhân sẽ được đánh giá kĩ điểm nghi ngờ bằng nhuộm soi ánh sáng xanh phóng đại (M-NBI) để tìm ra sự khác biệt về cấu trúc mạch máu và cấu trúc bề mặt, từ đó định hướng chẩn đoán, đồng thời đánh giá mức độ xâm lấn để định hướng chỉ định điều trị hoặc

các thăm dò cụ thể tiếp theo.

Inoue và cộng sự đã thống kê những dạng biến đổi cấu trúc bất thường của mạch máu như mạch máu trương phình, trở nên khúc khuỷu, cấu trúc vòng nhú nội biểu mô thay đổi và có nhiều kích cỡ khác nhau[10]. Dựa vào hình dạng bất thường của mạch máu cũng có thể định hướng được độ sâu xâm lấn của tổn thương từ đó tiên lượng và đưa ra các thăm dò tiếp theo.

Nếu các cấu trúc mao mạch xoắn tổn thương thường còn ở lớp nông của biểu mô (M1) hoặc lớp đệm biểu mô (M2). Khi các mao mạch thẳng, cấu trúc mỏng như nhánh cây thì tổn thương thường đã xâm lấn tới lớp cơ niêm (M3) hoặc lớp nông của phần dưới niêm mạc (SM1). Khi các mao mạch trở nên thẳng và dày, tổn thương thường đã xâm lấn tới phần sâu của lớp dưới niêm mạc (SM2)

Hiện nay có hai phân loại về đánh giá về biến đổi cấu trúc mao mạch và tiên lượng độ sâu xâm lấn trên hình ảnh nội soi ánh sáng xanh phóng đại đó là phân loại của tác giả Inoue và phân loại của hiệp hội thực quản Nhật Bản (JES). Tuy nhiên phân loại của JES là phổ biến và hay được áp dụng trong thực tế thực hành lâm sàng, phân loại này dựa vào sự biến đổi của cấu trúc mạch máu và cấu trúc bề mặt để tiên lượng độ sâu xâm lấn của tổn thương[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng áp dụng phân loại này.

Liên quan giữa mô bệnh học sau can thiệp và hình ảnh nội soi. Kết quả mô bệnh học sau can thiệp của chúng tôi cho thấy loạn sản biểu mô vảy độ cao hay UTBM vảy tại chỗ chiếm tỷ lệ cao nhất với 48 trường hợp (chiếm 58.5%) tiếp theo là UTBM vảy xâm nhập lớp niêm mạc (pT1a) chiếm 26.8%. Tổng cộng lại tỷ lệ UTBM vảy xâm nhập bao gồm cả lớp niêm mạc và dưới niêm mạc là 41.5%. Kết quả này cũng tương tự như của Hyung Chul Park và cộng sự, với tổn thương UTBM vảy là chủ yếu (73.2%) [6]. Kết quả của Mitsuhiro Fujishiro và cộng sự cho thấy tỷ lệ UTBM tại chỗ và xâm nhập chiếm tỷ lệ chủ yếu (69% các trường hợp) [8].

Về hình ảnh đại thể trên nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy típ phẳng lõm 0IIc và típ phẳng lõm 0IIa theo phân loại Paris có tỉ lệ gặp UTBM vảy xâm nhập (59.4% và 66.7%) cao hơn loạn sản độ cao (40.6% và 33.3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0.001$.

Về mối liên hệ giữa đánh giá độ sâu xâm lấn trước và sau can thiệp. Đánh giá típ B1 (T1a) trên nội soi thì chỉ có 1 trường hợp (chiếm 1.8%) tổn thương xâm lấn tới lớp nông dưới niêm mạc (T1bSm1), với JES típ B2 (T1a, T1bSm1 trên nội

soi) thì có 2 trường hợp (14.3%) xâm lấn tới lớp sâu dưới niêm mạc sau can thiệp. JES típ B2 chỉ có 1 trường hợp là loạn sản và típ A2 chỉ có 1 trường hợp là UTBM vảy xâm nhập (7.7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có mối liên hệ chặt chẽ giữa đánh giá độ sâu xâm lấn trên nội soi dài tần hẹp phóng đại (M-NBI) và độ sâu xâm lấn trên giải phẫu bệnh sau can thiệp với $p < 0.05$

V. KẾT LUẬN

- Kích thước tổn thương trung bình là 29.30 ± 15.02 mm. Các típ đại thể hay gặp nhất là típ phẳng dẹt OIIb (53.7%) và phẳng lõm OIIc (39%). Phân loại JES hay gặp nhất là típ B1 (67,1%). Có 97.6% là tổn thương UTBM vảy tại chỗ, xâm lấn niêm mạc hoặc lớp nông dưới niêm.

- Có mối liên quan mật thiết giữa độ sâu xâm lấn trên giải phẫu mô bệnh học sau can thiệp và độ sâu xâm lấn với đánh giá trên nội soi ánh sáng xanh dài tần hẹp phóng đại.

KHUYẾN NGHỊ

Nội soi ánh sáng xanh dài tần hẹp phóng đại giúp phát hiện các tổn thương thực quản sớm, đồng thời đánh giá tốt độ sâu xâm lấn của tổn thương nhằm chỉ định cắt tách dưới niêm mạc. Chúng tôi đề xuất kĩ thuật nội soi đánh giá này cùng kĩ thuật ESD nên được áp dụng nhiều hơn nữa ở nước ta trong điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư thực quản sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014;64:9-29.
2. Nguyễn Chân Hùng, Phó Đức Mẫn, Cung Thị Tuyết Anh, et al (1993). Dịch tễ học ung thư hiện nay tại thành phố Hồ Chí Minh và các tỉnh phía Nam Việt Nam. *Y học thực hành*, 11, 31 - 37.
3. Kumagai Y, Monma K, Kawada K. Magnifying chromoendoscopy of the esophagus: in-vivo pathological diagnosis using an endocytoscopy system. *Endoscopy* 2004;36:590- 594.
4. WHO Classification of Tumors. Digestive System Tumours (2019), 5th Edition.
5. Japan Esophageal Society (2017). Japanese Classification of Esophageal Cancer, 11th Edition: part I.
6. Hyung Chul Park , Do Hoon Kim , Eun Jeong Gong et al. Ten-year experience of esophageal endoscopic submucosal dissection of superficial esophageal neoplasms in a single center. *Korean J Intern Med* 2016;31:1064-1072.
7. Hyun Deok Lee, Hyunsoo Chung , Yoonjin Kwak et al. Endoscopic Submucosal Dissection Versus Surgery for Superficial Esophageal Squamous Cell Carcinoma: A Propensity Score-Matched Survival Analysis. *Clin Transl Gastroenterol* 2020 Jul;11(7).
8. Mitsuhiro Fujishiro, Naohisa Yahagi, Naomi Kakushima et al. Endoscopic submucosal dissection of esophageal squamous cell neoplasms. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006 Jun;4(6):688-94.
9. Alessandro Repici, Cesare Hassan, Alessandra Carlino et al. Endoscopic submucosal dissection in patients with early esophageal squamous cell carcinoma: results from a prospective Western series. *Gastrointest Endosc* 2010 Apr;71(4):715-21.
10. Inoue H, Endo M. Endoscopic esophageal mucosal resection using a transparent tube. *Surg Endosc*. 1990;4:198-201

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG NGỪA CHUẨN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Đoàn Thị Mên¹, Lê Thị Bình²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên toàn bộ 169 ĐDV tại 15 khoa lâm sàng tại Bệnh viện Y học cổ truyền trung ương từ Từ tháng 03 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023. Mục tiêu: (1) Mô tả kiến thức thực hành về phòng ngừa chuẩn điều dưỡng viên tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương. (2) Phân tích một yếu tố liên quan đến kiến thức thực hành về phòng ngừa chuẩn của điều dưỡng. Kết quả cho thấy, điều

dưỡng < 40 chiếm 61,5%; nữ giới chiếm 72,2%; trình độ chuyên môn là cao đẳng/đại học (95,3%); thâm niên công tác từ 10 trở lên (74,6%); được tập huấn phòng ngừa chuẩn là 97,6%; Điều dưỡng khối nội (46,2%), ngoại (10,1%); có chứng chỉ hành nghề là 95,9%; có tài liệu phòng ngừa chuẩn tại khoa là 95,9%. Điều dưỡng có kiến thức đạt về vệ sinh tay là 94,7%; không đạt là 5,3%. Có kiến thức đạt về phòng hộ cá nhân là 92,9%; không đạt là 7,1%. Có kiến thức đạt về tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn là 88,8%; không đạt là 11,2%. Có kiến thức đạt về vệ sinh khi ho và hô hấp là 91,7%; không đạt là 8,3%. Có kiến thức đạt về sắp xếp người bệnh thích hợp là 90,5%; không đạt là 9,5%. Có kiến thức đạt về xử lý dụng cụ y tế là 88,2%; không đạt là 11,8%. Có kiến thức đạt về xử lý đồ vải là 85,8%; không đạt là 14,2%. Có kiến thức đạt về vệ sinh môi trường là 78,1%; không đạt là 21,9%. Có kiến thức đạt về quản

¹Bệnh viện YHCT trung ương

²Trường ĐH Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Mên

Email: menyhcttw@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023