

nguy cơ té ngã, vì thế nên được xem xét sử dụng như một chỉ số bổ sung trong đánh giá tình trạng bệnh ở bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roig M, Eng JJ, Road JD, Reid WD. Falls in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A call for further research. *Respir Med.* 2009;103(9): 1257-1269. doi: 10.1016/J.RMED.2009.03.022
2. Mesquita R, Wilke S, Smid DE, et al. Measurement properties of the Timed Up & Go test in patients with COPD. *Chron Respir Dis.* 2016;13(4): 344-352. doi:10.1177/1479972316647178
3. Center for Disease Control and Prevention. STEADI - Older Adult Fall Prevention | CDC. Accessed August 7, 2023. <https://www.cdc.gov/STEADI/>
4. Al Haddad MA, John M, Hussain S, Bolton CE. Role of the timed up and go test in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2016;36(1):49-55. doi: 10.1097/HCR.0000000000000143
5. Agustí, Alvar, Bartolome R. Celli, et al. Global initiative for chronic obstructive lung disease 2023 report: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2023;207(7): 819-837. doi: 10.1016/ S2213-2600(22)00494-5
6. Cwikel JG, Fried AV, Biderman A, Galinsky D. Validation of a fall-risk screening test, the Elderly Fall Screening Test (EFST), for community-dwelling elderly. *Disabil Rehabil.* 1998;20(5):161-167. doi:10.3109/09638289809166077
7. McLay R, Kirkwood RN, Kuspinar A, et al. Validity of balance and mobility screening tests for assessing fall risk in COPD. *Chron Respir Dis.* 2020;17. doi:10.1177/1479973120922538
8. Reynaud V, Muti D, Pereira B, et al. A TUG Value Longer Than 11 s Predicts Fall Risk at 6-Month in Individuals with COPD. *Journal of Clinical Medicine* 2019, Vol 8, Page 1752. 2019;8(10): 1752. doi:10.3390/JCM8101752
9. Beauchamp MK, Hill K, Goldstein RS, Janaudis-Ferreira T, Brooks D. Impairments in balance discriminate fallers from non-fallers in COPD. *Respir Med.* 2009;103(12): 1885-1891. doi: 10.1016/J.RMED.2009.06.008

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NỘI SOI ÁNH SÁNG BLI KẾT HỢP PHÓNG ĐẠI TRONG CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG LOẠN SẢN DẠ DÀY

Hà Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Công Long<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Vân Hồng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm hình ảnh nội soi ánh sáng thường, nội soi ánh sáng BLI kết hợp phóng đại trong tổn thương loạn sản dạ dày và đối chiếu hình ảnh nội soi BLI phóng đại với kết quả mô bệnh học. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân có tổn thương loạn sản dạ dày tại Trung tâm tiêu hoá – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2022 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60,2 ± 10,8, tỉ lệ nam/nữ là 1,86/1. Phần lớn tổn thương ở hang vị (72,5%), chủ yếu type 0-IIac (55%), kích thước trung bình là 23,7±11,3mm trong đó phần lớn >10mm (90%), 82,5% tổn thương có bất thường hoặc mất cấu trúc vi bề mặt/vi mạch máu. Với loạn sản độ thấp: type 0-IIa chiếm chủ yếu (55,6%), 100% có ranh giới, tỉ lệ bình thường về cấu trúc vi bề mặt và cấu trúc vi mạch máu chiếm đa số (61,1% và 77,8%); với loạn sản độ cao: chủ yếu là type 0-IIac (60%), 100% có ranh giới, tỉ lệ bất thường về cấu trúc vi bề mặt và cấu trúc vi mạch máu chiếm đa số (66,7% và 73,3%). Tỉ lệ phù hợp

giữa kết quả mô bệnh học trước và sau can thiệp là 70%. **Kết luận:** Nội soi BLI phóng đại giúp tăng tỉ lệ sinh thiết chính xác tổn thương nghi ngờ loạn sản dạ dày. **Từ khóa:** nội soi BLI, nội soi phóng đại, loạn sản dạ dày, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi.

### SUMMARY

#### BLI COMBINED WITH MAGNIFYING ENDOSCOPY FOR DIAGNOSIS OF GASTRIC DYSPLASIA LESIONS

**Objectives:** To assess the image characteristics of white light endoscopy, BLI magnification endoscopy in gastric dysplastic lesions and Compare BLI magnification endoscopic images with pathological diagnosis. **Subjects and methods:** Randomized prospective, cross-sectional descriptive study on 40 patients with gastric dysplastic lesions at the Gastroenterology and Hepatology Center - Bach Mai Hospital from June 2022 to July 2023. **Results:** The average age was 60.2 ± 10.8 years old, the male/female ratio was 1.86/1. Most lesions were in antrum (72.5%), mainly type 0-IIac (55%), average size was 23.7±11.3mm, of which the majority were >10mm (90%), 82.5% of lesions were irregular or absent of microvascular/microtubule structure. With low-grade dysplasia: mainly type 0-IIa (55.6%), 100% had dividing line, the regular rate of microtubule and microvascular structure accounted for the majority (61.1% and 77.8%); with high-grade dysplasia: mainly type 0-IIac (60%), 100% had dividing line, the rate of irregular in microtubule and microvascular

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023

structure accounted for the majority (66.7% and 73.3%). The concordance rate between pathological diagnosis before and after intervention was 70%. **Conclusions:** BLI magnification endoscopy helps increase the rate of accurate biopsy of lesions suspected of gastric dysplasia. **Keywords:** BLI endoscopy, magnifying endoscopy, gastric dysplasia, endoscopic submucosal dissection.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh lý ác tính khá phổ biến, đứng hàng thứ năm và là loại ung thư gây tử vong đứng hàng thứ ba trên thế giới<sup>1</sup>. Tỷ lệ mới mắc UTDD cao ở khu vực Đông Á và thấp hơn ở Châu Âu, Bắc Mỹ và Châu Phi. Việt Nam là nước có tỷ lệ UTDD cao nhất trong các nước Đông Nam Á với tỷ lệ mới mắc là 15,9/100.000 dân<sup>2</sup>. Tuy nhiên đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn dẫn đến tỷ lệ tử vong còn cao và tỷ lệ sống trên 5 năm còn thấp. Do vậy, việc chẩn đoán và điều trị sớm các tổn thương tiền ung thư (loạn sản độ thấp, loạn sản độ cao) và ung thư giai đoạn sớm giúp làm tăng hiệu quả điều trị.

Hiện nay, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán các tổn thương tại dạ dày vẫn là kết quả giải phẫu bệnh dựa trên mảnh sinh thiết qua nội soi. Nội soi với ánh sáng trắng thông thường được áp dụng phổ biến nhất tuy nhiên độ chính xác của phương pháp này trong chẩn đoán chưa cao. Sự phát triển của phương thức nội soi nâng cao hình ảnh dựa trên thiết bị (IEE) đã giúp nâng cao tỷ lệ chẩn đoán các tổn thương đường tiêu hóa. Năm 2013, nội soi ánh sáng laser xanh (BLI) ra đời, đây là hệ thống nội soi đầu tiên sử dụng laser là nguồn sáng. Bên cạnh đó, việc sử dụng nội soi phóng đại kết hợp với công nghệ tăng cường hình ảnh giúp đánh giá chính xác cấu trúc bề mặt, mạch máu nhằm dự đoán mô bệnh học và sự xâm lấn tổn thương giúp bác sĩ nội soi có thể sinh thiết chính xác vùng tổn thương cũng như lên kế hoạch điều trị tiếp theo cho bệnh nhân<sup>3</sup>.

Hiện nay, Việt Nam chưa có nhiều dữ liệu về hiệu quả của các kỹ thuật này trong chẩn đoán các tổn thương loạn sản dạ dày. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu: (1) Nhận xét đặc điểm hình ảnh nội soi ánh sáng thường, nội soi ánh sáng BLI kết hợp phóng đại trong tổn thương loạn sản dạ dày; (2) Đối chiếu hình ảnh nội soi BLI phóng đại với kết quả mô bệnh học.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn người bệnh:

Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán là loạn

sản dạ dày trên nội soi và mô bệnh học.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tiền sử phẫu thuật tiêu hóa trên.
- Tiền sử UTDD đã được điều trị bằng nội soi can thiệp hoặc phẫu thuật.
- Đang sử dụng thuốc kháng đông hoặc kháng kết tập tiểu cầu.
- Có tiền sử rối loạn đông máu, chảy máu khó cầm.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

#### 2.2.2. Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân nội soi ánh sáng trắng có tổn thương nghi ngờ là loạn sản dạ dày được tiến hành nội soi BLI phóng đại đánh giá đặc điểm tổn thương (vị trí, kích thước, hình thái, đường ranh giới, cấu trúc vi bề mặt, cấu trúc vi mạch máu, tổn thương tiền ung thư khác ở niêm mạc xung quanh) sau đó được sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh.

- Khi chẩn đoán xác định là loạn sản dạ dày, bệnh nhân được làm các xét nghiệm cần thiết. Các tổn thương có chỉ định phù hợp được tiến hành điều trị bằng ESD. Mảnh cắt ESD được tiến hành làm giải phẫu bệnh.

#### 2.2.3. Biên số và các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Phân loại hình thái tổn thương theo phân loại Paris<sup>4</sup>: 0-Is, 0-Ip, 0-IIa, 0-IIb, 0-IIc, III, 0-II a+c, 0-II c+a, IIc+III.

- Phân loại hình ảnh nội soi BLI phóng đại theo phân loại VS<sup>5</sup>.

Phân loại VS được áp dụng trong phân loại hình ảnh nội soi phóng đại, dựa trên 3 tiêu chí: ranh giới tổn thương, vi cấu trúc bề mặt, vi mạch máu.

- Ranh giới tổn thương với niêm mạc xung quanh: rõ, không rõ.

- Vi cấu trúc bề mặt:

• Dạng bình thường: các tuyến niêm mạc sắp xếp đều đặn.

• Dạng bất thường: các tuyến niêm mạc sắp xếp lộn xộn, đa hình thái.

• Dạng mất vi cấu trúc bề mặt: mất cấu trúc các tuyến niêm mạc.

✓ Vi mạch máu:

• Dạng bình thường: mạch máu giữa các tuyến mảnh, nhỏ, đan đều nhau thành hình như tổ ong.

- Dạng bất thường: mạch máu tăng sinh, giãn rộng, vượt ra ngoài tuyến, chạy ngoằn ngoèo.

- Dạng mất vi mạch máu: mạch máu xuất hiện thưa hoặc mất hoàn toàn trên vùng tổn thương.

- Tiêu chuẩn mô bệnh học loạn sản theo phân loại Vienna<sup>6</sup>

**2.3. Phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Biểu diễn các tỷ lệ bằng phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính mô tả bằng tần suất, phần trăm, kiểm định sự khác biệt bằng Chi – square test, nếu tần số mong đợi của các biến nhỏ hơn 5 thì được hiệu chỉnh bằng Fisher's exact test, giá trị p<0,05 là có ý nghĩa thống kê.

**2.4. Đạo đức trong nghiên cứu**

- Nghiên cứu tuân thủ các yêu cầu về đạo đức nghiên cứu trong nghiên cứu Y sinh học và được tiến hành theo quy trình chẩn đoán hiện tại của bệnh viện Bạch Mai.

- Dữ liệu của BN chỉ được thu thập khi có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của bệnh nhân và họ không phải trả thêm bất kỳ loại phí nào

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu được thực hiện trên 40 bệnh nhân, thu được kết quả như sau:

**3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm hình ảnh nội soi BLI phóng đại của tổn thương loạn sản dạ dày**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=40)**

Chi tiêu	X ± SD hoặc n (%)	
Tuổi trung bình	60,2 ± 10,8	
Tỉ lệ giới nam/nữ	1,86	
Vị trí tổn thương	Hang vị	29 (72,5)
	Thân vị bờ cong lớn	3 (7,5)
	Thân vị bờ cong nhỏ	8 (20)
Kích thước tổn thương	Trung bình (mm)	23,7±11,3
	≤10 mm	4 (10)
	>10-20 mm	20 (50)
	>20 mm	16 (40)
Hình thái đại thể	Type 0-I	2 (5)
	Type 0-IIa	12 (30)
	Type 0-IIb	1 (2,5)
	Type 0-IIc	3 (7,5)
	Type 0-II ac	22 (55)
Niêm mạc nền	Viêm teo	33 (82,5)
	Dị sản	26 (65)
Xét nghiệm HP dương tính	17 (42,5)	

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 60,2 ± 10,8 tuổi (nhỏ nhất là 28, lớn nhất là 88). Nam giới chiếm đa số (tỉ lệ nam/nữ là 1,86:1). Phần lớn tổn thương ở hang vị (72,5%), củ yếu type 0-IIac (55%), kích thước trung bình là 23,7±11,3mm. Tổn thương loạn sản dạ dày thường xảy ra trên nền niêm mạc viêm teo, dị sản (82,5% và 65%).

Tỉ lệ nhiễm H. pylori là 42,5%.

**Bảng 3.2. Đặc điểm nội soi BLI phóng đại theo phân loại VS (n=40)**

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Ranh giới		40	100
Cấu trúc vi bề mặt	Bình thường	7	17,5
	Bất thường	27	67,5
	Mất cấu trúc	6	15
Cấu trúc vi mạch máu	Bình thường	23	57,5
	Bất thường	15	37,5
	Mất cấu trúc	2	5
Bất thường hoặc mất cấu trúc vi bề mặt/ vi mạch máu		33	82,5

Tất cả các tổn thương đều có ranh giới rõ. Đa số tổn thương có bất thường về cấu trúc vi bề mặt với 27/40 bệnh nhân (67,5%). Về cấu trúc vi mạch máu, tỉ lệ tổn thương có cấu trúc vi mạch bình thường và bất thường là chủ yếu, tương ứng với 23/40 bệnh nhân (57,5%) và 15/40 bệnh nhân (37,5%). Tổn thương có bất thường hoặc mất cấu trúc vi bề mặt/vi mạch máu là 33/40 bệnh nhân (82,5%).

**3.2. Đối chiếu kết quả nội soi và kết quả mô bệnh học**

**Bảng 3.3. Đối chiếu hình thái tổn thương theo phân loại Paris với kết quả mô bệnh học sau ESD (n=40)**

Phân loại Paris	LSDD độ thấp	LSDD độ cao	Ung thư	Tổng	p=0,006*
Type 0-I	1 50%	0 0%	1 50%	2 100%	
Type 0-IIa	10 62,5%	2 25%	0 12,5%	12 100%	
Type 0-IIb	0 0%	1 100%	0 0%	1 100%	
Type 0-IIc	0 0%	3 100%	0 0%	3 100%	
Type 0-IIa+c	7 31,8%	9 40,9%	6 27,3%	22 100%	
<b>Tổng</b>	<b>18 45%</b>	<b>15 37,5%</b>	<b>7 17,5%</b>	<b>40 100%</b>	

\* Fisher exact test

Với tổn thương loạn sản độ thấp, type 0-IIa là hình thái tổn thương chủ yếu với 10/18 bệnh nhân chiếm 55,6%. Với tổn thương loạn sản độ cao thì hình thái tổn thương type hỗn hợp 0-IIa+c chiếm đa số với 9/15 bệnh nhân, tương ứng 60%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân loại Paris với kết quả mô bệnh học của tổn thương loạn sản, với p = 0,006 < 0,01.

**Bảng 3.4. Đối chiếu đặc điểm nội soi BLI phóng đại với kết quả mô bệnh học sau ESD.**

Tổn thương	Ranh giới N (%)		Cấu trúc vi bề mặt N (%)			Cấu trúc vi mạch máu N (%)			Tổng N (%)
	Rõ	Không rõ	Bình thường	Bất thường	Mất cấu trúc	Bình thường	Bất thường	Mất vi mạch	
Loạn sản độ thấp	18 100%	0 0%	11 61,1%	6 33,3%	1 5,6%	14 77,8%	4 22,2%	0 0%	18 100%
Loạn sản độ cao	15 100%	0 0%	1 6,7%	10 66,7%	4 26,6%	3 20%	11 73,3%	1 6,7%	15 100%
Ung thư	7(100%)	0(0%)	0(0%)	1(14,3%)	6(85,7%)	0(0%)	2(28,6%)	5(71,4%)	7(100%)
<b>Tổng</b>	<b>40(100%)</b>	<b>0(0%)</b>	<b>9(22,5%)</b>	<b>24(60%)</b>	<b>7(17,5%)</b>	<b>22(55%)</b>	<b>17(42,5%)</b>	<b>1(2,5%)</b>	<b>40(100%)</b>

Tổn thương loạn sản dạ dày độ thấp có tỉ lệ bình thường về cấu trúc vi bề mặt cao nhất với 11/18 trường hợp chiếm 61,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,016$ ; tỉ lệ cấu trúc vi mạch máu bình thường với 14/18 trường hợp chiếm 77,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,018$  (Chi-square test).

Tổn thương loạn sản dạ dày độ cao có tỉ lệ bất thường về cấu trúc vi bề mặt chiếm đa số 66,7% (10/15 trường hợp), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,015$ ; tỉ lệ cấu trúc vi mạch máu bất thường chiếm đa số với 73,3% (11/15 trường hợp), tỉ lệ mất cấu trúc vi mạch máu chiếm 6,7% (1/15 trường hợp), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,004$  (Chi-square test).

**Bảng 3.5. Đối chiếu kết quả MBH của mảnh sinh thiết dưới hướng dẫn của nội soi BLI phóng đại với kết quả MBH sau ESD**

MBH sau ESD	MBH trước ESD		Tổng
	LSDD độ thấp	LSDD độ cao	
Giảm nhẹ	0	0	0
Giữ nguyên	18	10	28
Tăng nặng	6	6	12
<b>Tổng</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>40</b>

Với loạn sản dạ dày độ thấp dưới hướng dẫn của nội soi BLI phóng đại: tỉ lệ giữ nguyên chẩn đoán là 18/24 trường hợp, chiếm 75%; tỉ lệ tăng nặng chẩn đoán là 6/24 trường hợp, chiếm 25%; không có trường hợp nào giảm nhẹ chẩn đoán.

Với loạn sản dạ dày độ cao dưới hướng dẫn của nội soi BLI phóng đại: tỉ lệ giữ nguyên chẩn đoán là 10/16 trường hợp, chiếm 62,5%; tỉ lệ tăng nặng chẩn đoán là 6/16 trường hợp, chiếm 37,5%; không có trường hợp nào giảm nhẹ chẩn đoán.

Tỉ lệ phù hợp kết quả MBH trước và sau can thiệp là 28/40 trường hợp, chiếm 70%.

#### IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ nhiễm HP trong nghiên cứu của chúng tôi là 42,5%. Tỉ lệ này thấp hơn tỉ lệ nhiễm H. pylori tại Việt Nam, điều này có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã được điều trị diệt H. pylori trước đó.

Vị trí tổn thương được tìm thấy nhiều nhất là

ở hang vị với tỉ lệ là 72,5%, ở bờ cong nhỏ là 20%, không có trường hợp nào thấy ở tâm phình vị. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Thái Văn Dũng và cs (2022) phát hiện tổn thương ở hang vị có tỉ lệ cao nhất là 80%<sup>7</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các tổn thương loạn sản có kích thước >10mm với 36/40 trường hợp chiếm 90% và kích thước trung bình của tổn thương là  $23,7 \pm 11,3$  mm. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Thái Văn Dũng (2022) cho thấy tổn thương có kích thước >10mm chiếm đa số là 88,6%, kích thước trung bình là  $19,6 \pm 7,5$  mm<sup>7</sup>.

Theo phân loại Paris, tỉ lệ type hỗn hợp 0-IIac trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ cao nhất là 55%; tiếp đó là type 0-IIa có tỉ lệ là 30%. Kết quả này tương đồng với tác giả Thái Văn Dũng (2022), tỉ lệ tổn thương type 0-IIac và type 0-IIa tương ứng là 51,4% và 28,6%<sup>7</sup>.

Tỉ lệ phát hiện các tổn thương tiền ung thư như viêm teo, dị sản tương ứng là 82,5% và 65%. Theo nghiên cứu của Thái Văn Dũng và cs (2022) tỉ lệ này tương ứng là 88,6% và 77,1%<sup>7</sup>. Như vậy, trong quá trình nội soi cần kiểm tra tỉ mỉ và cẩn thận khi niêm mạc có các tổn thương viêm teo hoặc dị sản để tránh bỏ sót tổn thương loạn sản dạ dày, UTDD sớm.

Sau khi thực hiện nội soi thường để phát hiện tổn thương, chúng tôi chuyển sang chế độ nội soi BLI kết hợp với nội soi phóng đại để đánh giá (1) đường ranh giới của tổn thương, (2) vi cấu trúc mạch máu, (3) vi cấu trúc bề mặt theo phân loại VS. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: 100% tổn thương có ranh giới rõ ràng với niêm mạc xung quanh, phần lớn tổn thương có vi cấu trúc bề mặt bất thường chiếm 67,5%, vi cấu trúc mạch máu bình thường và bất thường chiếm tỉ lệ tương ứng là 57,5% và 37,5%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Thái Văn Dũng và cs (2022) tiến hành nội soi NBI phóng đại trên 35 bệnh nhân trong đó 33 bệnh nhân có tổn thương loạn sản và 2 bệnh nhân UTDD sớm: 100% tổn thương có ranh giới rõ ràng với niêm mạc xung quanh; bất thường về cấu trúc vi bề

mặt chiếm đa số là 68,6%; cấu trúc vi mạch máu đa số là bình thường chiếm tỉ lệ 60%<sup>7</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỉ lệ tổn thương có biến đổi về cấu trúc vi bề mặt hoặc cấu trúc vi mạch máu chiếm 82,5%. Như vậy, nội soi BLI kết hợp phóng đại cho phép chẩn đoán khá chính xác các tổn thương loạn sản dạ dày. Tổn thương loạn sản dạ dày độ thấp 100% có ranh giới, cấu trúc vi bề mặt bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất với 11/18 trường hợp (61,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,016$ ; tỉ lệ cấu trúc vi mạch máu bình thường với 14/18 trường hợp chiếm 77,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,018$ . Tổn thương loạn sản dạ dày độ cao 100% có ranh giới, tỉ lệ bất thường về cấu trúc vi bề mặt chiếm đa số 66,7% (10/15 trường hợp), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,015$ ; tỉ lệ cấu trúc vi mạch máu bất thường chiếm đa số với 73,3% (11/15 trường hợp), tỉ lệ mất cấu trúc vi mạch máu chiếm 6,7% (1/15 trường hợp), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,004$ . Theo Yang Zhengming và Shen Lei (2019) tiến hành nghiên cứu trên 235 bệnh nhân có tổn thương tiền ung thư và ung thư dạ dày sớm tại bệnh viện Renmin thuộc Đại học Vũ Hán, Trung Quốc cho thấy: với tổn thương loạn sản dạ dày độ thấp, tỉ lệ bình thường về cấu trúc vi bề mặt và bình thường về cấu trúc vi mạch máu chiếm đa số lần lượt là 62,5% và 75%; với tổn thương loạn sản dạ dày độ cao, tỉ lệ bất thường/mất cấu trúc vi bề mặt chiếm 96%, tỉ lệ bất thường/mất cấu trúc vi mạch máu là 100% và 100% tổn thương có ranh giới<sup>3</sup>. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng so với nội soi phóng đại ánh sáng trắng đơn thuần, nội soi BLI phóng đại có thể cải thiện đáng kể sự thống nhất giữa chẩn đoán nội soi và chẩn đoán mô bệnh học của tổn thương tiền ung thư và ung thư dạ dày giai đoạn sớm với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 92% và 98,4%. Nội soi phóng đại kết hợp với các kỹ thuật tăng cường hình ảnh có thể chẩn đoán tổn thương tiền ung thư và ung thư dạ dày sớm với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Tuy nhiên, điều này còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ nội soi và số ca thực hành nội soi phóng đại.

Đối chiếu kết quả mô bệnh học của mảnh sinh thiết dưới hướng dẫn của nội soi BLI phóng đại với kết quả mô bệnh học sau ESD, chúng tôi thu được kết quả: tỉ lệ phù hợp kết quả MBH trước và sau can thiệp là 28/40 trường hợp, chiếm 70%. Với loạn sản dạ dày độ thấp dưới hướng dẫn của nội soi BLI phóng đại: tỉ lệ giữ nguyên chẩn đoán là 18/24 trường hợp, chiếm 75%; tỉ lệ tăng nặng chẩn đoán là 6/24 trường

hợp, chiếm 25%. Nghiên cứu của Thái Văn Dũng và cs (2022) cho thấy tỉ lệ phù hợp kết quả mô bệnh học trước và sau can thiệp là 74,3%<sup>7</sup>.

Sinh thiết chính xác vùng tổn thương với số mảnh cắt tối thiểu là rất cần thiết cho việc chẩn đoán và chuẩn bị can thiệp.

## V. KẾT LUẬN

Trên hình ảnh nội soi BLI phóng đại, tổn thương loạn sản dạ dày độ thấp thường có đặc điểm ranh giới rõ, cấu trúc vi mạch máu bình thường và cấu trúc vi bề mặt bình thường; tổn thương loạn sản dạ dày độ cao thường có đặc điểm ranh giới rõ, cấu trúc vi mạch máu bất thường và cấu trúc vi bề mặt bất thường. Nội soi BLI phóng đại giúp tăng tỉ lệ sinh thiết chính xác tổn thương nghi ngờ loạn sản dạ dày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McGuire S.** World Cancer Report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, WHO Press, 2015. Adv. Nutr. 2016; 7: 418-9).
2. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al.** (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 (6), pp. 394-424.
3. **Zhenming Y, Lei S.** Diagnostic value of blue laser imaging combined with magnifying endoscopy for precancerous and early gastric cancer lesions. Turk J Gastroenterol. 2019;30(6): 549-556. doi:10.5152/tjg.2019.18210
4. **The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon:** November 30 to December 1, 2002. Gastrointest Endosc. 2003;58(6 Suppl): S3-43. doi:10.1016/s0016-5107(03)02159-x
5. **Yao K.** The endoscopic diagnosis of early gastric cancer. Ann Gastroenterol. 2013;26(1):11-22.
6. **Schlemper R. J., Riddell R. H., Kato Y., et al.** The Vienna classification of gastrointestinal epithelial neoplasia. Gut. 47 (2), pp. 251-255. Published online 2000.
7. **Văn Dũng T, Cảnh Bình N, Doãn Kỳ T, Minh Ngọc Quang P, Thị Ngà Đ.** Đánh giá kết quả bước đầu điều trị tổn thương loạn sản và ung thư dạ dày sớm bằng phương pháp cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi. VMJ. 2022;520(1A). doi: 10.51298/vmj.v520i1.3760
8. **Carlosama-Rosero YH, Acosta-Astaiza CP, Sierra-Torres CH, Bolaños-Bravo HJ.** Helicobacter pylori genotypes associated with gastric cancer and dysplasia in Colombian patients. Revista de Gastroenterología de México (English Edition). 2022;87(2): 181-187. doi: 10.1016/j.rgmxen.2021.09.003
9. **Kang HM, Kim GH, Park DY, et al.** Magnifying endoscopy of gastric epithelial dysplasia based on the morphologic characteristics. World J Gastroenterol. 2014;20(42): 15771-15779. doi: 10.3748/wjg.v20.i42.15771