

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG UNG THƯ SỚM VÀ TIỀN UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI TRUNG TÂM NỘI SOI – BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phan Quốc Hưng^{1,✉}, Đỗ Quang Khánh¹, Nguyễn Thị Thanh Tâm¹
Lê Quang Hưng¹, Nguyễn Phạm Tuấn Thành¹
Hoàng Cẩm Tú¹, Trần Thanh Quỳnh¹, Đào Việt Hằng^{1,2}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên các người bệnh được chẩn đoán tổn thương ung thư sớm hoặc tiền ung thư đường tiêu hóa được điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) tại Trung tâm nội soi – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2025 đến tháng 12/2025 nhằm đánh giá kết quả bước đầu và tính an toàn của kỹ thuật trên. Kết quả: Độ tuổi trung bình của người bệnh là $63,67 \pm 11,53$. Tổn thương có kích thước trung bình $28,76 \pm 14,31$ mm. Vị trí tổn thương ở trực tràng chiếm 40,57%. Tỷ lệ cắt bỏ nguyên khối (en-bloc) đạt 94,34%, tỷ lệ cắt R0 đạt 88,68%. Thời gian thực hiện thủ thuật trung vị là 60 phút (IQR: 45 – 85 phút). Tỷ lệ biến chứng chảy máu và thủng lần lượt là 2,83% và 3,77%, phần lớn được xử trí qua nội soi và điều trị nội khoa ổn định. Kết luận: ESD là phương pháp can thiệp hiệu quả, an toàn cho phép cắt bỏ triệt để các tổn thương ung thư sớm và tiền ung thư đường tiêu hóa.

Từ khóa: Ung thư sớm, loạn sản, cắt tách dưới niêm mạc, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường tiêu hóa hiện nay là một trong những thách thức y tế nghiêm trọng nhất trên toàn thế giới.¹ Năm 2021, thế giới ghi nhận khoảng 5,26 triệu ca mắc mới và 3,7 triệu ca tử vong liên quan đến nhóm bệnh lý này. Trong đó, gánh nặng lớn nhất đến từ ung thư đại trực tràng, tiếp theo là ung thư dạ dày và thực quản.²

Tại Việt Nam, các bệnh lý ung thư đường tiêu hóa cũng nằm trong nhóm những ung thư phổ biến nhất với xu hướng trẻ hóa rõ rệt trong những năm gần đây. Mặc dù tỷ lệ mắc cao, đa số người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn

muộn, dẫn đến tiên lượng xấu và chi phí điều trị tốn kém. Tuy nhiên, sự phát triển vượt bậc của công nghệ nội soi như nhuộm màu ảo (NBI, BLI, LCI...) và nội soi phóng đại (Magnifying Endoscopy) đã tạo ra bước ngoặt trong việc phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm - khi tổn thương chưa xâm lấn lớp cơ. Ở giai đoạn này, nguy cơ di căn hạch là rất thấp, mở ra cơ hội điều trị bảo tồn cơ quan tối ưu thông qua các kỹ thuật can thiệp nội soi.

Kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic Submucosal Dissection – ESD), được khởi xướng tại Nhật Bản từ những năm 1990, đã tạo nên một cuộc cách mạng trong điều trị ung thư sớm đường tiêu hóa. So với kỹ thuật cắt hút niêm mạc thông thường (EMR), ESD cho phép cắt bỏ nguyên khối (en-bloc) các tổn thương có kích thước lớn (> 20 mm)

Tác giả liên hệ: Phan Quốc Hưng

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: drphanquochung@gmail.com

Ngày nhận: 08/04/2026

Ngày được chấp nhận: 29/04/2026

hoặc có sẹo xơ, giúp các nhà giải phẫu bệnh đánh giá chính xác diện cắt và nguy cơ tái phát.³ Nhiều nghiên cứu đa trung tâm lớn trên thế giới đã chứng minh rằng tỷ lệ sống thêm 5 năm của người bệnh sau can thiệp ESD tương đương với phẫu thuật cắt bỏ cơ quan truyền thống, trong khi tỷ lệ biến chứng thấp hơn và chất lượng cuộc sống sau thủ thuật tốt hơn đáng kể.^{4,5}

Tại Việt Nam, kỹ thuật ESD đang dần được chuẩn hóa và triển khai rộng rãi tại các trung tâm nội soi lớn. Trung tâm Nội soi – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cũng đã thực hiện ESD một cách thường quy cho các tổn thương ung thư sớm và tiền ung thư đường tiêu hóa. Nhằm tổng kết và đánh giá kết quả bước đầu của kỹ thuật này trong điều kiện thực tế tại đơn vị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu và tính an toàn của phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi trong điều trị tổn thương ung thư sớm và tiền ung thư đường tiêu hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh có tổn thương ung thư sớm hoặc tiền ung thư đường tiêu hóa được điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) tại Trung tâm nội soi – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2025 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tổn thương được chẩn đoán là ung thư sớm hoặc tiền ung thư đường tiêu hóa, chưa xâm lấn tới lớp dưới niêm mạc sâu, chưa di căn hạch và di căn xa, phù hợp với chỉ định ESD theo hướng dẫn của Hiệp hội Nội soi tiêu hóa Nhật Bản (JGES). Chẩn đoán dựa trên hình ảnh nội soi ánh sáng trắng, nội soi nhuộm màu và nội soi phóng đại; có thể phối hợp chụp cắt lớp vi tính (CT-Scan)

và/hoặc siêu âm nội soi (EUS) với các trường hợp khó đánh giá hoặc nghi ngờ xâm lấn sâu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có chống chỉ định với nội soi, rối loạn đông máu nặng không thể điều chỉnh, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Tất cả người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Người bệnh đến khám được nội soi ánh sáng trắng, khi phát hiện tổn thương nghi ngờ ung thư sớm hoặc tiền ung thư sẽ được nội soi nhuộm màu (nhuộm Lugol đối với tổn thương ở thực quản và nhuộm màu ảo FICE/BLI/NBI đối với tổn thương ở dạ dày và đại trực tràng); nội soi phóng đại để đánh giá chi tiết dựa trên phân loại JES với tổn thương thực quản, phân loại VS với tổn thương dạ dày và phân loại JNET với tổn thương đại trực tràng; sau đó tiến hành sinh thiết tổn thương.

- Bước 2: Đánh giá mức độ xâm lấn của tổn thương, chủ yếu dựa trên hình ảnh nội soi nhuộm màu và nội soi phóng đại. CT-Scan và/hoặc EUS có thể thực hiện với các trường hợp khó đánh giá trên nội soi hoặc nghi ngờ xâm lấn sâu. Những tổn thương nghi ngờ xâm lấn lớp dưới niêm mạc sâu trên nội soi và có hình ảnh di căn hạch trên CT-Scan/EUS bị loại trừ khỏi nghiên cứu. Các tổn thương phù hợp với chỉ định ESD sẽ được tiến hành can thiệp bao gồm các bước: (1) Đánh dấu tổn thương, (2) Tiêm dưới niêm mạc, (3) Rạch niêm mạc, (4) Cắt tách dưới niêm mạc. Bệnh phẩm sau khi cắt được cố định bằng ghim trên tấm nhựa chuyên dụng sao cho đạt hình dạng tương ứng với hình dạng ban đầu, sau đó được bảo quản

trong dung dịch formaldehyde 10%.

- Bước 3: Sau can thiệp, người bệnh được theo dõi tại khoa điều trị nội trú, nhịn ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, dùng thuốc giảm tiết acid đường tĩnh mạch đối với tổn thương ở thực quản/dạ dày hoặc kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn nếu có chỉ định. Bệnh nhân đủ điều kiện ra viện khi đã ăn uống trở lại, tình trạng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng ổn định, không có dấu hiệu nghi ngờ biến chứng do can thiệp ESD (xuất huyết tiêu hóa, thủng tạng rỗng...). Trước khi ra viện, bệnh nhân được hướng dẫn kỹ các triệu chứng cần theo dõi tại nhà và liên hệ với bác sỹ điều trị nếu có dấu hiệu bất thường.

Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Phân loại type đại thể tổn thương theo Paris.

- Các phân loại hình ảnh nội soi phóng đại NBI: JES, VS, JNET.

- Chỉ định ESD:

+ Thực quản: tổn thương thuộc phân loại JES B1 (chỉ định tuyệt đối) hoặc JES B2 (chỉ định tương đối).

+ Dạ dày: (1) Tổn thương biệt hóa, xâm lấn lớp niêm mạc (cT1a), không có loét (UL0), bất kể kích thước; (2) Tổn thương biệt hóa, cT1a,

có loét (UL1), ≤ 3 cm; (3) Tổn thương biệt hóa, xâm lấn lớp dưới niêm mạc nông (cT1b-SM1), UL0, ≤ 3 cm; (4) Tổn thương không biệt hóa, cT1a, UL0, ≤ 2 cm.

+ Đại trực tràng: tổn thương thuộc phân loại JNET 2A hoặc 2B, kích thước > 2 cm, khó đạt en-bloc với kỹ thuật cắt polyp hoặc EMR thông thường.

- Tiêu chuẩn thành công của kỹ thuật: Cắt en-bloc, diện cắt đáy và diện cắt bên âm tính, chưa xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc sâu, không xâm lấn mạch máu và mạch bạch huyết.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học có trong phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả (tần suất, tỷ lệ %, trung bình \pm SD), kiểm định Fisher's Exact Test để so sánh 2 tỷ lệ.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin về danh tính của người bệnh được bảo mật và không được sử dụng ngoài mục đích của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thu thập 101 người bệnh với 106 tổn thương. Tuổi trung bình là $63,67 \pm 11,53$, trong đó nhóm tuổi phổ biến nhất là trên 60 tuổi (61,39%). Tỷ lệ nam và nữ giới ≈ 1 .

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Đối tượng nghiên cứu (n = 101)		
	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	≤ 40	4	3,96
	41 – 60	35	34,65
	> 60	62	61,39
Tuổi trung bình	$63,67 \pm 11,53$		
Giới	Nam	49	48,51
	Nữ	52	51,49

Hầu hết người bệnh chỉ có 1 tổn thương (95,05%), có 5 người bệnh có 2 tổn thương (4,95%). Tổn thương chủ yếu ở trực tràng (40,57%) và đại tràng (27,36%). Kích thước

tổn thương tập trung nhiều nhất ở nhóm 20 – 29 mm (39,62%); các tổn thương lớn ≥ 40 mm chiếm 19,81%. Hình thái Type 0-I chiếm đa số (67,92%), tiếp sau đó là Type 0-IIb (15,09%).

Bảng 2. Đặc điểm của tổn thương trên nội soi

	Đặc điểm	Tổn thương trên nội soi (n = 106)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Thực quản	17	16,04
	Dạ dày	17	16,04
	Đại tràng	29	27,36
	Trực tràng	43	40,57
Kích thước	< 20 mm	29	27,36
	20 – 29 mm	42	39,62
	30 – 39 mm	14	13,21
	≥ 40 mm	21	19,81
Phân loại đại thể theo Paris	Type 0-I	72	67,92
	Type 0-IIa	10	9,43
	Type 0-IIb	16	15,09
	Type 0-IIc	8	7,55
	Type 0-III	0	0

Tỷ lệ cắt nguyên khối (en-bloc) đạt 94,34% và tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn (R0) đạt 88,68%. Loạn sản độ cao là kết quả thường gặp nhất với 46,23%, tiếp đến là loạn sản độ thấp và ung

thư biểu mô biệt hóa (26,42%). Đa số các tổn thương nằm ở lớp biểu mô (M1), chiếm 76,42%.

Thời gian thực hiện kỹ thuật chủ yếu trong khoảng 60 – 120 phút.

Bảng 3. Đặc điểm của tổn thương trên mô bệnh học sau can thiệp

	Đặc điểm	Tổn thương trên mô bệnh học (n = 106)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đại thể	Cắt nguyên khối (en-bloc)	100	94,34
	Cắt từng phần	6	5,66
Diện cắt	Cắt bỏ hoàn toàn (R0)	94	88,68
	Diện cắt bên (+)	8	7,55
	Diện cắt đáy (+)	4	3,77

	Đặc điểm	Tổn thương trên mô bệnh học (n = 106)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Loại mô bệnh học	Loạn sản độ thấp	28	26,42
	Loạn sản độ cao	49	46,23
	Ung thư biểu mô biệt hóa	28	26,42
	Ung thư biểu mô không biệt hóa	1	0,94
Mức độ xâm lấn	Lớp biểu mô (M1)	81	76,42
	Lớp mô đệm (M2)	6	5,66
	Lớp cơ niêm (M3)	2	1,89
	Lớp dưới niêm mạc nông (SM1)	13	12,26
	Lớp dưới niêm mạc sâu (\geq SM2)	4	3,77
Xâm lấn mạch	Xâm lấn mạch máu	0	0
	Xâm lấn mạch bạch huyết	0	0

Tỷ lệ biến chứng trong và sau can thiệp chiếm 6,6%. Tất cả các trường hợp chảy máu sau can thiệp được điều trị thành công qua nội

soi, có 3 trường hợp thủng cần phẫu thuật, 1 trường hợp thủng được kẹp clip qua nội soi và điều trị nội khoa ổn định.

Bảng 4. Biến cố bất lợi trong và sau can thiệp (n = 7)

Biến cố bất lợi	Xử trí biến cố bất lợi	
	Can thiệp nội soi	Phẫu thuật
Chảy máu	3 (42,86%)	0
Thủng	1 (14,28%)	3 (42,86%)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 101 người bệnh ghi nhận độ tuổi trung bình là $63,67 \pm 11,53$; trong đó nhóm trên 60 tuổi chiếm đa số (61,39%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của ung thư đường tiêu hóa, vốn thường khởi phát ở độ tuổi trung niên và người cao tuổi.² Tuy nhiên số người bệnh dưới 60 tuổi chiếm tới 38,61%, phản ánh xu hướng trẻ hóa của nhóm bệnh lý này tại Việt Nam. Điều này đặt ra thách thức mới trong việc xây dựng các chiến lược sàng lọc sớm cho đối tượng trẻ tuổi thay vì chỉ tập trung vào nhóm nguy cơ cao

truyền thống.

Về giới tính, tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu xấp xỉ 1:1 (48,51% so với 51,49%). Điểm này có sự khác biệt so với các báo cáo trên phạm vi toàn cầu, vốn ghi nhận nam giới thường có tỷ lệ mắc và tử vong cao hơn do liên quan đến các yếu tố nguy cơ như rượu bia và thuốc lá.² Sự cân bằng về giới trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có thể giải thích qua hai khía cạnh: thứ nhất, phụ nữ hiện nay có xu hướng chủ động tham gia tầm soát sức khỏe định kỳ cao hơn; thứ hai, phần lớn tổn thương trong nghiên cứu nằm ở đại trực tràng – vị trí mà sự chênh

lệch giới tính thường ít rõ rệt hơn so với ung thư thực quản hay dạ dày.

Về vị trí tổn thương, đại trực tràng là vị trí thường gặp nhất (67,93%). Sự tương đồng này với dữ liệu của Danpanichkul và cộng sự (2021) cho thấy ung thư đại trực tràng đang trở thành gánh nặng chính trong nhóm bệnh lý ung thư đường tiêu hóa.² Điều này có thể liên quan đến các chương trình tầm soát ung thư đường tiêu hóa dưới ngày càng trở nên phổ biến và khả năng phát hiện tổn thương sớm ở đại trực tràng cũng cao hơn so với đường tiêu hóa trên. Tuy nhiên, tỷ lệ ung thư dạ dày và thực quản trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ chung ở một số khu vực Đông Á (như Nhật Bản hay Hàn Quốc).^{3,5} Điều này có thể do sự khác biệt về yếu tố nguy cơ (như tỷ lệ nhiễm *H. pylori* và thói quen ăn uống) hoặc khác biệt trong chiến lược tầm soát sớm ung thư đường tiêu hóa trên tại các cơ sở nghiên cứu.

Kích thước tổn thương trung bình là $28,76 \pm 14,31$ mm, trong đó ≥ 20 mm chiếm tới 78,3%. Đối với các tổn thương lớn hơn 20mm, đặc biệt là các tổn thương lan rộng theo chiều ngang (LST), kỹ thuật EMR truyền thống thường phải cắt từng mảnh (piecemeal), dẫn đến khó khăn trong đánh giá diện cắt trên mô bệnh học và làm tăng tỷ lệ tái phát tại chỗ.⁶ Việc áp dụng ESD đã khắc phục triệt để nhược điểm này, cho phép lấy toàn bộ khối u trong một khối duy nhất bất kể kích thước hay tình trạng sẹo xơ.

Về hình thái đại thể theo phân loại Paris, Type 0-I chiếm đa số (67,92%). Điều này có thể lý giải bởi trong nghiên cứu, tổn thương đại trực tràng chiếm tỷ lệ cao (67,93%), nơi các polyp dạng lõm hoặc LST dạng hạt (LST-G) thường gặp hơn. Ngoài ra, các tổn thương dạng lõm thường dễ quan sát hơn dưới ánh sáng trắng thông thường, trong khi các tổn thương dạng phẳng hoặc lõm đòi hỏi kỹ năng quan sát tinh

tế và hỗ trợ của nội soi nhuộm màu để tránh bỏ sót.

Mục tiêu cốt lõi của ESD là đạt được diện cắt âm tính (R0). Trong nghiên cứu này, tỷ lệ cắt nguyên khối (en-bloc) đạt 94,34% và tỷ lệ R0 đạt 88,68%. Khi đối chiếu với các nghiên cứu từ Nhật Bản, kết quả của chúng tôi cho thấy sự tiệm cận đáng kể (nghiên cứu JCOG0607 đạt R0 91,6%).⁵ Tại Việt Nam, kết quả này cũng tương đồng khi so sánh với các trung tâm lớn như Bệnh viện 108 (Nguyễn Cảnh Bình và cộng sự), Bệnh viện K (Bùi Ánh Tuyết và cộng sự) hay Bệnh viện Bạch Mai (Nguyễn Ánh Dương và cộng sự).⁷⁻¹⁰ Để đạt được mục tiêu điều trị, chúng tôi đã bám sát một số nguyên tắc như đánh giá kỹ lưỡng độ sâu xâm lấn của tổn thương trước can thiệp, đánh dấu cách tổn thương ít nhất 3 - 5 mm và cắt tách gần lớp cơ để tránh sót tổn thương ở diện cắt, cố định và bảo quản bệnh phẩm sau cắt đúng kỹ thuật. Tuy nhiên, có 2 trường hợp do sai sót trong quá trình cố định đã làm bệnh phẩm không còn nguyên vẹn, làm ảnh hưởng đến việc đánh giá mô bệnh học và kết quả nghiên cứu.

Mặc dù tỷ lệ en-bloc 94,34% thấp hơn nhẹ so với một số nghiên cứu chuyên biệt cho từng cơ quan, nhưng đây là kết quả rất khả quan vì mẫu nghiên cứu của chúng tôi bao quát cả ba vị trí (thực quản, dạ dày, đại trực tràng) với nhiều tổn thương kích thước lớn (> 40 mm). Đáng chú ý, tỷ lệ xâm lấn mạch máu và mạch bạch huyết ghi nhận là 0%. Kết hợp với kết quả 96,23% tổn thương chưa xâm lấn lớp dưới niêm mạc sâu, khẳng định việc lựa chọn chỉ định ESD dựa trên nội soi phóng đại và nhuộm màu ảo kết hợp với chẩn đoán hình ảnh là hoàn toàn hợp lý. Điều này giúp người bệnh đạt được hiệu quả điều trị triệt căn, bảo tồn cơ quan và loại bỏ gần như hoàn toàn nguy cơ di căn hạch theo các tiêu chuẩn quốc tế.

Về các trường hợp có diện cắt bên dương tính (7,92%), phân tích cho thấy hầu hết tổn thương còn sót tại bệnh phẩm chỉ ở mức loạn sản độ thấp. Theo hướng dẫn của JGES, các trường hợp có diện cắt đáy dương tính sẽ cần phẫu thuật hoặc hóa xạ trị bổ sung; còn nếu như chỉ có diện cắt bên dương tính thì được xếp vào nhóm nguy cơ thấp, có thể kiểm soát hiệu quả qua theo dõi định kỳ hoặc can thiệp nội soi bổ sung.¹¹⁻¹³ Thực tế, đối với 6 trường hợp cắt không đạt en-bloc và 4 trường hợp có diện cắt đáy dương tính, chúng tôi đã tiến hành hội chẩn đa chuyên khoa (nội soi, giải phẫu bệnh, ung bướu, ngoại khoa) để quyết định hướng xử trí tiếp theo: phẫu thuật bổ sung đối với các ca nguy cơ cao (mô bệnh học là ung thư biểu mô, xâm lấn sâu) hoặc theo dõi sát bằng nội soi định kỳ đối với các ca nguy cơ thấp.

Về biến chứng, tỷ lệ chảy máu (2,83%) thấp hơn so với báo cáo của Nguyễn Ánh Dương tại Bệnh viện Bạch Mai (5,6% ở thực quản) và Nguyễn Cảnh Bình tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (5,7% ở dạ dày).^{7,10} Tỷ lệ này gần tương đương với nhóm nghiên cứu tại Bệnh viện K Trung ương (2% ở dạ dày).⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp chảy máu sau ESD ở dạ dày và 2 trường hợp ở trực tràng, có triệu chứng đi ngoài phân đen và phân máu đỏ sau can thiệp 1-2 ngày. Cả 3 trường hợp đều được can thiệp thành công qua nội soi kẹp clip hoặc đốt Argon plasma và không có biểu hiện tái xuất huyết sau đó.

Tỷ lệ thủng trong nghiên cứu là 3,77% (4 trường hợp). Mặc dù con số này cao hơn báo cáo tại dạ dày của một số đơn vị khác, nhưng tất cả các ca thủng trong nghiên cứu đều xảy ra ở đại trực tràng. Đây là vị trí có thành ống tiêu hóa mỏng, nhu động phức tạp và kỹ thuật can thiệp khó khăn nhất. Theo báo cáo từ các trung tâm lớn ở Nhật Bản,³ tỷ lệ thủng trong ESD

đại trực tràng vẫn dao động từ 4 – 6% và hầu hết đều được xử trí thành công bằng kẹp clip qua nội soi, trừ một số trường hợp thủng muộn cần phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, chỉ có 1 trường hợp phát hiện lỗ thủng trong quá trình can thiệp, được chúng tôi xử trí kẹp clip, cho nhịn ăn, điều trị nội khoa và theo dõi ổn định. Có 3 trường hợp mặc dù không phát hiện thủng trong can thiệp, tuy nhiên có triệu chứng thủng tạng rỗng sau can thiệp và có hình ảnh khí trong ổ bụng trên chụp cắt lớp vi tính, được hội chẩn chuyên khoa ngoại và tiến hành phẫu thuật. Việc theo dõi sát và quyết định phẫu thuật kịp thời cho thấy tầm quan trọng của sự phối hợp đa chuyên khoa chặt chẽ trong việc xử trí tai biến.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp cắt tách dưới niêm mạc (ESD) là kỹ thuật can thiệp hiệu quả, an toàn với tỷ lệ cắt bỏ nguyên khối (94,34%) và diện cắt R0 (88,68%) cao trong điều trị các tổn thương ung thư sớm và tiền ung thư đường tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang S, Zheng R, Li J, et al. Global, regional, and national lifetime risks of developing and dying from gastrointestinal cancers in 185 countries: a population-based systematic analysis of GLOBOCAN. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2023;8(12):1079-1091.
2. Danpanichkul P, Suparan K, et al. Epidemiology of gastrointestinal cancers: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *Gut.* 2024 Dec 10;74(1):26-34.
3. Hasuike N, Ono H, Boku N, et al. Gastrointestinal Endoscopy Group of Japan Clinical Oncology Group (JCOG-GIESG). A non-randomized confirmatory trial of an

expanded indication for endoscopic submucosal dissection for intestinal-type gastric cancer (cT1a): the Japan Clinical Oncology Group study (JCOG0607). *Gastric Cancer*. 2018 Jan;21(1):114-123

4. Zheng H, Kang N, Huang Y, Zhao Y, Zhang R. Endoscopic resection versus esophagectomy for early esophageal cancer: a meta-analysis. *Transl Cancer Res*. 2021 Jun;10(6):2653-2662.

5. Kim DY, Hong SJ, Cho GS, et al. Long-term efficacy of endoscopic submucosal dissection compared with surgery for early gastric cancer: a retrospective cohort study. *Gut Liver*. 2014 Sep;8(5):519-25.

6. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Bastiaansen BAJ, et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update. *Endoscopy*. 2022 Jun;54(6):591-622.

7. Nguyễn Cảnh Bình, Thái Doãn Kỳ, Phạm Minh Ngọc Quang, và cs. Hiệu quả và độ an toàn kỹ thuật cắt tách hạ niêm mạc qua nội soi trong điều trị ung thư sớm và tiền ung thư dạ dày. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*. 2025;20(3).

8. Bùi Việt Nga, Bùi Ánh Tuyết. Kết quả điều trị ung thư dạ dày sớm bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;545(3).

9. Bùi Ánh Tuyết, Trần Đức Cảnh, Nguyễn Đức Khải, Đỗ Huy Hùng. Kết quả điều trị tổn thương tân sinh đại trực tràng bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi ống mềm tại Bệnh viện K. *Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam*. 2023;XI(71):4507-4514.

10. Nguyễn Ánh Dương, Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Thế Phương, Trần Tuấn Việt, Nguyễn Thanh Nam, Nguyễn Công Long. Kết quả cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị ung thư sớm thực quản tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;555(2).

11. Ishihara R, Arima M, Iizuka T, et al. Japan Gastroenterological Endoscopy Society Guidelines Committee of ESD/EMR for Esophageal Cancer. Endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection guidelines for esophageal cancer. *Dig Endosc*. 2020 May;32(4):452-493.

12. Ono H, Yao K, Fujishiro M, et al. Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer (second edition). *Dig Endosc*. 2021 Jan;33(1):4-20.

13. Tanaka S, Kashida H, Saito Y, et al. Japan Gastroenterological Endoscopy Society guidelines for colorectal endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection. *Dig Endosc*. 2020 Jan;32(2):219-239.

Summary

INITIAL RESULTS OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION (ESD) FOR THE TREATMENT OF EARLY GASTROINTESTINAL CANCERS AND PRECANCEROUS LESIONS AT THE ENDOSCOPY CENTER – HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Methods: A prospective descriptive study was conducted on patients diagnosed with early gastrointestinal cancers or precancerous lesions treated by Endoscopic Submucosal Dissection (ESD) at the Endoscopy Center – Hanoi Medical University Hospital from January 2025 to December 2025. The study aimed to evaluate the initial outcomes and safety of this technique. **Results:** The mean age of the patients was 63.67 ± 11.53 years old. The average lesion size was 28.76 ± 14.3 mm. Lesions located in the rectum accounted for 40.57%. The en-bloc resection rate reached 94.34%, and the R0 resection rate was 88.68%. The median procedure time was 60 minutes (IQR: 45 – 85 minutes). Complication rates for bleeding and perforation were 2.83% and 3.77%, respectively; most cases were successfully managed via endoscopy and conservative medical treatment. **Conclusion:** ESD is a safe, effective intervention that allows for the radical resection of early gastrointestinal cancers and precancerous lesions.

Keywords: Early cancer, dysplasia, endoscopic submucosal dissection, Hanoi Medical University Hospital.