

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ, UNG THƯ SỚM ỚNG TIÊU HÓA BẰNG KỸ THUẬT CẮT HỐT DƯỚI NIÊM MẠC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Vũ Đức Duy^{1*}, Nguyễn Đắc Hiệu¹
Nguyễn Văn Tuấn¹, Hồ Sĩ Đức¹, Phan Văn Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả bước đầu điều trị bệnh nhân có tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm ớng tiêu hóa bằng kỹ thuật cắt hốt dưới niêm mạc.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu không đối chứng trên 32 bệnh nhân có tổn thương tiền ung thư, ung thư sớm ớng tiêu hóa, điều trị bằng kỹ thuật cắt hốt dưới niêm mạc tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 3/2022 đến tháng 9/2024.

Kết quả: Bệnh nhân trung bình 59,8 ± 9,15 tuổi; tỉ lệ bệnh nhân nam/nữ: 4,3/1. Đa số bệnh nhân mắc bệnh tiêu hóa mạn tính (37,5%); có sử dụng rượu, bia và hút thuốc lá (43,8%). Các triệu chứng lâm sàng đường tiêu hóa hay gặp là đau bụng (62,5%) và rối loạn đại tiện (53,1%). Tổn thương hay gặp nhất có kích thước dưới 2 cm (50,0%). 100% bệnh nhân không có tổn thương u và xâm lấn diện cắt bên, diện cắt đáy trên mô bệnh học. 59,4% bệnh nhân tổn thương loạn sản biểu mô độ vừa và cao. Vị trí tổn thương hay gặp là đoạn 1/3 giữa thực quản (18,8%), hang vị (21,9%) và trực tràng (15,6%). Típ tổn thương chủ yếu là 0-IIc (21,9%) và 0-I (28,1%). 100% bệnh nhân thực hiện phẫu thuật cắt hốt dưới niêm mạc thành công, với 56,3% bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 60-120 phút, 62,5% bệnh nhân liền sẹo dưới 1 tháng. Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng.

Kết luận: Phẫu thuật cắt hốt dưới niêm mạc là kỹ thuật hiệu quả, an toàn trong điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm ớng tiêu hóa, với tỉ lệ cắt bỏ hoàn toàn cao và biến chứng thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt hốt dưới niêm mạc, ung thư sớm, tiền ung thư, ớng tiêu hóa.

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and preliminary treatment outcomes of patients with precancerous and early gastrointestinal cancer lesions using the endoscopic submucosal dissection (ESD) technique.

Subjects and methods: A prospective study, uncontrolled cross-sectional description of 32 patients diagnosed with precancerous and early gastrointestinal cancer lesions and treated with the ESD technique at the Department of Gastroenterology, Military Hospital 110, from March 2022 to September 2024.

Results: The mean age of patients was 59.8 ± 9.15 years; male-to-female ratio: 4.3/1. The majority of patients had chronic gastrointestinal disease (37.5%), and a history of alcohol consumption and smoking was present in 43.8%. The most common gastrointestinal symptoms were abdominal pain (62.5%) and bowel disorders (53.1%). The most frequent lesion size was less than 2 cm (50.0%). Histopathology revealed no residual tumor or lateral/deep margin invasion in all patients (100%). Moderate to high-grade epithelial dysplasia was observed in 59.4% of cases. Common lesion locations included the middle 1/3 of the esophagus (18.8%), the antrum (21.9%), and the rectum (15.6%). The predominant lesion types were 0-IIc (21.9%) and 0-I (28.1%). All patients (100%) underwent successful ESD technique. 56.3% of patients had a surgical time of 60-120 minutes, and 62.5% of patients achieved mucosal healing within one month. No complications recorded.

Conclusions: Endoscopic submucosal dissection is an effective and safe technique in the treatment of precancerous and early gastrointestinal cancer lesions, offering a high complete resection rate with minimal complications.

Keywords: Endoscopic submucosal dissection, early cancer, precancerous lesions, gastrointestinal tract.

Chịu trách nhiệm nội dung: Vũ Đức Duy, Email: vuduya3v110@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/7/2025; mời phản biện khoa học: 7/2025; chấp nhận đăng: 23/9/2025.

¹Bệnh viện Quân y 110.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư ống tiêu hóa (OTH) (gồm thực quản, dạ dày và đại - trực tràng) là bệnh lí thường gặp nhất trong các bệnh ung thư trên thế giới. Tại Việt Nam, ung thư OTH chiếm tỉ lệ cao và rất phổ biến. Bệnh thường tiến triển âm thầm; khi phát hiện đã ở giai đoạn muộn và có tiên lượng xấu, thời gian sống thêm ngắn [1]. Ung thư OTH giai đoạn sớm là ung thư có xâm lấn tại chỗ, còn giới hạn ở niêm mạc hay dưới niêm mạc. Hiện nay, với sự phát triển về các thiết bị chẩn đoán nội soi thế hệ mới và các dụng cụ chuyên biệt, việc phát hiện tổn thương tiền ung thư, ung thư sớm OTH và điều trị bằng phẫu thuật cắt hớt dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic Submucosal Dissection - ESD) cũng đã trở thành phổ biến trên toàn thế giới. Đây là phương pháp phẫu thuật nội soi tiên tiến, dùng dao điện chuyên dụng để cắt bỏ toàn bộ tổn thương (ung thư sớm, polyp lớn) một cách triệt để và nguyên khối từ dưới lớp niêm mạc, thay vì phẫu thuật mở, giúp bảo tồn cấu trúc OTH và rút ngắn thời gian phục hồi cho người bệnh. ESD bắt đầu được nghiên cứu và ứng dụng thành công tại một số trung tâm y tế lớn ở Việt Nam, như Bệnh viện K, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Bạch Mai...

Bệnh viện Quân y 110 đã triển khai kĩ thuật ESD từ năm 2022, nhằm đưa tới cho người bệnh kĩ thuật tiên tiến hiện đại, can thiệp tối thiểu, giảm gánh nặng về kinh tế, nâng cao chất lượng cuộc sống. Người bệnh tiến tới giảm tỉ lệ mắc ung thư OTH giai đoạn muộn, từ đó, làm giảm gánh nặng cho xã hội. Những kết quả ban đầu cho thấy tính ưu việt của phương pháp ESD khi triển khai tại đây. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá bước đầu kết quả kĩ thuật ESD trên các bệnh nhân (BN) có tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm OTH.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

32 BN có tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm OTH, điều trị ESD tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 3/2022 đến tháng 9/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có hình ảnh tổn thương ung thư thực quản-dạ dày sớm trên nội soi (theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Nội soi Nhật Bản JES [2]); BN có tổn thương polyp đại - trực tràng (phân loại JNET classification type I, IIa, IIb [3]); BN có kết quả mô bệnh học trước can thiệp là loạn sản độ thấp, loạn sản độ cao, ung thư tại chỗ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN có dấu hiệu xâm lấn sâu trên nội soi (JNET classification type III); BN có tổn thương xâm lấn hay di căn trên CT-scan; BN rối loạn đông/chảy máu nặng; BN có các tổn thương ở ruột non; BN không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc không đối chứng.

- Phương tiện nghiên cứu: hồ sơ bệnh án, máy nội soi dạ dày CV190-HQ, máy nội soi đại tràng CV190-HQ, nguồn cắt đốt Olympus PSD-100, dao cắt Dual Knife, IT Knife, kim kẹp cầm máu, kim tiêm cầm máu, máy tưới rửa, chất nhuộm màu và các phương tiện đi kèm...

- Phương pháp tiến hành kĩ thuật:

+ Chuẩn bị BN: tất cả BN đều được khám lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi xác định tổn thương; sinh thiết mô bệnh học xác định, chụp CT-scan. BN được giải thích thủ thuật, nhịn ăn, uống trước phẫu thuật 8 giờ, dùng thuốc kháng sinh, giãn cơ, cầm máu, giảm tiết...

+ Vô cảm: gây mê nội khí quản.

+ Các bước tiến hành kĩ thuật:

* Bước 1: xác định tổn thương ung thư sớm đầu tiên bằng ánh sáng trắng sau đó nhuộm Indigo Carmin bộc lộ rõ ranh giới tổn thương.

* Bước 2: đánh dấu (Marking) quanh tổn thương cách rìa 5 mm bằng dao Dual Knife (Olympus).

* Bước 3: tiêm phòng (Injection) dưới niêm mạc bằng dịch Volutyle 6%.

* Bước 4: đục lỗ niêm mạc (Making hole) bằng dao Dual Knife.

* Bước 5: cắt vòng (Insision) quanh cách vị trí đánh dấu 5 mm và phẫu tích dưới niêm mạc bằng dao IT knife.

* Bước 6: phẫu tích dưới niêm mạc (Dissection) bằng dao IT, Dual knife.

* Bước 7: cầm máu và lấy bệnh phẩm làm mô bệnh học sau can thiệp.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh (dùng thuốc lá, rượu bia...).

+ Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: triệu chứng lâm sàng (đau bụng, rối loạn đại tiện...); hình ảnh nội soi tổn thương, vị trí tổn thương (thực quản, dạ dày, đại tràng), kích thước tổn thương, hình thái tổn thương (theo phân loại Paris type [4]).

+ Đánh giá kết quả sau điều trị: thành công (bảo đảm cắt toàn bộ khối tổn thương là 1 mảnh

duy nhất, không chia nhỏ, giải phẫu bệnh không có xâm lấn diện cắt, không hoặc rất ít biến chứng can thiệp và BN không can thiệp phẫu thuật bổ sung, có tiên lượng lâu dài tốt) hay thất bại; thời gian thực hiện kĩ thuật; kết quả mô bệnh học sau can thiệp; biến chứng can thiệp; thời gian liền sẹo (nội soi kiểm tra lại sau 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng).

- Đạo đức: nghiên cứu thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Quân y 110. Không có xung đột về mặt lợi ích giữa các thành viên nhóm nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm BN nghiên cứu

Tuổi	Giới tính (SL, %)		Tổng (SL, %)
	Nam	Nữ	
≤ 40	1 (3,1)	1 (3,1)	2 (6,2)
Từ 41-50	4 (12,5)	0	4 (12,5)
Từ 51-60	14 (43,8)	2 (6,3)	16 (50,0)
Từ 61-70	6 (18,8)	2 (6,3)	8 (25,0)
> 70	1 (3,1)	1 (3,1)	2 (6,2)
Tổng	26 (81,3)	6 (18,8)	32 (100)
Trung bình	59,8 ± 9,15		
SL: số lượng.			

Bệnh thường gặp ở nam giới, với tỉ lệ BN nam/nữ ≈ 4,3/1. Tuổi trung bình của BN là 59,8 ± 9,15 tuổi, chủ yếu BN trên 50 tuổi (75,0%), trong đó, BN từ 51-60 tuổi chiếm 50,0%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Số BN (n = 32)	Tỉ lệ (%)
Tiền sử	Khỏe mạnh	4	12,5
	Hút thuốc lá, Lào	8	25,0
	Nghiện rượu	6	18,8
	Mắc bệnh lí tiêu hóa mạn tính	12	37,5
	Gia đình có tiền căn ung thư	3	9,4
	Bản thân đã bị ung thư trước đó	1	3,1
Triệu chứng lâm sàng	Đau bụng	20	62,5
	Đi ngoài ra máu	4	12,5
	Nuốt nghẹn, nuốt vướng	1	3,1
	Sụt cân	10	31,3
	Rối loạn đại tiện	17	53,1
	Không có triệu chứng	8	25,0

Chủ yếu BN mắc bệnh tiêu hóa mạn tính (37,5%) và sử dụng rượu, bia và hút thuốc lá (43,8%). Các triệu chứng lâm sàng đường tiêu hóa hay gặp là đau bụng (62,5%) và rối loạn đi ngoài (53,1%).

Bảng 3. Kích thước tổn thương

Đặc điểm		Số BN (n = 32)	Tỉ lệ (%)
Kích thước	Dưới 2 cm	16	50,0
	Từ 2-3 cm	12	37,5
	Trên 3 cm	4	12,5

Tổn thương hay gặp nhất có kích thước dưới 2 cm (50,0%), tiếp đến có kích thước từ 2-3 cm (37,5%) và trên 3 cm (12,5%).

Bảng 4. Vị trí và hình thái tổn thương trên nội soi

Vị trí		Hình thái tổn thương trên nội soi					Tổng (SL, %)
		Típ 0-IIa	Típ 0-IIb	Típ 0-IIc	Típ 0-III	Típ 0-I	
Thực quản	Trên	1	0	0	0	0	1 (3,1)
	Giữa	2	4	0	0	0	6 (18,8)
	Dưới	1	0	0	0	0	1 (3,1)
Dạ dày	Hang vị	1	1	3	2	0	7 (21,9)
	Bờ cong nhỏ	0	0	2	2	0	4 (12,5)
	Bờ cong lớn	0	0	2	1	0	3 (9,4)
Đại trực tràng	Đại tràng ngang	1	0	0	0	2	3 (9,4)
	Đại tràng sigma	0	0	0	0	2	2 (6,3)
	Trực tràng	0	0	0	0	5	5 (15,6)
Tổng (SL, %)		6 (18,8)	5 (15,6)	7 (21,9)	5 (15,6)	9 (28,1)	32 (100)

Vị trí tổn thương thực quản hay gặp là đoạn 1/3 giữa (18,8%); dạ dày là ở hang vị (21,9%), đại trực tràng ở trực tràng (15,6%). Típ tổn thương chủ yếu là 0-IIc (21,9%) và 0-I (28,1%).

3.3. Kết quả can thiệp ESD

Bảng 5. Kết quả kĩ thuật ESD

Đặc điểm		Số BN (n = 32)	Tỉ lệ (%)
Kết quả phẫu thuật	Thành công	32	100
	Không thành công	0	0
Thời gian phẫu thuật	Dưới 60 phút	5	15,6
	Từ 60-120 phút	18	56,3
	Trên 120 phút	9	28,1
	Trung bình	80 phút	
Thời gian liền sẹ	Dưới 1 tháng	20	62,5
	Từ 1-3 tháng	9	28,1
	Trên 3 tháng	3	9,4

100% BN thực hiện kĩ thuật ESD thành công. Chủ yếu BN có thời gian can thiệp từ 60-120 phút (56,3%), thời gian liền sẹ dưới 1 tháng (62,5%).

Bảng 6. Kết quả mô bệnh học tổn thương sau can thiệp ESD

Mô bệnh học		Số BN (n = 32)	Tỉ lệ (%)
Diện cắt đáy	R0 (không có tổn thương)	32	100
	R1 (xâm lấn vi thể)	0	0
Diện cắt bên	R0 (không có tổn thương)	32	100
	R1 (xâm lấn vi thể)	0	0
Sau can thiệp ESD	Loạn sản biểu mô độ thấp	8	25,0
	Loạn sản biểu mô độ vừa	13	40,6
	Loạn sản biểu mô độ cao	6	18,8
	Ung thư tại chỗ	5	15,6

100% BN can thiệp thành công ESD trên mô bệnh học đều không có tổn thương u và xâm lấn diện cắt bên và diện cắt đáy. Mô bệnh học sau can thiệp ESD thấy 59,4% BN tổn thương loạn sản biểu mô độ vừa và cao.

- Biến chứng: không BN nào gặp biến chứng (chảy máu, thủng) trong và sau can thiệp ESD.

4. BÀN LUẬN

BN nghiên cứu trung bình $59,8 \pm 9,15$ tuổi, tỉ lệ BN nam/nữ $\approx 4,3/1$; tương tự nghiên cứu của Lê Thị Kim Liên (tuổi trung bình: $60,99 \pm 12,73$ tuổi, tỉ lệ BN nam/nữ = $4/1$) [5]. Số BN nam nhiều hơn BN nữ cũng phù hợp với thực trạng nước ta hiện nay, đó là nam giới sử dụng rượu, bia và chất kích thích nhiều hơn so với nữ giới.

Kết quả bảng 2 chỉ ra, đa số BN có tiền sử bệnh tiêu hóa, có hút thuốc lá và uống rượu, bia (trên 80%). Các triệu chứng lâm sàng khó chịu, khiến BN đi khám, như đau bụng (62,5%) và rối loạn đại

tiện (53,1%). Đáng chú ý có 12,5% BN đi ngoài ra máu (chủ yếu do chảy máu búi trĩ, chỉ định BN soi đại tràng thì phát hiện tổn thương). Kết quả này tương đương nghiên cứu của Trần Đức Cảnh (tiền sử bệnh tiêu hóa và có sử dụng thuốc lá, rượu, bia là 85,4%) [6]; Nguyễn Thế Phương và La Vĩnh Phúc (triệu chứng chính là đau bụng, lần lượt 93,3% và 100%) [6], [7].

Kết quả bảng 3 chỉ ra, tổn thương hay gặp nhất có kích thước dưới 2 cm (50,0%), tiếp đến có kích thước từ 2-3 cm (37,5%) và trên 3 cm (12,5%). Nghiên cứu của Lê Thị Kim Liên (2019) thấy kích thước tổn thương trung bình là $1,82 \pm 0,7$ cm, trong đó có 4 trường hợp tổn thương > 3 cm, là polyp LST (một tổn thương polyp dạng phẳng hoặc lan rộng) đại tràng và tổn thương thực quản đa ổ [5]. La Vĩnh Phúc (2023) thấy tất cả các tổn thương > 3 cm đều ở đại trực tràng [6]. Đa số các tác giả gặp tổn thương nhỏ vì triệu chứng lâm sàng vùng dạ dày - thực quản thường rầm rộ và khó chịu hơn, dẫn đến BN đi khám bệnh sớm hơn và kết hợp hệ thống máy nội soi hiện đại giúp chẩn đoán tốt.

Bảng 4 cho thấy vị trí tổn thương hay gặp là tổn thương đường tiêu hóa trên (22/32 BN, chiếm 68,8%); tương đương nghiên cứu của Lê Thị Kim Liên (tổn thương đường tiêu hóa trên: 63,5%) [5]. Hình thái tổn thương hay gặp ở dạ dày và thực quản là tip 0-IIa (18,8%), 0-IIc (21,9%), chủ yếu tổn thương loét và dạng phẳng ở dạ dày và thực quản; hình thái tổn thương tip 0-I (28,1%) chỉ gặp ở đại tràng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Yao (2017) và Trần Đức Cảnh (hình thái tổn thương chủ yếu ở dạ dày là tip 0-IIa và 0-IIc, đại trực tràng là 0-I) [8], [9].

Kết quả can thiệp ESD: 100% trường hợp can thiệp ESD thành công; tương đương với nghiên cứu của La Vĩnh Phúc (2023), Trần Đức Cảnh (2020) (tỉ lệ này đều đạt 100%) [6], [8]. Thành công của kĩ thuật ESD trong nghiên cứu này có thể do cách chọn mẫu trong nghiên cứu đa phần là ca bệnh dễ, tổn thương nhỏ, đơn giản, vị trí thuận lợi, dễ can thiệp. Ngoài ra, do mới triển khai kĩ thuật nên chúng tôi có sự hỗ trợ chuyên môn từ các chuyên viên tuyến trên. Thời gian thực hiện ESD từ 45-205 phút, trung bình 80 phút, trong đó, hay gặp nhất BN có thời gian thực hiện từ 60-120 phút (56,3%). Kết quả này có khác so với nghiên cứu của La Vĩnh Phúc (chủ yếu BN có thời gian phẫu thuật < 60 phút) [6]. Sự khác biệt này là do bệnh viện mới triển khai kĩ thuật này, nên thao tác kĩ thuật còn cần thận trọng, mặt khác, các tổn thương vị trí thực quản, đại tràng thường rộng và khó can thiệp. Nghiên cứu của Chow C.W.S [13] thấy tỉ lệ biến chứng sau ESD là thủng (3,2%) và chảy máu (1,8%). Các biến chứng này có mối liên quan đến độ tuổi, kích thước

tổn thương lớn, tình trạng xơ hóa, kĩ năng của bác sĩ, thời gian thủ thuật [13]. Tuy nhiên, chúng tôi không gặp trường hợp nào thủng và chảy máu, có thể do số lượng BN chưa đủ lớn, các ca khó có sự giúp đỡ của chuyên gia tuyến trên, nên hiệu quả và tính an toàn của kĩ thuật trong nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu ở ngoài nước. Thời gian liền sẹo sau can thiệp chủ yếu là dưới 1 tháng (62,5%); tương tự Lê Thị Kim Liên (thời gian liền sẹo dưới 1 tháng là 68,75%) [5]. Một số trường hợp viêm loét dạ dày nặng có thời gian liền sẹo lâu hơn.

Bảng 6 cho thấy tất cả BN can thiệp ESD đều cắt nguyên khối, sinh thiết làm mô bệnh học diện cắt bên và diện cắt đáy. Kết quả 100% BN không có tổn thương u (R0) và xâm lấn vi thể (R1). Mô bệnh học sau can thiệp ESD thấy có 59,4% BN tổn thương loạn sản biểu mô độ vừa và cao. Tỷ lệ này có phần thấp hơn nghiên cứu của Trần Đức Cảnh (loạn sản độ vừa và cao: 67%) và Lê Thị Kim Liên (loạn sản độ cao chiếm 65,62%) [5], [8].

Hạn chế của nghiên cứu là số lượng BN còn ít, thời gian theo dõi ngắn và trình độ thực hiện kĩ thuật chưa đáp ứng được những ca khó, ca có tổn thương lớn. Do vậy, chúng tôi định hướng trong thời gian tiếp theo cần áp dụng thường quy phẫu thuật ESD điều trị tiền ung thư và ung thư sớm OTH trong thực hành lâm sàng, giúp người bệnh có chiến lược điều trị và theo dõi tối ưu nhất. Đồng thời, chúng tôi cần nghiên cứu sâu hơn, dài hạn hơn về kết quả ESD, về tỉ lệ tái phát tại chỗ, di căn và thời gian sống thêm của BN.

5. KẾT LUẬN

Kĩ thuật cắt hót dưới niêm mạc qua nội soi là phương pháp hiệu quả và an toàn để điều trị ung thư giai đoạn sớm và tổn thương tiền ung thư ống tiêu hóa, mang lại tỉ lệ khỏi bệnh cao, bảo tồn cấu trúc giải phẫu và chức năng của cơ quan, giảm thiểu sang chấn, biến chứng và thời gian hồi phục sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu này thấy 100% bệnh nhân được can thiệp thành công và không có trường hợp nào gặp biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bray F, Ferlay J, et al. (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA Cancer J Clin.*, 68 (6): 394-424.
- Ono H, Yao K, et al. (2016), "Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer", *Dig Endosc.*, 28 (1): 3-15.
- Sano Y, Tanaka S, et al. (2016), "Narrow-band imaging (NBI) magnifying endoscopic classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team", *Dig Endosc.*, 28 (5): 526-33.
- Endoscopy Group Paris, et al. (2005), "Update on the paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract", *Endoscopy*, 37 (6): 570-8.
- Lê Thị Kim Liên và CS (2019), "Nhận xét kết quả chẩn đoán và điều trị ung thư sớm OTH tại Bệnh viện Bãi Cháy", *Hội nghị Nội soi tiêu hóa toàn quốc lần 4*, 25-26.
- La Vĩnh Phúc và CS (2023), "Kết quả ứng dụng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị ung thư sớm và thương tổn tiền ung thư OTH", *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*, 90-91.
- Nguyễn Thế Phương và CS (2022), "Nhận xét hiệu quả kĩ 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", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 5 (15): 17-21.
- Trần Đức Cảnh và CS (2020), *Đánh giá, kết quả điều trị ung thư dạ dày sớm bằng phương pháp cắt hót dưới niêm mạc qua nội soi ống mềm*, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Yao K, Uedo N, et al. (2017), "Development of an e-learning system for teaching endoscopists how to diagnose early gastric cancer: basic principles for improving early detection", *Gastric Cancer*, 20 (Suppl 1): 28-38.
- Ferlitsch M, et al. (2024), "Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: ESGE 2024 guideline update", *Endoscopy*, 2024, PubMed+10esge.com.
- Kaltenbach T, Burke C.A, Rex D.K, et al. (2020), "Endoscopic removal of colorectal lesions - Recommendations by the US MultiSociety Task Force on Colorectal Cancer", *Gastroenterology*, 2020 Mar; 158 (4): 1095-1129.
- Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, et al. (2020), "Recommendations for follow-up after colonoscopy and polypectomy: A consensus update by the US MultiSociety Task Force on Colorectal Cancer", *Gastrointestinal Endoscopy/ Gastroenterology/Am J Gastroenterol*, 2020; 158 (4):1131-1153.e5.
- Chow C.W.S, Fung T.L.D, Chan P.T, Kwok K.H (2023), "Endoscopic submucosal dissection for colorectal polyps: outcome determining factors", *Surg Endosc*, 2023; 37 (2): 1293-1302. doi:10.1007/s00464-022-09672-2. □