

# CA LÂM SÀNG ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG TIỀN UNG THƯ DẠ DÀY BẰNG CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 4, QUÂN KHU 4

Lê Thị Thủy<sup>1\*</sup>  
Nguyễn Ngọc Nam<sup>1</sup>, Nguyễn Tăng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Giới thiệu ca bệnh tổn thương tiền ung thư dạ dày, điều trị thành công bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh trên 1 trường hợp tổn thương tiền ung thư dạ dày, điều trị thành công bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi, tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

**Kết quả:** Người bệnh là nam giới, 65 tuổi, tổn thương tiền ung thư dạ dày kích thước 2x2 cm ở mặt trước hang vị, phân loại Paris type 0-IIa+IIc. Nội soi dải tần hẹp ghi nhận tổn thương có ranh giới rõ, biến đổi cấu trúc mạch máu và cấu trúc bề mặt. Mô bệnh học trước và sau can thiệp xác định loạn sản biểu mô tuyến độ cao. Áp dụng điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi; diện cắt bên và diện cắt đáy âm tính với tổn thương u; thời gian can thiệp 40 phút. Sau can thiệp 5 ngày, người bệnh ổn định, ra viện. Sau can thiệp 3 tháng, kiểm tra thấy diện cắt liền sẹo tốt, chưa ghi nhận tái phát.

**Kết luận:** Kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi ít xâm lấn, có thể cắt trọn tổn thương, đánh giá chính xác mô bệnh học tổn thương và diện cắt, nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư dạ dày giai đoạn sớm.

**Từ khóa:** Cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi, ung thư dạ dày giai đoạn sớm, tiền ung thư dạ dày.

## CASE REPORT: A PREMALIGNANT GASTRIC LESION SUCCESSFULLY TREATED BY ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION (ESD) AT MILITARY HOSPITAL 4, MILITARY REGION 4

**Objectives:** To describe the clinical characteristics, paraclinical findings, and treatment outcomes of an early gastric lesion managed by endoscopic submucosal dissection (ESD) at Military Hospital 4, Military Region 4, Vietnam.

**Subjects and Methods:** We report a 65-year-old male patient with a lesion located on the anterior wall of the gastric antrum, classified as Paris type 0-IIa+IIc, measuring 2x2 cm. Narrow-band imaging (NBI) endoscopy showed a well-demarcated lesion with abnormal microvascular and microsurface patterns. Pre-intervention histopathology revealed high-grade glandular epithelial dysplasia. The patient was treated using the conventional ESD technique.

**Results:** Post-procedural histopathology confirmed high-grade glandular epithelial dysplasia. Both lateral and vertical margins were negative for neoplastic involvement. The procedure time was 40 minutes. The patient remained clinically stable and was discharged after 5 days. Follow-up endoscopy at 3 months showed good scar healing at the resection site with no evidence of recurrence.

**Conclusions:** ESD is a minimally invasive and effective technique that enables en bloc resection, accurate histopathological assessment, and margin evaluation, thereby improving the diagnosis and treatment of precancerous lesions and early gastric cancer.

**Keywords:** endoscopic submucosal dissection; ESD; early gastric cancer; premalignant gastric lesion.

Chịu trách nhiệm nội dung: Lê Thị Thủy, SĐT: 0978712809; Email: lethuyvmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/01/2026; mời phản biện khoa học: 02/2026; chấp nhận đăng: 07/4/2026

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh lí ác tính phổ biến trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, tỉ lệ mới mắc và tỉ lệ tử vong của UTDD đứng

hàng thứ 5 trong các bệnh ung thư thường gặp [1]. Do vậy, việc phát hiện sớm các tổn thương tiền ung thư (loạn sản độ thấp, loạn sản độ cao) và ung thư giai đoạn sớm góp phần làm tăng hiệu quả điều trị [2].

UTDD sớm được định nghĩa là tổn thương ung thư tại lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, không kể đến tình trạng di căn hạch. Ở Nhật Bản, loạn sản độ cao được xếp vào ung thư giai đoạn sớm và có chỉ định cắt bỏ qua nội soi [3]. Cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic submucosal dissection - ESD) là kỹ thuật can thiệp hiện đại được lựa chọn để điều trị triệt căn các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm, cho phép cắt cả khối tổn thương, chẩn đoán chính xác qua mô bệnh học, bảo toàn giải phẫu và sinh lý dạ dày. Nhiều nghiên cứu tại châu Á chỉ ra rằng, ESD làm tăng tỉ lệ cắt bỏ hoàn toàn tổn thương và giảm tái phát tại chỗ so với các phương pháp can thiệp nội soi trước đó [4]. Bệnh viện Quân y 4 (Quân khu 4) là một trong những bệnh viện tuyến quân khu đã triển khai thành công kỹ thuật ESD, hướng tới can thiệp tối thiểu và hiệu quả cao cho những người bệnh (NB) UTDD sớm.

Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp NB tổn thương tiền ung thư dạ dày, được can thiệp thành công bằng kỹ thuật ESD, tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

## 2. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP CA BỆNH

NB nam giới, 65 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2 (duy trì thuốc uống thường xuyên), suy tim, đột quỵ não cũ. NB có hút thuốc lá, không uống rượu bia, không có tiền sử người thân trực hệ mắc ung thư ống tiêu hóa.

- Triệu chứng cơ năng: NB đau bụng âm ỉ vùng thượng vị, không gây sút cân, không rối loạn tiêu hóa.

- Khám thực thể: NB tỉnh, không sốt, thể trạng trung bình, bụng mềm, không chướng, ấn thượng vị đau, thăm trực tràng phân vàng.

- Cận lâm sàng:

+ Nội soi dạ dày: mặt trước hang vị có tổn thương nổi gồ, lõm trung tâm, type 0-IIa+IIc (phân loại Paris), kích thước 2x2 cm, bề mặt đỏ hơn niêm mạc xung quanh, không quy tụ niêm mạc, không chảy máu tự nhiên, ranh giới không rõ ràng. Trên nội soi dải tần ánh sáng hẹp (Narrow band imaging - NBI): tổn thương ranh giới rõ, biến đổi cấu trúc mạch máu và cấu trúc bề mặt. Sinh thiết tổn thương 2 mảnh làm mô bệnh học. Test *H. Pylori* dương tính.

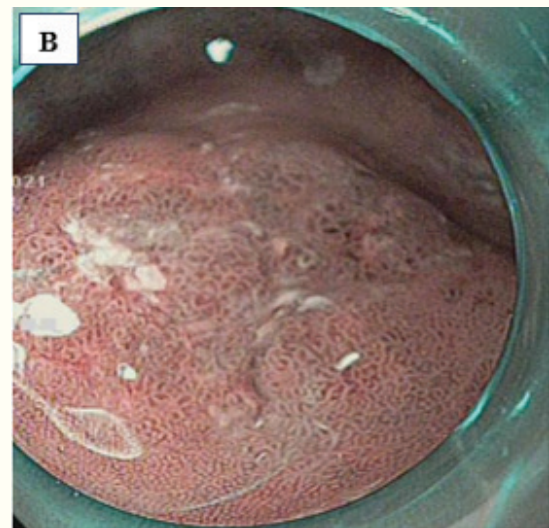
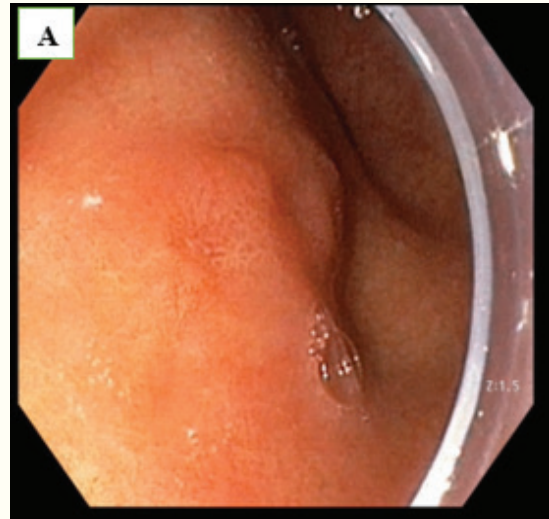
+ Xét nghiệm: bạch cầu 8,67 G/L; hồng cầu 4,82 T/L; tiểu cầu 285 G/L; đông máu PT 95%; glucose máu 6,8 mmol/l.

+ Mô bệnh học trước cắt ESD: loạn sản biểu mô tuyến độ cao, xâm nhập lớp niêm mạc.

+ Siêu âm ổ bụng và CT.scanner: không có hình ảnh bất thường, không thấy xâm lấn.

- Chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị: NB được chẩn đoán UTDD giai đoạn sớm và chỉ định can thiệp bằng kỹ thuật ESD.

- Tiến hành nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng đánh giá toàn bộ tổn thương. Nội soi ánh sáng trắng, nội soi NBI xác định ranh giới tổn thương, cấu trúc bề mặt và cấu trúc mạch máu.



Hình 1. Hình ảnh tổn thương qua nội soi ánh sáng trắng và nội soi NBI (A: Tổn thương qua nội soi ánh sáng trắng; B: Tổn thương qua nội soi NBI).

- Các bước tiến hành kỹ thuật ESD:

+ Xác định ranh giới tổn thương. Đánh dấu quanh chu vi tổn thương, sử dụng dao kim với đốt điện (hiệu ứng 3, công suất 40W), tạo các nốt khoảng cách 5 mm và ở phía ngoài viền tổn thương khoảng 5 mm.

+ Tiêm nâng lớp dưới niêm mạc: tiêm dung dịch cao phân tử (Voluven 6%) vào hạ niêm mạc cho tổn thương nổi lên tại nhiều vị trí quanh tổn thương, mỗi vị trí khoảng 2-5 ml; tiêm phía xa trước, phía gần sau. Trong quá trình tiêm, thấy tổn thương được nâng lên tốt.

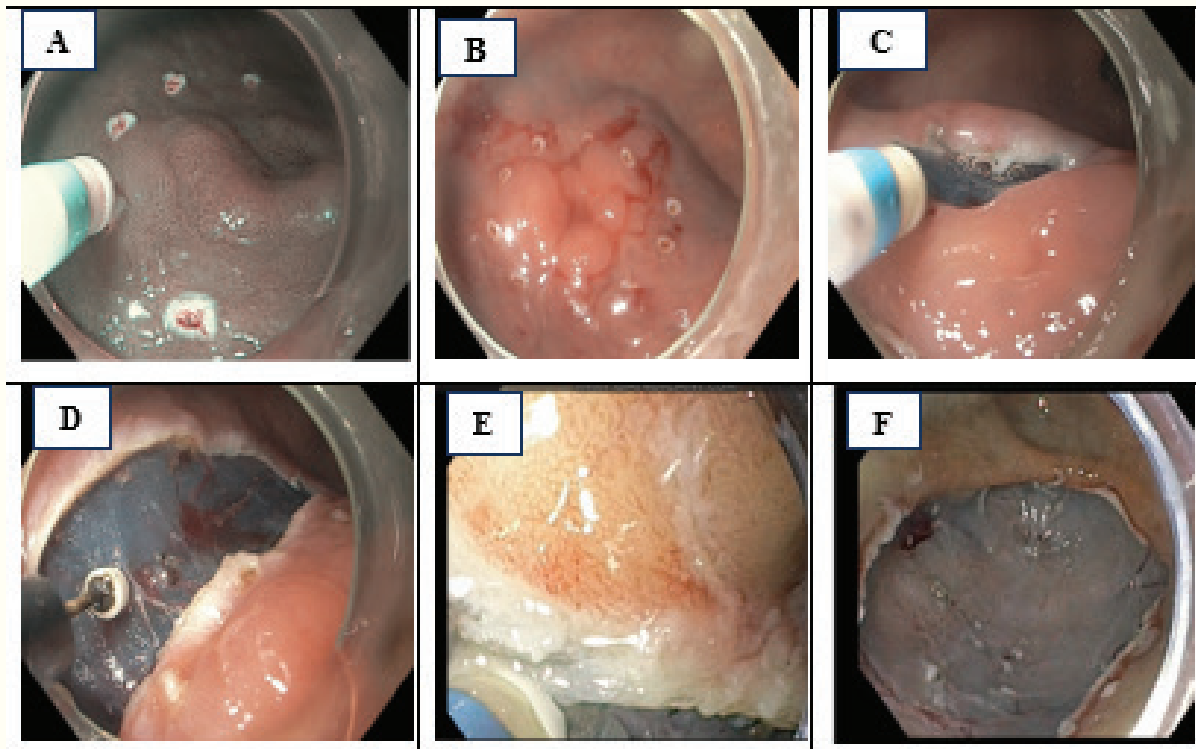
+ Rạch niêm mạc ban đầu và rạch chu vi: tạo lỗ mở niêm mạc và cắt rạch niêm mạc vòng quanh chu vi tổn thương bằng dao IT - Knife (cắt từ phía đầu xa đến phía đầu gần của tổn thương, cách phía ngoài điểm đánh dấu 5 mm).

+ Cắt tách dưới niêm mạc: sử dụng nắp chụp (Cap) để bộc lộ phẫu trường. Dùng dao IT - Knife bóc tách song song với lớp cơ. Bóc tách từ rìa vào trung tâm hoặc theo hướng trọng lực để tổn thương tự tách ra. Nguyên tắc: luôn duy trì lớp đệm dưới niêm mạc bằng cách tiêm bổ sung nếu cần. Trong

lúc cắt, chú ý tránh mạch máu và tiến hành đốt các mạch máu nổi rõ bằng coagrasper.

+ Kiểm soát diện cắt và cầm máu dự phòng: sau khi lấy bệnh phẩm, quan sát kỹ toàn bộ diện cắt. Phát hiện có nhiều mạch máu lộ, sử dụng kim cầm máu (Coagrasper) để đốt điện dự phòng chảy máu muộn sau thủ thuật. Kiểm tra và không phát hiện lỗ thủng.

+ Dùng rọ lấy bệnh phẩm, cố định bệnh phẩm và gửi Khoa Giải phẫu bệnh.



Hình 2. Quy trình thực hiện kỹ thuật ESD trên NB (A: Đánh dấu; B: Tiêm nâng lớp hạ niêm mạc; C: Tạo lỗ mở niêm mạc; D: Cắt vòng chu vi tổn thương; E: Cắt tách dưới niêm mạc; F: Kiểm soát diện cắt và cầm máu).

- Kết quả kỹ thuật: thời gian can thiệp kéo dài 40 phút. Sau can thiệp, NB ổn định, bụng mềm, không đau, đại tiện phân vàng. Cho NB ăn lỏng nguội sau 24 giờ. Điều trị tiết trừ *H. pylori* theo đơn ngoại trú. Sau can thiệp kỹ thuật 5 ngày, đánh giá toàn trạng NB ổn định, cho NB ra viện.

- Kết quả mô bệnh học sau can thiệp: loạn sản biểu mô tuyến độ cao. Diện cắt bên và diện cắt đáy không có u.

- Tái khám sau can thiệp 3 tháng: nội soi dạ dày cho thấy diện cắt liền sẹo tốt; không phát hiện tái phát; test *H. pylori*: âm tính.

### 3. BÀN LUẬN

Ung thư đường tiêu hóa, đặc biệt là UTDD giai đoạn sớm thường có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, không đặc hiệu. Theo khuyến cáo của Liên

Chi hội nội soi tiêu hóa Việt Nam, cần nội soi tầm soát đối với những đối tượng có yếu tố nguy cơ cao của UTDD [2]. Ca lâm sàng này tổn thương ở hang vị, phù hợp với các nghiên cứu (tổn thương tiền ung thư và UTDD thường gặp ở hang vị). Vị trí này dễ bị kích thích và viêm mạn tính khi tiếp xúc với *H. pylori* hoặc dịch mật trào ngược; là nơi thường xảy ra tình trạng viêm teo, dị sản ruột, góp phần vào quá trình hình thành ung thư [2].

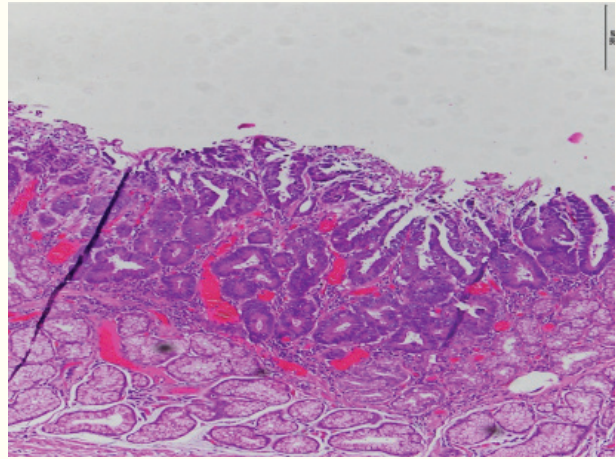
Trên nội soi ánh sáng trắng, tổn thương được nhận diện qua thay đổi hình thái bề mặt niêm mạc, đổi màu niêm mạc và chảy máu tự nhiên. NB có test *H. pylori* dương tính (là yếu tố nguy cơ quan trọng của UTDD). Phần lớn loạn sản độ cao và ung thư sớm phát triển trên một nền niêm mạc có yếu tố nguy cơ cao như nhiễm *H. pylori*, viêm teo, dị sản ruột. Theo Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế (International Agency for Research on Cancer -

IARC), nhiễm *H. pylori* được xếp vào nhóm yếu tố nguy cơ sinh ung thư số 1. Hơn 95% NB UTDD phát hiện có nhiễm *H. pylori*. Việc diệt trừ *H. pylori* sẽ làm giảm nguy cơ gây UTDD [2].

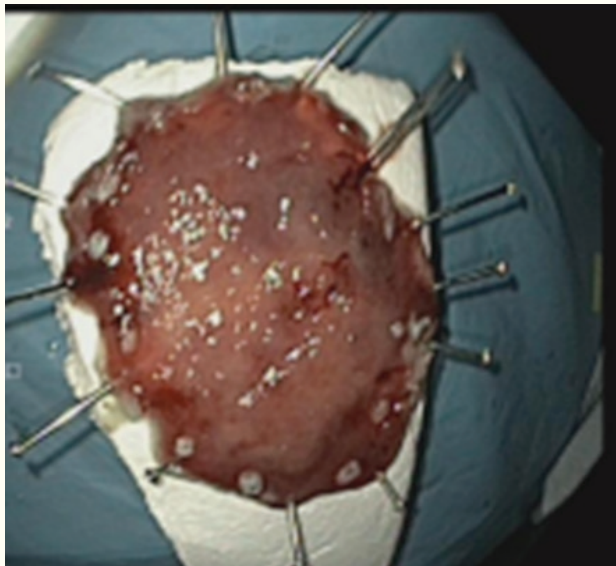
Hiện nay, phân loại đại thể các tổn thương tiền ung thư và UTDD giai đoạn sớm được áp dụng rộng rãi nhất là hệ thống phân loại Paris (2002) [5]. Các tổn thương bề mặt (loại 0) được phân loại là polyp, không polyp và loét. Type 0-I là các tổn thương dạng polyp, dạng cục hay nhú, nhưng mao phát triển nổi lên trên niêm mạc (gồm: 0-I<sub>s</sub> và 0-I<sub>p</sub>). Type 0-II là các tổn thương dạng không polyp (gồm type 0-II<sub>a</sub>: hơi lồi; type 0-II<sub>b</sub>: phẳng; type 0-II<sub>c</sub>: hơi lõm; type 0-III: tổn thương loét; type hỗn hợp: kết hợp của hai type, như type II<sub>a</sub> + II<sub>c</sub> hoặc II<sub>c</sub> + II<sub>a</sub>). Trong báo cáo của chúng tôi, tổn thương trên NB thuộc type 0-II<sub>a</sub> + II<sub>c</sub>. Đây là type có hình thái rõ rệt, kết hợp giữa gờ nhẹ và lõm, thường gặp trong ung thư biểu mô tuyến biệt hóa tốt hoặc tổn thương loạn sản mức độ cao, với đặc điểm hình ảnh học dễ nhận biết khi nội soi NBI [2].

“Tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán ung thư đường tiêu hóa sớm hiện vẫn là kết quả mô bệnh học mẫu sinh thiết qua nội soi. Nội soi NBI giúp đánh giá cấu trúc mạch máu và bề mặt, nhằm dự đoán mô bệnh học, là cơ sở sinh thiết chính xác tổn thương cũng như lên kế hoạch điều trị cho NB [2]. Ca lâm sàng của chúng tôi được nội soi chẩn đoán và sinh thiết theo quy trình. Tổn thương có ranh giới rõ, bất thường về cấu trúc mạch máu và bề mặt. Mô bệnh học trước và sau ESD trùng khớp, cho thấy NBI rất có giá trị trong định hướng sinh thiết chính xác tổn thương.

Cắt hút niêm mạc qua nội soi (Endoscopic mucosal resection - EMR) là kỹ thuật điều trị ung thư giai đoạn sớm và các loạn sản ở dạ dày với tổn thương nhỏ (dưới 2 cm), áp dụng ngày càng rộng rãi ở các nước trên thế giới. Ung thư xâm nhập lớp dưới niêm mạc có nguy cơ cao di căn hạch nên không được xem xét chỉ định. Những tổn thương dạ dày đáp ứng tiêu chí chỉ định kỹ thuật EMR là: giới hạn ở niêm mạc; kích thước dưới 2 cm; tổn thương phẳng hoặc lõm, không có loét hoặc sẹo loét. Tuy nhiên, EMR có liên quan đến nguy cơ tái phát cục bộ, đặc biệt khi phẫu thuật cắt bỏ không hoàn toàn. Trên thực tế, tỉ lệ cắt bỏ en-bloc của kỹ thuật EMR ngay cả với những tổn thương nhỏ cũng không đạt tới 70%; kết quả cắt bỏ không hoàn toàn và toàn phần có thể dẫn đến tái phát tại chỗ. Nguy cơ tái phát tại chỗ sau EMR dao động từ 2-35% [6]. ESD được phát triển để khắc phục những hạn chế của EMR với các tổn thương có kích thước lớn hơn [7].



Hình 3. Mô bệnh học mẫu bệnh phẩm sau cắt ESD (loạn sản biểu mô tuyến độ cao).



Hình 4. Bệnh phẩm sau cắt ESD và diện cắt sau can thiệp.



Hình 5. Kết quả nội soi diện cắt ESD dạ dày sau thực hiện kỹ thuật 3 tháng.

Tổn thương trên ca lâm sàng này là một tổn thương tân sinh; kích thước tổn thương xấp xỉ 2x2 cm; bề mặt tổn thương lõm và trung tâm tổn thương lõm; phân loại type 0-IIa+IIc; trên ánh sáng NBI, có bất thường cấu trúc mạch máu và bề mặt. NB có chỉ định và được tiến hành kĩ thuật ESD để chẩn đoán và điều trị.

Kết quả sinh thiết sau cắt cho thấy là tổn thương loạn sản biểu mô tuyến độ cao. Đây là dạng tổn thương ung thư sớm và việc loại bỏ tổn thương bằng kĩ thuật ESD là cần thiết. Ở trường hợp NB này, các đặc điểm như tuổi cao, có nhiều bệnh lí nền nặng, việc phát hiện sớm tổn thương và cắt bỏ qua nội soi tạo cơ hội giúp NB tránh được một cuộc phẫu thuật. Đồng thời, thời gian thủ thuật ngắn, thời gian nằm viện ngắn, hạn chế chi phí điều trị. Sau cắt, mẫu bệnh phẩm được đánh giá mô bệnh học chính xác, kiểm tra diện cắt bên và diện cắt đáy không có tế bào u. Việc cắt trọn khối tổn thương giúp hạn chế tỉ lệ tái phát. Đây cũng là ưu điểm vượt trội của kĩ thuật ESD so với EMR. Trong một nghiên cứu lớn ở Hàn Quốc, tỉ lệ cắt ESD toàn khối và cắt hoàn toàn tương ứng là 95,3% và 87,7% [8]. Tỉ lệ không tái phát trong 5 năm và sống trên 5 năm của ESD tương ứng là 99% và 95%. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của phẫu thuật [8]. Mặt khác, biến chứng chủ yếu của ESD là chảy máu và thủng. Tỉ lệ chảy máu và thủng sau cắt ESD là 2-4% [9]. Ở trường hợp NB của chúng tôi, tổn thương có kích thước không lớn, vị trí tương đối thuận lợi; sau cắt, chúng tôi đã cầm máu bằng dụng cụ cầm máu chuyên dụng và theo dõi sát nên đã hạn chế được các biến chứng trên.

#### 4. KẾT LUẬN

ESD là kĩ thuật đạt hiệu quả cao trong điều trị tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm đường tiêu hóa. Đây là phương pháp can thiệp tối thiểu, ít xâm lấn, giúp người bệnh tránh được cuộc phẫu thuật lớn, giảm thời gian nằm viện và chi phí điều trị, song, vẫn bảo toàn được giải phẫu và chức năng sinh lí dạ dày.

Đây là trường hợp người bệnh đầu tiên được can thiệp điều trị ung thư sớm dạ dày bằng kĩ thuật ESD, tại Bệnh viện Quân y 4 (Quân khu 4). Trường hợp người bệnh này tuổi cao, có nhiều bệnh lí nền mạn tính. Kĩ thuật được thực hiện trong điều kiện cơ sở vật chất, hệ thống máy nội soi của bệnh viện tuyến quân khu còn chưa được trang bị tối ưu. Tuy nhiên, quá trình can thiệp vẫn diễn ra thuận lợi, nhanh chóng và đạt hiệu quả tốt. Kết quả này định hướng thực hiện kĩ thuật cho những ca bệnh tương tự tại Bệnh viện Quân y 4 (Quân khu 4) và các bệnh viện tuyến cuối quân khu trong thời gian tiếp theo.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Freddie Bray, Mathieu Laversanne, Hyuna Sung et al., "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(3), pp. 229-263, 2024.
2. Liên chi hội Nội soi tiêu hóa Việt Nam, *Hướng dẫn chẩn đoán ung thư đường tiêu hóa trên*, 2024.
3. Tadashige Murakami, "Pathological diagnosis-definition and gross classification of early gastric cancer", *Gann Monogr Cancer Res*, 11, pp. 53-55, 1971
4. Satoshi Tanabe, Kenji Ishido, Katsuhiko Higuchi 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*, 17(1), pp. 130-136, 2014.
5. R Lambert, "The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002", *Gastrointest Endosc*, 58, pp. 3-43, 2003.
6. Toshihiro Kojima, Adolfo Parra-Blanco, Hiroshi Takahashi et al., "Outcome of endoscopic mucosal resection for early gastric cancer: review of the Japanese literature", *Gastrointestinal endoscopy*, 48(5), pp. 550-554, 1998.
7. Naomi Kakushima, Mitsuhiro Fujishiro, "Endoscopic submucosal dissection for gastrointestinal neoplasms", *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 14(19), p. 2962, 2008.
8. Il-Kwun Chung, Jun Haeng Lee, Suck-Ho Lee et al., "Therapeutic outcomes in 1000 cases of endoscopic submucosal dissection for early gastric neoplasms: Korean ESD Study Group multicenter study", *Gastrointestinal endoscopy*, 69(7), pp. 1228-1235, 2009.
9. Ji Yong Ahn, Hwoon-Yong Jung, Kee Don Choi et al., "Endoscopic and oncologic outcomes after endoscopic resection for early gastric cancer: 1370 cases of absolute and extended indications", *Gastrointestinal endoscopy*, 74(3), pp. 485-493, 2011. □