OUTCOMES OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION FOR COLORECTAL LESIONS AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Phan Thi Dieu Linh[1], Hoang Manh Thang[2,3]

[1]*Hanoi Oncology Hospital - 42A Thanh Nhan, Bach Mai Ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*K Quan Su Hospital - 43 Quan Su, Cua Nam Ward, Hanoi, Vietnam*
[3]*Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam*

Received 08/07/2026
Revised 24/08/2026; Accepted 18/11/2026

SUMMARY

Objective: To evaluate the outcomes of endoscopic submucosal dissection (ESD) for colorectal lesions at Hanoi Oncology Hospital from January 2025 to April 2026.

Subjects and Methods: A total of 50 patients with precancerous colorectal lesions and early colorectal cancer who underwent ESD at the Department of Endoscopy and Functional Exploration, Hanoi Oncology Hospital, between January 2025 and April 2026 were included in this study.

Results: All resected specimens (100%) demonstrated tumor-free resection margins, indicating the high effectiveness of ESD in the treatment of early colorectal cancer lesions.

Conclusion: Endoscopic submucosal dissection (ESD) is an effective and safe method for the treatment of precancerous lesions and early-stage colorectal cancer.

Keywords: LST, ESD.

*Corresponding author
Email: phanlinhhmu@gmail.com **Phone**: (+84) 349727233 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7116

KẾT QUẢ CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC TỔN THƯƠNG ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Phan Thị Diệu Linh[1], Hoàng Mạnh Thắng[2,3]

[1]Bệnh viện Ung bướu Hà Nội - 42A Thanh Nhàn, phường Bạch Mai, TP Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện K Quán Sứ - Số 43 Quán Sứ, phường Cửa Nam, TP Hà Nội, Việt Nam
[3]Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, TP Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08/07/2026
Ngày chỉnh sửa: 24/08/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá kết quả cắt tách dưới niêm mạc tổn thương đại trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 4 năm 2026.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tổng số 50 bệnh nhân có tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm đại trực tràng tại khoa Nội soi - Thăm dò chức năng- Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội được thực hiện cắt tách dưới niêm mạc từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 4 năm 2026.

Kết quả: Tất cả 100% các bệnh phẩm của chúng tôi đều cho kết quả các diện cắt không còn u, cho thấy hiệu quả cao của ESD đối với các tổn thương ung thư sớm đại trực tràng.

Kết luận: Phương pháp ESD là phương pháp hiệu quả, an toàn trong điều trị các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm ở đại trực tràng.

Từ khóa: LST, ESD.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính thường gặp với tỷ lệ mắc mới và tử vong cao. Việc phát hiện và điều trị sớm các tổn thương đại trực tràng là chìa khóa để cải thiện hiệu quả điều trị, tỷ lệ sống sau 5 năm, giảm bớt gánh nặng về chi phí và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Trong những năm 1990, kĩ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) được phát triển. ESD có ưu điểm cắt bỏ toàn khối (en-bloc) với các tổn thương kích thước lớn trên 20mm. Wang và cs (2014) so sánh giá trị của phương pháp ESD và EMR trên 1642 tổn thương cho thấy tỉ lệ cắt bỏ toàn khối u của ESD cao gấp 7,94 lần EMR, tỉ lệ tái phát chỉ bằng 1/11 lần so với EMR, trong khi đó đặc điểm trên mô bệnh học và biến chứng tương đồng giữa hai phương pháp [15]. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là đánh kết quả điều trị ESD những tổn thương đại trực tràng tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

50 bệnh nhân có tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm tại khoa Nội soi – Thăm dò chức năng bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 4 năm 2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân tuổi > 18, có tổn thương đại trực tràng được chỉ định điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định của ESD như: Ung thư di căn hạch hoặc các cơ quan khác, ung thư có dấu hiệu xâm lấn, hay tình trạng toàn thân không đủ điều kiện thực hiện thủ thuật.

2.2. Kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc ESD

2.2.1. Đánh giá trước thực hiện

Đánh giá cẩn thận khối u thông qua nội soi phóng đại có NBI qua bảng phân loại JNET để dự đoán bản chất mô bệnh học cũng như độ xâm lấn dưới niêm mạc.

Cần thiết sử dụng siêu âm nội soi (EUS) để đánh giá độ xâm lấn của khối u.

Nên tránh sinh thiết trước khi làm thủ thuật vì có thể gây xơ tổn thương và gây khó khăn trong quá trình can thiệp.

2.2.2. Chuẩn bị bệnh nhân

Bệnh nhân được xét nghiệm: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, chụp XQ tim phổi, đo chức năng hô hấp, ĐTĐ, siêu âm tim.

2.2.3. Chuẩn bị dụng cụ

Hệ thống máy nội soi.

Nguồn cắt đốt

Dao cắt: Dual Knife, IT knife, kim tiêm nội soi.

Dung dịch bơm phồng Volulyte 6%.

Chất nhuộm màu: Indigo Carmin

2.2.4. Quy trình cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi

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 5mm bằng dao Dual Knife (Olympus).

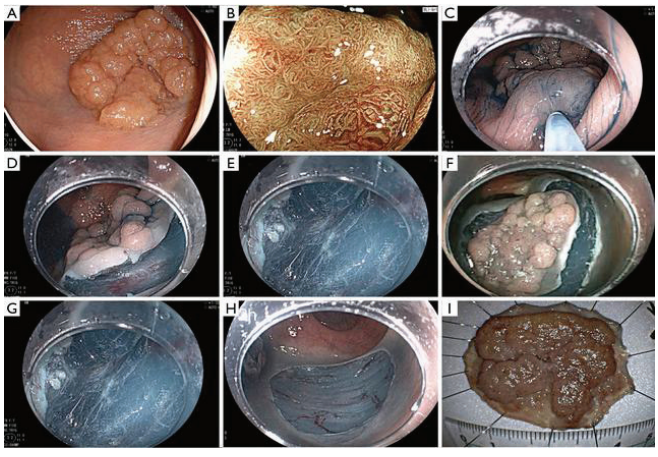
Bước 3: Tiêm phồng (Injection) dưới niêm mạc bằng dung dịch Volulyte 6%.

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

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

Bước 6: Phẫu tích dưới niêm mạc (Dissection) bằng dao IT Knife hoặc dao Dual knife.

*Tác giả liên hệ
Email: phanlinhhmu@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 349727233 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7116



Hình 1. Các bước can thiệp cắt tách dưới niêm mạc

2.2.5. Xử lí ổ loét

Quan sát ổ loét để phát hiện lỗ thủng và mạch máu bị lộ

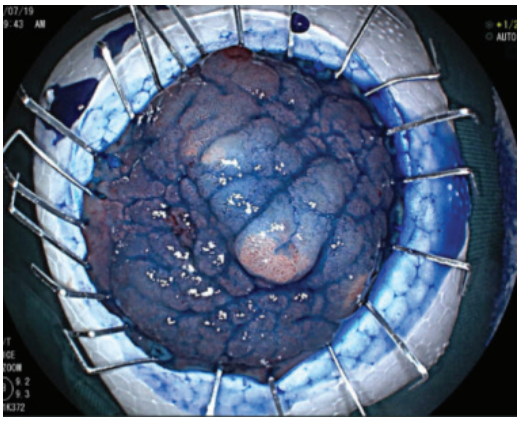
Nếu nghi ngờ thủng phải đóng ngay bằng kẹp Clip

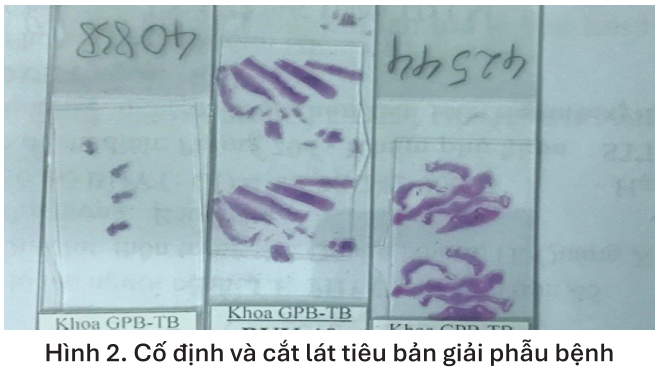
Nếu có chảy máu cầm máu qua nội soi bằng Clip, kẹp cầm máu chuyên dụng và/ hoặc Argon plasma

Nếu có mạch máu to bị lộ thì phải can thiệp qua nội soi để phòng ngừa chảy máu muộn bằng kẹp Clip, kẹp cầm máu chuyên dụng và/ hoặc Argon plasma

2.2.6. Xử lí bệnh phẩm sau ESD:

Bệnh phẩm sau cắt được kéo giãn và cố định vào tấm xốp bằng ghim nhỏ. Bước này giúp các bác sĩ giải phẫu bệnh làm tiêu bản có chất lượng tốt.





Hình 2. Cố định và cắt lát tiêu bản giải phẫu bệnh

2.2.7. Điều trị sau can thiệp ESD:

Bệnh nhân được điều trị nội khoa như một trường hợp loét đại tràng.

2.3. Phương pháp:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.3.2. Xử lý số liệu:

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3.3. Đạo đức nghiên cứu:

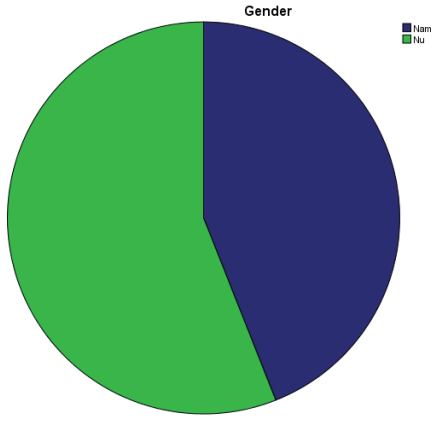
Nghiên cứu được thực hiện hồi cứu, đảm bảo tính bảo mật thông tin và quyền lợi của người bệnh. Nghiên cứu đã được Hội đồng thông qua đề cương Luận văn Thạc sĩ theo Quyết định số 4072/QĐ-ĐHYHN ngày 04/7/2025 của Đại học Y Hà Nội.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh theo tuổi (n=50)

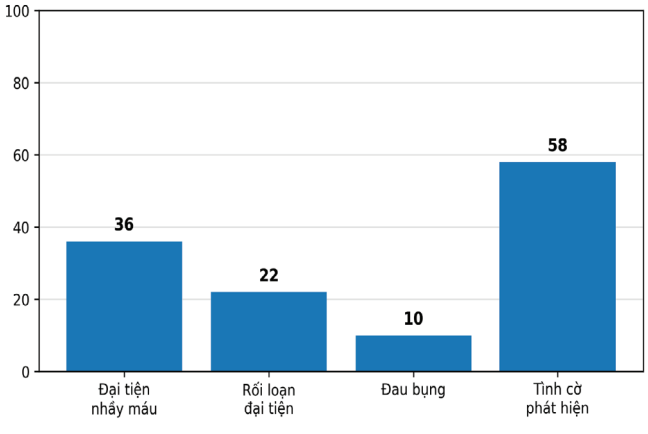
Nhóm tuổi	n	%
≤39	1	2
40 - 49	2	4
50- 59	8	16
≥60	39	78
Tổng số	50	100
Tuổi trung bình (Min-max)	65,8±9,8 (35-88)	

Nhận xét: Nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 78%, tiếp theo là nhóm tuổi từ 50-59 chiếm 16%. Nhóm tuổi dưới 40 tuổi và 40-49 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 2% và 4%. Tuổi trung bình là 65,8±9,8, tuổi cao nhất là 88 tuổi, thấp nhất là 35 tuổi.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nam và nữ mang tổn thương đại trực tràng

Nhận xét: Tỉ lệ nam trong nghiên cứu này là 44%, thấp hơn nữ 56 %.



Biểu đồ 2. Triệu chứng cơ năng

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được tình cờ phát hiện khi khám sức khỏe có tỷ lệ cao nhất 58%. Có 10% bệnh nhân có dấu hiệu đau bụng.

Bảng 2. Vị trí tổn thương

Vị trí	n	%
Trực tràng	28	56
Đại tràng sigma	6	12
Đại tràng xuống	4	8
Đại tràng ngang	2	4
Đại tràng lên	9	18
Manh tràng	1	2
Tổng	50	100

Nhận xét: Vị trí hay gặp tổn thương được can thiệp ESD nhất là trực tràng chiếm 56%. Vị trí gặp ít nhất đó là manh tràng chiếm 2%.

Bảng 3. Kích thước tổn thương

Kích thước tổn thương (mm)	n	%
≤ 29	13	26
30-39	25	50
≥ 40	12	24
Tổng số	50	100
X±SD (min-max)	32,8±10,5 (14-70)	

Nhận xét: Kích thước tổn thương hay gặp nhất là 30-39 mm chiếm 50%. Kích thước tổn thương ít gặp nhất là nhóm kích thước từ ≥ 40 mm chiếm 24%. Tổn thương nhỏ nhất là 14mm và tổn thương lớn nhất là 70mm. Kích thước trung bình của tổn thương 32,8±10,5mm.

Bảng 4. Phân bố hình thái tổn thương

Hình thái tổn thương	n	%
0-Is	13	26
LST-G	29	58
LST-NG	8	16
Tổng số	50	100

Nhận xét: Hình thái tổn thương hay gặp nhất là dạng hạt LST-G chiếm tỷ lệ 58%, tổn thương dạng không hạt LST-NG chiếm tỷ lệ ít nhất là 16%.

Bảng 5. Kết quả điều trị ESD

Kết quả điều trị ESD	n	%
Cắt cả khối (En-bloc)	50	100
Cắt từng mảnh	0	0
Tổng số	50	100

Nhận xét: Tỷ lệ cắt cả khối trong nghiên cứu là 100%. Không có ca nào (0%) cắt từng mảnh.

Bảng 6. Biến chứng sau điều trị ESD (n=50)

Biến chứng		n	%
Thủng đại tràng	Có	05	10
	Không	45	90
Chảy máu sau ESD	Có	1	2
	Không	49	98
Tổng		50	100

Nhận xét: Có 5 ca (10%) thủng đại tràng, tuy nhiên, lỗ thủng nhỏ <0,5cm, được xử lý bằng kẹp clip, sau can thiệp, bệnh nhân được điều trị kháng sinh và nhịn ăn, tình trạng ổn định, không phải chuyển phẫu thuật. Có 1 ca (2%) chảy máu sau khi can thiệp ESD, được xử lý bằng kẹp clip ổn định.

Bảng 7. Kết quả diện cắt bệnh phẩm ESD

Diện cắt	n		%
Diện cắt đáy	Âm tính	50	100
	Dương tính	0	0
Diện cắt bên	Âm tính	50	100
	Dương tính	0	0
Tổng	50		100

Nhận xét: 100% trường hợp diện cắt đáy và diện cắt bên không còn u.

Bảng 8. Kết quả mô bệnh học

Kết quả giải phẫu bệnh	n	%
U tuyến loạn sản độ thấp	21	42
U tuyến loạn sản độ cao (Tis)	20	40
Ung thư biểu mô tuyến T1a	9	18
Ung thư biểu mô tuyến T1b	0	0
Tổng số	50	100

Nhận xét: Có 9 ca ung thư biểu mô tuyến T1a chiếm 18%. Tỷ lệ u tuyến loạn sản độ thấp (42%) gần ngang bằng tỷ lệ u tuyến loạn sản độ cao (40%). Không có ca nào ung thư biểu mô tuyến T1b.

Bảng 9. Tỉ lệ tái phát u sau 3 tháng

	n	%
Tái phát	0	0
Không còn u	50	100
Tổng	50	100

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào tái phát u sau 3 tháng.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 65,8±9,8, thấp nhất 35 tuổi và cao nhất 88 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là trên 60 tuổi chiếm 78% và nhóm tuổi từ 50 đến 59 tuổi chiếm 16%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Terasaki và cs (2012) [1]. Tác giả phân tích trên 269 bệnh nhân có tổn thương khối u phát triển bên, tuổi trung bình là 65. Một nghiên cứu khác của Jeong và cs (2019) trên 210 bệnh nhân, cho thấy tuổi trung bình là 65,3±10,1 tuổi, thấp nhất 40 tuổi, cao nhất 87 tuổi [2]. Tại Việt Nam, theo Nguyễn Kiến Dụ và cs (2017), tuổi trung bình của 145 bệnh nhân bị ung thư đại trực tràng là 57,6 tuổi, trong đó, nhóm từ 60-69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất ở nam với 23,4%, ở nữ là nhóm từ 50-59 tuổi với 19,3%. Như vậy, kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với các tác giả. Theo nhóm nghiên cứu, tuổi mắc bệnh ung thư đại trực tràng và các tổn thương ung thư sớm thường gặp trên 50 tuổi, trong đó, nhóm trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao hơn. Với sự phát triển của các phương pháp khám sàng lọc hiện nay, đặc biệt là sự hỗ trợ chẩn đoán của các máy nội soi hiện đại và kinh nghiệm của bác sĩ, các khối u có thể phát hiện sớm hơn. Ngoài ra, có thể do ý thức tầm soát ung thư đại trực tràng khác nhau ở các khu vực.

Về giới tính, tỷ lệ nam là 44% và tỷ lệ nữ là 56%. Kết quả này tương tự với Chu Văn Đức và cs (2015) trên 174 bệnh nhân UTĐTT, tỉ lệ nam là 46%, thấp hơn nữ 54% [3]. Nghiên cứu của Bùi Ánh Tuyết và cs (2017) trên 65 bệnh nhân UTĐTT cho thấy, tỉ lệ nam là 58,5% cao hơn nữ 41,5% [4]. Một nghiên cứu khác của Nguyễn Kiến Dụ và cs (2017)

trên 145 bệnh nhân UTĐTT cũng cho thấy nam nhiều hơn nữ (53,1% và 46,9%) [5]. Sự khác biệt về phân bố giới tính giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến sự khác nhau về cỡ mẫu, đặc điểm dân số nghiên cứu, tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng và bối cảnh thu nhận bệnh nhân tại từng cơ sở.

Về triệu chứng lâm sàng, nhóm bệnh nhân không có triệu chứng, tình cờ đi khám chiếm phần lớn 58%, người bệnh đến khám với triệu chứng đi ngoài phân máu là chiếm 36%. Hai triệu chứng đau bụng hoặc rối loạn đại tiện lần lượt chiếm tỷ lệ là 10% và 22%. Theo Nguyễn Kiến Dụ (2017), đau bụng và đi ngoài phân máu là hai dấu hiệu phổ biến nhất ở bệnh nhân UTĐTT, trong đó có sự khác biệt về triệu chứng giữa các vị trí tổn thương, ung thư trực tràng thường gặp về dấu hiệu phân máu (83%) [5]. Có lẽ nghiên cứu của chúng tôi trên đối tượng có các tổn thương tiền ung thư và ung thư sớm nên gặp bệnh nhân không triệu chứng, phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe định kỳ nhiều nhất.

Vị trí gặp tổn thương thường gặp là trực tràng chiếm 56%. Nghiên cứu của Kobayashi và cs (2020) thực hiện trên 1236 trường hợp u tuyến đại trực tràng hoặc ung thư sớm loại LST có kích thước từ 20mm trở lên và được điều trị bằng ESD, tác giả nhận thấy trực tràng là vị trí gặp tỷ lệ cao nhất 26% [6]. Như vậy kết quả này phù hợp với xu hướng ghi nhận trên nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước.

Kích thước tổn thương hay gặp nhất là 30-39mm chiếm 50%. Kích thước tổn thương ít gặp nhất là nhóm kích thước từ ≥ 40 mm chiếm 24%. Tổn thương nhỏ nhất là 14mm và tổn thương lớn nhất là 70mm. Kích thước trung bình của tổn thương 32,8± 10,5mm. Theo một nghiên cứu đa trung tâm tại Nhật Bản do Kobayashi và cs thực hiện, kích thước khối u trung bình là 35mm [6]. Nghiên cứu của tác giả Hideyuki Chiba và cs (2017) trên 246 bệnh nhân, kích thước trung bình của khối u là 29mm, nhỏ hơn của chúng tôi [7]. Nhóm nghiên cứu cho rằng kích thước khối u trung bình rất đa dạng, tùy thuộc vào từng vùng và từng quần thể hoặc tùy theo giai đoạn của bệnh. Khám và soi đại tràng định kỳ nên được tầm soát và triển khai rộng để phát hiện sớm các tổn thương khi kích thước còn chưa phát triển lớn.

Hình thái tổn thương hay gặp nhất là dạng hạt LST-G chiếm tỷ lệ 58%, tổn thương dạng LST-NG chiếm tỷ lệ ít nhất là 16%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Tomoya Saito và cs (2019) tiến hành trên 286 bệnh nhân được làm ESD đại trực tràng, tổn thương dạng hạt LST-G chiếm 68% và loại không hạt LST-NG chiếm 32%. [8]

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cắt cả khối (En-bloc) là 100%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với Choi (2015) và cs cho kết quả en-bloc là 72,5% [9], Yang và cs (2019) cho tỷ lệ là 82,5% [10]. Kết quả này cũng tương đương so với các nghiên cứu đến từ Nhật Bản với tỷ lệ en-bloc lên đến 99,6% trong nghiên cứu của Chiba (2017) và cộng sự [7]. Tỷ lệ en-bloc của ESD là một tiêu chuẩn rất quan trọng trong việc chẩn đoán cũng như điều trị các tổn thương đại trực tràng. Với sự phát triển về kĩ thuật cũng như các phương tiện chẩn đoán hỗ trợ rất nhiều trong chẩn đoán và tiên lượng thì tỷ lệ thành công của phương pháp ngày càng cao, đem lại hiệu quả lớn trong việc chẩn đoán và điều trị các tổn thương tại đại trực tràng.

Các biến chứng chính trong quá trình điều trị ESD là thủng và chảy máu. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ thủng đại tràng là 10%, tuy nhiên lỗ thủng nhỏ <0,5cm, được xử lý bằng kẹp clip, sau can thiệp, bệnh nhân được điều trị kháng sinh và nhịn ăn, tình trạng ổn định, không phải chuyển phẫu thuật. Thủng đại trực tràng là một trong những biến chứng được quan tâm nhất do thành đại trực tràng rất mỏng, tổn thương đại trực tràng gặp nhiều kích thước lớn. Theo các nghiên cứu đa trung tâm tại Nhật Bản do Nakajima và Kobayashi thực hiện cho thấy tỷ lệ thủng từ 2% đến 10,7% [11][12]. ESD là một can thiệp chuyên sâu đòi hỏi kinh nghiệm và kĩ thuật rất cao của các bác sĩ nội soi. Tỷ lệ thủng của chúng tôi so với các nghiên cứu đến từ Nhật Bản là khá cao. Có thể do kinh nghiệm đến từ các nhà nội soi Nhật Bản và kỹ thuật ESD đã ứng dụng sớm nhất tại Nhật Bản.

Chảy máu xảy ra trong thủ thuật rất thường xuyên gặp vì bất kể thủ thuật xâm lấn nào đều có thể gây chảy máu ở các mức độ khác nhau. Với sự phát triển mạnh về kĩ thuật thì những chảy máu trong can thiệp thường được các bác sĩ nội soi xử lý ngay trong quá trình can thiệp. Chảy máu muộn được xem là một biến chứng đáng lo ngại nhất vì khi đó bệnh nhân đã can thiệp xong, việc theo dõi khó khăn. Chảy máu chậm có thể gây nên bởi nhiều các nguyên nhân khác nhau đến từ bệnh nhân như: tuổi, giới, các bệnh đi kèm như: tăng huyết áp, đái tháo đường, các bệnh về máu hay bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông và các yếu tố liên quan đến khối u như: vị trí tổn thương, kích thước khối u, mô học của khối u và các phương tiện được trang bị trong cuộc nội soi. Nghiên cứu hiện tại ghi nhận 1 trường hợp (2%) chảy máu muộn sau làm ESD 7 giờ. Các thao tác cắt không tránh được việc tác động đến những mạch máu quanh khối u tuy nhiên bệnh nhân đã được xử lí qua cầm máu bằng kẹp nhiệt (hemostatic forceps) và clip mà không phải chuyển mổ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng trong báo cáo và nghiên cứu của Chiba và cs (2017) tỷ lệ chảy máu là 2,7%.[13]

Diện cắt đáy và diện cắt bên của tổn thương: Tất cả 100% các bệnh phẩm của chúng tôi đều cho kết quả các diện cắt đều không còn u cho thấy hiệu quả cao của ESD đối với các tổn thương ung thư sớm đại trực tràng. Trong khi thực hiện thủ thuật chúng tôi thực hiện đúng trong hướng dẫn khi cắt xa tổn thương 5mm và tiêm nâng tổn thương để có thể đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, lấy được hết tổn thương, đảm bảo diện cắt không còn u.

Nghiên cứu hiện tại cho thấy tỷ lệ loạn sản mức độ thấp chiếm 42%, loạn sản độ cao chiếm 40%, ung thư biểu mô tuyến T1a là 18% và không ghi nhận trường hợp nào là ung thư biểu mô tuyến T1b. Theo Myung và cộng sự, nghiên cứu thực hiện năm 2017 trên tổng số 566 bệnh nhân được làm ESD và kết quả phân tích mô bệnh học sau can thiệp của các tổn thương u tuyến thì tổn thương loạn sản độ thấp chiếm tỷ lệ cao là 64% và loạn sản độ cao chiếm tỷ lệ 20,3% [14]. Chúng tôi cho rằng, tỷ lệ R0 và en-bloc cao như vậy là do các tổn thương khi can thiệp được chẩn đoán và tiên lượng kĩ trước khi làm nội soi. Có thể thấy rằng, ESD đã mang lại hiệu quả rất lớn trong việc điều trị tổn thương đại trực tràng đặc biệt là các tổn thương tân sản còn đang trong giai đoạn đầu, ngăn chặn tiến triển thành loạn sản độ cao cũng như ung thư của tổn thương. Vì vậy, việc tầm soát ung thư đại trực tràng để phát hiện sớm các tổn thương và ứng dụng ESD đã làm giảm tỷ lệ cũng như sự tiến triển của ung thư đại tràng hiện nay.

Bảng 9 cho thấy không có ca can thiệp ESD nào trong nghiên cứu hiện tại có tái phát u đánh giá trên hình ảnh nội soi sau 3 tháng. Kết quả can thiệp cho thấy phương pháp can thiệp ESD là ưu việt hơn so với cắt EMR như trước đây, ESD có ưu thế cắt bỏ trọn khối tổn thương, hạn chế tối đa tỷ lệ tái phát u. Wang và cs (2014) so sánh giá trị của phương pháp ESD và EMR trên 1642 tổn thương cho thấy tỉ lệ cắt bỏ toàn khối u của ESD cao gấp 7,94 lần EMR, tỉ lệ tái phát chỉ bằng 1/11 lần so với EMR.[15]

5. KẾT LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân: Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (56%), đa phần có độ tuổi > 60 (78%). Vị trí tổn thương hay gặp nhất là ở trực tràng chiếm 56%. Kích thước tổn thương đa phần 30-39mm. Hình thái tổn thương hay gặp nhất là LST-G (58%)

Tỷ lệ cắt cả khối là 100%. Tất cả các trường hợp đều có diện cắt đáy và diện cắt bên không còn u. Tỷ lệ loạn sản mức độ thấp chiếm phần lớn 42%, loạn sản độ cao chiếm 40%, ung thư biểu mô tuyến T1a là 18%, không có trường hợp nào ung thư biểu mô tuyến T1b. Kết quả đánh giá trên hình ảnh nội soi sau 3 tháng không phát hiện ca tái phát.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Terasaki M, Tanaka S, Oka S, et al. Clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for laterally spreading tumors larger than 20 mm. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2012;27(4):734-740.

[2] Jeong Y-H, Lee J, Kim S-W, Seo G-S, Kim H-S, Joo Y-E. Clinicopathological feature and treatment outcome of patients with colorectal laterally spreading tumors treated by endoscopic submucosal dissection. *Intestinal research*. 2019;17(1):127.

[3] Chu Văn Đức. *Nghiên cứu bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch và mối liên quan với đặc điểm mô bệnh học trong ung thư biểu mô đại trực tràng*. Hà Nội, Đại học Y Hà Nội; 2015.

[4] Bùi Ánh Tuyết. *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng đột biến gen KRAS trong ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện K*. Luận án Tiến sĩ y học. Hà Nội, Đại học Y Hà Nội; 2017.

[5] Nguyễn Kiến Dụ. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đột biến gen KRAS, BRAF ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng*. Hà Nội, Đại học Y Hà Nội; 2017.

[6] Kobayashi K, Tanaka S, Murakami Y, et al. Predictors of invasive cancer of large laterally spreading colorectal tumors: A multicenter study in Japan. *JGH Open*. 2020;4(1):83-89.

[7] Chiba H, Tachikawa J, Kurihara D, et al. Safety and efficacy of simultaneous colorectal ESD for large synchronous colorectal lesions. *Endoscopy international open*. 2017;5(7):E595.

[8] Saito T, Kobayashi K, Sada M, et al. Comparison of the histopathological characteristics of large colorectal laterally spreading tumors according to growth pattern. *Journal of the anus, rectum and colon*. 2019;3(4):152-159. doi:10.23922/jarc.2018-036.

[9] Choi JY, Jung S, Shim K-N, et al. Meta-analysis of predictive clinicopathologic factors for lymph node metastasis in patients with early colorectal carcinoma. *Journal of Korean medical science*. 2015;30(4):398-406. doi:10.3346/jkms.2015.30.4.398.

[10] Yang D, Aihara H, Perbtani YB, et al. Safety and efficacy of endoscopic submucosal dissection for rectal neoplasia: a multicenter North American experience. *Endoscopy international open*. 2019;7(12):E1714.

[11] Nakajima T, Saito Y, Tanaka S, et al. Current status of endoscopic resection strategy for large, early colorectal neoplasia in Japan. *Surg Endosc*. 2013;27(9):3262-3270. doi:10.1007/s00464-013-2872-1

[12] Kobayashi N, Yoshitake N, Hirahara Y, et al. Matched case-control study comparing endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for colorectal tumors. *J Gastroenterol Hepatol*. 2012;27(4):728-733. doi:10.1111/j.1440-1746.2011.06942.

[13] Chiba H, Ohata K, Tachikawa J, Arimoto J, Ashikari K, Kuwabara H, et al. Delayed bleeding after colorectal endoscopic submucosal dissection: When is emergency colonoscopy needed? *Dig Dis Sci*. 2019;64(3):880-887. doi:10.1007/s10620-018-5310-2

[14] Myung D-S, Kweon S-S, Lee J, et al. Clinicopathological features of laterally spreading colorectal tumors and their association with advanced histology and invasiveness: An experience from Honam province of South Korea: A Honam Association for the Study of Intestinal Diseases (HASID). *PloS one*. 2017;12(10):e0184205.

[15] Wang J, Zhang X-H, Ge J, Yang C-M, Liu J-Y, Zhao S-L. Endoscopic submucosal dissection vs endoscopic mucosal resection for colorectal tumors: a meta-analysis. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2014;20(25):8282.