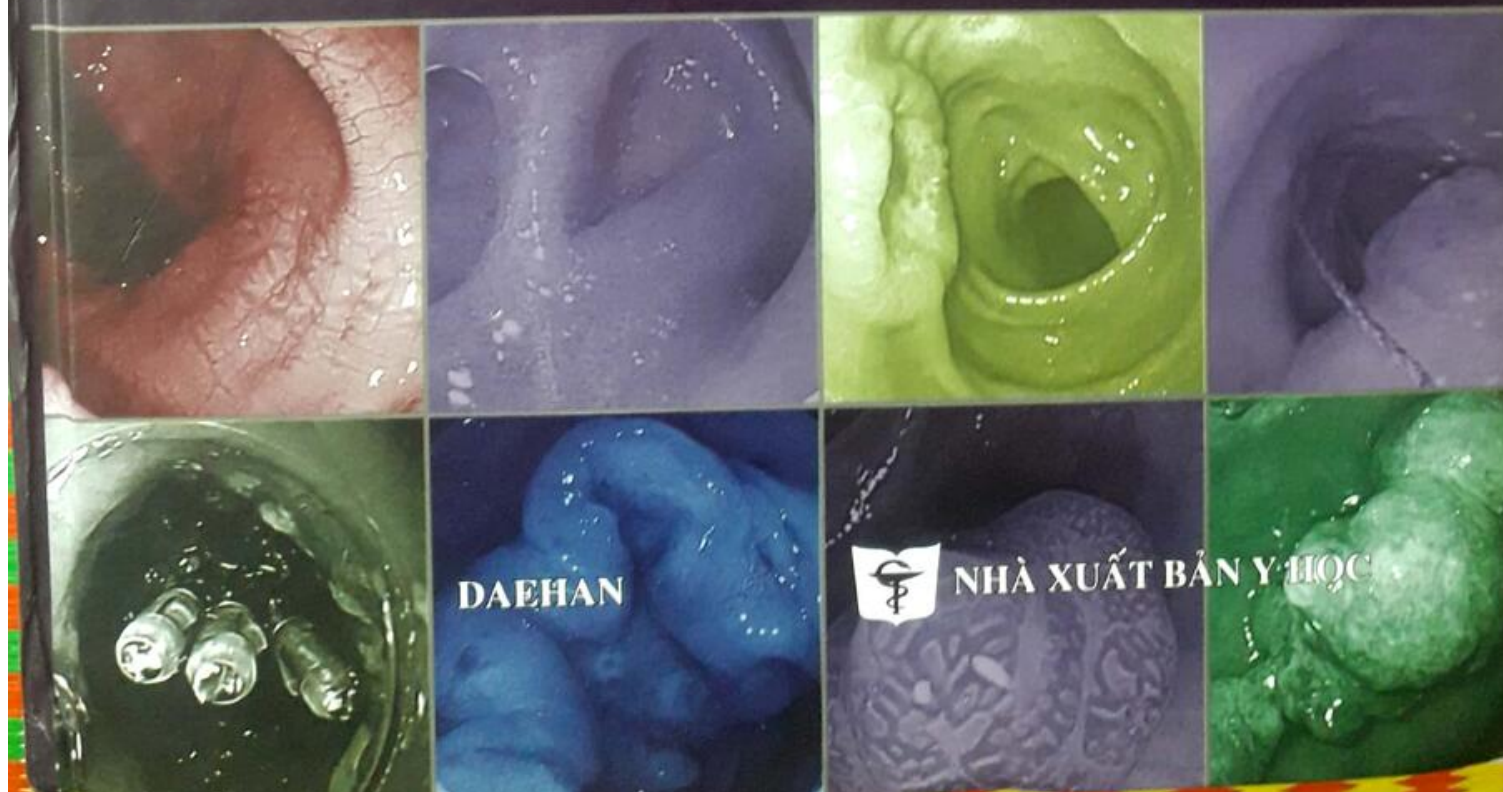




Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Hàn Quốc
The Korean Society of Gastrointestinal Endoscopy

Atlas Nội soi Tiêu hóa

Atlas of Gastrointestinal Endoscopy



DAEHAN



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Nội soi tiêu hóa trên

(Upper gastrointestinal endoscopy)

Phần 1 Tổng quan (Overview)

1. Cấu tạo của dây soi (Structure of the endoscope)	2
2. Yêu cầu chuyên môn của bác sỹ nội soi (Qualification of the endoscopist)	4
3. Những việc cần làm/lưu ý trước khi nội soi dạ dày (Checkpoints before upper gastrointestinal endoscopy)	5
4. Các thuốc dùng trước khi nội soi tiêu hóa (Premedication for upper gastrointestinal endoscopy)	11
5. Quy trình rửa, khử khuẩn máy nội soi và các dụng cụ dùng trong nội soi tiêu hóa (Reprocessing and infection)	13
6. Kỹ thuật nội soi tiêu hóa trên (Standard technique of upper gastrointestinal endoscopy)	17
7. Hình ảnh nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng bình thường (Normal findings of the upper gastrointestinal endoscopy)	21
8. Các dụng cụ cần thiết dùng trong nội soi đường tiêu hóa trên (Necessities for upper gastrointestinal endoscopy)	23

Phần 2 Các bệnh lý thực quản (Esophageal Diseases)

1. Viêm thực quản do nhiễm khuẩn (Infectious esophagitis)	26
1) Viêm thực quản do nấm Candida (Candida esophagitis)	26
2) Viêm thực quản do Cytomegalovirus (CMV esophagitis)	28
3) Viêm thực quản do virus Herpes (Herpetic esophagitis)	30
4) Viêm thực quản do lao (Tuberculous esophagitis)	32
2. Viêm thực quản không do nhiễm khuẩn (Non-infectious esophagitis)	34
1) Tổn thương thực quản trong bệnh Behçet (Esophageal involvement of Behçet's disease)	34
2) Viêm thực quản do tia xạ (Radiation-induced esophagitis)	35
3) Viêm thực quản do thuốc (Pill-induced esophagitis)	36
4) Viêm thực quản do hóa chất ăn mòn (Corrosive esophagitis)	38
5) Viêm thực quản do tăng bạch cầu ái toan hay bạch cầu ưa acid (Eosinophilic esophagitis) ..	39
3. U dưới niêm mạc thực quản (Esophageal submucosal tumor)	42
1) U cơ (Leiomyoma)	42
2) U tế bào hạt (Granular cell tumor)	44
4. Thoát vị (Hiatal hernia)	46
5. Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (Gastroesophageal reflux disease)	50

6. Barrett thực quản (Barrett's esophagus).....	59
7. Giãn tĩnh mạch thực quản (Esophageal varix)	63
8. Các bệnh thực quản lành tính khác (Various benign esophageal diseases).....	67
1) Túi thừa (Diverticulum).....	67
2) Vòng Schatzki (Shatzki ring).....	68
3) Web (Web).....	69
4) Co thắt thực quản lan tỏa (Diffuse esophageal spasm).....	70
5) Thực quản ở người già (Senile esophagus).....	70
6) Co thắt tâm vị (Achalasia)	71
7) Rách tâm vị Mallory-Weiss (Mallory-Weiss tear)	73
8) Niêm mạc dạ dày lạc chỗ (Heterotopic gastric mucosa)	74
9) Lắng đọng glycogen (Glycogen acanthosis).....	75
10) U nhú (Papilloma)	76
11) Các tổn thương sau phẫu thuật (Post-operative findings)	77
9. Ung thư bề mặt thực quản (Superficial esophageal cancer).....	78
10. Ung thư thực quản tiến triển (Advanced esophageal cancer)	84

Phần 3 Các bệnh/tổn thương dạ dày lành tính (Benign Gastric Lesions/Diseases)

1. Viêm dạ dày cấp (Acute gastritis)	90
2. Viêm dạ dày mạn tính (Chronic gastritis)	95
3. Loét dạ dày lành tính (Benign gastric ulcer)	99
4. Chẩn đoán phân biệt ổ loét lành tính và ác tính (Differential diagnosis between benign and malignant ulcers)	107
5. Tổn thương dạ dày trên bệnh nhân dùng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) (Gastric lesions in NSAID users).....	114
6. U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal stromal tumor - GIST).....	119
7. U dưới niêm mạc ngoài u GIST (Submucosal tumor other than GIST)	124
1) U dưới niêm mạc, u dưới biểu mô (Submucosal tumor, Subepithelial tumor).....	124
2) U carcinoid (Carcinoid tumor)	125
3) U cuộn mạch (Glomus tumor).....	129
4) U cơ (Leiomyoma)	130
5) Tụy lạc chỗ (Pancreatic rest, Ectopic pancreas)	132
6) U mỡ (Lipoma).....	134
7) U tế bào Schwann (Schwannoma)	135
8) Polyp xơ viêm (Inflammatory fibrinoid polyp)	137
9) Chẩn đoán phân biệt các khối u dưới niêm mạc dạ dày (Differential diagnosis of gastric submucosal tumors).....	139

Mục lục

8. U tuyến dạ dày (Gastric adenoma)	141
9. Các tổn thương lành tính khác ở dạ dày (Various benign gastric diseases).....	152
1) Giãn tĩnh mạch dạ dày (Gastric varix)	152
2) Bệnh dạ dày do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (Portal hypertensive gastropathy)	153
3) Giãn mạch hang vị dạ dày (Gastric antral vascular ectasia (GAVE))	154
4) Loạn sản mạch (Angiodysplasia)	154
5) Chảy máu tổn thương Dieulafoy (Bleeding from Dieulafoy lesion).....	155
6) Viêm dạ dày, tá tràng do tia xạ (Radiation-induced gastroduodenitis).....	156
7) Túi thừa dạ dày (Gastric diverticulum).....	157
8) Chứng thoái hóa tinh bột (Amyloidosis)	157

Phần 4 Các bệnh và tổn thương ác tính ở dạ dày (Malignant Gastric Lesions/Diseases)

1. Ung thư dạ dày sớm thể phẳng và lõm (Elevated and flat type early gastric cancer)	160
2. Ung thư dạ dày sớm thể lõm (Depressed type early gastric cancer)	171
3. Ung thư dạ dày tiến triển không phải type Borrmann IV (Advanced gastric cancer other than Borrmann type IV).....	177
4. Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type IV (Borrmann type IV advanced gastric cancer)	185
5. Chẩn đoán phân biệt ung thư dạ dày giai đoạn sớm (EGC) và ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển (AGC) (Differential diagnosis between early gastric cancer – EGC and advanced gastric cancer – AGC).....	193
6. U lympho dạ dày ác tính (Gastric lymphoma)	201
7. Ung thư di căn ở dạ dày (Metastatic cancer found in the stomach)	210

Phần 5 Các bệnh hành tá tràng, tá tràng (Diseases of the Duodenum)

1. Loét tá tràng (Duodenal ulcer)	214
2. Các tổn thương dạng polyp ở tá tràng (Polypoid lesions of the duodenum).....	229
1) Polyp tăng sản (Hyperplastic polyp).....	230
2) Quá phát tuyến Bruner (Brunner's gland hyperplasia)	231
3) Polyp viêm (Inflammatory polyp).....	233
4) Quá phát nang lympho (Lymphoid hyperplasia).....	233
5) Niêm mạc dạ dày lạc chỗ (Heterotopic gastric mucosa)	234
3. Các khối u dưới niêm mạc tá tràng (Duodenal submucosal tumor)	235
1) Nang (Cyst).....	236
2) U mô đệm đường tiêu hóa GIST (Gastrointestinal stromal tumor)	237
3) U mỡ (Lipoma).....	239
4) U cơ (Leiomyoma)	240
5) Tụy lạc chỗ (Heterotopic pancreas).....	240

6) U bạch mạch (Lymphangioma).....	241
7) U carcinoid (Carcinoid tumor)	242
8) Chẩn đoán phân biệt (Differential diagnosis)	243
4. Ung thư và u tuyến tá tràng (Duodenal adenoma and cancer)	244
5. Các bệnh của bóng Vater (Diseases of the ampulla of Vater).....	252
6. Các tổn thương khác ở tá tràng (Various duodenal lesions)	258
1) Túi thừa tá tràng (Duodenal diverticulum)	258
2) Rò ống mật chủ – tá tràng (choledochoduodenal fistula)	260
3) Bệnh Crohn (Crohn's disease).....	261
4) Loạn sản mạch (Angiodysplasia)	261
5) Giãn tĩnh mạch tá tràng (Duodenal varix).....	262
6) Ban xuất huyết Henoch-Schönlein (Henoch-Schönlein purpura)	262
7) Dị vật tá tràng (Duodenal foreign body).....	263
8) Các tổn thương khác ở tá tràng (Others)	264
7. Các bệnh do ký sinh trùng (Parasitic diseases).....	265
1) Bệnh giun tròn Anisakiasis (Anisakiasis).....	265
2) Bệnh giun đũa (Ascariasis)	266
3) Bệnh sán lá gan nhỏ (Clonorchiasis)	267

Phần 6 Nội soi điều trị (Therapeutic Endoscopy)

1. Điều trị các tổn thương tân sản đường tiêu hóa trên qua nội soi (Endoscopic resection of upper gastrointestinal neoplastic lesions)	270
1) Cắt polyp (Polypectomy)	270
2) Cắt hớt niêm mạc qua nội soi (Endoscopic mucosal resection – EMR).....	277
3) Cắt dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic submucosal dissection (ESD))	285
4) Cắt khối u dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic resection of subepithelial tumors).....	292
2. Xử trí chảy máu đường tiêu hóa trên qua nội soi (Endoscopic hemostasis of upper gastrointestinal bleeding)	299
3. Điều trị hẹp đường tiêu hóa trên qua nội soi (Endoscopic treatment of upper gastrointestinal strictures).....	316
1) Nong tổn thương hẹp lành tính bằng ống nong cứng (Bougienage for treatment of benign stricture).....	316
2) Nong tổn thương hẹp lành tính bằng bóng (Balloon dilation for benign stricture)	320
3) Đặt stent cho những tổn thương hẹp ác tính (Stent insertion for malignant stricture)	324
4. Lấy dị vật qua nội soi (Foreign body extraction).....	332
5. Mở thông dạ dày qua da dưới nội soi (Percutaneous endoscopic gastrostomy – PEG)	338

Nội soi đại tràng (Colonoscopy)

Phần 1 Tổng quan (Overview)

1. Cấu tạo của dây soi đại tràng (Structure of the endoscope)..... 346
2. Yêu cầu chuyên môn của bác sỹ nội soi đại tràng (Qualification of the endoscopist)..... 347
3. Những việc cần làm/lưu ý trước khi soi đại tràng (Checkpoints before colonoscopy) 348
4. Chuẩn bị đại tràng và các thuốc dùng trước khi nội soi (Bowel preparation and premedication)..... 353
5. Quy trình rửa, khử khuẩn máy nội soi và các dụng cụ dùng trong nội soi tiêu hóa (Reprocessing and infection) 356
6. Kỹ thuật nội soi đại tràng (Standard technique of colonoscopy) 360
7. Các dụng cụ cần thiết dùng trong nội soi đại tràng (Necessities for colonoscopy) 366

Phần 2 Hình ảnh nội soi đại tràng bình thường (Normal Findings and Normal Variations)

1. Hình ảnh nội soi đại trực tràng bình thường (Normal findings)..... 370
 - 1) Hậu môn và trực tràng (Anus and rectum) 370
 - 2) Đại tràng sigma (Sigmoid colon) 372
 - 3) Đại tràng xuống (Descending colon)..... 374
 - 4) Đại tràng ngang (Transverse colon) 376
 - 5) Đại tràng góc gan (Hepatic flexure)..... 377
 - 6) Đại tràng lên (Ascending colon) 378
 - 7) Vùng hồi – manh tràng (Ileocecal area)..... 379
 - 8) Rút dây soi (Withdrawing the colonoscope) 381
2. Các hình ảnh bình thường khác (Normal variant finding)..... 384
 - 1) Nang lympho (Lymphoid follicle)..... 384
 - 2) Loét áp tơ (Aphthous ulcer)..... 385
 - 3) Hình ảnh do máy soi gây ra (Iatrogenic findings) 386
 - 4) Hình ảnh đè đẩy từ bên ngoài (Extrinsic compression)..... 387
 - 5) Hình ảnh đại tràng sau phẫu thuật (Postoperative findings) 390

Phần 3 Bệnh viêm đại trực tràng (Inflammatory Diseases)

1. Viêm loét đại trực tràng chảy máu (Ulcerative colitis)..... 394
2. Viêm loét đại trực tràng chảy máu và ung thư đại trực tràng (Ulcerative colitis and colorectal cancer) 400
3. Bệnh Crohn (Crohn's disease)..... 404
4. Bệnh Behçet (Behçet's disease) 410
5. Lao ruột (Intestinal tuberculosis)..... 415
6. Viêm đại tràng do nhiễm khuẩn (Infectious colitis)..... 420
7. Viêm đại tràng do thuốc kháng sinh, viêm đại tràng giả mạc (Antibiotic-associated colitis, Pseudomembranous colitis) 425

8. Viêm đại tràng do thuốc chống viêm không steroid (Nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID) – induced colitis).....	428
9. Viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ (Ischemic colitis).....	431
10. Viêm đại tràng do tia xạ (Radiation – induced colitis)	434
11. Viêm ruột do tăng bạch cầu ái toan (Eosinophilic enteritis).....	437

Phần 4 Polyp đại trực tràng (Colorectal Polyps)

1. Polyp đại trực tràng (Colorectal Polyp).....	440
2. Polyp biểu mô (Epithelial polyp).....	442
1) Polyp u tuyến (Adenomatous polyp).....	442
2) Polyp tăng sản (Hyperplastic polyp).....	447
3) Polyp u mô thừa (Hamartomatous polyp).....	448
4) Polyp viêm (Inflammatory polyp).....	450
3. Polyp không biểu mô (Non-epithelial polyp)	451
1) U carcinoid (Carcinoid tumor)	452
2) U bạch mạch (Lymphangioma).....	454
3) U mỡ (Lipoma)	455
4) U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal stromal tumor (GIST))	457
5) U cơ (Leiomyoma)	458
6) Các polyp không biểu mô khác (Other non-epithelial polyps).....	459
4. Hội chứng đa polyp (Polyposis syndrome).....	461
1) Bệnh đa polyp u tuyến gia đình (Familial adenomatous polyposis (FAP))	462
2) Hội chứng Peutz-Jeghers (Peutz-Jeghers syndrome)	464
3) Bệnh đa polyp Juvenile (Juvenile polyposis).....	466
4) Hội chứng Cowden (Cowden syndrome)	467
5) Hội chứng Cronkhite-Canada (Cronkhite-Canada syndrome).....	469
6) Bệnh đa polyp tăng sản (Hyperplastic polyposis)	471
7) Bệnh đa polyp viêm (Inflammatory polyposis)	472
8) Bệnh đa polyp mũ (Cap polyposis).....	473
9) Bệnh đa polyp lympho ác tính (Multiple lymphomatous polyposis)	474
10) Quá phát nang lympho (Lymphoid hyperplasia)	475
11) Nang khí thành ruột (Pneumatosis cystoides intestinalis)	476

Phần 5 Các khối u ác tính (Malignant Tumors)

1. Ung thư đại trực tràng (Colorectal cancer).....	478
2. Ung thư đại trực tràng giai đoạn sớm (Early colorectal cancer)	488
3. U lympho ác tính (Malignant lymphoma)	499
4. Các tổn thương ác tính khác (Various malignant tumors)	502

Mục lục

Phần 6 Bệnh túi thừa và các tổn thương mạch máu (Diverticular Diseases and Vascular Lesions)

1. Bệnh túi thừa (Diverticulosis) 506
2. Chảy máu túi thừa (Diverticular bleeding) 509
3. Viêm túi thừa (Diverticulitis) 510
4. Loạn sản mạch (Angiodysplasia) 512
5. U máu, dị dạng động – tĩnh mạch (Hemangioma, Arterio-venous malformation) 517

Phần 7 Các tổn thương khác của đại tràng (Other Colorectal Lesions)

1. Bệnh đại tràng nhiễm hắc tố Melanosis Coli (Melanosis coli) 522
2. Bệnh do tạng ghép chống lại vật chủ (Graft-versus-host disease) 524
3. Chứng thoái hóa tinh bột (Amyloidosis) 526
4. Viêm ruột thừa cấp (Acute appendicitis) 528
5. Ruột thừa lộn ngược (Inverted appendix) 529
6. U nhầy ruột thừa (Appendiceal mucocoele) 530

Phần 8 Các tổn thương ở hậu môn, trực tràng (Anorectal Lesions)

1. Tổn thương hậu môn, trực tràng (Anorectal Lesions) 534
2. Trĩ (Hemorrhoids) 536
3. Nếp da thừa và nhú hậu môn quá phát (Skin tags and hypertrophied anal papilla) 538
4. Nứt kẽ hậu môn, rò hậu môn và áp xe quanh hậu môn
(Anal fissure, anal fistula, and perianal abscess) 539
5. Hội chứng loét trực tràng đơn độc (Solitary rectal ulcer syndrome) 542
6. Loét do phân (Stercoral ulcer) 543
7. Quá phát nang lympho trực tràng (Rectal lymphoid hyperplasia) 544
8. Các khối u vùng hậu môn trực tràng (Tumors of anorectal area) 545
9. Các tổn thương lành tính khác (Various benign diseases) 553

Phần 9 Nội soi điều trị (Therapeutic Endoscopy)

1. Điều trị các tổn thương tân sản đại trực tràng qua nội soi (Endoscopic resection of colorectal neoplastic lesions) 562
 - 1) Cắt polyp (Polypectomy) 562
 - 2) Cắt dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic submucosal dissection (ESD)) 585
 - 3) Cắt các khối u dưới biểu mô qua nội soi (Endoscopic resection of subepithelial tumors) ... 591
2. Xử trí chảy máu đường tiêu hóa dưới qua nội soi (Endoscopic hemostasis for lower GI bleeding) ... 593
 - 1) Xử trí chảy máu đường tiêu hóa dưới (Hemostasis for lower GI bleeding) 593
3. Điều trị tổn thương hẹp đại trực tràng qua nội soi (Endoscopic interventions of colorectal strictures) 604
 - 1) Đặt stent (Stent insertion) 604
 - 2) Nong bằng bóng (Balloon dilation) 608

- Danh mục thuật ngữ chuyên môn (Index) 612

Chữ viết tắt tiếng Việt

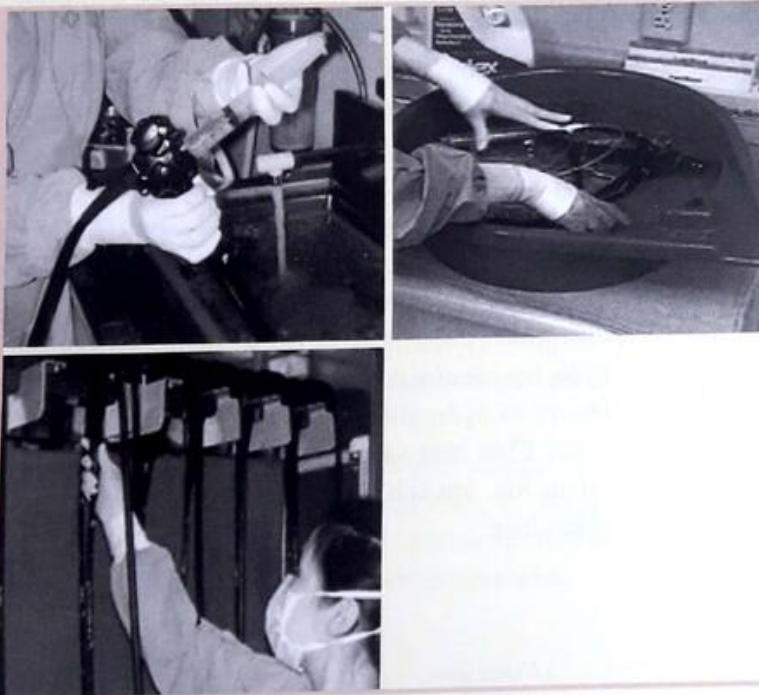
CLVT	Cắt lớp vi tính
ĐTTTCM	Đại trực tràng chảy máu
HSTC	Hội sức tích cực
SANS	Siêu âm nội soi
TM	Tĩnh mạch
TMTQ	Tĩnh mạch thực quản

Chữ viết tắt tiếng Anh

AGC	Advanced Gastric Cancer	Ung thư dạ dày tiến triển
CCD	Charge-coupled device	Linh kiện tích điện kép
CMV	Cytomegalovirus	Virus Cytomegalo
COX	Cyclo-oxygenase	Men COX
DALM	Dysplasia-associated Lesion or Mass	Khối hoặc tổn thương có loạn sản
EGC	Early gastric cancer	Ung thư dạ dày sớm
EMR	Endoscopic mucosal resection	Cắt hút niêm mạc
EPMR	Endoscopic piecemeal mucosal resection	Cắt hút niêm mạc nhiều mảnh
ESD	Endoscopic Submucosal Dissection	Cắt dưới niêm mạc
EUS-FNA	Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration	Chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm nội soi
FAP	Familial adenomatous polyposis	Bệnh đa polyp u tuyến gia đình
GAVE	Gastric antral vascular ectasia	Giãn mạch hang vị dạ dày
GERD	Gastroesophageal reflux disease	Bệnh trào ngược dạ dày-thực quản
GI	Gastrointestinal	Tiêu hóa
GIST	Gastrointestinal stromal tumors	U mô đệm đường tiêu hóa
Hp	Helicobacter pylori	Vi khuẩn Hp
IBD	Inflammatory bowel disease	Bệnh ruột viêm
LA	Los Angeles	
LST	Laterally spreading tumors	Khối u phát triển theo bề ngang
MALT	Mucosa-associated Lymphoid Tissue	U lympho liên quan đến niêm mạc
NERD	Nonerosive reflux disease	Bệnh trào ngược không có loét
NSAID	Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs	Thuốc chống viêm không steroid
PEG	Percutaneous endoscopic gastrostomy	Mở thông dạ dày qua da dưới nội soi
PET CT	Positron emission tomography	Chụp xạ hình cắt lớp positron
PPI	Proton pump inhibitors	Ức chế bơm proton

Phần 1

Tổng quan (Overview)



1. Cấu tạo của dây soi

(Structure of the endoscope)

1. Giới thiệu chung

Kỹ thuật nội soi bắt đầu phát triển từ khi máy nội soi điện tử ra đời năm 1983. Sự phát triển của chất bán dẫn tạo ra cảm biến CCD (charge-coupled device) còn gọi là linh kiện tích điện kép, giúp bác sỹ quan sát các tạng bên trong cơ thể với chất lượng hình ảnh tương tự như video ghi lại. Cảm biến CCD trong máy nội soi điện tử chứa hàng ngàn pixels, ngay sau vật kính ở đầu dây soi. CCD giúp chuyển đổi hình ảnh quang học sang tín hiệu điện tử; hình ảnh chụp từ đèn soi qua bộ phận cảm biến điện tử và chuyển về bộ xử lý, sau đó chuyển các tín hiệu điện tử sang tín hiệu video, cuối cùng tạo hình ảnh giống như trên màn hình.

2. Các bộ phận của dây soi

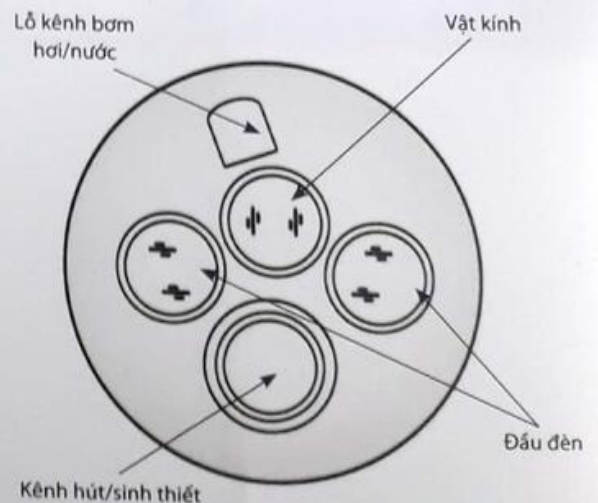
- Dây soi gồm các bộ phận sau: phần đầu dây có thể di động, phần thân, bộ phận điều khiển, van hơi/nước và van hút (Hình 1).
- Phần đầu dây soi có lỗ cho kênh hút và kênh sinh thiết. Đèn lấy ánh sáng từ nguồn sáng, qua các sợi quang học, đưa ánh sáng vào bộ phận cần quan sát, vật kính có vai trò chụp và chuyển tải hình ảnh, phần

miệng để bơm và hút hơi hoặc khí; bộ phận điều khiển giúp chuyển động đầu dây soi (Hình 2).

- Bộ phận bánh xe điều khiển có dây kim loại giúp chuyển động đầu dây soi theo 4 hướng. Khi xoay bánh xe điều khiển thì hướng gấp của đầu dây soi cũng giống như hướng di chuyển của núm điều khiển. Đầu dây soi có thể gấp xuống hoàn toàn, trên cả hai mặt phẳng, uốn được quá 180° giúp quan sát tất cả các hướng.
- Vỏ dây soi để bảo vệ các sợi quang học bên trong. Dây soi được phủ bởi lưới thép không gỉ tránh biến dạng thân máy. Phần cao su phủ bên ngoài có thể co giãn và linh động có chức năng ngăn ngừa thấm nước và không bị tác dụng của acid cũng như các hóa chất khác.
- Bộ phận điều khiển gồm núm vận, chốt hãm, van hơi/nước, van hút, kênh sinh thiết, các kênh thủ thuật khác và các nút điều khiển hình ảnh. Bộ phận điều khiển được thiết kế để sử dụng bên tay trái; ngón tay cái của tay trái điều khiển núm vận, ngón tay trỏ và ngón giữa trái để xử lý van hút, van hơi/nước. Chốt hãm và những nút điều khiển hình ảnh (chụp ảnh, lưu ảnh) ở phía trên và bên của bộ phận điều khiển.



Hình 1. Cấu tạo cơ bản của dây soi



Hình 2. Đầu dây soi

- Khi giữ tay ở van hơi/nước thì hơi được bơm ra qua đầu dây soi. Khi ấn mạnh và giữ ngón tay ở van này, nước sẽ được phun ra qua đầu dây soi do có áp lực tác động vào kênh bơm nước. Cần vệ sinh sạch các chất bẩn bám vào các lỗ ở đầu dây soi tránh gây bít tắc. Đầu dây soi có van chống trào ngược khí hoặc nước vào lòng ống cũng là để tránh nhiễm khuẩn và bít tắc dây soi.
- Khi ấn ngón tay vào van hút sẽ tạo ra lực hút, bình hút được nối với kênh hút để tạo ra áp lực âm. Kênh hút còn là kênh thủ thuật và sinh thiết để đưa các dụng cụ can thiệp qua.

3. Các vấn đề thường gặp

- Khi cho bệnh nhân ngậm canun phải cẩn thận đặt đúng vị trí vì nếu đặt sai có thể bị trật ra khỏi miệng, khi đó bệnh nhân sẽ cắn vào dây soi. Có thể giữ canun an toàn bằng dây buộc gắn ở mỗi bên, sau đó buộc ở phía sau đầu bệnh nhân. Lúc đầu đưa dây soi vào miệng bệnh nhân cũng là lúc dây soi bị gấp nhiều nhất. Do đó, bác sỹ nội soi cần đưa dây cẩn thận, không đẩy dây soi quá mạnh và cũng là để có đủ thời gian cho bệnh nhân đạt mức gây mê cần thiết.
- Cẩn thận không để đầu đèn chịu lực tác dụng mạnh. Chất cặn bẩn ở bề mặt đầu đèn cũng có thể ảnh hưởng đến độ sáng của đèn. Để có hình ảnh đẹp nên lau đầu đèn trước và sau khi soi cho bệnh nhân.
- Nếu vận bánh xe điều khiển quá mạnh sẽ làm nhão hoặc đứt dây cơ. Đây cũng là lỗi hay gặp. Vì thế nên tránh gấp góc quá mức hoặc lặp lại nhiều lần, cần cẩn thận khi thao tác; đặc biệt không nên làm đồng thời cả bánh xe lên – xuống, phải – trái. Khi kết thúc cuộc soi, cần đưa hãm điều khiển và bánh xe về vị trí trung tâm.
- Nên thao tác cẩn thận với van bơm hơi/nước vì van bị xước phần cao su bên trong sẽ không thể hoạt động bình thường. Phải kiểm tra van hơi/nước trước khi soi bằng cách cho đầu dây soi vào cốc/bát nước thấy có sủi bọt. Khi thấy van hơi hoạt động không bình thường, phải kiểm tra cả van nước vì có thể bị tắc cả hai van. Có thể dùng xi lanh khí hoặc nước để đẩy chất bít tắc ra ngoài. Hoặc có thể tháo van hơi/nước và rửa sạch các chất cặn bám. Nếu các cách này không giải quyết được thì nên thay van mới. Ngoài ra, vẫn có thể thực hiện thăm khám nội soi khi không có van hơi/nước. Tốt nhất nên chuẩn bị sẵn van dự phòng vì các van này rất hay hỏng trong quá trình làm nội soi.
- Khi van hút bị tắc do các chất cặn bẩn hoặc van cao su bị rò hơi do bị lỏng hoặc bị rách thì sẽ hút kém. Dùng kim sinh thiết bị biến dạng hoặc dụng cụ sắc nhọn có thể làm hỏng kênh. Nếu có thể nên thay thế van cao su hỏng. Tóm lại, kim sinh thiết hoặc các dụng cụ can thiệp phải đưa vào kênh thủ thuật khi dây soi để thẳng tránh gây ra những hỏng hóc bên trong, khi đưa dụng cụ qua kênh thấy vướng thì phải dừng thao tác.

2. Yêu cầu chuyên môn của bác sỹ nội soi

(Qualification of the endoscopist)

- Bác sỹ nội soi thực hiện thủ thuật và chịu trách nhiệm với công việc của mình. Ở Hàn Quốc, đến nay (tức đến 2012 – là năm xuất bản cuốn sách này) vẫn chưa có quy định pháp lý về làm nghề nội soi, bác sỹ nội soi được Bộ Y tế cấp chứng chỉ. Do đó, bác sỹ thuộc chuyên khoa khác cũng có thể làm nội soi. Ngược lại ở những nước phát triển như Mỹ, châu Âu và Nhật Bản thì bác sỹ nội soi phải được đào tạo và giám sát hỗ trợ trong một thời gian nhất định sau đó mới được cấp chứng chỉ hành nghề nội soi.
- Can thiệp nội soi không phải là thủ thuật dễ dàng thực hiện bởi bác sỹ đa khoa. Đây là thủ thuật phức tạp và chuyên sâu, người làm nội soi phải được đào tạo và quan sát bài bản. Thăm khám nội soi cần đảm bảo an toàn cho người bệnh. Kết quả thăm khám phải được lưu trữ, nhằm cải tiến chất lượng và quản lý thông tin. Do vậy, người làm nội soi phải được đào tạo, hướng dẫn cẩn thận; đây là yếu tố quan trọng nhất để đảm bảo chất lượng thăm khám.
- Ở Hàn Quốc, bác sỹ tiêu hóa phải hoàn thành khóa học một năm về nội soi tiêu hóa và thi đạt yêu cầu thì mới được cấp chứng chỉ của Hiệp hội Nội soi. Theo yêu cầu của Hiệp hội, ngoài việc học viên phải nắm được kiến thức cần có một chuyên gia hướng dẫn để thực hiện được ít nhất 1.000 ca nội soi dạ dày và 150 ca nội soi đại tràng sau đó mới chính thức được thực hiện thủ thuật trên bệnh nhân.
- Chất lượng thăm khám phụ thuộc vào kỹ năng và kiến thức của bác sỹ nội soi, do đó bác sỹ nội soi chỉ có kinh nghiệm là chưa đủ. Để trở thành một bác sỹ nội soi giỏi phải thường xuyên cập nhật kiến thức và kỹ thuật mới. Vì thế trong suốt thời gian làm việc, bác sỹ nội soi phải tham gia các chương trình đào tạo về nội soi để đảm bảo chất lượng chuyên môn.



Đào tạo nội soi

Ở Hàn Quốc, trong những năm gần đây tỷ lệ ung thư dạ dày đang có xu hướng giảm dần. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến xu hướng này, trong đó nội soi có vai trò rất quan trọng, giúp phát hiện và điều trị tổn thương ở giai đoạn sớm. Không giống ung thư đại tràng, người ta chưa xác định được rõ ràng quá trình phát triển tự nhiên của ung thư dạ dày nhưng nội soi sàng lọc trên đối tượng có nguy cơ cao cũng có ý nghĩa trong việc phát hiện sớm tổn thương. Kinh nghiệm và đào tạo là yếu cầu bắt buộc trong việc phát hiện tổn thương ung thư sớm. Tỷ lệ phát hiện polyp đại tràng rất khác nhau giữa các bác sỹ nội soi. Nghiên cứu cho thấy bác sỹ nội soi được đào tạo về chuyên ngành tiêu hóa có tỷ lệ phát hiện ung thư đại tràng phải cao hơn những bác sỹ không được đào tạo về chuyên ngành tiêu hóa vì thế người ta đã quan tâm đến vấn đề đào tạo trong nội soi. Tỷ lệ phát hiện ung thư dạ dày sớm ở Hàn Quốc cũng tăng lên. Để giảm tử vong do ung thư dạ dày nhờ vào việc phát hiện tổn thương sớm thì việc đào tạo chuẩn về nội soi có vai trò vô cùng quan trọng.

3. Những việc cần làm/lưu ý trước khi nội soi dạ dày (Checkpoints before upper gastrointestinal endoscopy)

1. Chỉ định nội soi tiêu hóa trên

- Bệnh nhân có triệu chứng của bệnh lý đường tiêu hóa trên cần thăm khám, không kể tuổi, giới, không có chống chỉ định đặc biệt.
- Nội soi sàng lọc trên người bình thường, không có triệu chứng để phát hiện ung thư sớm: ở những nơi có tỷ lệ ung thư dạ dày cao như Hàn Quốc.

2. Chống chỉ định nội soi tiêu hóa trên

1) Chống chỉ định tuyệt đối

- Bệnh nhân không đồng ý nội soi.
- Trường hợp dây soi không thể đi qua chỗ hẹp do bệnh lý vùng hầu họng và thực quản trên.

2) Chống chỉ định tương đối

- Nội soi chẩn đoán và nội soi điều trị có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân hoặc làm triệu chứng nặng hơn. Cần cân nhắc lợi ích của nội soi so với nguy cơ có thể gây ra. Nội soi được tiến hành khi đảm bảo được các điều kiện tốt nhất cho bệnh nhân. Nên cân nhắc biện pháp thay thế trong các tình huống sau:

- ① Huyết động không ổn định – nên làm khi các chỉ số sinh tồn đã ổn định.
- ② Thủng đường tiêu hóa – có thể làm nếu cần thiết với mục đích xác định vị trí thủng nhưng khi làm thì bơm hơi tối thiểu.
- ③ Tắc ruột sau phẫu thuật đường tiêu hóa – thăm khám có thể làm triệu chứng nặng hơn hoặc gây biến chứng.
- ④ Ngay sau nhồi máu cơ tim cấp hoặc bệnh tim nặng như loạn nhịp tim, suy tim và phình động mạch chủ.

⑤ Bệnh phổi nặng có dấu hiệu suy hô hấp, tình trạng toàn thân kém, tổn thương cột sống cổ.

⑥ Bệnh nhân có tinh thần hoặc giao tiếp không tinh táo – làm nội soi gây mê. Lưu ý, khi bác sỹ nội soi cố gắng cho bệnh nhân há miệng, bệnh nhân có thể cắn làm tổn thương ngón tay của nhân viên hoặc có thể gãy răng hoặc có thể cắn làm hỏng dây soi.

⑦ Trong ngày làm nội soi, bệnh nhân có tình trạng toàn thân không tốt (do cúm, đau họng, đau đầu, ho nhiều, sốt) – nên trì hoãn làm nội soi trừ khi phải làm cấp cứu.

⑧ Viêm thực quản cấp do hóa chất (acid mạnh, kiềm mạnh, hóa chất ăn mòn) – nên nội soi cẩn thận vì có thể gây thủng trong khi soi. Tuy nhiên, khi tình trạng bệnh nhân ổn định thì nên tiến hành soi ngay để đánh giá tình trạng bệnh giúp lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân.

⑨ Các vấn đề khác như người già, bệnh nhân tâm thần.

3. Biến chứng và cách xử trí biến chứng trong nội soi tiêu hóa trên

- Nội soi tiêu hóa trên là một thủ thuật an toàn.
- Hầu hết các biến chứng là do bệnh nhân có tình trạng toàn thân yếu khi nội soi gây mê như: bệnh tim mạch (thiếu máu cục bộ, loạn nhịp), bệnh phổi (hạ oxy máu, trào ngược dịch vào đường thở).
- Cần phải chuẩn bị các phương án dự phòng và xử trí biến chứng.
- Biến chứng có thể xảy ra vào bất cứ thời điểm nào trước, trong và sau khi nội soi.

Bảng 1. Các biến chứng và biện pháp xử trí trong nội soi đường tiêu hóa trên

Giai đoạn	Biến chứng	Nguyên nhân	Phòng ngừa/Biện pháp xử trí
Biến chứng do sử dụng thuốc trước khi gây mê	Biến chứng do gây tê tại chỗ	Phù do quá mẫn với lidocain, tắc nghẽn đường thở, ngừng tim	Hỏi tiền sử dùng thuốc và dị ứng thuốc. Hạn chế dùng thuốc xịt họng.
	Biến chứng do thuốc chẹn anticholinergic	Tình trạng tăng nhãn áp nặng hơn, phì đại tiền liệt tuyến, bệnh tim mạch như nhồi máu cơ tim	
Biến chứng trong khi thăm khám	Thủng tạng rỗng	Đẩy dây soi quá mạnh khi đi qua xoang lê có thể gây ra thủng thực quản. Phản xạ hầu họng trầm trọng Tổn thương khi lấy dị vật Thao tác soi quá mạnh	Hạn chế thao tác mạnh Không cố đi máy soi nếu không có trường quan sát rõ. Ngừng thăm khám nếu thấy có dấu hiệu nguy hiểm. Quan trọng là phải nhận biết được dấu hiệu thủng càng sớm càng tốt. • Cho dùng kháng sinh ngay và ngừng dinh dưỡng đường miệng. Nếu có viêm trung thất thì xử trí sẽ rất khó khăn.
	Chảy máu	Tổn thương niêm mạc dạ dày cấp sau khi thăm khám	Bệnh nhân có thể thấy sốt và rét run vài giờ sau khi thăm khám, triệu chứng tự khỏi trong vòng 24 giờ.
	Nhiễm khuẩn huyết	Nhiễm khuẩn huyết nhất thời sau khi thăm khám	
	Nhiễm khuẩn qua dây soi		
	Campton pouchitis	Có thể sưng nề, đau tuyến mang tai sau khi thăm khám.	
	Khác	Chệch khớp thái dương hàm, phù nề dưới da, chảy máu cam, làm nặng hơn tình trạng bệnh hiện tại trong khi thăm khám.	Triệu chứng tự khỏi sau 5–6 giờ.
Nội soi gây mê	Hạ huyết áp, ngừng tim, suy hô hấp, khởi phát bệnh não gan trong một số trường hợp bệnh nhân đang có bệnh kèm theo.		Theo dõi chặt chẽ những bệnh nhân nặng, bệnh nhân yếu (độ bão hòa oxy, mạch, huyết áp). Giảm lượng thuốc mê xuống 1/3–1/2 liều bình thường. Theo dõi tình trạng ý thức của bệnh nhân đến khi tỉnh. Dùng thuốc đối kháng nếu cần thiết (flumazenil, naloxone).

4. Chuẩn bị cho cuộc soi

1) Giải thích và ký giấy đồng ý soi

- Nội soi là một thủ thuật xâm lấn vì thế cần phải giải thích kỹ cho bệnh nhân những nguy cơ có thể gặp khi soi, khi giải thích nên dùng ngôn ngữ đơn giản để bệnh nhân có thể hiểu được. Sau khi giải thích xong cho bệnh nhân ký giấy đồng ý làm thủ thuật.
- Bệnh nhân hoặc người nhà phải ký giấy đồng ý làm thủ thuật trước khi làm nội soi gây mê.

(1) Nguyên tắc chung của giấy đồng ý làm thủ thuật gồm có:

- Phần giải thích của bác sỹ.
- Giải thích bằng miệng hoặc trên giấy viết.
- Giải thích trước khi làm thủ thuật ít nhất 24 giờ.
- Đầy đủ và chi tiết các thông tin cần thiết.
- Bệnh nhân phải đồng ý với các nội dung trên giấy và ký xác nhận.

(2) Những trường hợp ngoại lệ cần nhắc việc ký giấy đồng ý làm thủ thuật

- Trường hợp cấp cứu, đang có nguy cơ đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân.

- ② Bệnh nhân đau nhiều.
- ③ Tình trạng sức khỏe bệnh nhân không có khả năng để thực hiện.
- ④ Trường hợp bệnh nhân không thể giao tiếp bằng ngôn ngữ nói.

(3) Những thông tin cần cung cấp cho bệnh nhân:

- ① Kết quả chẩn đoán và xét nghiệm của bệnh nhân
- ② Bản chất của thủ thuật cần thực hiện.
- ③ Lý do thực hiện thủ thuật.
- ④ Lợi ích của thủ thuật.
- ⑤ Nguy cơ và biến chứng của thủ thuật, gồm cả tỷ lệ gặp và mức độ nặng vì có liên quan đến quyết định lựa chọn của bệnh nhân.
- ⑥ Thủ thuật có thể thay thế.
- ⑦ Tiên lượng của bệnh nhân nếu không được làm thủ thuật.

2) Chuẩn bị trước khi nội soi tiêu hóa trên

(1) Đánh giá những nguy cơ của bệnh nhân

- ① Biến chứng liên quan đến nội soi hầu hết là các biến chứng tim phổi nặng. Cần phải đánh giá nguy cơ về tim phổi trên mỗi bệnh nhân.
- ② Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA) đã đưa ra phân loại tình trạng bệnh nhân (Bảng 2), đây là hướng dẫn chỉ định nội soi gây mê an toàn cho bệnh nhân và gây mê toàn thân. Theo Hướng dẫn thì bệnh nhân nhóm 1 và 2 có thể làm gây mê nhưng nhóm 3 là phải đánh giá cẩn thận.

(2) Các nội dung cần xác nhận trước khi nội soi

- ① Bệnh sử hiện tại và tiền sử – ví dụ tiền sử bệnh cần phải đánh giá cẩn thận cùng với các biện pháp xử trí (Bảng 3).

- ② Kết quả xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh và các thăm khám khác.
- ③ Chỉ định và chống chỉ định của thủ thuật.
- ④ Hướng dẫn bệnh nhân nhịn ăn.
- ⑤ Giấy đồng ý làm thủ thuật.

(3) Các nội dung cần xác nhận ngay trước khi nội soi

- ① Kiểm tra tình trạng nhịn ăn của bệnh nhân.
- ② Kiểm tra tình trạng toàn thân, thăm khám mắt.
- ③ Xem lại bệnh sử của bệnh nhân và phương pháp can thiệp qua nội soi.
- ④ Ghi lại các chỉ số sống.
- ⑤ Giấy đồng ý làm thủ thuật.
- ⑥ Tháo răng giả.
- ⑦ Cho uống thuốc tan bọt.
- ⑧ Xác nhận kết quả xét nghiệm đông máu.
- ⑨ Kiểm tra máy soi (van bơm hơi/nước, van hút).
- ⑩ Bôi trơn đầu dây soi.
- ⑪ Xịt họng.
- ⑫ Kiểm tra tình trạng mặc quần áo và đồ trang sức của bệnh nhân.

3) Các nội dung cần xác nhận trong khi nội soi tiêu hóa trên

- ① Quan sát bệnh nhân (vã mồ hôi, kích động, nét mặt, thái độ, dấu hiệu đau, hô hấp, màu sắc da).
- ② Nếu cần thiết thì theo dõi oxy máu, mạch và điện tâm đồ.
- ③ Kiểm tra biến chứng.

Bảng 2. Hệ thống phân loại tình trạng bệnh nhân của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA)

Phân loại ASA	Tình trạng sức khỏe của bệnh nhân trước phẫu thuật
1	Bệnh nhân khỏe mạnh, bình thường
2	Bệnh nhân có bệnh toàn thân mức độ nhẹ
3	Bệnh nhân có bệnh toàn thân mức độ nặng
4	Bệnh nhân có bệnh toàn thân mức độ nặng, liên tục đe dọa đến tính mạng
5	Bệnh nhân hấp hối, không thể sống nếu không phẫu thuật
6	Bệnh nhân chết não, chuẩn bị được lấy tạng để hiến.

Bảng 3. Tình trạng bệnh cần theo dõi trong quá trình nội soi và các biện pháp xử trí

Các yếu tố nguy cơ	Biện pháp xử trí
Xơ gan hoặc tăng áp lực tĩnh mạch cửa, bệnh tim phổi không ổn định, suy thận, đặt máy tạo nhịp.	Các yếu tố nguy cơ trong chống chỉ định tương đối hoặc phải xem xét cẩn thận. Do là chống chỉ định tương đối cho bệnh nhân nội soi gây mê nên tình trạng bệnh nhân phải được đánh giá theo ASA.
Van tim cơ học, viêm nội tâm mạc, sốt thấp khớp hoặc tiếng thổi tim, phình động-tĩnh mạch (AV aneurysms) hoặc ghép mạch máu nhân tạo.	Cần nhắc cho bệnh nhân dùng kháng sinh dự phòng.
Đái tháo đường, tăng huyết áp, glôcom, phì đại tiền liệt tuyến lành tính.	Chú ý khi bệnh nhân nhịn ăn và chỉ định các thuốc tiền mê (kháng cholinergic).
Chảy máu tạng, gần đây dùng thuốc chống đông như aspirin.	Xem bảng "Nguy cơ chảy máu và xử trí khi bệnh nhân dùng thuốc chống đông" dưới đây.
Tiền sử dị ứng.	

4) Nguy cơ chảy máu và xử trí khi dùng thuốc chống đông (Hướng dẫn của Hiệp hội Nội soi tiêu hóa Mỹ về sử dụng thuốc chống đông trong Nội soi)

(1) Hướng dẫn sử dụng chống đông trong một số thủ thuật nội soi có chuẩn bị:

- ① Với bệnh nhân dùng thuốc chống đông tạm thời (như warfarin dùng trong huyết khối tĩnh mạch sâu) thì nên trì hoãn việc nội soi đến khi kết thúc đợt điều trị thuốc chống đông.
- ② Aspirin và/hoặc thuốc chống viêm NSAIDs khác vẫn có thể dùng khi làm thủ thuật nội soi. Khi chuẩn bị làm thủ thuật có nguy cơ thì bác sĩ có thể cho dừng aspirin và/hoặc thuốc chống viêm NSAID từ 5–7 ngày trước khi làm thủ thuật, tùy thuộc vào chỉ định dùng thuốc chống đông.
- ③ Nội soi có chuẩn bị có thể trì hoãn trên bệnh nhân mới đặt stent động mạch hoặc bệnh nhân có hội chứng vành cấp cho đến khi bệnh nhân dùng chống đông trong thời gian tối thiểu theo khuyến cáo. Khi thời gian dùng thuốc chống đông kết thúc, trì hoãn dùng clopidogrel hoặc ticlopidine trong 7–10 ngày trước khi nội soi nhưng vẫn có thể dùng aspirin. Với những bệnh nhân không dùng aspirin, cho dùng aspirin xung quanh thời gian soi có thể làm giảm nguy cơ hình thành cục máu đông. Clopidogrel hoặc ticlopidine dùng lại ngay sau khi thấy an toàn cho bệnh nhân và thủ thuật trong khi nội soi.

Hội chẩn với bác sĩ tim mạch hoặc bác sĩ chuyên khoa để tư vấn tốt nhất cho quá trình điều trị bệnh.

- ④ Khi clopidogrel hoặc ticlopidine được dùng trong chỉ định khác thì chỉ nên dùng khi làm thủ thuật có nguy cơ thấp nhưng nên ngừng trong 7–10 ngày trước khi làm thủ thuật có nguy cơ cao. Với những bệnh nhân không dùng aspirin, thì cho dùng aspirin vào thời điểm xung quanh cuộc soi có thể giảm nguy cơ hình thành cục máu đông. Clopidogrel hoặc ticlopidine có thể cho dùng lại khi thấy an toàn cho tình trạng bệnh của bệnh nhân và khi làm thủ thuật nội soi.
- ⑤ Nên dùng thuốc chống đông phức hợp như warfarin xung quanh thời điểm nội soi ở bệnh nhân có nguy cơ tắc mạch thấp nếu thấy an toàn. Nhưng nên tiếp tục dùng thuốc chống đông trên bệnh nhân có nguy cơ cao (Bảng 4), có thể chuyển sang dùng loại heparin trọng lượng thấp (LMWH) hoặc heparin không cắt đoạn (UFH) tạm thời trong giai đoạn nội soi.
- ⑥ Hiện nay chưa có đủ bằng chứng khuyến cáo hoặc phản đối việc sử dụng kẹp clip dự phòng chảy máu ở bệnh nhân cắt polyp có dùng chống đông.
- ⑦ Chưa có đồng thuận về thời gian tối ưu bắt đầu dùng lại thuốc chống đông sau nội soi can thiệp, việc chỉ định phụ thuộc vào tùy trường hợp. Mỗi trường hợp nên cân nhắc lợi ích của

việc dùng chống đông ngay để dự phòng huyết khối so với nguy cơ chảy máu. Trên bệnh nhân có nguy cơ hình thành cục máu đông cao nên dùng thuốc thay thế như LMWH hoặc UFH ngay khi có thể, còn warfarin có thể dùng lại vào ngày làm nội soi trừ khi thấy rõ nguy cơ chảy máu. UFH có thể dùng lại sau 2–6 giờ sau khi làm nội soi can thiệp. Chưa xác định được thời gian tối ưu dùng lại LMWH sau nội soi. Trên bệnh nhân có nguy cơ hình thành cục máu đông thấp, warfarin có thể dùng lại vào tối hôm trước khi nội soi trừ khi có nguy cơ chảy máu cao sau khi làm thủ thuật. Không cần thiết phải dùng thuốc chống đông thay thế ở bệnh nhân có nguy cơ hình thành cục máu đông thấp.

- ⑧ Trên bệnh nhân có thai và đặt van tim cơ học thì nội soi có chuẩn bị nên trì hoãn sau đẻ. Nếu không thể trì hoãn được thì nên cân nhắc liệu pháp bắc cầu với LMWH hoặc UFH. Nên hội chẩn với bác sĩ sản khoa, bác sĩ tim mạch về các vấn đề liên quan.

(2) Hướng dẫn sử dụng chống đông/chống ngưng kết tiểu cầu trong trường hợp làm thủ thuật cấp cứu

- ① Những bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa cấp đang dùng thuốc chống ngưng kết tiểu cầu thì nên dừng thuốc cho đến khi ngừng chảy máu. Có thể truyền tiểu cầu cho bệnh nhân chảy máu nặng, có nguy hiểm đến tính mạng. Trong trường hợp chảy máu nhiều ở bệnh nhân mới đặt stent mạch (< 1 năm) và/hoặc hội chứng vành cấp (ACS) thì nên hội chẩn với bác sĩ tim mạch trước khi ngừng thuốc chống ngưng kết tiểu cầu.
- ② Bệnh nhân chảy máu cấp đang dùng chống đông thì nên dừng đến khi hết chảy máu.
- ③ Tùy từng trường hợp mà có thể chỉ định plasma tươi (FFP), phức hợp prothrombin và/hoặc vitamin K. Protamine nên dùng cho bệnh nhân đang dùng heparin, chảy máu có nguy hiểm đến tính mạng vì nguy cơ quá mẫn và tụt huyết áp mạnh. Trường hợp bệnh nhân chảy máu nhiều có đặt stent mạch gần đây (<1 năm) và/hoặc hội chứng vành cấp (ACS) thì nên hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa trước khi dùng thuốc chống đông.

- ④ Bệnh nhân chảy máu tiêu hóa cấp đang dùng warfarin nên làm xét nghiệm INR để theo dõi điều chỉnh chống đông, mặc dù chưa xác định được tỷ lệ INR tiêu chuẩn trong nội soi can thiệp.

- ⑤ Hiện chưa rõ nguy cơ tuyệt đối chảy máu tái phát sau cầm máu qua nội soi trên bệnh nhân tái sử dụng thuốc chống đông, thời gian bắt đầu sử dụng lại cũng tùy thuộc vào từng bệnh nhân. Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao chảy máu tái phát (ví dụ: nhìn thấy điểm mạch) nên tiêm tĩnh mạch UFH từ đầu vì thời gian bán hủy của thuốc ngắn.

Các chữ viết tắt:

ACC (American College of Cardiology): Đại học Tim mạch Hoa Kỳ

ACS (acute coronary syndrome): Hội chứng vành cấp

AHA (American Heart Association): Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ

DAT (dual antiplatelet therapy): Liệu pháp chống đông hai thuốc

DES (drug-eluting stent): Stent

DVT (deep venous thrombosis): Huyết khối tĩnh mạch sâu

FFP (fresh frozen plasma): Plasma đông tươi

GIB (gastrointestinal bleeding): Chảy máu tiêu hóa

INR (international normalized ratio): Tỷ lệ chuẩn hóa quốc tế

LMWH (low molecular weight heparin): Heparin trọng lượng phân tử thấp

MI (myocardial infarction): Nhồi máu cơ tim

NSAID (nonsteroidal antiinflammatory drug): Thuốc chống viêm không steroid

UFH (Unfractionated heparin): Heparin không cắt đoạn

Bảng 4. Phân loại nguy cơ các thủ thuật nội soi và sự hình thành cục máu đông*

Các thủ thuật có nguy cơ cao	Các thủ thuật có nguy cơ thấp
• Cắt polyp. • Cắt cơ vòng oddi. • Nong bằng ống cứng hoặc bằng bóng. • Mở thông dạ dày. • Nội soi ruột non có bóng để can thiệp. • Chọc hút sinh thiết bằng kim nhỏ. • Nội soi cầm máu. • Phá hủy khối u với bất cứ kỹ thuật gì. • Dẫn lưu nang tụy-dạ dày qua nội soi. • Điều trị giãn tĩnh mạch.	• Chẩn đoán (nội soi dạ dày, đại tràng ống mềm) có sinh thiết. • Chụp mật tụy ngược dòng không cắt cơ vòng. • Siêu âm nội soi không có sinh thiết bằng kim nhỏ. • Nội soi ruột non có bóng để chẩn đoán. • Nội soi viên nang. • Đặt stent (không có nong).
Tình trạng có nguy cơ hình thành cục máu đông cao	Tình trạng có nguy cơ hình thành cục máu đông thấp
• Rung nhĩ có liên quan đến bệnh van tim, van nhân tạo, suy tim xung huyết hoạt động, phân suất tống máu thất trái <35%, tiền sử có cục máu đông, cao huyết áp, đái tháo đường, hoặc tuổi trên 75. • Van hai lá cơ học. • Van cơ học ở vị trí bất kỳ và có tiền sử cục máu đông. • Đặt stent mạch vành gần đây (<1 năm). • Hội chứng vành cấp. • Can thiệp mạch vành qua da không dùng stent sau khi bị nhồi máu cơ tim.	• Rung nhĩ không van kích phát hoặc rung nhĩ nhẹ. • Van sinh học nhân tạo. • Van động mạch chủ cơ học. • Huyết khối tĩnh mạch sâu.

* ASGE Standards of Practice Committee, Management of antithrombotic agents for endoscopic procedures. Gastrointest Endosc 2009;70:1060–1070. (Đây là hướng dẫn xử trí sử dụng thuốc chống đông cho các thủ thuật nội soi tiêu hóa theo Hội đồng Thực hành chuẩn của Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Mỹ. Đăng trên tạp chí Gastrointest Endosc. 2009; 70: 1060 – 1070.)

4. Các thuốc dùng trước khi nội soi tiêu hóa (Premedication for upper gastrointestinal endoscopy)

1. Các thuốc dùng trước khi nội soi

- Cho bệnh nhân uống 2 ml simethicone hoặc chất tan bột từ 10–20 phút trước khi nội soi để làm sạch bọt, chất nhầy bám trên bề mặt niêm mạc. Đôi khi, có thể pha 2 ml simethicone với 10 ml nước hoặc uống dung dịch đã pha chế sẵn.
- Tiêm bắp thuốc kháng cholinergic từ 10–15 phút trước khi nội soi để giảm tiết acid và ức chế co bóp. Thuốc sẽ có tác dụng trong khoảng 10 phút, trong thời gian này có thể cho bệnh nhân xịt họng. Tuy nhiên, không nên áp dụng cho tất cả bệnh nhân vì có thể gây ra tác dụng phụ.
- Xịt họng để ức chế phản xạ hầu họng và giảm cảm giác đau. Thường dùng xịt lidocaine hydrochloride. Tác dụng gây tê tại chỗ có thể kéo dài từ 30 phút đến 3 giờ khi cho 15 ml lidocain 2% vào vùng hầu họng trong 5 phút. Loại xịt họng dùng thuận tiện và nhanh hơn chế phẩm khác. Sau khi xịt 2–5 nhát lidocain 10%, thuốc có tác dụng sau 1–2 phút.

2. Tác dụng phụ của thuốc dùng trước khi nội soi

- Nên hạn chế tối thiểu liều lượng vì thuốc có thể gây ra tác dụng phụ, bao gồm:
 - ① Simethicone – đi ngoài phân lỏng, khó chịu vùng bụng, đau bụng, nôn, buồn nôn, tức bụng, mất cảm giác ngon miệng, hiếm khi đau đầu.
 - ② Lidocain tại chỗ – bệnh nhân có tổn thương niêm mạc, nhiễm khuẩn, động kinh, suy tim, suy thận

và yếu toàn thân phải cẩn thận khi dùng. Tác dụng phụ bao gồm: sốc, bất thường hệ thống thần kinh trung ương, tụt huyết áp, trụy tim, nổi mẩn, hen, co thắt khí quản, phản vệ, có khi tử vong. Nên hỏi kỹ tiền sử dị ứng như hen để giảm thiểu tác dụng phụ. Trong những trường hợp này nên dùng benoxyl, lidocain 2% xịt thành sau họng.

- ③ Các thuốc kháng cholinergic – mạch nhanh, mạch chậm, chẹn nhĩ thất, khát nước, có thể nhìn mờ do giãn đồng tử, có thể tăng nhãn áp trên bệnh nhân glaucoma.

3. Các thuốc dùng cho nội soi gây mê

Các thuốc thường dùng trong nội soi gây mê gồm opioids, benzodiazepine và propofol.

1) Opioids

- Meperidine – liều 25–50 mg tiêm tĩnh mạch nếu dùng đơn độc. Nên dùng liều 25 mg tiêm cứ 2–5 phút/lần. Thời gian bắt đầu có tác dụng là 3–6 phút và kéo dài 1–3 giờ. Trong thực hành lâm sàng, meperidine có tác dụng đồng vận với benzodiazepine. Trên bệnh nhân suy thận thì phải cẩn thận vì sự tích tụ của normeperidine chuyển hóa có thể gây độc thần kinh.
- Fentanyl – Thời gian bắt đầu có tác dụng là 1–2 phút và kéo dài 30–60 phút sau tiêm tĩnh mạch. Liều bắt đầu là 50–100 µg, cứ 2–5 phút lại tiêm 25 µg sẽ đạt hiệu quả mê. Tác dụng phụ hay gặp là suy hô hấp.

2) Benzodiazepine

- Diazepam – liều bắt đầu là 5–10 mg, tiêm tĩnh mạch trong 1 phút. Liều bổ sung có thể sau mỗi 5 phút, với người già, yếu thì phải giảm liều.
- Midazolam – hiệu lực của thuốc mạnh hơn diazepam từ 1,5–3,5 lần. Thời gian bắt đầu có tác dụng là 1–2 phút, đạt hiệu quả cao nhất ở 3–4 phút. Thời gian có tác dụng là 15–80 phút. Cần giảm liều khi dùng phối hợp với opioids vì nó có tác dụng đồng vận. Có thể suy hô hấp nếu tiêm benzodiazepine quá nhanh. Có thể gặp loạn nhịp và hiệu ứng nghịch.

3) Propofol

- Propofol là một thuốc gây mê yếu, kể cả tác dụng quên và giảm đau. Có tác dụng mê nhanh vì tính chất tan trong lipid. Thuốc chuyển hóa nhanh qua gan tạo thành hợp chất tan trong nước, đào thải qua thận. Thời gian tác dụng là 4–8 phút. Khoảng 30% bệnh nhân có cảm giác đau ở vị trí tiêm nên thông báo trước cho bệnh nhân về tác dụng này. Thuốc chống chỉ định với bệnh nhân có dị ứng với trứng, đậu.

5. Quy trình rửa và khử khuẩn máy nội soi, các dụng cụ trong nội soi tiêu hóa (Reprocessing and infection)

1. Nhiễm khuẩn qua dây soi

- Nhiễm khuẩn nội sinh hoặc ngoại sinh có thể xảy ra trong khi soi. Nhiễm khuẩn nội sinh là do các vi sinh vật trong đường tiêu hóa, hô hấp của bệnh nhân nhiễm qua dây soi đến máu hoặc các tạng khác trong cơ thể của chính bệnh nhân đó. Nhiễm khuẩn ngoại sinh là do từ dây soi bị nhiễm khuẩn, đề phòng loại nhiễm khuẩn này bằng cách rửa và khử khuẩn sạch dây soi.
- Nhiễm khuẩn từ dây soi thường không có triệu chứng và thường khó xác định trong những trường hợp có thời kỳ tiềm tàng. Do đó, số liệu báo cáo về tình trạng nhiễm khuẩn sẽ thấp hơn tình hình thực tế.
- Hiện chưa có số liệu thống kê về tình trạng nhiễm khuẩn có liên quan đến nội soi. Hầu như các trường hợp không được báo cáo vì không có triệu chứng hoặc nếu có thì triệu chứng rất thoáng qua.
- Các vi khuẩn hay nhiễm qua nội soi là *Pseudomonas aeruginosa* và *Salmonella* spp, ngoài ra còn có các loại khác (Bảng 1).

Bảng 1. Các vi sinh vật có thể lây nhiễm qua nội soi tiêu hóa

Vi khuẩn	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
	<i>Salmonella</i> spp.
	<i>Helicobacter pylori</i>
	<i>Serratia marcescens</i>
	<i>Enterobacter cloacae</i>
	<i>Klebsiella</i> spp.
	<i>Mycobacterium fortuitum</i>
	<i>Clostridium difficile</i>
	<i>Flavobacterium</i> spp..
Virus	Viêm gan B
	Viêm gan C
Loại khác	<i>Strongyloides stercoralis</i>
	<i>Trichosporon</i> spp.

2. Tiệt khuẩn (sterilization) và khử khuẩn (disinfection)

Dựa vào loại dụng cụ và mục đích sử dụng, máy nội soi và các dụng cụ đi kèm dùng trong thủ thuật nội soi cần phải tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn.

1) Tiệt khuẩn (sterilization)

Tiệt khuẩn là quá trình tiêu diệt hoàn toàn tất cả các vi sinh vật sống. Tất cả dụng cụ đưa vào các khoang của cơ thể hoặc đâm xuyên qua da, niêm mạc (ví dụ: kim tiêm xơ, kim sinh thiết, các dụng cụ dùng cho điều trị) phải được tiệt khuẩn. Có thể dùng phương pháp tiệt khuẩn áp lực cao, tiệt khuẩn bằng khí và tiệt khuẩn bằng hóa chất.

2) Khử khuẩn (disinfection)

Khử khuẩn là quá trình loại bỏ có chọn lọc những vi sinh vật có khả năng gây bệnh. Khử khuẩn được chia thành các mức độ: cao, trung bình và thấp. Khử khuẩn mức độ cao là quá trình tiêu diệt tất cả vi sinh vật ngoại trừ bào tử, yêu cầu đối với các dụng cụ, thiết bị tiếp xúc với niêm mạc, trong đó có dây soi.

3. Quy trình xử lý chuẩn

1) Xử lý dây soi

Quy trình xử lý gồm làm sạch và khử khuẩn dây soi. Các bước sẽ bao gồm làm sạch, khử khuẩn, ngâm và làm khô. Làm sạch và khử khuẩn có thể làm bằng tay và cơ học, dùng quy trình tự động. Nếu làm đúng thì hiệu quả của rửa bằng tay cũng giống như rửa bằng máy.

(1) Làm sạch (Cleaning)

- Khi soi xong, trước khi tháo dây soi ra khỏi máy, dùng khăn và bàn chải mềm lau, đánh sạch các chất bám trên bề mặt dây soi và trong

lòng các kênh, sau đó phụt khí và nước vào các kênh. Dùng hóa chất là enzyme trung tính sẽ giúp cho việc làm sạch tốt hơn. Rửa bằng tay rất có hiệu quả cho máy soi cửa sổ bên. Cọ rửa là một bước quan trọng của quy trình. Các kênh và phụ kiện đi kèm như van, đầu nhựa trong nên được cọ rửa sạch vì nếu chất bẩn còn bám lại thì khử khuẩn không thể đảm bảo được. Với những thiết bị khó cọ rửa thì phải ngâm trong chất tẩy rửa và rửa bằng siêu âm.

- Rửa bằng tay đúng cách có thể tiêu diệt được trên 99,9% các tác nhân gây bệnh ở dây soi. Kể cả khi có máy rửa tự động thì vẫn nên phải rửa bằng tay vì nếu không làm đúng quy trình rửa bằng tay thì khử khuẩn bằng máy cũng sẽ không bảo đảm.

(2) Khử khuẩn (Disinfection)

- Để khử khuẩn thì dây soi và các phụ kiện phải được ngâm trong dung dịch tẩy rửa. Đặc biệt, dung dịch tẩy rửa phải được bơm vào trong lòng kênh vì bọt khí trong lòng kênh sẽ cản trở việc tiếp xúc với chất tẩy rửa. Điều quan trọng nhất trong quá trình khử khuẩn là thời gian ngâm máy. Tùy từng loại chất tẩy rửa sẽ có hướng dẫn cụ thể của nhà sản xuất về thời gian ngâm máy.

(3) Tráng máy (Rinsing)

- Để làm sạch các chất tẩy rửa bám trên bề mặt dây soi và trong các kênh, thì phải tráng máy bằng cách ngâm trong nước. Nên dùng nước sạch vô trùng (nước có thể uống) để tráng máy. Để đảm bảo cho việc tráng máy nên dùng lượng nước gấp ba lần dung lượng bề mặt cần tráng. Lượng nước cần để tráng cho mỗi kênh ít nhất là 150 ml.

(4) Làm khô (Drying)

- Làm khô máy sẽ hạn chế được sự nhân lên của vi sinh vật trong môi trường ẩm. Bề mặt của dây soi phải được lau khô bằng khăn sạch hoặc bằng cồn. Lòng kênh phải được làm khô bằng khí trước khi mang đi cất. Dây soi cần được treo theo phương thẳng đứng, tháo hết van, đầu nhựa và không để các dây va chạm vào nhau.

2) Xử lý các phụ kiện

Làm sạch và khử khuẩn các phụ kiện máy nội soi chỉ áp dụng cho những đồ vật có thể tái sử dụng. Các phụ kiện gồm van, đầu nhựa, sau khi tháo ra khỏi máy soi phải được ngâm trong dung dịch tẩy rửa, cọ rửa bằng bàn chải và miếng bọt xốp. Trước khi cho vào máy rửa siêu âm phải xịt mạnh nước tẩy rửa qua các ống. Sau đó ngâm trắng trong nước sạch, rồi lấy khăn lau và thổi hơi mạnh để làm khô. Sau khi đóng gói từng cái riêng lẻ, thực hiện quy trình tiệt khuẩn và khử khuẩn theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Nếu có thể thì nên tiệt khuẩn bằng khí dưới áp lực cao hoặc ethyleneoxide. Các lọ nước và các thiết bị kết nối khác với máy soi nên được tiệt khuẩn mỗi ngày một lần. Nên dùng nước đã tiệt khuẩn để cho vào các lọ.

3) Chất khử khuẩn

Lựa chọn chất tẩy rửa dùng cho máy nội soi cần phải cân nhắc các vấn đề sau: khả năng khử khuẩn, thời gian khử khuẩn, tác hại với cơ thể, tính ăn mòn, sự tiện dụng, an toàn, chi phí và mức độ thân thiện với môi trường (Bảng 2).

(1) Glutaraldehyde

- Glutaraldehyde là chất khử khuẩn thế hệ cũ nhất, hiện nay vẫn còn dùng. Thời gian ngâm dài hơn các chất khác, ở Mỹ là 20 phút, ở châu Âu là 10 phút. Glutaraldehyde là một chất có thể gây biến tính protein mạnh nên dễ gây kích ứng da, hơi của thuốc gây kích thích mắt và đường hô hấp. Dùng trong thời gian dài thì nồng độ của thuốc giảm.

(2) Orthophthaldehyde

- Orthophthaldehyde có thể dùng ngay sau khi mở hộp mà không cần phải dùng thêm chất phụ gia. Có tác dụng khử khuẩn ngay cả khi vẫn còn các chất bẩn hữu cơ bám lại trên máy. Tác dụng chống lại mycobacteria cũng tốt hơn glutaraldehyde. Để loại trừ được bào tử thì phải ngâm máy trong thời gian lâu hơn. Chất khử này có tỷ lệ tác dụng phụ thấp, có thể có đổi màu vùng tiếp xúc do có phản ứng với hợp chất hữu cơ. Theo khuyến cáo, thuốc có thể sử dụng đến 14 ngày, tuy nhiên khi nồng độ xuống dưới 0,3% thì nên bỏ đi và thay thế thuốc mới. Kiểm tra nồng độ thuốc bằng một loại giấy thử test.

(3) Acid Peracetic

- Acid Peracetic là một chất khử khuẩn có liên kết với acid acetic – thành phần chính của dấm ăn. Hầu hết vi khuẩn bị tiêu diệt trong vòng 5 phút, còn mycobacteria thì trong vòng 10 phút. Không có hiện tượng đông đặc và kết tủa protein. Acid Peracetic được đóng gói dưới dạng bột và có tác dụng khi hòa tan ở nước ấm 35°C.
- Nhược điểm của acid Peracetic là phải pha hằng ngày vì hết tác dụng sau 24 giờ. Hóa chất có thể làm hỏng dây soi nếu ngâm trong thời gian dài và có mùi hơi hăng.

(4) Nước acid điện phân (Electrolyzed acid water)

- Nước acid điện phân có tác dụng khử khuẩn bởi ion hydrogen, chlorine và acid hypochlorous khi điện phân dung dịch NaCl 0,05%. Dung dịch có tác dụng khử khuẩn mạnh, có thể tạo ra chlorine và có thể làm hỏng dây soi nếu ngâm trong thời gian dài. Thời gian ngâm khuyến cáo là 3–7 phút tùy loại dây soi. Phải làm sạch kỹ trước khi khử khuẩn vì dung dịch này bị hạn chế tác dụng khi các chất bẩn còn sót lại bám trên dây soi. Sau khi ngâm khử khuẩn xong thì phải tráng rửa sạch để loại bỏ hết chlorine.

Bảng 2. Bảng so sánh các chất khử khuẩn

Các đặc tính	Glutaraldehyde	Orthophthaldehyde	Acid Peracetic	Electrolyzed acid water
Nơi chấp nhận sử dụng	Mỹ/Anh/Nhật	Mỹ/Anh/Nhật	Mỹ/Anh/Nhật	Nhật
Thời gian khử khuẩn	20 phút	5 phút	5 phút	3,7 phút
Tính bay hơi	Cao	Thấp	Cao	Không
Mùi	Mạnh	Yếu	Mạnh	Mùi clo
Tính kích thích/tính độc	Mạnh	Yếu	Mạnh	Không
Đông đặc protein	Có	Có	Không	Không
Làm đổi màu da	Có	Có	Không	Không
Tác dụng hữu cơ	Duy trì mức độ khử khuẩn	Duy trì mức độ khử khuẩn	Duy trì mức độ khử khuẩn	Giảm mức độ khử khuẩn
Phá hủy dây soi	Không	Không	Ăn mòn kim loại	Ăn mòn kim loại
Khử khuẩn	Trung bình	Cao	Cao	Thấp



Làm sạch



Ngâm khử khuẩn



Tráng máy



Làm khô

Hình 1. Các bước của quy trình rửa máy

4) Hướng dẫn quy trình rửa máy nội soi (Theo Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Hàn Quốc, chỉnh sửa 8/2009)

Nội soi tiêu hóa đang ngày càng áp dụng rộng rãi nên mỗi quốc gia đã có những quy trình chuẩn về

khử khuẩn máy nội soi để phòng tránh lây nhiễm vi khuẩn từ máy nội soi và các thiết bị phụ kiện. Ở Hàn Quốc, Hướng dẫn về quy trình khử khuẩn máy nội soi đã được xây dựng từ tháng 8 năm 1995 và sửa đổi vào tháng 8/2009 (Bảng 3). Máy nội soi phải được khử khuẩn theo bốn bước.

Bảng 3. Hướng dẫn về quy trình khử khuẩn máy nội soi (Hội Nội soi Tiêu hóa Hàn Quốc)

Làm sạch	- Sau khi thăm khám xong, tiến hành rửa ngay dây soi và ngâm dây soi vào dung dịch tẩy rửa, ấn nút hút để rửa sạch các chất cặn bám ở trong lòng kênh. - Bơm nước phụt rửa các kênh. - Tháo máy khỏi nguồn và mang đến khu vực tẩy rửa. - Tháo hết các phụ kiện trên máy soi. - Kiểm tra rò rỉ. - Rửa máy soi bằng chất tẩy rửa, dùng bàn chải để chải tất cả các kênh, dây và phụ kiện. - Các phụ kiện khó rửa bằng bàn chải thì phải cho vào máy rửa siêu âm sau khi ngâm trong dung dịch tẩy rửa. - Rửa sạch hóa chất bám trên máy soi (tất cả các bước đến giai đoạn này đều phải rửa bằng tay và bằng nước sạch vô khuẩn – nước có thể uống, cho dù có dùng quy trình rửa tự động).
Khử khuẩn	- Ngâm máy soi và tất cả phụ kiện vào dung dịch tẩy rửa, phụt rửa kỹ các kênh bằng dung dịch tẩy rửa để tất cả bề mặt lòng kênh đều được tiếp xúc với hóa chất. - Làm theo khuyến cáo của nhà sản xuất về thời gian ngâm, khử khuẩn máy theo từng loại chất tẩy rửa.
Tráng máy	Phải tráng thật kỹ máy soi và các phụ kiện bằng nước sạch vô khuẩn.
Làm khô máy	- Làm khô máy soi bằng cách xịt mạnh khí qua các kênh. - Dùng khăn sạch hoặc cồn 70–90% hoặc isopropyl alcohol để lau khô bề mặt máy soi. - Treo dây soi sau khi làm khô.
Các phụ kiện máy nội soi	- Chỉ khử khuẩn với các dụng cụ có thể tái sử dụng. - Tháo ra khỏi máy soi và ngâm vào dung dịch khử khuẩn, sau đó rửa sạch bằng bàn chải và miếng bọt xốp. - Xịt mạnh dung dịch tẩy rửa vào trong lòng các ống. - Sau khi ngâm trong dung dịch tẩy rửa thì rửa sạch bằng hệ thống rửa siêu âm. - Tráng bằng nước sạch sau đó làm khô bằng khăn và xịt khí. - Đóng gói từng thiết bị, tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn theo hướng dẫn của nhà sản xuất trước khi đem đi cất (nên tiệt khuẩn bằng hơi).
Các chai nước và thiết bị kết nối	Tiệt khuẩn các chai nước và thiết bị kết nối một lần/ngày, dùng nước sạch đã tiệt khuẩn để cho vào các chai nước.

6. Kỹ thuật nội soi tiêu hóa trên

(Standard technique of upper gastrointestinal endoscopy)

1. Các thao tác cơ bản khi thăm khám

- Bác sỹ dùng tay trái để cầm thân máy nội soi, chỗ kết nối giữa dây soi và thân máy được đặt vào vị trí khe liên ngón cái và ngón trỏ. Thao tác với van hút và van bơm hơi/nước bằng ngón tay trỏ trái và ngón giữa trái; điều khiển núm vặn để up (lên) và down (xuống) thì dùng ngón tay cái trái (phương pháp cầm máy bằng hai ngón tay). Phương pháp này có thể khó khăn ở người có ngón tay ngắn. Có thể thao tác hai van bằng ngón tay trỏ (trái) trong khi phần thân thì cầm bằng ba ngón tay (phương pháp cầm máy bằng ba ngón tay). Phương pháp này sẽ dễ điều khiển máy bằng ngón trỏ, nhưng các van sẽ phải thao tác lần lượt bằng một ngón tay (Hình 1).
- Ta có thể điều khiển dây soi theo bốn hướng bằng việc thao tác với bánh xe. Di chuyển lên – xuống dễ dàng bằng ngón cái, mặc dù điều khiển dây soi phải-trái cần có tay phải hỗ trợ. Ta cũng có thể xoay

cổ tay trái, xoay người hoặc nâng vai lên và hạ vai xuống để cho kết quả tương tự.

- Kỹ thuật đi dây soi sẽ khác nhau giữa các bác sỹ nhưng yếu tố quan trọng nhất là việc thăm khám một cách hệ thống từ thực quản đến tá tràng để tránh bỏ sót tổn thương. Nên tránh bơm hơi quá căng vì sẽ gây khó chịu cho bệnh nhân hoặc thao tác mạnh gây tổn thương niêm mạc. Các thao tác khi soi gồm đưa ống soi vào và rút ra, bơm hơi, hút, chỉnh đầu đèn soi theo bốn hướng, rửa niêm mạc và rửa đầu đèn. Các kỹ thuật cơ bản này phải được phối hợp với nhau nhịp nhàng. Khi quan sát tổn thương phải quan sát xa và gần để xác định chính xác vị trí tổn thương.
- Nói chung, bệnh nhân có thể thấy khó chịu do bơm hơi quá căng hoặc do dây soi ép lên vùng tim khi bị cuộn trong lúc đưa vào tá tràng. Vì thế khi đưa dây soi vào đoạn DII tá tràng cần đưa nhanh, sau đó quan sát hành tá tràng, dạ dày và thực quản.

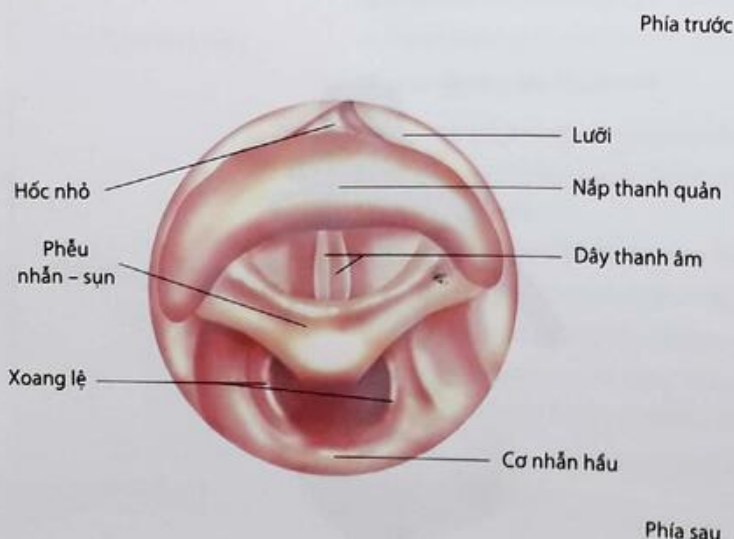


Hình 1. Cách cầm máy soi và bộ phận điều khiển (cầm bằng 2 ngón tay và 3 ngón tay)

2. Kỹ thuật đi dây soi

- Có hai cách đi dây soi: đi có quan sát trực tiếp và đi mù.
- Đi quan sát trực tiếp là cách đưa dây soi cho phép nhìn thấy trực tiếp đường đi. Từ đường giữa của lưỡi, chính nướu vận theo chiều up máy nhẹ nhàng, đưa máy trượt trên lưỡi sẽ nhìn thấy nắp thanh quản ở gốc lưỡi, đồng thời nhìn thấy sụn nhẫn và dây thanh âm. Tránh chạm vào lưỡi gà và nắp thanh quản bằng cách hướng đầu dây soi đi sang bên trái hoặc bên phải. Không nên chạm vào thành sau họng vì sẽ gây khó chịu cho bệnh nhân. Để tránh phản xạ hầu họng thì nói bệnh nhân hít thở một hơi thật sâu. Ta đều có thể nhìn thấy dây soi đi vào thực quản qua bên trái hoặc bên phải thanh quản, đó là vùng xoang lê (Hình 2). Thông thường dây soi được đưa vào phía bên trái thanh quản, sau đó đưa ra giữa để đi vào thực quản (Hình 1).
- Đi mù là kỹ thuật bác sĩ cầm dây soi bằng ngón trỏ và ngón giữa, đặt vào giữa lưỡi của bệnh nhân sau đó đẩy từ từ vào. Ngày nay kỹ thuật này không còn được dùng nhiều nữa.

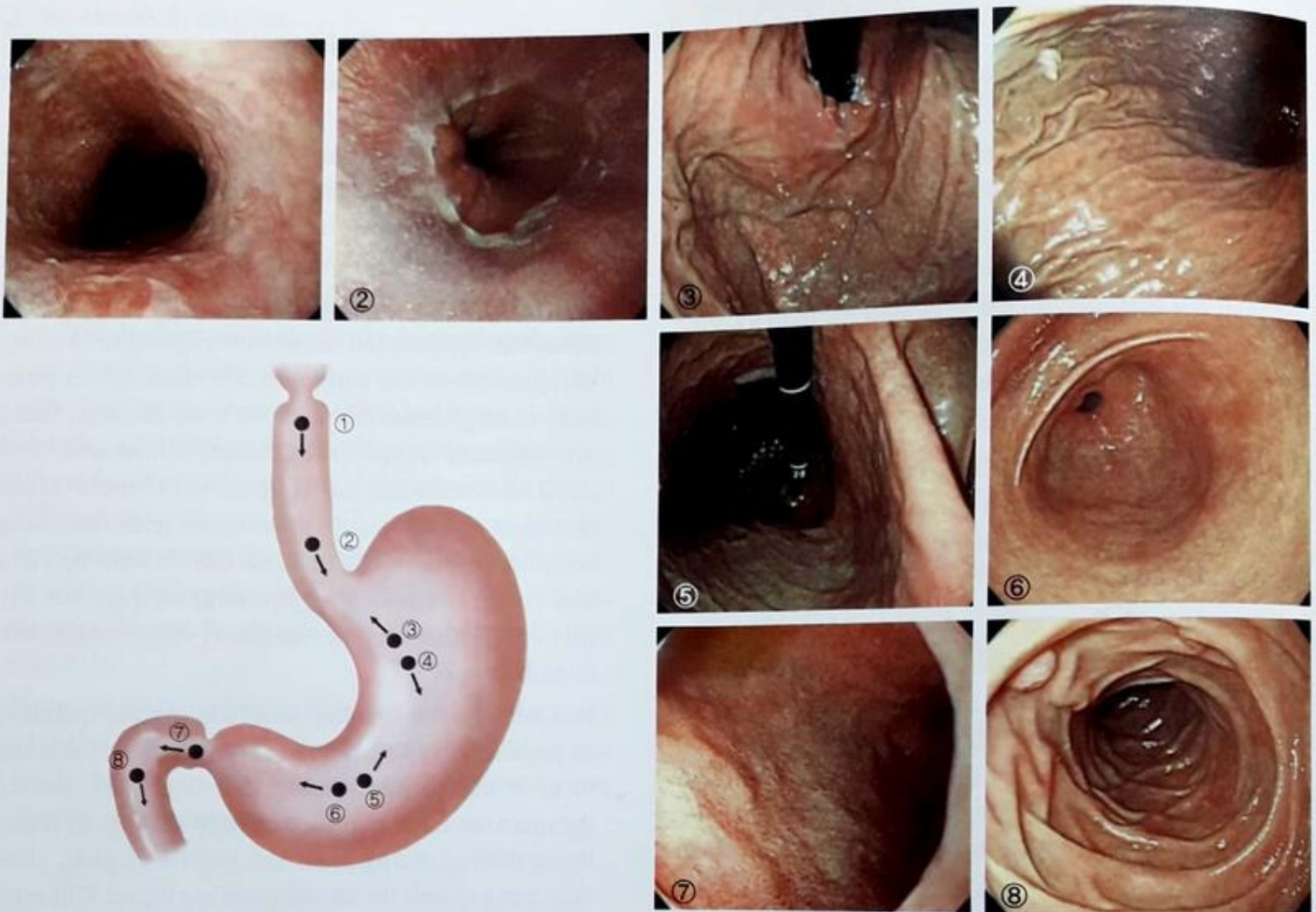
- Sau khi đi qua cơ thắt thực quản trên, dây soi sẽ được đi vào thực quản. Đoạn thực quản hơi cong sang bên trái bệnh nhân, do đó bác sĩ nên hướng dây soi đi sang bên trái để đi đến đường Z.
- Ta có thể nhìn thấy đường Z rõ ràng bằng cách bảo bệnh nhân hít vào. Khi đi vào dạ dày thì phải quan sát phình vị và bờ cong lớn. Quan sát vùng thân vị bằng cách xoay dây soi sang bên phải.
- Khi dây soi trượt hết bờ cong lớn ta sẽ thấy lỗ môn vị. Bác sĩ mới làm nội soi sẽ thấy khó khăn khi đi dây soi vào hành tá tràng qua lỗ môn vị. Tốt nhất nên giải thích cho bệnh nhân sự khó chịu khi đưa dây soi qua vị trí này, do dây soi bị cuộn dài ở bờ cong lớn dạ dày. Khi đẩy dây soi qua lỗ môn vị, bơm một chút hơi thì sẽ qua dễ dàng hơn. Khi thao tác khó khăn thì khuyến khích bệnh nhân thoải mái, thả lỏng người.
- Đối với bác sĩ mới làm nội soi thì việc đi dây soi từ hành tá tràng đến DII tá tràng cũng là một thao tác khó. Để đưa vào được DII thì bác sĩ phải xoay dây soi sang bên phải, đồng thời xoay người sang bên phải và điều khiển nướu vận theo chiều up. Khi thực hiện thao tác ở đoạn này phải cẩn thận vì có nguy cơ thủng nếu làm động tác quá mạnh.



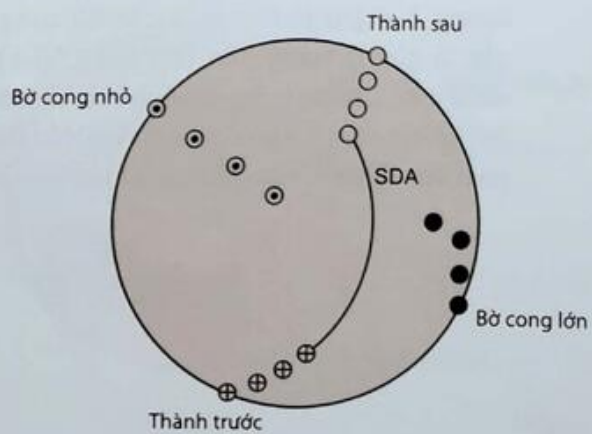
Hình 2. Giải phẫu họng và thanh quản

3. Kỹ thuật quan sát

- Nội soi đường tiêu hóa trên là một trong những hoạt động của chương trình quốc gia sàng lọc ung thư của Hàn Quốc. Mặc dù đã có tiêu chuẩn về quy trình soi dạ dày nhưng kết quả soi vẫn có thể khác nhau, thậm chí trên cùng một bệnh nhân vì các tiêu chuẩn này chưa được chuẩn hóa. Nhìn chung, phải chụp và lưu lại ảnh của thực quản, đường Z, tâm vị, thân vị, góc bờ cong nhỏ, hang vị, hành tá tràng, DII tá tràng, lỗ papilla để tránh sự khác biệt giữa các bác sỹ thăm khám (Hình 3).
- Quan sát vùng khoang miệng bắt đầu từ phần giữa họng, bên trái, phía sau và bên phải thành họng. Sau đó sẽ quan sát xoang lê, dây thanh âm, sụn vùng và nắp thanh quản.
- Phần thân của thực quản sẽ có sự khác biệt giữa người này với người khác, quai động mạch chủ thường ở cách cung răng trên 25 cm, còn khí quản trái và nhĩ trái ở vị trí tương ứng cách cung răng trên là 27 và 35 cm. Đây là những chỗ hẹp sinh lý, quan sát sẽ hơi khó khăn do nhịp đập của tim. Phần thực quản trên có thể không được quan sát kỹ do bệnh nhân khó chịu, bác sỹ rút nhanh nên dễ bỏ sót tổn thương như ổ loét, khối u.
- Nhiều bác sỹ cho rằng quan sát ở dạ dày sẽ dễ hơn quan sát ở thực quản hoặc tá tràng, tuy nhiên tổn thương ở tâm vị, bờ cong lớn và thành sau dạ dày, phía bờ cong nhỏ môn vị lại rất dễ bị bỏ sót. Nhiều trường hợp có tổn thương đồng thời, do đó cần phải quan sát được toàn bộ bề mặt niêm mạc dạ dày, không tập trung quá vào một tổn thương mà phải tìm cả tổn thương ở vị trí khác. Nên quan sát vùng môn vị đầu tiên sau khi rút dây soi ra khỏi tá tràng.
- Vùng hang vị có kích thước rộng nên phải quan sát cẩn thận. Vùng góc ranh giới giữa hang vị và thân vị tạo nên đường mù. Tổn thương vùng bờ cong nhỏ rất dễ bị bỏ sót do đầu dây soi thường đi sát với niêm mạc vùng này. Vì thế cần phải quan sát bờ cong nhỏ từ nhiều góc độ khác nhau, quan sát nhiều lần để tránh bỏ sót.
- Sau khi quan sát xong góc bờ cong nhỏ thì quan sát phần thân vị. Đầu đèn soi sẽ trượt xuống từ từ trong khi quan sát kỹ bờ cong nhỏ. Để quan sát tốt phần thân vị thì phải hút hết dịch và bơm đủ căng. Quan sát vùng tâm vị phải soi quặt ngược, hình chữ U và chữ J. Bản thân dây soi cũng có thể làm che khuất tầm quan sát nên khi soi quặt ngược phải xoay sang bên phải và bên trái để quan sát đầy đủ toàn bộ vùng tâm vị. Từ tư thế quặt ngược này, tay phải rút dây soi từ từ để nhìn sát gần vào tâm vị và vị trí ngay bên dưới đường Z.
- Hầu hết ung thư tá tràng xuất hiện ở xung quanh vị trí papilla, vì vậy phải quan sát kỹ đoạn DII tá tràng vì vị trí của papilla thường là ở đoạn này. Không thể quan sát được papilla trên máy soi cửa sổ thẳng thông thường nhưng phần nhú papilla và phần niêm mạc xung quanh thì có thể quan sát được. Khi nghi ngờ có khối u ở vùng này thì phải làm sinh thiết. Đôi khi bác sỹ có thể nhầm lẫn vị trí giải phẫu của đoạn DII tá tràng. Vị trí gần nhất theo hướng 6 giờ là thành trước, vị trí xa nhất theo hướng 12 giờ là thành sau, hướng 9–10 giờ là tiếp theo của bờ cong nhỏ, hướng 3–4 giờ là tiếp theo của bờ cong lớn, vùng gấp là góc tá tràng trên (Hình 4). Vì khó cố định vùng góc tá tràng trên và thành sau, do đó dây soi có thể lại bị trượt ra ngoài lỗ môn vị. Nên bác sỹ có thể phải đưa dây soi vào tá tràng nhiều lần để quan sát.



Hình 3. Các vị trí chuẩn cần chụp ảnh khi nội soi dạ dày



Hình 4. Các vị trí của hành tá tràng

7. Hình ảnh nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng bình thường (Normal findings of the upper gastrointestinal endoscopy)

1) Khoang miệng và họng/thanh quản (A–C)

- Sau khi đưa dây soi qua khẩu cái mềm (A) sẽ thấy lưỡi gà; đi tiếp dây soi phía bên cạnh lưỡi gà sẽ đến nắp thanh quản (B).
- Sau khi đi qua nắp thanh quản (C) thấy vùng họng và dây thanh âm.
- Đưa dây soi nhẹ nhàng qua thành trái họng vào xoang lê, qua cơ thắt thực quản trên (D) rồi vào thực quản.

2) Thực quản (D–F)

- Niêm mạc thực quản mỏng hơn và nhạt màu hơn so với niêm mạc dạ dày. Có thể nhìn rõ mạch máu trên bề mặt nông.
- Sau khi đi qua chỗ hẹp sinh lý thứ nhất (D) đến chỗ hẹp sinh lý thứ hai do quai động mạch chủ và khí quản trái đè vào (E). Thường cách cung răng trên 26–27 cm.
- Ranh giới giữa niêm mạc thực quản và dạ dày (F) là đường nối giữa niêm mạc biểu mô vảy nhạt màu của thực quản với niêm mạc biểu mô trụ màu đỏ nhạt của dạ dày.

3) Dạ dày (G–L)

- Niêm mạc dạ dày có màu đỏ nhạt. Bờ cong lớn có các nếp gấp niêm mạc (I), bờ cong nhỏ nằm phía đối diện (J), phía bên trái và phải bờ cong lớn tương ứng là thành trước và thành sau.
- Hang vị không có nếp gấp niêm mạc (G), góc bờ cong nhỏ có niêm mạc mỏng hơn vị trí khác và tạo hình cong.
- Phình vị (L) và tâm vị (K) quan sát được khi soi quét ngược.

4) Hành tá tràng, tá tràng (M–O)

- Không nhìn thấy mạch máu, nhìn thấy cấu trúc nhung mao bề mặt hành tá tràng. Thành trước và đỉnh hành tá tràng liên tục với bờ cong lớn dạ dày, còn thành sau hành tá tràng liên tục với bờ cong nhỏ (M).
- Nếp Kerkring là nếp niêm mạc hình vòng tròn, vuông góc với trục tá tràng, nhìn thấy rõ ở phần xuống của tá tràng. Thành trong là thành có papilla, phía đối diện là thành ngoài. Phía bụng và phía lưng tương ứng là thành trước và thành sau (N–O).
- Papilla nhỏ (nhú tá nhỏ) có thể thấy ở vị trí phía trên, cách papilla lớn (nhú tá lớn) 2–4 cm (N).



A



B



C



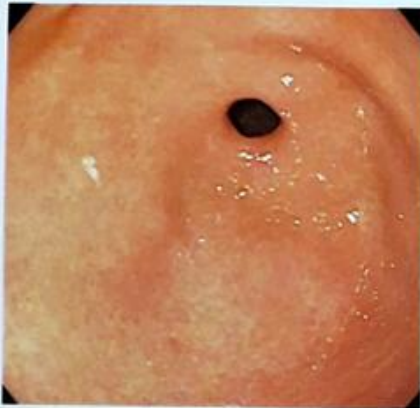
D



E



F



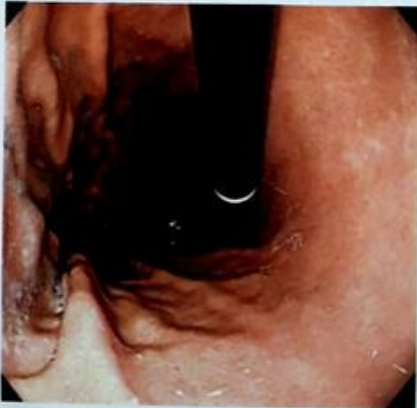
G



H



I



J



K



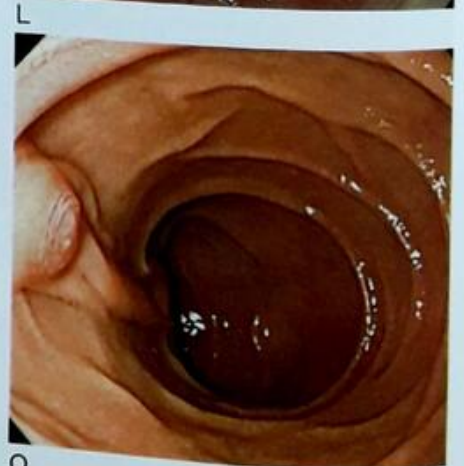
L



M



N



O

8. Các dụng cụ cần thiết dùng trong nội soi đường tiêu hóa trên (Necessities for upper gastrointestinal endoscopy)

Mặc dù ít gặp nhưng biến chứng tim, phổi vẫn có thể xảy ra trong khi làm nội soi. Vì vậy, phòng nội soi phải có sẵn các dụng cụ cần thiết để theo dõi và xử trí những tai biến này.

1. Các dụng cụ theo dõi bệnh nhân và cách sử dụng

- Máy theo dõi huyết áp và đo oxy máu: cần phải sử dụng thường xuyên cho bệnh nhân khi làm thủ thuật trong thời gian dài.
- Máy theo dõi điện tim và độ bão hòa oxy: cần thiết cho bệnh nhân nội soi gây mê và có vấn đề về tim phổi. Ngoài ra, bác sỹ cần hướng dẫn kỹ thuật viên theo dõi bệnh nhân về tình trạng hô hấp, phát hiện bất thường hoặc dấu hiệu trào ngược vào đường thở. Phải có sẵn dây oxy cho bệnh nhân thở khi độ bão hòa oxy máu giảm. Nên cho bệnh nhân thở oxy ngay khi bắt đầu gây mê để hạn chế biến chứng hạ oxy máu.
- Các dụng cụ cần thiết khác như: máy hút dịch, phương tiện hồi sức tim phổi và các dụng cụ có liên quan.

2. Thuốc giải độc trong nội soi gây mê (Antidotes)

1) Naloxone

- Naloxon là chất đối kháng cạnh tranh với chất dạng thuốc phiện trên receptor opioid. Thuốc có tác dụng trên bệnh nhân suy hô hấp trong khi làm nội soi gây mê. Thời gian có tác dụng là 1–2 phút sau tiêm tĩnh mạch, thời gian bán hủy là 30–45 phút. Nếu bệnh nhân cần thêm liều thì phải theo dõi tối đa 2 giờ. Nếu chưa có tác dụng thì dùng liều bổ sung 0,2–0,4 mg trong 2–3 giờ.

2) Flumazenil

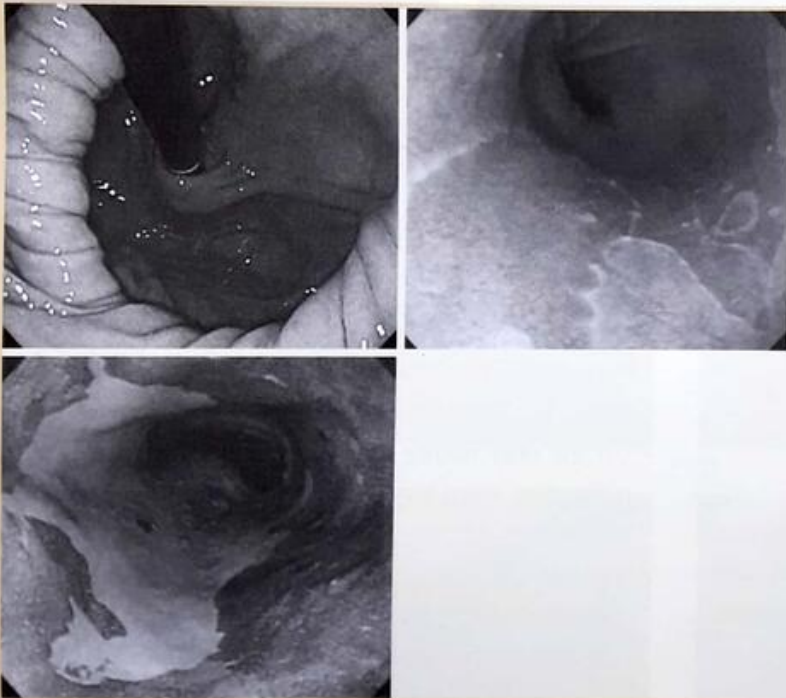
- Flumazenil là chất đối kháng đặc hiệu với benzodiazepine. Thuốc làm đảo ngược tác dụng gây mê, những bất thường về tâm thần vận động, chứng mất trí nhớ và suy hô hấp; tác dụng này nổi trội hơn đối với gây mê và mất trí nhớ. Thời gian bán hủy là 0,7–1,3 giờ. Suy hô hấp do midazolam thường xảy ra trong vòng 2 phút sau khi tiêm nhưng bệnh nhân nên được theo dõi cẩn thận vì tác dụng gây mê có thể tái xuất hiện. Liều bắt đầu dùng là 0,1–0,3 mg, cho thêm 0,3–0,5 mg/giờ có tác dụng dự phòng hôn mê cho bệnh nhân.

Bảng 1. Các dụng cụ cần thiết cho phòng nội soi

Dụng cụ cơ bản	Oxy, máy hút, ống thông mũi, mặt nạ thở oxy, máy đo nồng độ oxy
Dụng cụ hồi sức tim phổi	Dụng cụ soi thanh quản, ống nội khí quản, máy khử rung tim
Thuốc	Atropine, epinephrine, flumazenil, glucose 50%, naloxone

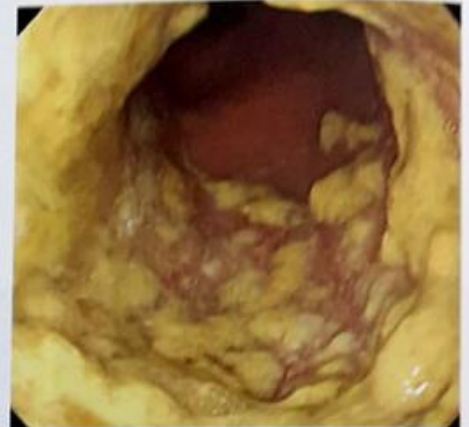
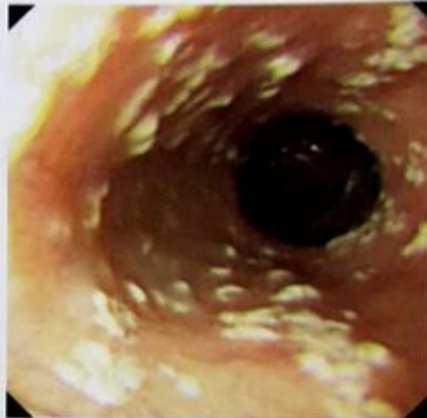
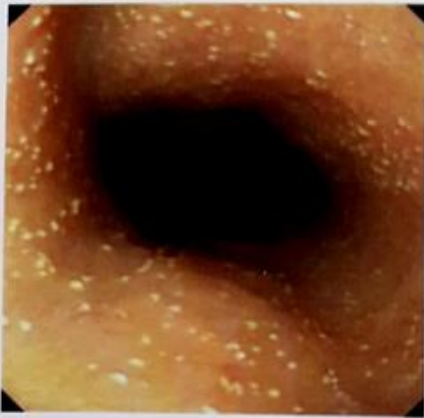
Phần 2

Các bệnh lý thực quản (Esophageal Diseases)



1. Viêm thực quản do nhiễm khuẩn (Infectious esophagitis)

1 Viêm thực quản do nấm candida (Candida esophagitis)



Nhiều nốt màu hơi vàng hoặc hơi trắng rải rác, lan tỏa.

1. Định nghĩa

Là viêm thực quản do nhiễm nấm candida.

2. Lâm sàng

- Viêm thực quản do nấm candida thường là hậu quả của tình trạng suy giảm miễn dịch, dùng kháng sinh phổ rộng hoặc steroids, đái tháo đường, nghiện rượu, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch ở người già và dùng thuốc kháng acid trong thời gian dài.
- Hầu hết trường hợp viêm thực quản do nhiễm candida không có triệu chứng, một số trường hợp có nuốt đau hoặc khó nuốt.
- Có thể kèm theo viêm thực quản do nhiễm virus. Điều trị hiệu quả bằng fluconazole, itraconazole và amphotericin; liều lượng và thời gian điều trị tùy thuộc vào triệu chứng.

3. Hình ảnh nội soi

- Là các nốt, đám màu trắng hoặc vàng phân bố không đồng đều trên bề mặt thực quản.
- Có thể thấy những nốt trắng nhỏ < 2 mm trên nền niêm mạc xung huyết, không có dấu hiệu loét hoặc phù nề.
- Thành phần của các nốt/đám trắng đó là các tế bào biểu mô, nấm, vi khuẩn và tế bào viêm. Chẩn đoán xác định bằng việc soi tươi thấy sợi nấm trên tiêu bản.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với viêm thực quản do cytomegalovirus (CMV), viêm thực quản do lao và viêm thực quản do virus herpes.

5. Một số hình ảnh nội soi



A



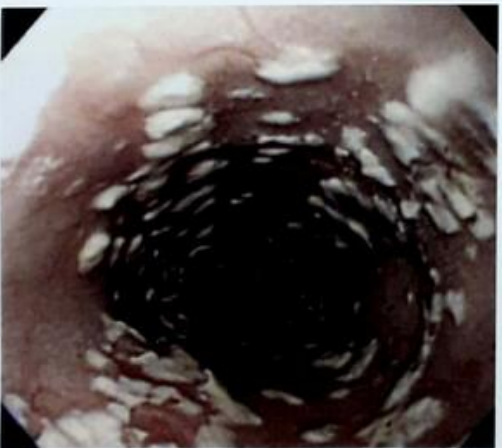
B



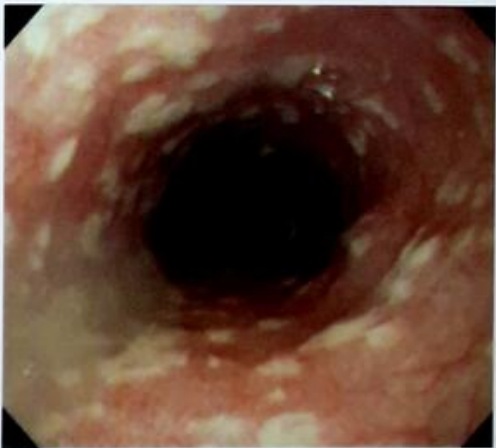
C



D



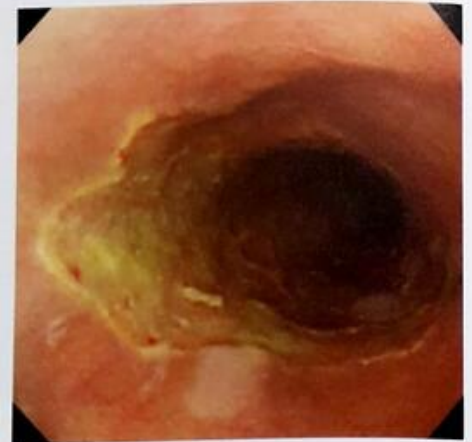
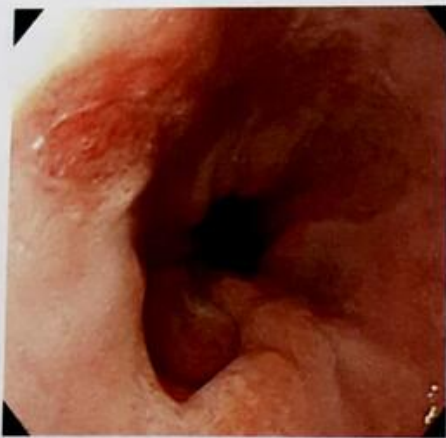
E



F

A, B, C. Không có loét, phù nề, chỉ có một số nốt trắng. D, E. Nhiều nốt trắng trên 2 mm tập trung theo đường dài. F. Nhiều nốt trắng hơi vàng.

2 Viêm thực quản do Cytomegalovirus (CMV esophagitis)



Ố loét có bờ tương đối rõ ở thực quản dưới

1. Định nghĩa

Là viêm thực quản do nhiễm Cytomegalovirus (CMV).

2. Lâm sàng

Thường xuất hiện trên bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, kháng sinh phổ rộng hoặc steroid, bệnh nhân đái tháo đường, nghiện rượu, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch ở người già và dùng thuốc kháng acid trong thời gian dài.

Trên bệnh nhân có hệ miễn dịch bình thường thì chỉ cần điều trị hỗ trợ, bệnh tự khỏi. Tuy nhiên, trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch thì có thể diễn biến nặng, thậm chí dẫn đến tử vong. Điều trị bằng Acyclovir hoặc forscarnet hoặc kết hợp cả hai. Chưa có khuyến cáo điều trị duy trì nhưng nếu có tái phát thì có thể phải điều trị duy trì.

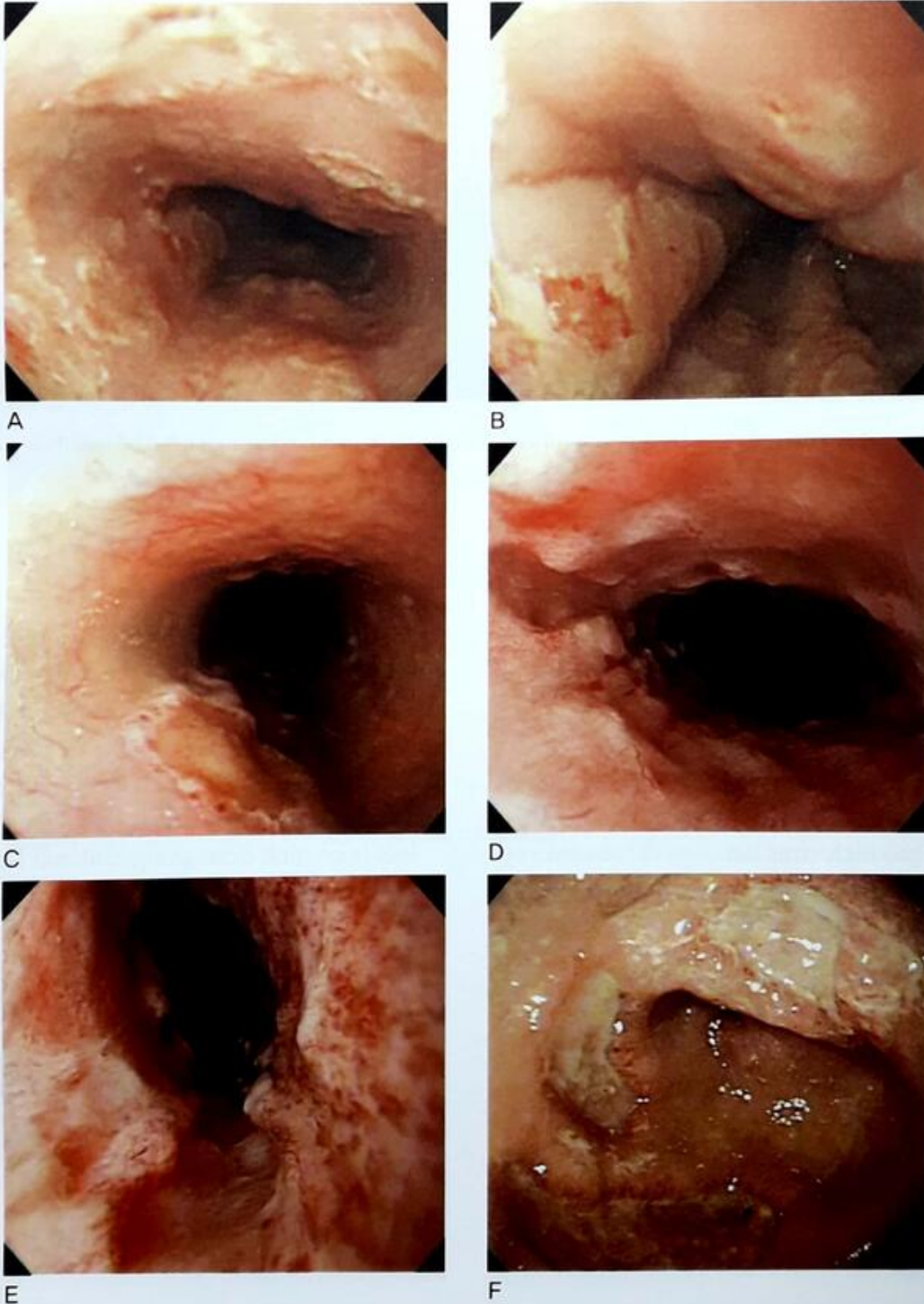
3. Hình ảnh nội soi

- Trợt, phù nề, loét nhiều ổ, rời rạc.
- CMV xâm lấn đến nguyên bào sợi ở lớp dưới niêm mạc và tế bào nội mạch. Vì thế sinh thiết phải lấy được bệnh phẩm ở đáy mà không phải lấy ở vùng rìa tổn thương.
- Chẩn đoán xác định khi thấy thể vùi ở bệnh phẩm sinh thiết.

4. Chẩn đoán phân biệt

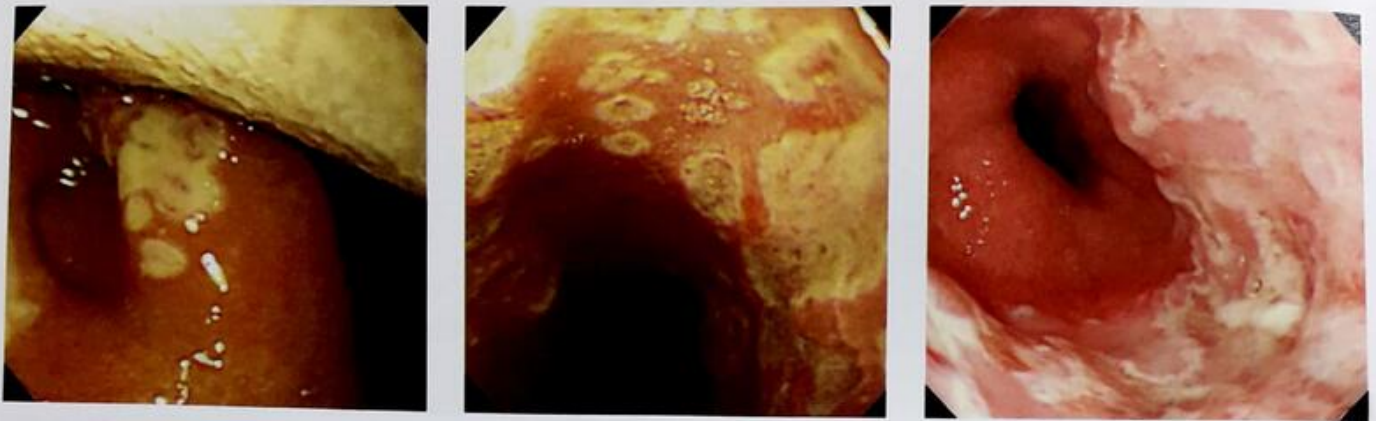
Cần phân biệt với viêm thực quản do nấm candida, Herpes và do lao.

5. Một số hình ảnh nội soi



A, B. Loét nông hình bản đồ, chiếm gần hết bề mặt niêm mạc, bờ không đều nhưng ranh giới ổ loét tương đối rõ. **C.** Một ổ loét đơn độc, ranh giới rõ, vị trí ở thực quản giữa. Vùng niêm mạc xung quanh bình thường. **D, E.** Nhiều ổ loét có ranh giới rõ trên bệnh nhân ghép phổi, có triệu chứng khó nuốt và đau ngực. **F.** Nhiều ổ loét ranh giới rõ ở niêm mạc dạ dày trên cùng bệnh nhân (ở hình D, E). Sinh thiết ổ loét thực quản và dạ dày đều cho kết quả giải phẫu bệnh là nhiễm CMV.

3 Viêm thực quản do virus Herpes (Herpetic esophagitis)



Loét nông ở khoang miệng quan sát được khi đưa máy soi vào và nhiều ổ loét nông, mảng xuất tiết ở bề mặt thực quản.

1. Định nghĩa

Là viêm thực quản do nhiễm virus Herpes.

2. Lâm sàng

- Thường xuất hiện trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bệnh nhân có hệ miễn dịch bình thường thì ít bị nhiễm. Tế bào đích virus tấn công là biểu mô vảy.
- Cơ chế bệnh sinh được cho là virus lan truyền từ miệng bệnh nhân, qua quá trình tái hoạt hóa hoặc dẫn chuyển của dây thần kinh phế vị ở niêm mạc thực quản.
- Triệu chứng thường gặp là khó nuốt hoặc nuốt đau. Ít khi có sốt, nôn và buồn nôn.
- Dấu hiệu nhiễm Herpes ở môi và da có thể gặp ở 19–38% bệnh nhân.

3. Hình ảnh nội soi

- Niêm mạc thực quản có nhiều ổ loét nông, bề mặt có xuất tiết. Khi đưa máy soi qua khoang miệng và thành họng cũng có thể thấy tổn thương này.
- Giai đoạn sớm có thể thấy các phỏng nước nhỏ ở thực quản giữa và dưới. Các phỏng nước vỡ ra tạo các tổn thương giống loét. Đặc điểm đặc trưng của ổ loét là có hình tròn, giống hình núi lửa, bờ gồ.
- Giai đoạn tiến triển, các ổ loét có thể nối lại với nhau và có giả mạc bao phủ.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với viêm thực quản do nấm candida, do CMV và do lao.

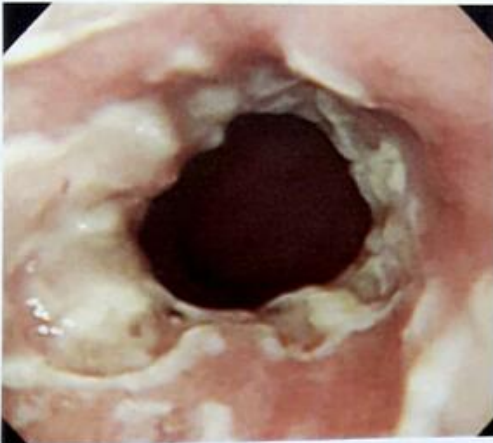
5. Một số hình ảnh nội soi



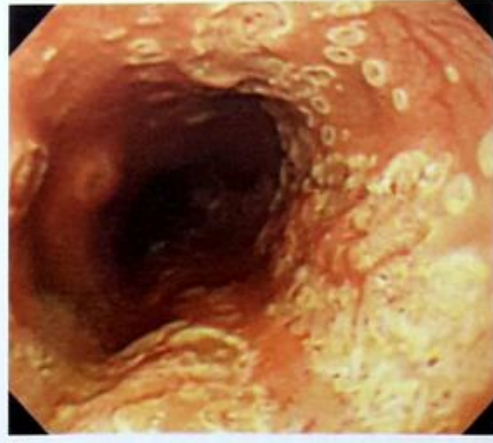
A



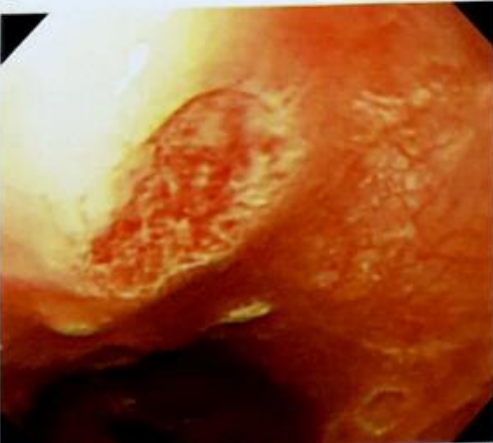
B



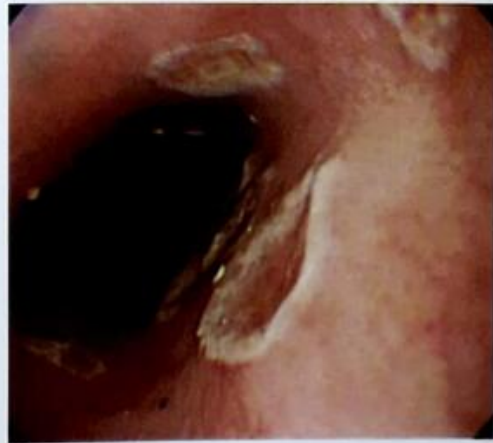
C



D



E



F

A, B, C. Loét ở khoang miệng và thành thực quản. Mỗi ổ loét có bờ gồ, ranh giới rõ giống như miệng núi lửa. Nhiều ổ loét giống miệng núi lửa nhập lại với nhau, bề mặt có phủ giả mạc. D, E. Nhiều ổ loét có bờ trắng, kích thước không đồng đều. Vài ổ loét có chảy máu. F. Nhiều ổ loét có bờ gồ, trông giống miệng núi lửa.

4 Viêm thực quản do lao (Tuberculous esophagitis)



Tổn thương dạng loét. Ổ loét có đáy sâu và bờ rõ. Ổ loét có giả mạc trắng và bọt khí do có lỗ rò với trung thất

1. Định nghĩa

Là viêm thực quản do nhiễm vi khuẩn lao.

2. Lâm sàng

- Nguyên nhân thường gặp của viêm thực quản do lao là do lây nhiễm vi khuẩn lao từ hạch lao ở trung thất gần thực quản. Cũng có thể từ cột sống, phổi hoặc từ các tạng khác. Rất hiếm khi có lao nguyên phát ở thực quản.
- Vị trí dễ xâm lấn từ hạch lao trung thất là hạch lympho cận khí quản. Đặc biệt sự xâm lấn từ hạch lympho phế quản-phổi dễ tạo thành đường rò thực quản-khí quản.
- Triệu chứng hay gặp nhất là khó nuốt. Khó nuốt thường do loét ở thực quản, ngoài ra có thể do hẹp hoặc hình thành túi thừa. Nếu có rò thực quản-khí quản thì bệnh nhân sẽ ho khi nuốt thức ăn, nước uống.

3. Hình ảnh nội soi

- Hình ảnh viêm thực quản do lao thường được chia thành các dạng: loét, quá sản, hạt; trong đó loét là loại hay gặp nhất.
- Tổn thương loét thường do xâm nhập của vi khuẩn lao trên bề mặt niêm mạc thực quản qua nước bọt. Loại quá sản thường gặp ở thực quản giữa và gây hẹp lòng thực quản. Loại hạt ít gặp nhất, có dạng tổn thương là các hạt màu hơi xám trên bề mặt thực quản.
- Hình ảnh trên là tổn thương dạng loét, đáy sâu, ranh giới rõ. Có thể thấy giả mạc trắng và bóng khí do có lỗ rò với trung thất.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với viêm thực quản do nấm candida, do virus Herpes và do CMV.

5. Một số hình ảnh nội soi



A



B



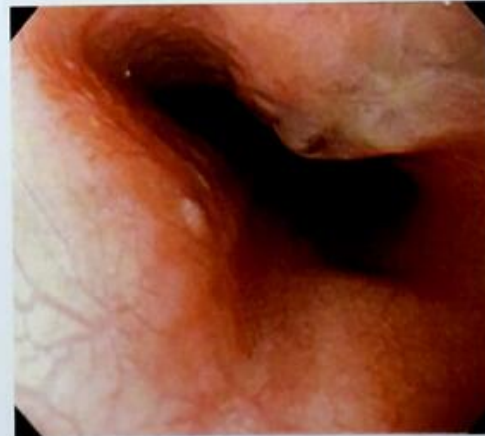
C



D



E

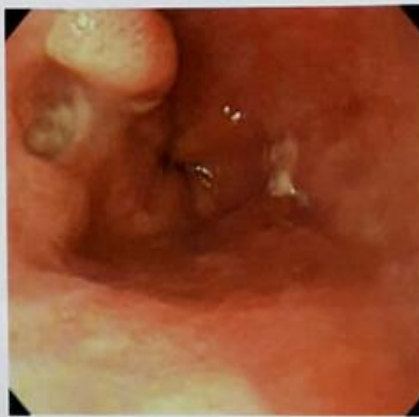


F

A, B. Tổn thương loét trung tâm, bờ nề (trên cùng bệnh nhân). Tổn thương loét sâu nhưng không có rò. Được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết và làm giải phẫu bệnh. C, D. Ổ loét sâu, ranh giới rõ, bờ gồ. E, F. Viêm thực quản do lao đã được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết và làm giải phẫu bệnh. Hình ảnh nội soi sau 3 tháng điều trị bằng thuốc kháng lao cho thấy kết quả cải thiện tốt.

2. Viêm thực quản không do nhiễm khuẩn (Non-infectious esophagitis)

1 Tổn thương thực quản trong bệnh Behçet (Esophageal involvement of Behçet's disease)



Hình ảnh nội soi của bệnh nhân Behçet đang được theo dõi định kỳ. Bệnh nhân có nuốt đau và đi ngoài phân đen. Quan sát thấy ổ loét cấp có ranh giới tương đối rõ.

1. Định nghĩa

Là tổn thương thực quản do bệnh Behçet gây ra.

2. Lâm sàng

- Triệu chứng nuốt đau và đau ngực, có thể thấy nôn máu hoặc đi ngoài phân đen do chảy máu ở tổn thương.

4. Một số hình ảnh nội soi

3. Hình ảnh nội soi

- Tổn thương thực quản trong bệnh Behçet thường là dạng loét không đặc hiệu. Hình ảnh giống dạng loét bản đồ, có ranh giới rõ xuất hiện ở ruột non và đại tràng.



A



B

A. Loét hình bản đồ, ranh giới rõ, đáy không đều, bờ gồ. B. Nhiều ổ loét rời rạc, ranh giới rõ trên bệnh nhân có nuốt đau, loét miệng và loét âm đạo tái phát.

2 Viêm thực quản do tia xạ (Radiation-induced esophagitis)



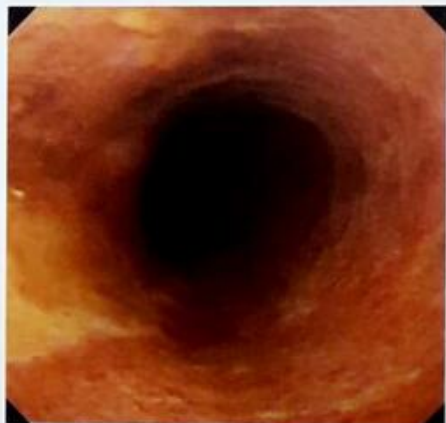
Niêm mạc phù nề, xung huyết và dễ bong tróc.



Tổn thương hẹp trên bệnh nhân có triệu chứng khó nuốt sau khi xạ trị



Niêm mạc thực quản phù nề và xung huyết, bề mặt có phủ giả mạc (hình bên trái), vùng giả mạc không bắt màu thuốc nhuộm Lugol (hình bên phải).



1. Định nghĩa

Là viêm thực quản do tia xạ.

2. Lâm sàng

- Khi điều trị tia xạ cho bệnh nhân u phổi, u trung thất, ung thư thực quản với liều từ 30 Gy trở lên là có thể gây viêm thực quản do tia xạ.
- Triệu chứng lâm sàng gồm nuốt đau, đau thượng vị và xuất huyết ở thực quản xảy ra sau khi chiếu xạ.
- Nghĩ tới hẹp thực quản khi bệnh nhân có khó nuốt. Hẹp thực quản thường xuất hiện sau khi xạ trị 3–18 tháng.

3. Hình ảnh nội soi

- Tổn thương thấy trên hình ảnh nội soi phụ thuộc vào mức độ và thời gian chiếu xạ.
- Giai đoạn cấp sẽ thấy xung huyết, phù nề, loét, hoại tử, xuất tiết và giả mạc. Còn giai đoạn bán cấp hoặc mạn tính sẽ có chít hẹp, rò, tạo sẹo, giãn mạch.
- Khi sinh thiết phải làm cẩn thận vì có nguy cơ gây rò.

3 Viêm thực quản do thuốc (Pill-induced esophagitis)



Loét cấp, đối xứng, ranh giới rõ; vùng niêm mạc xung quanh bình thường

1. Định nghĩa

Là viêm thực quản do bệnh nhân uống thuốc.

2. Lâm sàng

- Bệnh nhân uống thuốc kháng sinh hoặc giảm đau mà không uống đủ nước hoặc có tiền sử uống thuốc trước khi ngủ hoặc uống thuốc khi nằm. Đây là các gợi ý quan trọng để chẩn đoán bệnh và chẩn đoán phân biệt với viêm thực quản do nguyên nhân khác.
- Triệu chứng: đau ngực, đau thượng vị và nuốt đau. Triệu chứng có thể xuất hiện ngay sau khi uống thuốc và kéo dài trong vài ngày.
- Các thuốc thường gây ra viêm thực quản là doxycycline, penicilin, kali, voltaren, quinidine, chống viêm NSAIDs.
- Trong hầu hết các trường hợp, triệu chứng tự khỏi sau 3 đến vài tuần mà không cần điều trị.

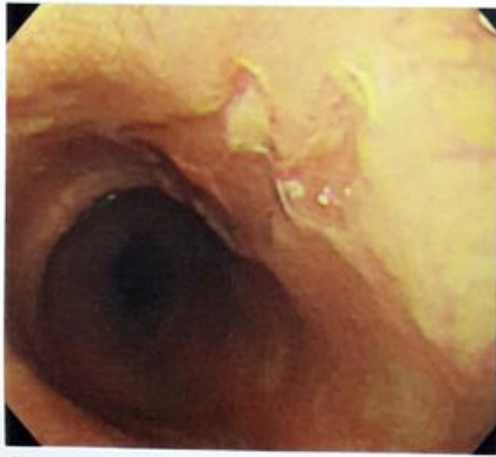
3. Hình ảnh nội soi

- Trên hình ảnh nội soi thực quản có thể thấy loét đơn độc hoặc loét nhiều ổ, hình tròn hoặc bầu dục. Bờ ổ loét có thể không đều nhưng có ranh giới rõ, một số trường hợp có loét phía đối diện, gọi là loét đối xứng (kissing ulcer).
- Ổ loét thường xuất hiện ở vị trí hẹp sinh lý như thực quản giữa – chỗ phồng lên của quai động mạch chủ.
- Hình ảnh trên là tổn thương loét cấp, đối xứng, ranh giới rõ; vùng niêm mạc xung quanh bình thường.

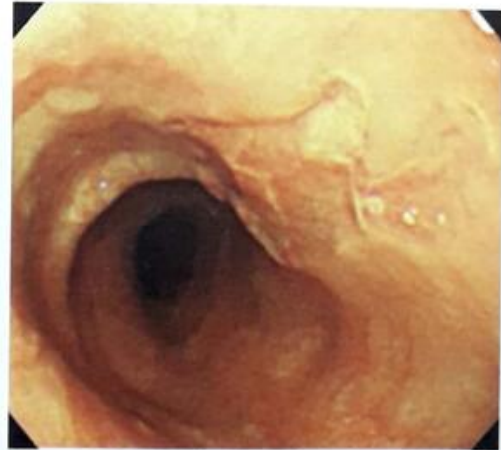
4. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với viêm thực quản do hóa chất ăn mòn, viêm thực quản do tia xạ và viêm thực quản do nhiễm khuẩn.

5. Một số hình ảnh nội soi



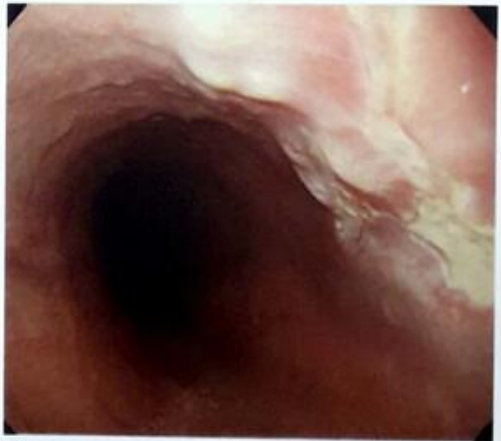
A



B



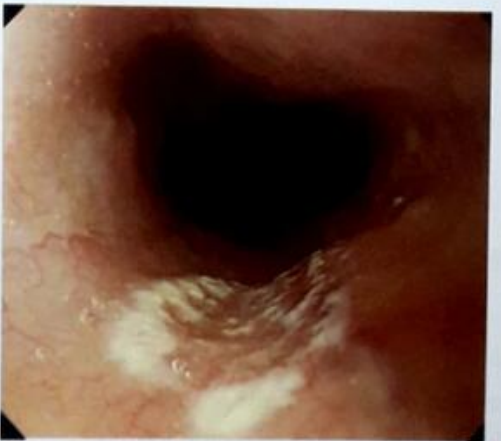
C



D



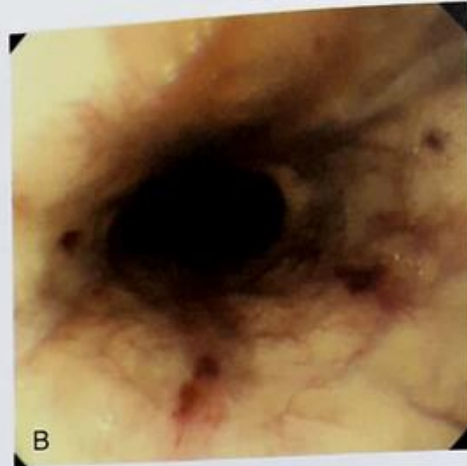
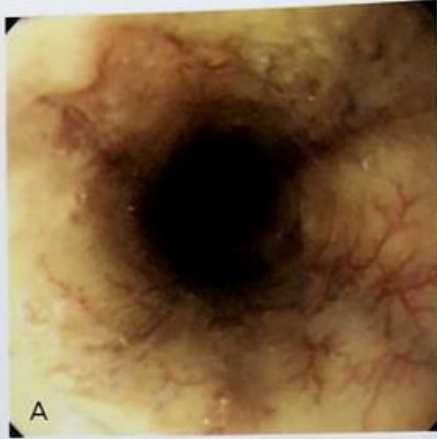
E



F

A, B. Hình ảnh nội soi của bệnh nhân đau ngực đột ngột sau khi uống thuốc cảm lạnh. Trên nội soi có hình ảnh nhiều ổ loét, bờ không đều nhưng ranh giới tương đối rõ. C, D. Hình dạng ổ loét có thể tròn hoặc bầu dục, không đều nhưng ranh giới tương đối rõ. Phần niêm mạc ngoài ổ loét bình thường. E. Hình ảnh nội soi của bệnh nhân đau ngực sau khi uống thuốc hạ sốt và kháng sinh. Ổ loét cấp tính, hình dài, đối xứng. Ổ loét có giả mạc phủ, bờ tương đối rõ nhưng có phù nề, xung huyết. F. Ổ loét dài đơn độc, bờ không đều nhưng ranh giới tương đối rõ. Bệnh nhân có dùng thuốc điều trị trứng cá, tổn thương ở chỗ hẹp sinh lý của thực quản, được chẩn đoán là viêm thực quản do thuốc.

4 Viêm thực quản do hóa chất ăn mòn (Corrosive esophagitis)



A, B. Niêm mạc phù nề, xung huyết và có vài chấm xuất huyết.



C, D. Hình ảnh nội soi của bệnh nhân có tiền sử viêm thực quản do hóa chất ăn mòn (kiềm), có triệu chứng khó nuốt. Bệnh nhân có hẹp thực quản, máy soi không đi qua được. Sau khi nong bằng bộ nong Bougie thì bệnh nhân hết triệu chứng.

1. Định nghĩa

Là viêm thực quản do bệnh nhân uống hóa chất ăn mòn.

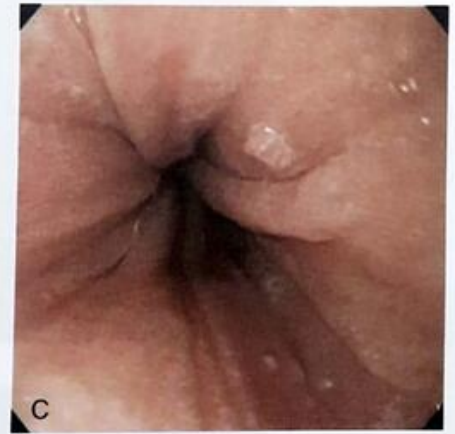
2. Lâm sàng

- Tình trạng viêm thực quản gây ra do bệnh nhân cố tình hoặc vô tình uống hóa chất acid hoặc kiềm.
- Sau vài chục năm vùng tổn thương có thể phát triển thành ung thư, có thể ở phần trên của đoạn hẹp.

3. Hình ảnh nội soi

- Thủng thực quản thường xuất hiện trong 2–3 ngày hoặc trong vòng 2 tuần sau khi uống hóa chất.
- Hình ảnh nội soi giai đoạn cấp có thể gặp: phù nề, xung huyết, chảy máu, phỏng nước, trợt và loét. Có thể dựa vào các tổn thương này để đánh giá mức độ.
 - Giai đoạn 1: chỉ có phù nề, xung huyết nhẹ.
 - Giai đoạn 2: có loét khu trú.
 - Giai đoạn 3: hoại tử niêm mạc lan rộng. Mức độ hoại tử càng nhiều thì nguy cơ hẹp càng cao.
- Hình ảnh trên là niêm mạc phù nề, xung huyết và có vài nốt xuất huyết.

5 Viêm thực quản do tăng bạch cầu ái toan hay bạch cầu ưa acid (Eosinophilic esophagitis)



1. Định nghĩa

Là viêm thực quản do sự thâm nhiễm của bạch cầu ái toan.

2. Lâm sàng

- Ở người lớn, triệu chứng có khó nuốt hoặc thức ăn ứ đọng ở thực quản. Chẩn đoán chính xác bằng soi tiêu bản trên kính hiển vi thấy trên 15 bạch cầu ưa acid/vi trường ở vật kính 40. Trường hợp có triệu chứng lâm sàng, mô bệnh học, nội soi gợi ý viêm thực quản trào ngược thì nên phải loại trừ.
- Trong nhóm bệnh nhân này có khoảng 50–80% có tiền sử dị ứng như tạng dị ứng (atopy), viêm khớp dị ứng và hen. Hạn chế thức ăn có nguy cơ có thể cải thiện tình trạng bệnh.
- Điều trị: hạn chế thức ăn nguy cơ, dùng thuốc ức chế bơm proton và steroid dạng hít.

3. Hình ảnh nội soi

- Khoảng 10–30% bệnh nhân có hình ảnh nội soi bình thường có thể chẩn đoán viêm thực quản do tăng bạch cầu ái toan.
- Hình ảnh nội soi điển hình gồm các vết sọc dài (A), các nếp vòng tròn (B), nhiều nốt màu hơi trắng hoặc trắng (C), niêm mạc mủn, xuất tiết trắng, hẹp lòng thực quản và “niêm mạc giống như lá bánh crepe” (“crepe paper mucosa”).

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với viêm thực quản trào ngược, viêm thực quản do nhiễm khuẩn.

5. Một số hình ảnh nội soi



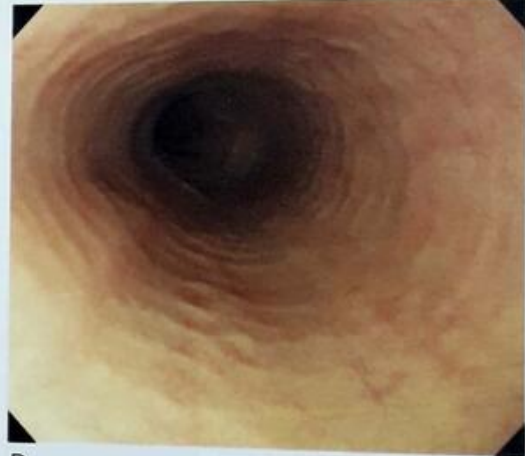
A



B



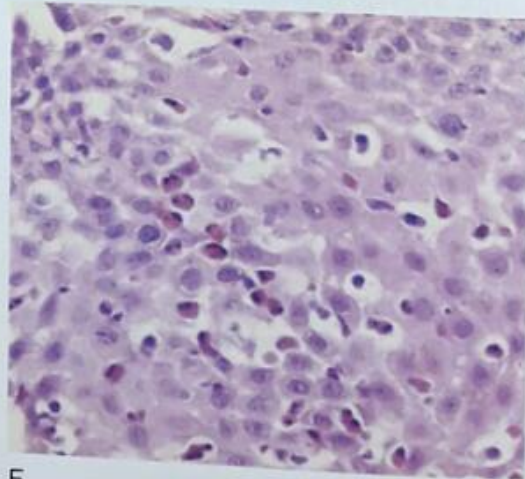
C



D

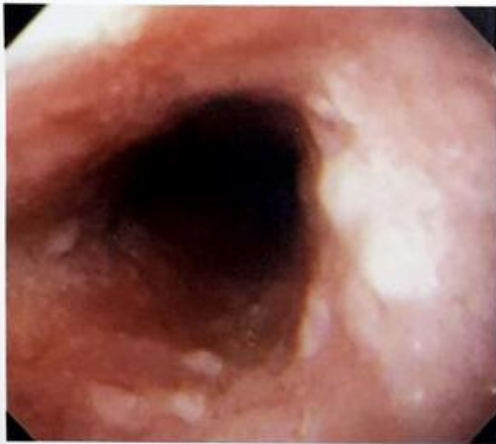


E

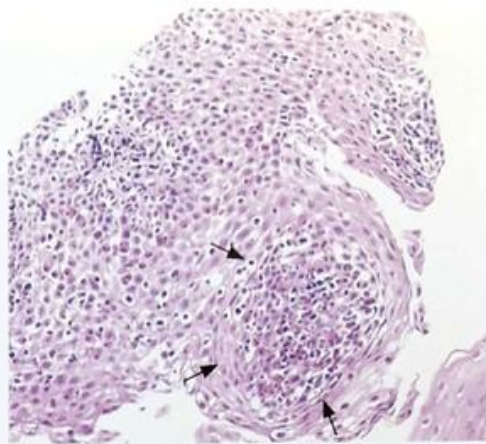


F

A, B. Hình ảnh nội soi của bệnh nhân khó nuốt. Ta thấy các nếp dài. Chẩn đoán xác định trên bệnh phẩm sinh thiết là viêm thực quản do tăng bạch cầu ái toan. C, D, E, F. Hình ảnh niêm mạc thực quản có các nếp vòng tròn. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm thực quản do tăng bạch cầu ái toan với trên 20 bạch cầu ưa acid/vi trường ở vật kính 40.



G



H



I



J

G, H. Trên hình ảnh nội soi thực quản quan sát thấy nhiều nốt trắng ở bệnh nhân khó nuốt. Trên hình ảnh mô bệnh học thấy có thâm nhiễm bạch cầu ái toan và các ổ áp xe nhỏ (mũi tên chỉ). **I.** Hình ảnh nội soi của bệnh nhân khó nuốt có các nếp chạy theo chiều dọc và vòng tròn. Chẩn đoán xác định trên mô bệnh học là viêm thực quản do tăng bạch cầu ưa acid. Triệu chứng của bệnh nhân không đỡ sau 2 tháng điều trị thuốc ức chế bơm proton (PPI). Sau đó phải điều trị bằng xịt steroid thì triệu chứng thuyên giảm. **J.** Hình ảnh nội soi có cải thiện sau điều trị. Trên tiêu bản giải phẫu bệnh không còn bằng chứng viêm thực quản.

3. U dưới niêm mạc thực quản (Esophageal submucosal tumor)

1 U cơ (Leiomyoma)



Hình ảnh nội soi có khối lồi, bề mặt nhẵn ở 1/3 giữa thực quản. Hình ảnh siêu âm nội soi cho thấy khối giảm âm, đồng nhất, gợi ý khối u xuất phát từ lớp cơ.

Khối u dưới niêm mạc, bề mặt phủ bởi niêm mạc bình thường. Được chẩn đoán xác định trên mô bệnh học là u cơ.

1. Định nghĩa

U cơ là u dưới niêm mạc thực quản và là khối u trung mô thường gặp nhất của thực quản. Chẩn đoán xác định trên giải phẫu bệnh là sự có mặt của tế bào hình thoi, nhuộm hóa mô miễn dịch dương tính với actin hoặc desmine, âm tính với CD 117 và CD 34.

2. Lâm sàng

- U cơ trơn thực quản là khối u lành tính, hay gặp, chiếm khoảng 67% trong tổng số các u dưới niêm mạc thực quản.
- Hầu hết u cơ trơn thực quản (90%) gặp ở 1/3 giữa và 1/3 dưới vì ở vùng này chứa nhiều cơ trơn, còn 1/3 trên ít gặp hơn vì đoạn này chứa nhiều cơ vân.
- Triệu chứng hay gặp nhất là khó nuốt. Ngoài ra có thể gặp đau ngực hoặc nóng rát sau xương ức.
- Các khối u có đường kính < 3 cm thì chỉ cần theo dõi qua nội soi. Còn với những khối có kích thước lớn hơn 3–5 cm, gây ra triệu chứng hoặc kích thước tăng lên theo thời gian thì phải cắt bỏ.

3. Hình ảnh nội soi và siêu âm nội soi

- Hình ảnh khối lồi vào lòng thực quản, bề mặt niêm mạc bình thường (nhẵn, mềm mại).
- Nên làm siêu âm nội soi để xác định chính xác đặc điểm của khối u. Trên siêu âm nội soi, u cơ trơn thực quản có đặc điểm: khối giảm âm đồng nhất. Hầu hết trường hợp khối u phát triển từ lớp cơ, đôi khi từ lớp cơ niêm.
- Hình ảnh gợi ý tính chất ác tính trên siêu âm nội soi: kích thước u lớn hơn 3–4 cm, bờ không đều, trong khối có các ổ tăng âm hoặc các nang.
- Ca bệnh có hình ảnh trên là khối lồi, bề mặt nhẵn ở thực quản 1/3 giữa. Khối giảm âm đồng nhất, phát triển từ lớp cơ.

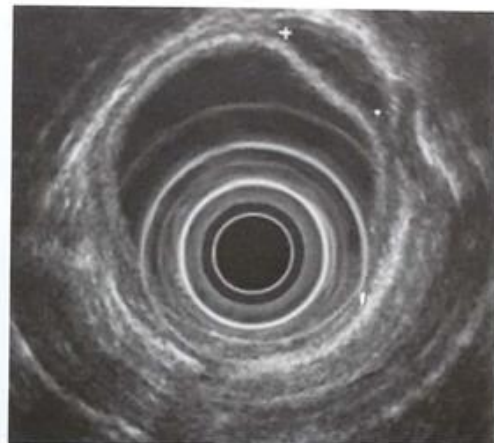
4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với u GIST, u tế bào schwann, khối đe dọa từ bên ngoài.

5. Một số hình ảnh nội soi



A



B



C



D



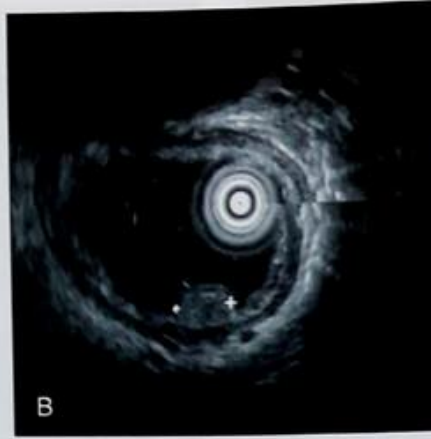
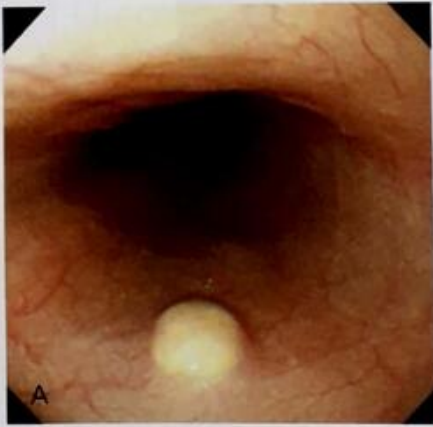
E



F

A. Khối lồi 10 mm, bề mặt nhẵn ở 1/3 giữa thực quản. Trên nội soi nghi ngờ u cơ vì khi thăm bằng kim sinh thiết thấy chắc. B. Hình ảnh siêu âm nội soi cho thấy khối giảm âm hoặc phát triển từ lớp cơ. C, D. Khối giảm âm, kích thước 5 mm, xuất phát từ lớp cơ, ở thực quản 1/3 giữa. E, F. Khối lồi ở vị trí 5 giờ, cách cung răng trên 25 cm. Một khối khác ở vị trí 9 giờ; hơi lồi vào lòng thực quản. Cả hai khối đều cứng và ít di động, làm siêu âm nội soi để xác định khối đó là u dưới biểu mô hay khối đè đẩy từ ngoài vào. F. Trên siêu âm nội soi cho thấy hai khối u cơ phát triển từ lớp cơ (mũi tên).

2 U tế bào hạt (Granular cell tumor)



A. Khối có màu vàng trông giống hình dạng của polyp không cuống. B. Trên siêu âm nội soi cho thấy khối giảm âm, đồng nhất, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc. C. Khối u có hình cái răng hàm là đặc điểm đặc trưng của khối u tế bào hạt.

1. Định nghĩa

U tế bào hạt là khối u gồm các tế bào hạt quá sản, khi nhuộm thì dương tính mạnh với S-100.

2. Lâm sàng

- U tế bào hạt thường gặp ở da và khoang miệng, ít khi có ở thực quản.
- Nếu có triệu chứng thì hay gặp nhất là khó nuốt. Ngoài ra có thể gặp đau ngực hoặc nóng rát sau xương ức.
- Các khối u thường lành tính, rất hiếm khi chuyển thành ác tính. Nếu có ác tính thường liên quan đến tổn thương thanh quản hoặc các tạng gần kề thực quản, mà không có di căn xa.

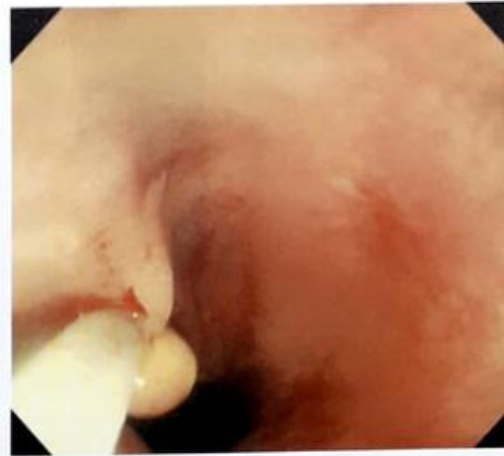
3. Hình ảnh nội soi và siêu âm nội soi

- Khối u có dạng polyp không cuống. Bề mặt nhẵn giống như niêm mạc xung quanh, có màu vàng hoặc vàng nhạt. Thăm bằng kim sinh thiết thấy cứng.
- Có thể lấy bệnh phẩm chẩn đoán dễ dàng bằng sinh thiết vì khối u thường nằm nông ngay dưới lớp biểu mô, không giống u dưới niêm mạc khác như u cơ nằm ở lớp dưới niêm mạc.
- Trên siêu âm nội soi, u tế bào hạt là khối giảm âm đồng nhất nằm ở lớp dưới niêm mạc.
- Ca bệnh có hình ảnh trên là khối màu hơi vàng, dạng polyp không cuống. Hình ảnh siêu âm nội soi là khối giảm âm, đồng nhất, nằm ở lớp dưới niêm mạc.

4. Các hình ảnh nội soi khác của u tế bào hạt



A



B

A, B. Trên hình ảnh nội soi có khối lồi màu vàng. Niêm mạc bề mặt bình thường, mật độ chắc khi thăm bằng kim sinh thiết. Nghi ngờ u tế bào hạt, đã cắt khối u bằng snare. Chẩn đoán xác định trên mô bệnh học là u tế bào hạt

5. Chẩn đoán phân biệt: với u mỡ



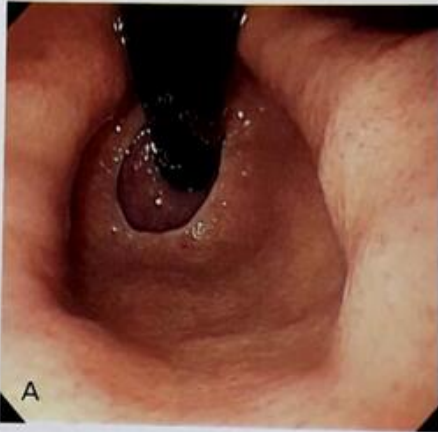
A



B

A. Trên nội soi thấy khối vàng nhạt. Không giống như u tế bào hạt, khối u mỡ có mật độ mềm khi thăm bằng kim sinh thiết và có dấu hiệu ấn lõm. B. Trên siêu âm nội soi thấy khối u có hình ảnh tăng âm ở lớp dưới niêm mạc

4. Thoát vị (Hiatal hernia)



Các kiểu thoát vị: A. thoát vị trượt; B. thoát vị bán thực quản (paraesophageal); C. thoát vị hỗn hợp.

1. Định nghĩa

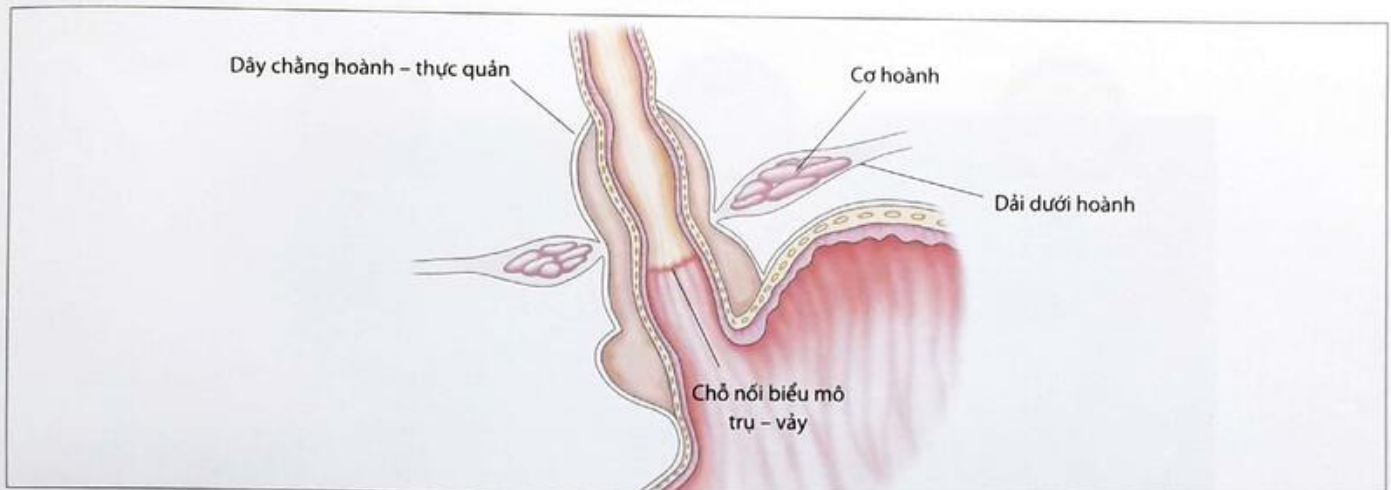
Là hiện tượng một phần của dạ dày, trên 2 cm, chui qua điểm yếu quanh lỗ cơ hoành, sa vào trong khoang ngực trong khi hít thở.

2. Lâm sàng

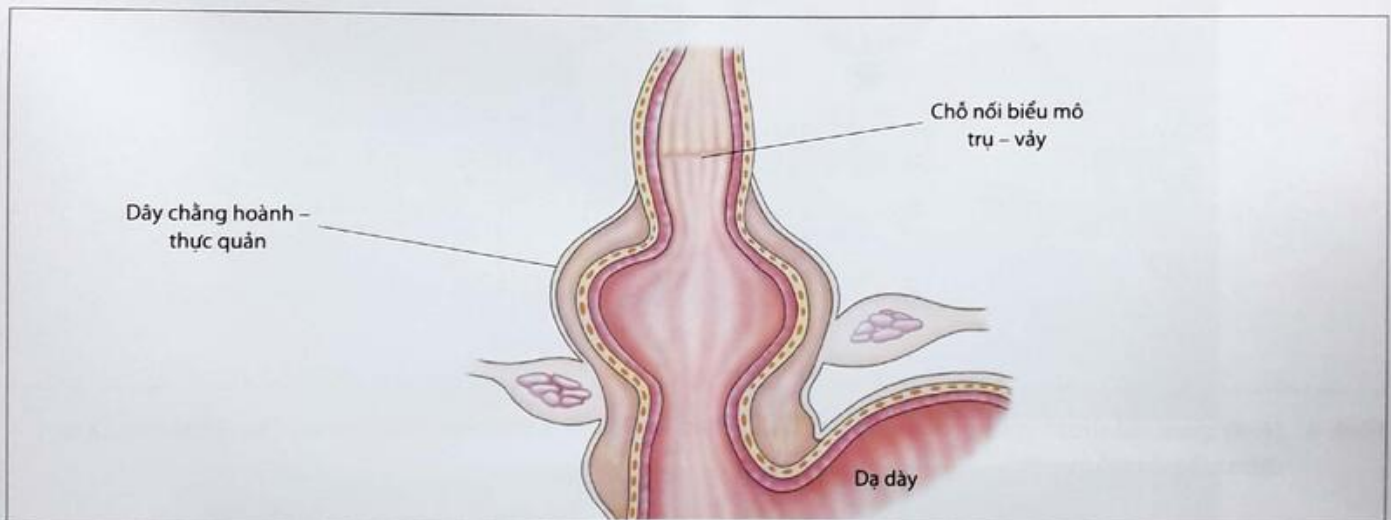
- Thoát vị khe thực quản (esophageal hiatal hernia) được cho là có liên quan đến bệnh trào ngược dạ dày-thực quản. Đường Z bình thường hoạt động như một cái van, đóng lại khi hít vào và mở ra khi thở ra. Thoát vị khe thực quản xảy ra khi chức năng này hoạt động không bình thường (Hình 1.2).
- Thoát vị hoành trượt (sliding hiatal hernia) là kiểu thoát vị mà đường Z nằm ở phía trên lỗ cơ hoành. Thoát vị bán thực quản là kiểu thoát vị có đường nối thực quản-dạ dày ở vị trí bình thường nhưng một phần dạ dày chui qua lỗ thực quản lên trên. Kiểu hỗn hợp là do kết hợp của hai loại thoát vị trên (Hình 3).

3. Hình ảnh nội soi và siêu âm nội soi

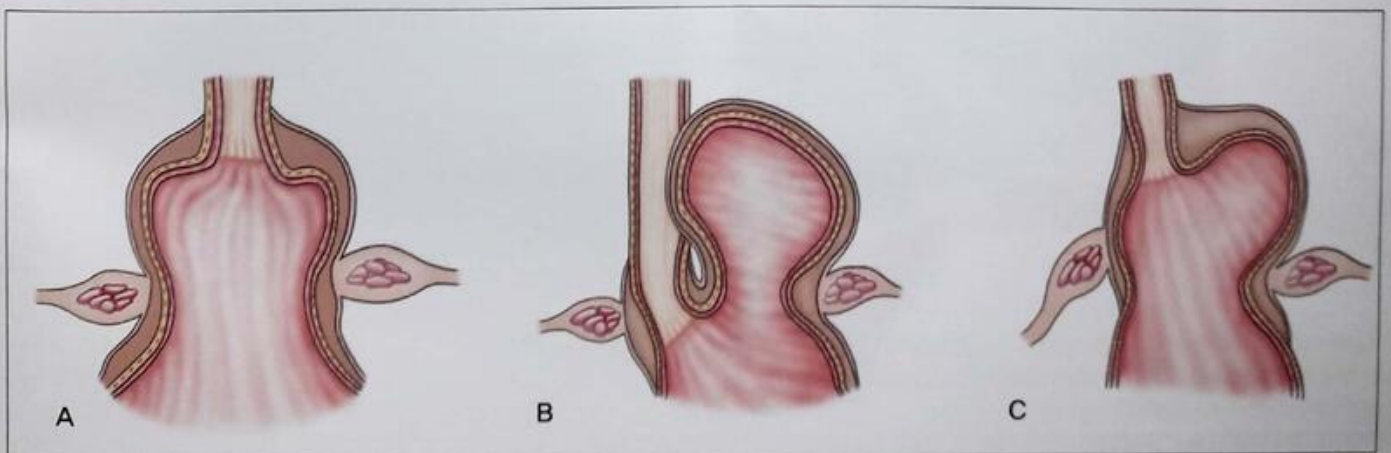
- Thoát vị hoành trượt thực quản: túi thoát vị hình thành do đường Z nằm phía trên so với lỗ cơ hoành. Lòng túi thoát vị là biểu mô trụ. Dựa vào kích thước túi thoát vị mà người ta chia làm các mức độ: nhẹ (2–3 cm), trung bình (3–5 cm) và nặng (từ 5 cm trở lên).
- Thoát vị bán thực quản: khó quan sát khi đi vào, có thể quan sát được khi soi quặt ngược.
- Có thể xuất hiện ở nhiều trạng thái tùy theo tình trạng bơm hơi vào dạ dày và tình trạng hít thở của bệnh nhân (Hình 4).
- Có thể thấy vòng A và vòng B (Hình 5).



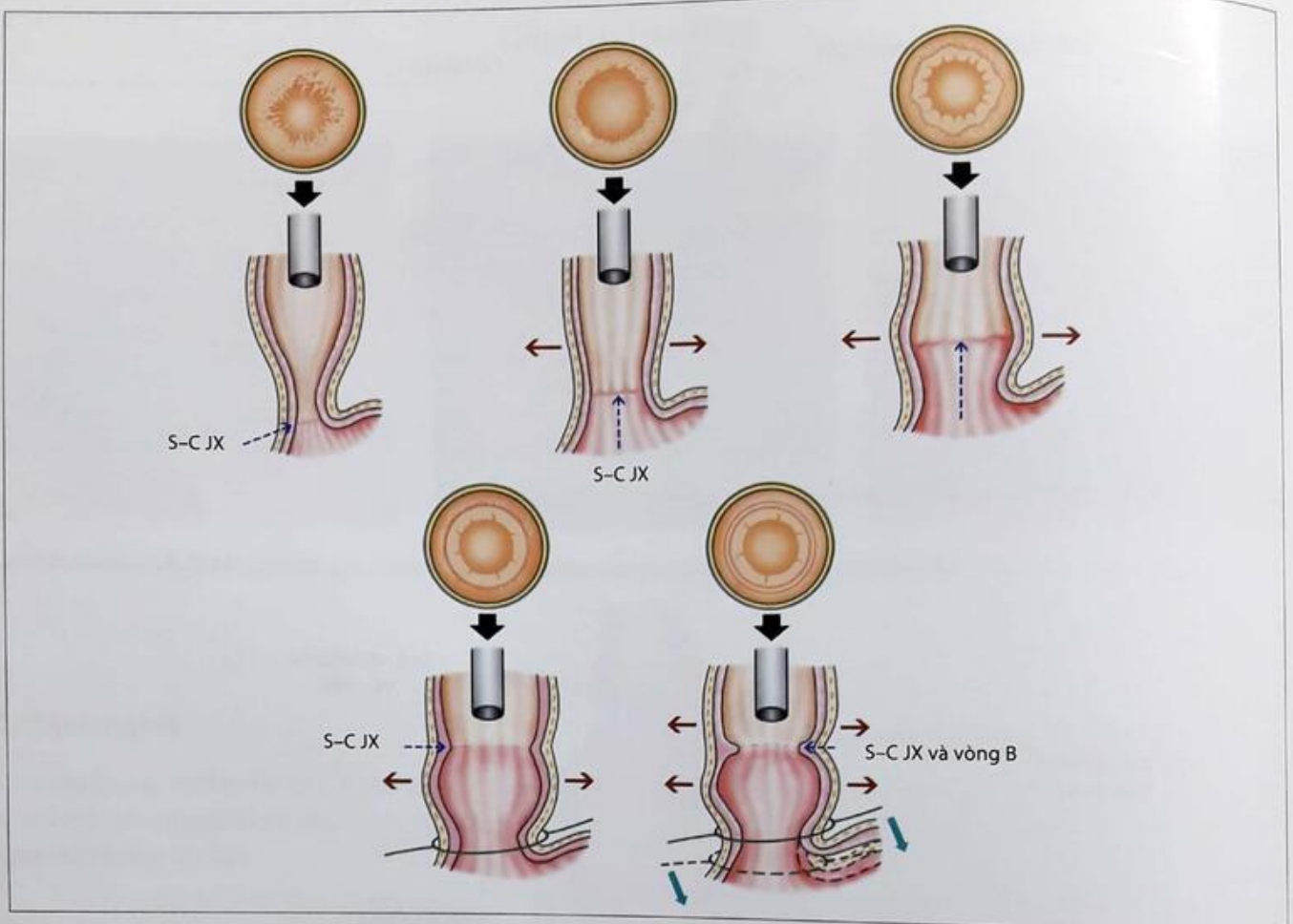
Hình 1. Hình ảnh giải phẫu bình thường của đường nối thực quản-dạ dày



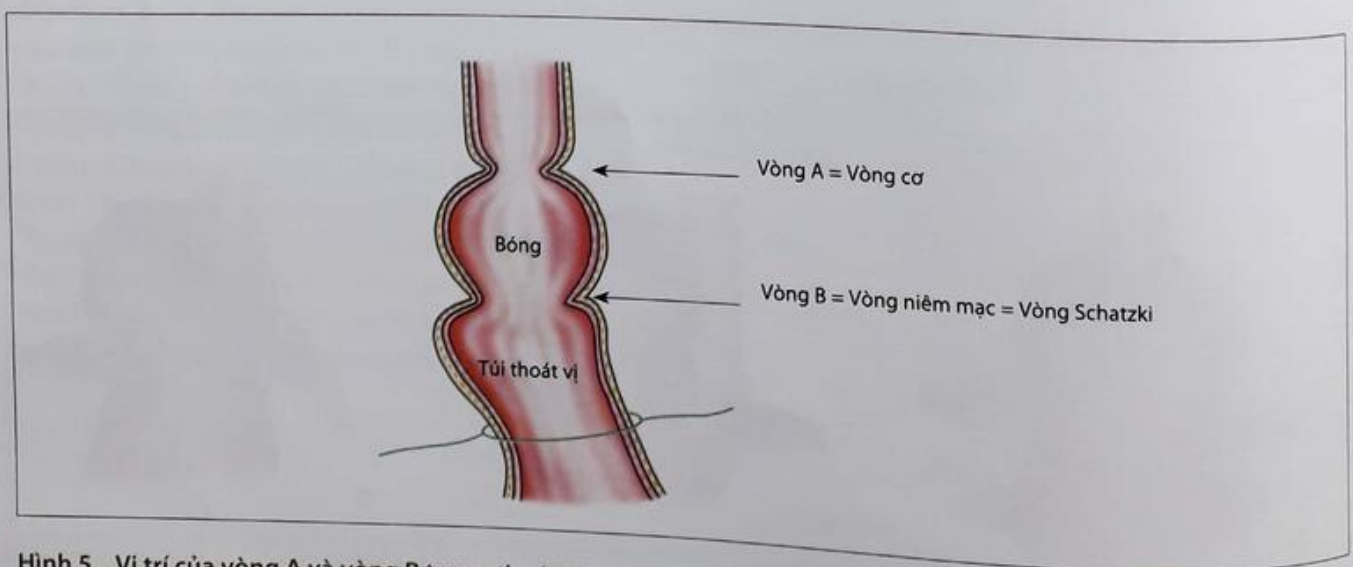
Hình 2. Dây chằng hoành bị giãn trong thoát vị hoành trượt



Hình 3. Hình vẽ minh họa: thoát vị hoành trượt (A), thoát bị bán thực quản (B) và loại hỗn hợp (C)

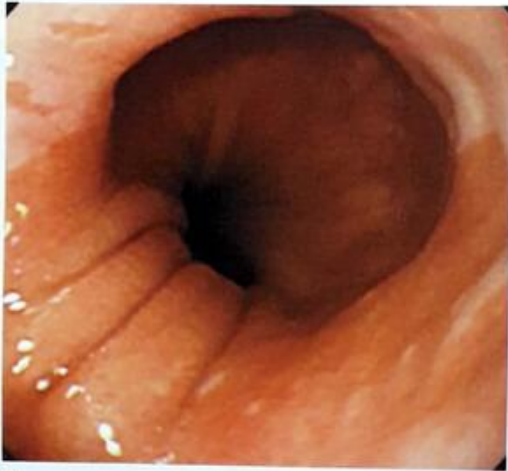


Hình 4. Hình quan sát thoát vị thực quản dạ dày bằng thao tác Mueller (Mueller maneuver). Chữ viết tắt S-C JX là điểm nối biểu mô trụ-vảy



Hình 5. Vị trí của vòng A và vòng B trong thoát vị hoành trượt

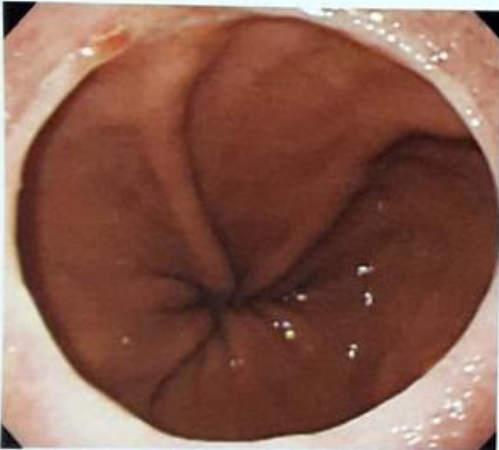
4. Các hình ảnh nội soi



A



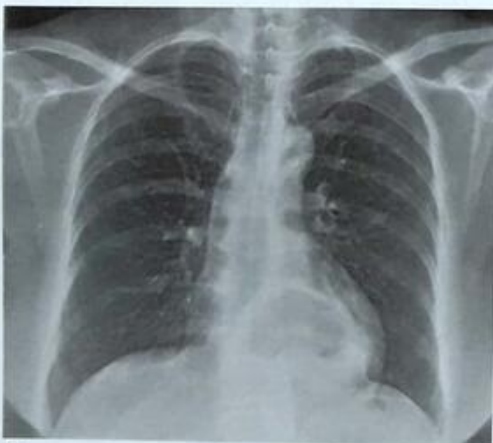
B



C



D



E



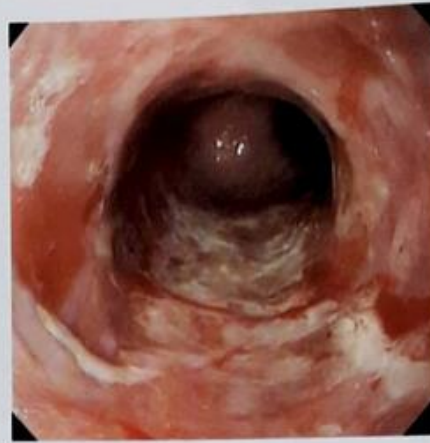
F

A, B. Barrett thực quản kèm theo thoát vị. Nếp niêm mạc dạ dày trượt vào lỗ cơ hoành do thoát vị thực quản trượt. Một vùng rộng có hình bản đồ ở niêm mạc thực quản dưới. Vùng đó được chẩn đoán xác định trên mô bệnh học là Barrett. C, D. Vòng B tạo thành do thoát vị hoành trượt. Nếp niêm mạc dạ dày được kéo đều lên phía trên qua lỗ cơ hoành, ta còn thấy các vết trợt niêm mạc hình tam giác ở ngay gần chỗ thoát vị. E, F. Thoát vị hỗn hợp. Bóng khí hình tròn thấy ở vùng tâm vị trên phim Xquang. F. Trên hình ảnh nội soi, điểm thoát vị hoành rộng làm cho phần trên của dạ dày trượt lên, kéo các nếp niêm mạc trượt lên.

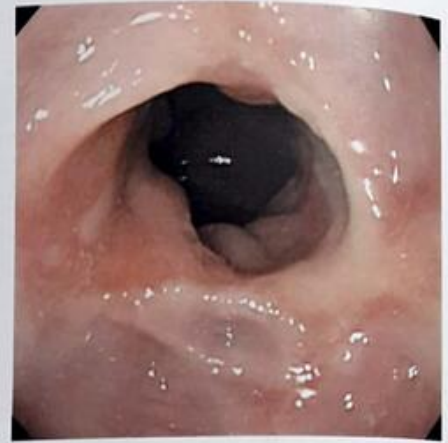
5. Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (Gastroesophageal reflux disease)



Viêm thực quản trào ngược độ B (theo Los Angeles-LA): trợt dài niêm mạc, không liên tục



Viêm thực quản trào ngược độ D (theo LA): trợt dài ở cả chu vi, niêm mạc mủn, kèm theo thoát vị.



Hẹp một phần do viêm thực quản, kèm theo thoát vị

1. Định nghĩa

Trên nội soi, vết trợt niêm mạc (mucosal break) ở đường Z có thể gặp ở 40–50% bệnh nhân có bệnh trào ngược dạ dày – thực quản. Nếu có tổn thương niêm mạc thì ta có thể chẩn đoán viêm thực quản trào ngược có trợt (erosive esophagitis).

2. Lâm sàng

- Bệnh trào ngược dạ dày–thực quản là tình trạng khó chịu hoặc biến chứng gây ra do tình trạng trào ngược dịch dạ dày vào thực quản. Trường hợp quan sát được tổn thương niêm mạc trên nội soi gọi là viêm thực quản trào ngược (reflux esophagitis). Trường hợp có triệu chứng trào ngược nhưng không có tổn thương niêm mạc trên nội soi thì gọi là bệnh trào ngược không có trợt (nonerosive reflux disease – NERD).
- Theo phân loại Montreal, bệnh trào ngược dạ dày thực quản được chia thành hội chứng thực quản và ngoài thực quản.

- Tỷ lệ GERD ở Hàn Quốc hiện đang tăng lên, năm 2005 tỷ lệ này là khoảng 5–20% dân số.
- Nhìn chung triệu chứng của viêm thực quản trào ngược không thay đổi theo thời gian. Tình trạng chuyển từ NERD sang GERD sau vài năm cũng ít gặp.
- Điều trị GERD bằng thuốc (ví dụ: ức chế bơm proton) và điều chỉnh lối sống.

3. Phân loại Savary–Miller (S–M) điều chỉnh

- Độ 1: Có một hoặc nhiều tổn thương trợt dài, tách rời nhau.
- Độ 2: Nhiều trợt không có dạng tròn nhưng không chiếm hết chu vi
- Độ 3: Trợt chiếm hết chu vi
- Độ 4: Tổn thương mạn tính: loét, hẹp
- Độ 5: Barrett thực quản.



A



B



C



D



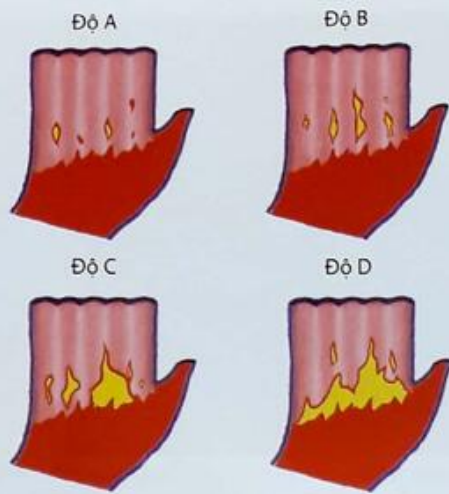
E



F

A. Độ 1 theo Savary-Miller điều chỉnh. B. Độ 2 theo Savary-Miller điều chỉnh. C. Độ 3 theo Savary-Miller điều chỉnh. D, E. Độ 4 theo Savary-Miller điều chỉnh. F. Độ 5 theo Savary-Miller điều chỉnh.

4. Phân loại Los Angeles (LA)



- Độ A: Có một hoặc nhiều trợt, ngắn hơn 5 mm.
- Độ B: Có ít nhất một trợt dài hơn 5 mm.
- Độ C: Có ít nhất hai trợt dài hơn 5 mm, ở hai đỉnh nếp niêm mạc liên tiếp nhưng không vượt quá 75% chu vi.
- Độ D: Tổn thương trợt niêm mạc vượt quá 75% chu vi.



A



B

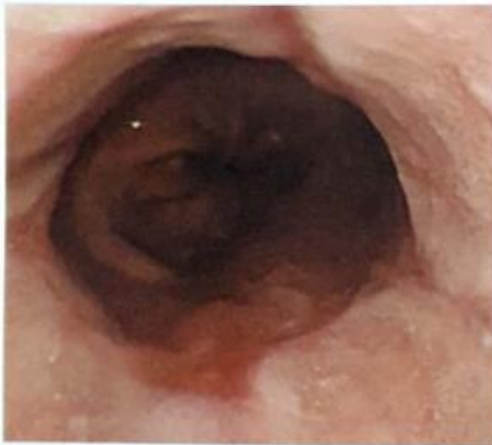


C



D

A, B. Viêm thực quản trào ngược độ A (theo LA). C, D. Viêm thực quản trào ngược độ B (theo LA)



E



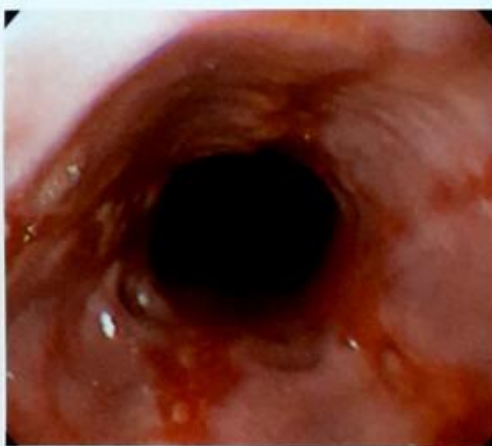
F



G



H



I



J

E, F. Viêm thực quản trào ngược độ A (theo LA). G, H. Viêm thực quản trào ngược độ D (theo LA). I. Viêm thực quản trào ngược độ D (theo LA). J. Viêm thực quản trào ngược độ A (theo LA) kèm theo vòng Shatzki. Vòng Shatzki là tình trạng lòng thực quản bị hẹp nhẹ do thoát vị hoành trượt tạo nên vòng B. Cần phân biệt vòng Shatzki với hẹp thực quản do viêm trào ngược.

5. Hình ảnh nội soi khác của tổn thương viêm thực quản trào ngược có trật



A



B



C



D

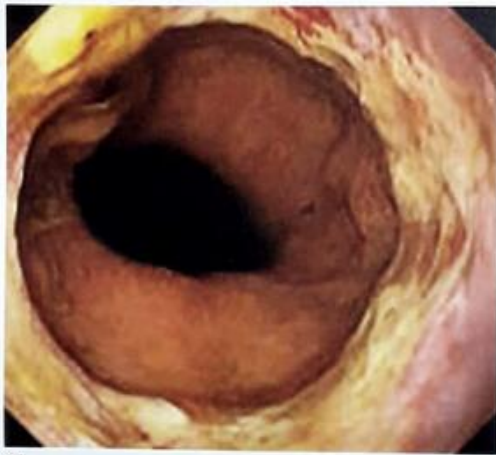


E



F

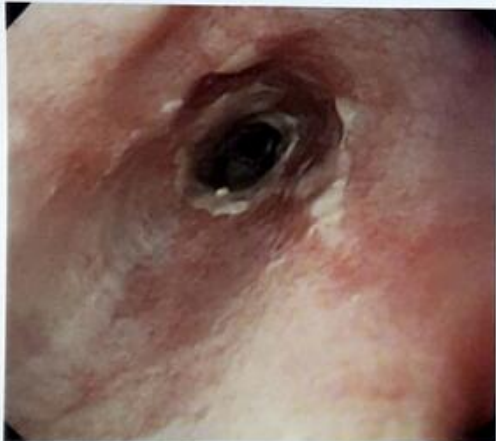
A, B. Trợt dài ở đường Z. Độ dài của vết trợt < 5 mm, tương đương với độ 1 theo phân độ S-M và độ A theo LA. C, D. Trợt dài ở trên đường Z, độ dài của vết trợt > 5 mm, tương đương với độ 1 theo phân độ S-M và độ B theo LA. E, F. Trợt dài chưa lan rộng hết chu vi ở trên đường Z, tương đương với độ 2 theo phân độ S-M và độ C theo LA.



G



H



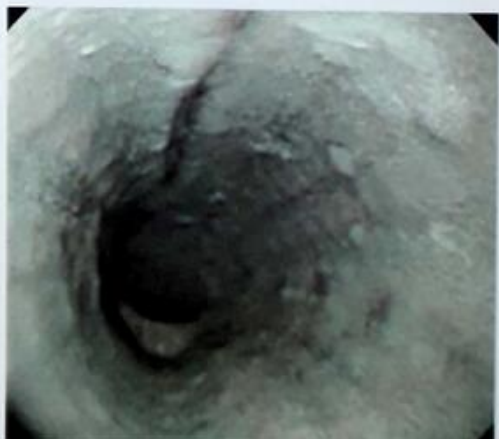
I



J



K

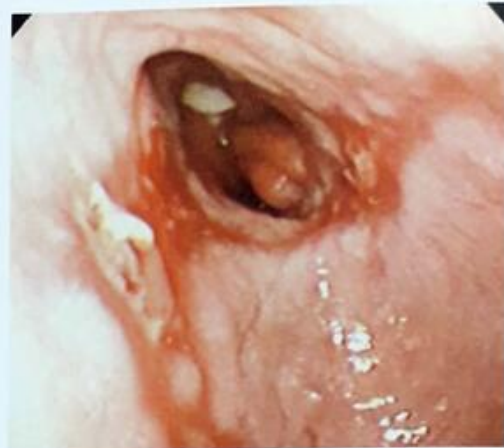


L

G, H. Trợt lan rộng xung quanh chu vi phía trên đường Z, tương đương với độ 3 theo phân độ S-M và độ D theo LA. I, J. Trợt xung quanh thực quản phía trên đường Z, kèm theo hẹp lòng thực quản. Tổn thương hẹp này là do xơ hoặc sẹo không đáp ứng với thuốc điều trị. Cần phải nong qua nội soi. Tổn thương tương đương với độ 3 theo phân độ S-M và độ D theo LA. K, L. Vết trợt niêm mạc dài, tương đương độ B theo LA. Nhìn trên hình ảnh NBI thấy tổn thương rõ hơn.



M



N



O



P



Q



R

M. Viêm thực quản có loét và chảy máu trên bệnh nhân xơ cứng bì (scleroderma). N. Tổn thương cải thiện rõ rệt sau điều trị bằng thuốc ức chế bơm proton (PPI). O, P. Viêm thực quản trào ngược độ C theo LA vì có trượt dài, kèm theo Barrett thực quản do thoát vị. Q. Viêm thực quản trào ngược không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ qua khám sàng lọc. Với bệnh nhân không có triệu chứng thì không cần điều trị. R. Viêm thực quản trào ngược có thoát vị trên bệnh nhân không có triệu chứng.

6. Tổn thương tối thiểu (minimal change)

Tổn thương tối thiểu được coi là tình trạng chuyển tiếp giữa niêm mạc thực quản bình thường và viêm thực quản trợt, mặc dù ý nghĩa lâm sàng của dạng tổn thương này còn đang tranh cãi. Vấn đề lớn nhất trong

việc chẩn đoán tổn thương tối thiểu là không có sự đồng thuận cao giữa các chuyên gia, do vậy việc chẩn đoán sẽ có sự khác biệt, phụ thuộc vào người làm. Chẩn đoán GERD không nên chỉ dựa vào tổn thương tối thiểu mà không thấy có tổn thương niêm mạc rõ.



A



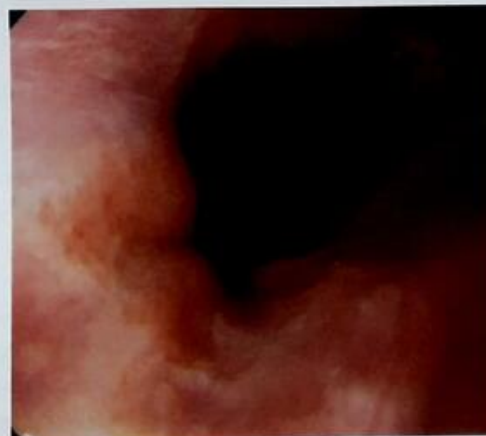
B



C



D



E

A. Thay đổi màu sắc. B. Đường Z nhạt màu.
C. Trợt hình tròn. D. Màng/đốm trắng.
E. Niêm mạc mủn, bờ.

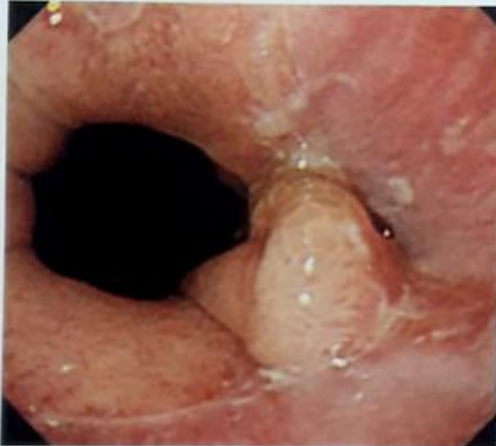
7. Polyp tâm vị (Sentinel polyp)



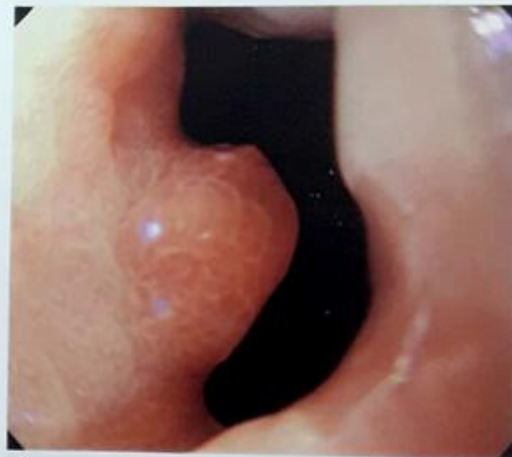
A



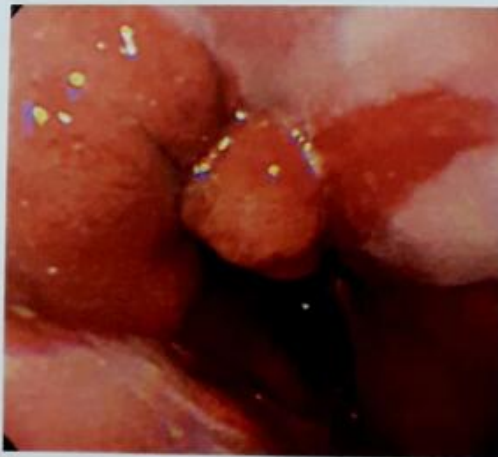
B



C



D



E



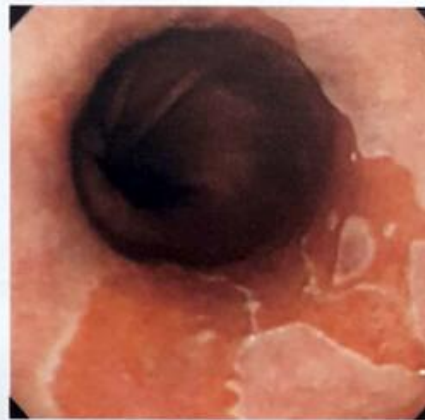
F

A. Thoát vị thực quản, polyp tâm vị ở vị trí 7 giờ. Đó là tình trạng tăng sản do viêm thực quản và không có dấu hiệu lâm sàng. B. Niêm mạc nề đỏ hình tam giác, nổi lên ở đường Z. Đó là hình ảnh vùng tổn thương đã lành hoặc polyp tâm vị. C. Nếp niêm mạc dạ dày bị kéo lên, phù nề trông như một polyp tâm vị. D. Trường hợp ít gặp, polyp tâm vị có ở bệnh nhân không có thoát vị thực quản. E. Tổn thương niêm mạc hình tam giác ở gần polyp tâm vị, có những đám trắng nhạt ở xung quanh. F. Polyp tâm vị có hình dài.

6. Barrett thực quản (Barrett's esophagus)



Barrett ngắn thực quản



Barrett dài thực quản



Barrett hình lưới thực quản

1. Định nghĩa

Barrett là hậu quả của tình trạng viêm thực quản trào ngược mạn tính, do quá trình chuyển đổi dần dần niêm mạc biểu mô vảy bình thường của thực quản thành biểu mô trụ dưới dạng dị sản ruột. Chẩn đoán xác định tổn thương “dị sản ruột đặc biệt” này bằng giải phẫu bệnh.

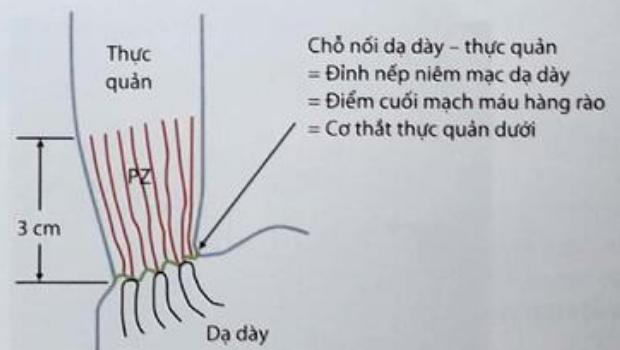
2. Lâm sàng

- Ở Hàn Quốc Hiện chưa có nghiên cứu nào cho thấy mối liên quan trực tiếp nhưng người ta thấy rằng tỷ lệ Barrett thực quản đang tăng lên do lối sống Tây hóa và do tỷ lệ mắc GERD tăng lên.
- Tỷ lệ Barrett thực quản ở Hàn Quốc qua một số năm là: 0,7% năm 1995, 0,9% năm 2000 và 1,0% năm 2005.
- Tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tuyến thực quản ở châu Âu hàng năm là 0.5%.
- Chưa có bằng chứng về mối liên quan giữa việc dùng thuốc ức chế tiết acid làm giảm quá trình loạn sản hoặc ung thư thực quản ở bệnh nhân có Barrett.

3. Hình ảnh nội soi

- Phân loại đường ranh giới thực quản–dạ dày có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán Barrett thực quản (Hình. 1).

- Hình ảnh nội soi quan trọng nhất của Barrett thực quản là đường ranh giới biểu mô trụ–vảy lên cao so với chỗ nối thực quản–dạ dày.
- Đường ranh giới biểu mô trụ–vảy có nhiều hình thái khác nhau, đó là phần biểu mô trụ phát triển, có hình giống như ngón tay hướng lên phía trên chỗ nối thực quản–dạ dày. Trên nội soi có thể thấy là một dải dài hoặc có dạng hình sóng mềm mại lên trên chỗ nối thực quản–dạ dày.
- Barrett thực quản có thể phân loại dựa vào độ dài: Barrett ngắn có độ dài ≤ 3 cm; Barrett dài có độ dài >3 cm.
- Barrett < 1 cm được xếp vào loại cực ngắn (ultra-short), loại Barrett này ít có ý nghĩa về mặt lâm sàng.

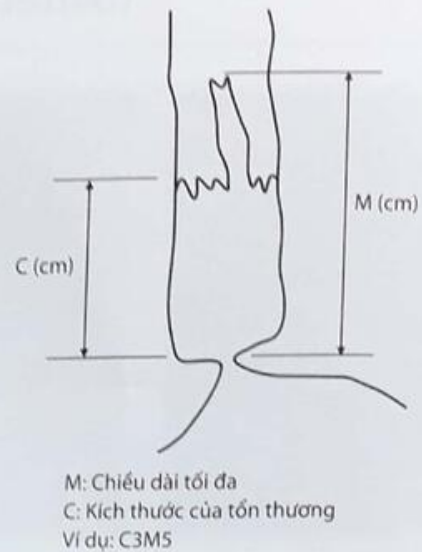


Hình 1. Hình ảnh giải phẫu nội soi của đường Z.

Xác định mốc ranh giới thực quản và dạ dày trước tiên vào đỉnh nếp niêm mạc dạ dày. Nhưng nếu không xác định được đỉnh nếp niêm mạc dạ dày thì lấy điểm cuối của mạch máu hàng rào.

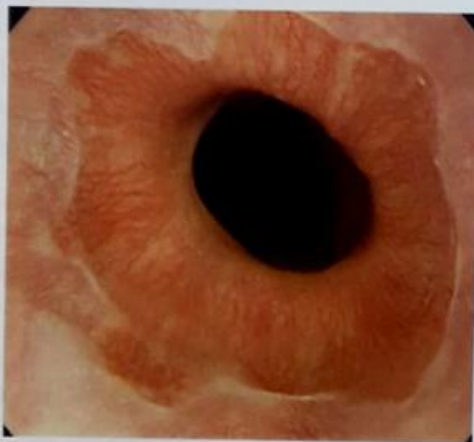
4. Đo độ dài tổn thương Barrett và Tiêu chuẩn Prague

- Độ dài tối đa của Barrett thường được đo ở thì rút ra, tính từ chỗ nối thực quản-dạ dày.
- Hệ thống phân độ trên nội soi Prague C&M được áp dụng rộng rãi khi có Barrett chiếm hết chu vi vùng tổn thương và có Barrett hình lưỡi (tongue-like). Ví dụ, nếu chiều dài tối đa (maximum length – M length) của đoạn Barrett là 5 cm và chiều dài của đoạn Barrett chiếm hết chu vi (circumferential length – C length) là 3 cm thì kích thước của tổn thương Barrett đó là C3M5 (Hình 2).



Hình 2. Độ dài tổn thương Barrett theo tiêu chuẩn Prague

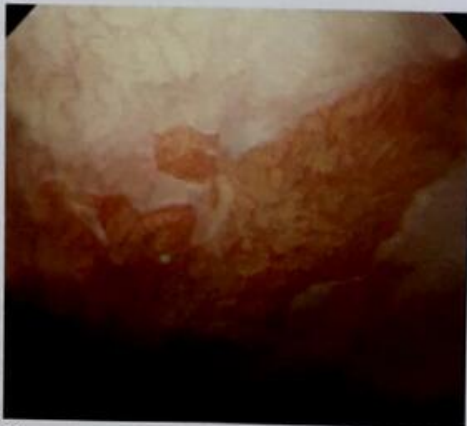
5. Các hình ảnh nội soi khác của tổn thương Barrett



A



B



C

A. Vùng niêm mạc có màu cá hồi phát triển vượt quá đường Z lên phía thực quản. Trên giải phẫu bệnh không có bằng chứng dị sản ruột bất thường mà chỉ có biểu mô trụ. Trường hợp này gọi là thực quản có biểu mô trụ (columnar-lined esophagus (CLE)).
B, C. Barrett gần thực quản. Không giống niêm mạc dạ dày, ta thấy rõ hệ thống mạch máu biểu mô.



D



E



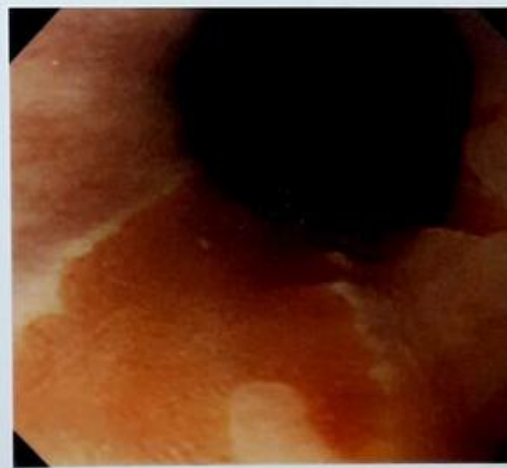
F



G



H



I

D, E. Ranh giới nối niêm mạc trụ-vây nhìn rõ hơn sau khi nhuộm lugol. Phần nhô lên có hình lưới của Barrett ngắn ở vị trí 1 giờ, có vài đảo biểu mô trụ (*mũi tên*). F. Barrett ngắn thực quản ở vị trí 6 giờ, nhìn thấy mạng lưới mạch máu biểu mô. G, H, I. Barrett dài thực quản trên 3 cm. Có thể nhìn thấy mạng lưới mạch máu biểu mô, có đảo biểu mô trụ (G), xung quanh là niêm mạc thực quản bình thường.



J



K



L



M



N



O

J, K. Tổn thương gồ lên, dễ chảy máu ở phía gần đoạn Barrett ngắn. Chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến thực quản hoặc phát triển từ Barrett thực quản. L, M. Các đảo niêm mạc biểu mô trụ, xung quanh là niêm mạc thực quản lành ở vùng đường Z. N, O. Các đảo niêm mạc biểu mô vảy còn sót lại mà không chuyển thành biểu mô trụ. Một số đảo niêm mạc biểu mô vảy ở vị trí 1 giờ.

7. Giãn tĩnh mạch thực quản (Esophageal varix)



Vài hình ảnh giãn tĩnh mạch thực quản: F1 (A), F2 (B) và F3 (C). Dấu hiệu vân đỏ ở vị trí 9 giờ ở hình C

1. Định nghĩa

Giãn tĩnh mạch thực quản là tình trạng tăng lưu lượng máu qua hệ thống tuần hoàn bàng hệ do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Nguyên nhân giãn tĩnh mạch thực quản là do tăng lưu lượng máu hệ tĩnh mạch cửa trong xơ gan, do giảm lưu lượng dòng chảy ra ngoài gan và tăng lượng máu vào hệ động mạch vị trên phải và trái do một số nguyên nhân khác.

2. Lâm sàng

- Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản hằng năm trong số bệnh nhân xơ gan là 5–15%.
- Hầu như bệnh nhân xơ gan đều có giãn tĩnh mạch thực quản ở giai đoạn bệnh nào đó. Trong số giãn tĩnh mạch thực quản, có khoảng 1/3 bệnh nhân có vỡ búi giãn.

- Các yếu tố tiên lượng cho vỡ giãn tĩnh mạch là áp lực tĩnh mạch cửa, áp lực trong búi giãn, kích thước, vị trí búi giãn, dấu hiệu vân đỏ, tình trạng suy gan và dịch cổ trướng.
- Mục tiêu điều trị tăng áp lực tĩnh mạch cửa và giãn tĩnh mạch thực quản do xơ gan là dự phòng xuất huyết do lần vỡ giãn đầu tiên, cầm máu khi vỡ giãn và dự phòng vỡ tái phát.
- Vì vậy, cần phải nội soi để đánh giá tình trạng giãn tĩnh mạch. Với bệnh nhân không có giãn thì soi 2 năm/lần, bệnh nhân có giãn nhỏ thì soi 1–2 lần/năm.
- Mục tiêu cơ bản của điều trị là giảm áp lực tĩnh mạch cửa và xóa hết các búi giãn tĩnh mạch.
- Điều trị giảm áp lực tĩnh mạch cửa bằng nội khoa: dùng thuốc propranolol và somatostatin làm co mạch tạng, dẫn đến giảm dòng máu vào hệ tĩnh mạch cửa; ngoài ra có thể can thiệp tạo cầu nối cửa-chủ (TIPS).
- Chèn bóng hoặc nội soi can thiệp là hai phương pháp thường dùng để xóa hết búi giãn hoặc để cầm máu.

3. Phân loại trên hình ảnh nội soi

- Hiện vẫn chưa có đồng thuận chung trên thế giới về phân loại giãn tĩnh mạch thực quản. Vì thế việc áp dụng phân loại nào lại phụ thuộc vào mỗi nơi. Phân loại theo tiêu chuẩn của châu Âu thì quá đơn giản, hiện nay phân loại theo tiêu chuẩn Nhật Bản được áp dụng rộng rãi.
- Phân loại theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Nghiên cứu Tăng Áp lực Tĩnh mạch cửa Nhật Bản khá chi tiết bao gồm: vị trí, màu sắc, dấu hiệu vân đỏ và hình dạng búi giãn.

Phân nhóm	Mã	Dưới nhóm
1. Vị trí	L	1/3 trên (Ls: Locus superior) 1/3 giữa (Lm: Locus medialis) 1/3 dưới (Li: Locus inferior)
2. Hình dạng	F	F0: Không có tĩnh mạch giãn F1: Tĩnh mạch giãn thẳng F2: Tĩnh mạch giãn ngoằn ngoèo F3: Tĩnh mạch giãn to
3. Màu sắc	C	Cw: Tĩnh mạch giãn màu trắng Cb: Tĩnh mạch giãn màu xanh lam
4. Dấu hiệu vân đỏ	RCS	Vệt đỏ – Red wale marking (RWM) Nốt đỏ – Cherry – red spot (CRS) Nốt dạng u máu – Hematocystic spot (HCS) Không có dấu hiệu vân đỏ – Red color sign negative (RCS (-)) Có dấu hiệu vân đỏ, khu trú, ít: RCS (+) Có dấu hiệu vân đỏ, mức độ vừa: RCS (++), ranh giới giữa RCS (+) và RCS (+++) RCS, nhiều, nặng: RCS (+++)
5. Dấu hiệu chảy máu	Đang chảy máu Mới chảy máu	Phun máu Rỉ máu Cục máu đông Nút tiểu cầu
6. Tình trạng niêm mạc	E UI S	Trợt Loét Sẹo

4. Hình ảnh nội soi



A



B



C



D

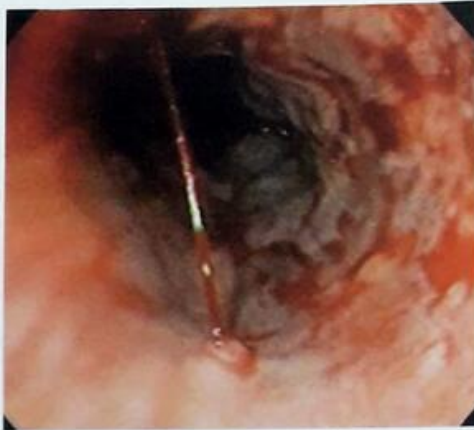


E



F

A. Giãn tĩnh mạch khu trú ở 1/3 dưới thực quản. Đoạn tĩnh mạch giãn như một đường thẳng, nhỏ, màu hơi xanh tím. Công thức mô tả là F1 Li Cb RCS (-). B. Đoạn giãn lan cả lên 1/3 giữa. Giãn mức độ vừa, màu hơi xanh tím. Nốt dạng u màu rải rác. Công thức mô tả là F2 Lm Cb RCS (+). C. Giãn tĩnh mạch thực quản ở 1/3 dưới, mức độ giãn to, màu hơi trắng. Không thấy dấu hiệu vằn đỏ. Công thức mô tả là F3 Li Cw RCS (-). D, E, F. Giãn tĩnh mạch có và không có dấu hiệu vằn đỏ. D: Giãn tĩnh mạch mức độ nhẹ, không có vằn đỏ. E: Có dấu hiệu vằn đỏ, giãn nhẹ, có vài chấm đỏ trên bề mặt. F: Nốt dạng nang máu trên bề mặt búi giãn.



G



H



I



J

G, H. Vỡ giãn tĩnh mạch, máu đang phun. Thắt tĩnh mạch phía dưới để cầm máu. Trường hợp này được thắt bằng vòng cao su. I, J: Giãn tĩnh mạch giai đoạn sớm, ở 1/3 dưới ngay phía trên đường Z, tĩnh mạch giãn có màu hơi tím. Nguy cơ chảy máu giai đoạn này là rất thấp.

5. Chẩn đoán phân biệt



A



B

A, B. Giãn tĩnh mạch cục bộ (Vascular ectasia) là một dạng của giãn tĩnh mạch. Có cấu trúc tĩnh mạch bình thường, đặc điểm là không có hệ thống lưới ở mô liên kết, không có tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Trên hình ảnh nội soi, giãn mạch cục bộ có dạng khối dưới niêm mạc, màu tím đậm, mềm mại, kích thước từ vài mm đến 10 cm. Các điểm giãn có thể đơn độc (A) hoặc nhiều điểm (B), hầu hết giãn tĩnh mạch cục bộ không có triệu chứng, tuy nhiên cũng có một vài trường hợp gây chảy máu cấp hoặc mạn tính.

8. Các bệnh thực quản lành tính khác (Various benign esophageal diseases)

1 Túi thừa (Diverticulum)



A



B



C



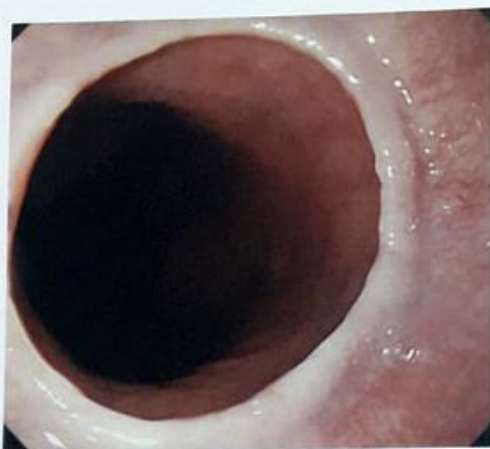
D



E

Túi thừa thực quản có thể được phân chia theo vị trí ở 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới, thường gặp nhất ở 1/3 giữa (A, B, C). Túi thừa có thể kèm theo viêm nhưng có thể được hình thành do rối loạn nhu động thực quản. Miệng túi thừa rộng, túi thừa thực sự có thành gồm đủ các lớp của thành thực quản. Túi thừa trên cơ hoành (D, E) ở thực quản 1/3 dưới, thường có liên quan đến rối loạn nhu động thực quản. Túi thừa ở 1/3 trên thực quản là túi thừa Zenker.

2 Vòng Schatzki (Shatzki ring)



A



B



C



D



E



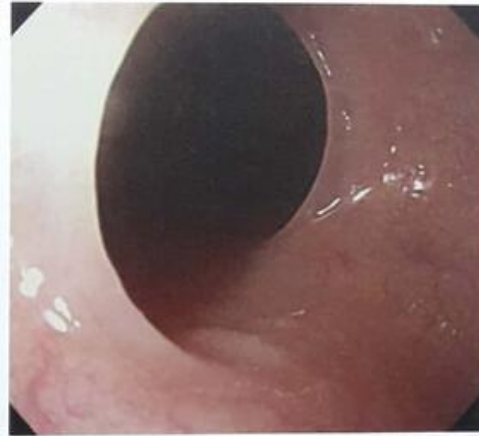
F

Vòng Schatzki có cấu trúc là niêm mạc thực quản, dạng vòng ở vị trí nối giữa biểu mô trụ và biểu mô vảy. Trong nhiều trường hợp, vòng Schatzki có đi kèm với thoát vị khe. Phản ứng viêm do trào ngược dạ dày – thực quản được biết là nguyên nhân tạo vòng Schatzki. Trong hầu hết các trường hợp, vòng Schatzki không gây triệu chứng, tuy nhiên cũng có ít trường hợp gây khó nuốt nếu vòng có đường kính nhỏ hơn 13 mm.

3 Web (Web)



A



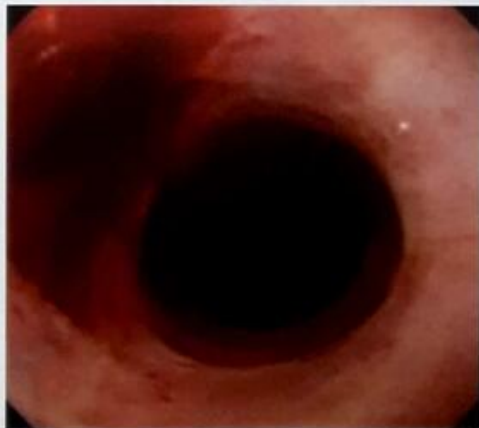
B



C



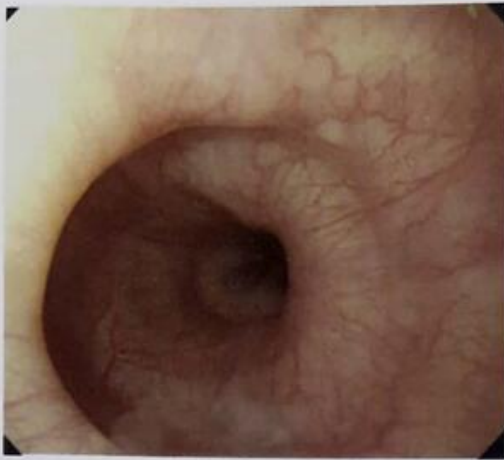
D



E

A, B. Web là cấu trúc dạng màng, hình trụ ở thực quản. Có thể hình thành ở bất cứ vị trí nào của thực quản. Trong hầu hết trường hợp, Web không gây ra triệu chứng; một số trường hợp có rối loạn nhu động hoặc ở người già thì có thể gây ra khó nuốt đối với thức ăn cứng. C. Cấu trúc dạng Web thực quản ở bệnh nhân nữ 50 tuổi, có khó nuốt. D, E. Thiếu máu thiếu sắt trên bệnh nhân có Web thực quản; triệu chứng cải thiện sau khi nong màng Web bằng bóng qua nội soi, bệnh nhân được xác định chẩn đoán là mắc hội chứng Plummer-Vinson.

4 Co thắt thực quản lan tỏa (Diffuse esophageal spasm)



A



B

A, B. Trên hình ảnh nội soi, niêm mạc thực quản bình thường. Có sự co thắt cơ thực quản dưới và kèm theo túi thừa. Trên phim chụp thực quản có hình xoắn ốc, co thắt dạng vòng nhẫn. Nhìn trong lòng thấy hình ảnh lệch tâm ở thực quản dưới.

5 Thực quản ở người già (Senile esophagus)



A



B

A, B. Ở người già, hình ảnh thực quản trên nội soi có thể quan sát thấy là các vòng tròn đồng tâm. Cần phân biệt với vòng thực quản. Làm xét nghiệm mô bệnh học để loại trừ viêm thực quản do tăng bạch cầu ái toan ở bệnh nhân trẻ có triệu chứng khó nuốt, trên hình ảnh nội soi cũng có các vòng tròn đồng tâm.

6 Co thắt tâm vị (Achalasia)



A



B



C

Trên hình ảnh nội soi ta thấy: lòng thực quản giãn rộng, không co bóp, nhìn thấy ứ đọng thức ăn ở thực quản (A). Cẩn cẩn thận khi hút thức ăn, dịch ứ đọng để thăm khám thực quản. Khi đưa dây soi vào dạ dày cẩn quặt ngược để quan sát tổn thương vùng tâm vị. Ta sẽ thấy cơ thắt thực quản dưới bóp chặt thân dây soi (B). Trên phim chụp thực quản có hình mỏ chim do cơ thắt thực quản dưới giãn không hoàn toàn (C). Điều trị bằng nong thực quản qua nội soi và tiêm botox.



D



E



F

Bệnh nhân này cũng có hình ảnh nội soi tương tự như hình A–C. Lòng thực quản giãn rộng, có thức ăn ứ đọng (D), tâm vị ôm sát thân dây soi (E) và hình ảnh mỏ chim trên phim chụp thực quản (F). Hình ảnh nội soi phù hợp với co thắt tâm vị.



G



H



I

Thực quản 1/3 dưới bị tắc nghẽn trên bệnh nhân khó nuốt. Nghi ngờ có chèn ép từ bên ngoài (G). Khi đưa máy soi qua vùng này cảm giác có sự kháng lại. Niêm mạc vùng tâm vị bình thường, nghi ngờ có khối lồi từ bên ngoài (H). Trên phim chụp CLVT thấy có tổn thương thâm nhiễm xung quanh thực quản dưới (I). Hình ảnh phù hợp với co thắt tâm vị thứ phát.



J



K



L

J. Phần thực quản dưới bị co thắt trên bệnh nhân có khó nuốt. K. Hình ảnh mỏ chim trên phim chụp thực quản do cơ thắt thực quản dưới giãn không hoàn toàn. Bệnh nhân được chẩn đoán là co thắt tâm vị, đã được nong bằng bóng. L. Hình ảnh theo dõi sau can thiệp. Chất cản quang đi qua chỗ hẹp tốt hơn.

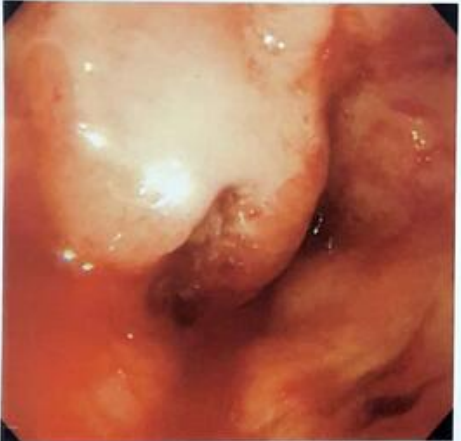
7 Rách tâm vị Mallory–Weiss (Mallory–Weiss tear)



A



B



C



D



E



F

Rách tâm vị Mallory–Weiss thường gặp ở bệnh nhân sau khi nôn, trên lâm sàng biểu hiện là nôn ra máu. Vết rách thường dài 1.5– 2 cm trên bề mặt niêm mạc thực quản (A, C), đôi khi vết rách ở một phần thực quản và một phần dạ dày vùng tâm vị (B). Bệnh tự khỏi trong hầu hết trường hợp, tuy nhiên một số trường hợp cần kẹp clip nếu vết rách có chảy máu nhiều (B, D, F).

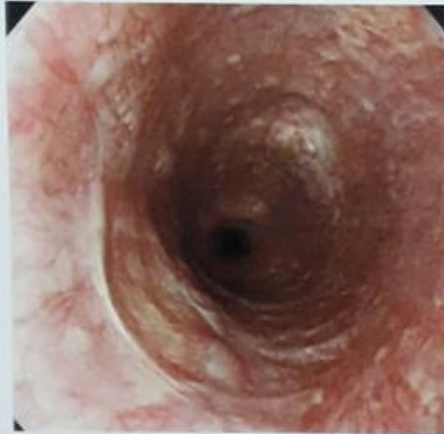
8 Niêm mạc dạ dày lạc chỗ (Heterotopic gastric mucosa)



A



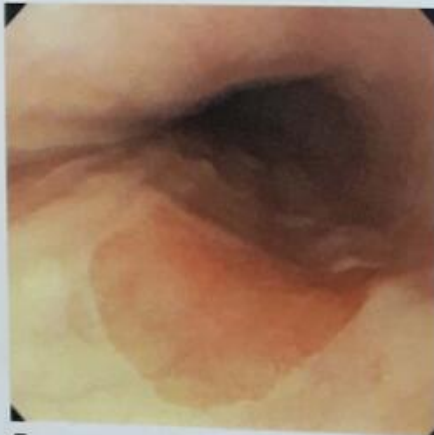
B



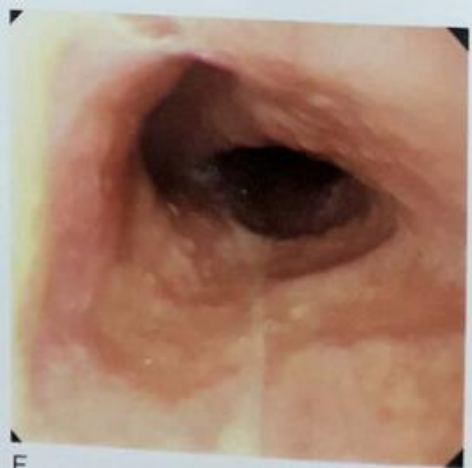
C



D



E



F

A, B, C, D, E, F. Niêm mạc dạ dày lạc chỗ ở thực quản thường thấy ở ngay dưới cơ thắt thực quản trên là đám niêm mạc biểu mô trụ có màu hồng nhạt. Không cần điều trị vì thường không có triệu chứng và không gây ra biến chứng. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân có cảm giác khó nuốt hoặc như có dị vật thì xử trí bằng đốt argon (APC). Hiếm có trường hợp phát triển thành ung thư biểu mô tuyến. Khi nội soi cần quan sát kỹ ở thực quản 1/3 trên để phát hiện niêm mạc dạ dày lạc chỗ.

9 Lắng đọng glycogen (Glycogen acanthosis)



Quá sản tế bào biểu mô vảy thực quản, dư thừa lượng glycogen ở bào tương có thể tạo nên những nốt, chấm trắng nhỏ ở thực quản mà ta quan sát được khi nội soi. Các nốt này hay gặp, có nhiều nốt (hình A, C, E). Hình B, D và F có các nốt màu nâu thẫm sau khi nhuộm lugol. Lắng đọng glycogen là kết quả của quá trình thoái hóa hoặc phản ứng của niêm mạc thực quản với những kích thích mạn tính như tuổi tác, hút thuốc lá. Không cần điều trị hoặc theo dõi vì những tổn thương này không có nguy cơ ác tính.

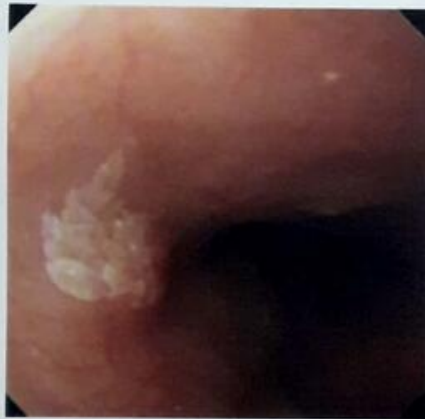
10 U nhú (Papilloma)



A



B



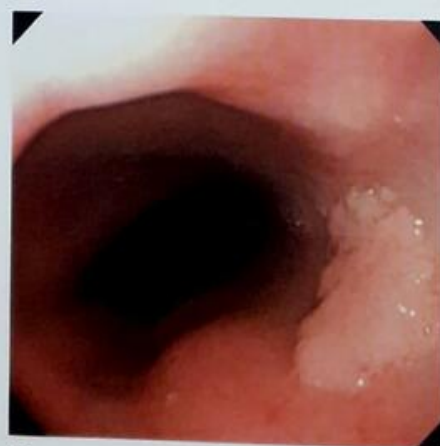
C



D



E



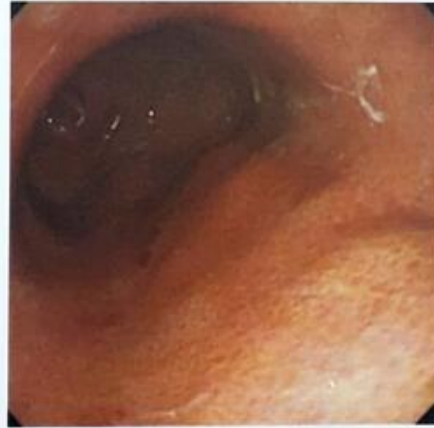
F

U nhú biểu mô vảy thực quản là dạng polyp thực quản hay gặp, phát triển từ lớp biểu mô vảy. Tổn thương thường đơn độc, không có cuống, kích thước từ 0.5 – 1 cm. Thường ở thực quản 1/3 dưới. Trong hầu hết trường hợp, u nhú thực quản không gây triệu chứng, thường phát hiện tình cờ khi nội soi. Có thể lấy hết u nhú bằng kim sinh thiết, vừa để chẩn đoán và để điều trị. Khi đã được chẩn đoán xác định là u nhú thì không cần theo dõi vì tổn thương không có nguy cơ ác tính. Trường hợp u nhú to thì phải cắt qua nội soi, ít khi có tái phát.

11 Các tổn thương sau phẫu thuật (Post-operative findings)



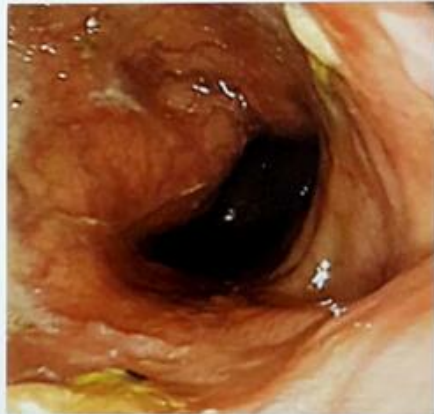
A



B



C



D



E



F

A, B, C. Hình ảnh miệng nối dạ dày với phần còn lại của thực quản, phần dạ dày bị kéo lên trên nối với 1/3 trên của thực quản qua trung thất sau, trên bệnh nhân phẫu thuật thực quản do ung thư. Quan sát thấy phần dạ dày ngay tại vị trí miệng nối. Phần dạ dày có dạng hình ống. Tại vị trí miệng nối không thấy dấu hiệu tái phát. D, E, F Viêm thực quản do hóa chất ăn mòn ở bệnh nhân có tiền sử cắt dạ dày bán phần. Hình ảnh dạ dày xung huyết đỏ trên bệnh nhân sau phẫu thuật thực quản–dạ dày–đại tràng.

9. Ung thư bề mặt thực quản (Superficial esophageal cancer)

1. Định nghĩa

Ung thư bề mặt thực quản là tổn thương ung thư mới khu trú đến lớp niêm mạc hoặc/và dưới niêm mạc, có thể đã có di căn hoặc chưa di căn hạch lympho.

2. Lâm sàng

- Không giống như ung thư bề mặt thực quản, ung thư thực quản sớm là tổn thương khu trú ở niêm mạc hoặc dưới niêm mạc mà không có bằng chứng xâm lấn hạch lympho.
- Tổn thương mới khu trú ở lớp niêm mạc thì có thể cắt hết qua nội soi. Trước khi cắt hết thì phải xem xét các vấn đề như tình trạng xâm lấn niêm mạc, xâm lấn tĩnh mạch, xâm lấn hạch lympho và sự biệt hóa.
- Tỷ lệ sống sau 5 năm đối với ung thư thực quản giai đoạn tiến triển là 10–20% nhưng đối với ung thư bề mặt thực quản, đặc biệt ung thư giai đoạn sớm thì tỷ lệ này là 90%.
- Phát hiện sớm và chẩn đoán sớm có vai trò rất quan trọng. Tổn thương ung thư giai đoạn tiến triển rất dễ phát hiện nhưng với ung thư bề mặt thì phải quan sát rất cẩn thận, kỹ lưỡng.
- Quan sát kỹ để tìm các dấu hiệu gợi ý cho ung thư sớm như thay đổi màu sắc niêm mạc (xung huyết hoặc nhạt màu); bề mặt lồi sần dạng hạt, tăng sần; bề mặt lõm hoặc lồi có thể kèm theo bất thường mạch máu.
- Nếu tổn thương có nghi ngờ thì nhuộm màu để quan sát rõ hơn.

- Nhuộm màu tổn thương thực quản bằng lugol 2%. Dung dịch lugol sẽ nhuộm bề mặt thực quản bình thường thành màu nâu do lugol bắt màu với glycogen từ tế bào biểu mô vảy. Trường hợp có tổn thương như viêm, loạn sản, ung thư thì glycogen không được tạo ra, do đó vùng tổn thương sẽ không hoặc ít bắt màu với lugol.
- Có thể gặp nhiều tổn thương ung thư thực quản trên một bệnh nhân. Do đó, cần phải nhuộm màu để dễ dàng phát hiện các tổn thương đồng thời hoặc xác định rõ ranh giới vùng tổn thương.

3. Lâm sàng

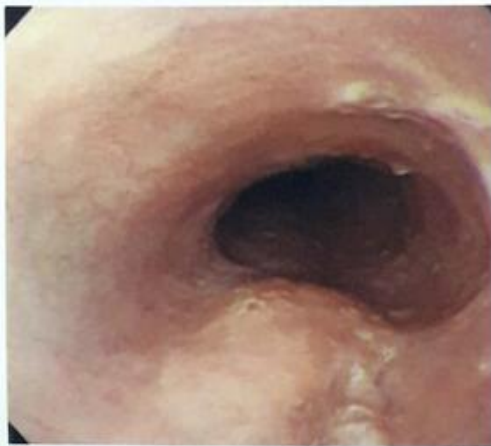
Phân loại về mặt hình thái tổn thương ung thư bề mặt thực quản được mô tả theo bảng dưới đây:

Ung thư bề mặt thực quản được phân loại là loại 0, các phân loại dưới nhóm được mô tả trong Bảng 1.

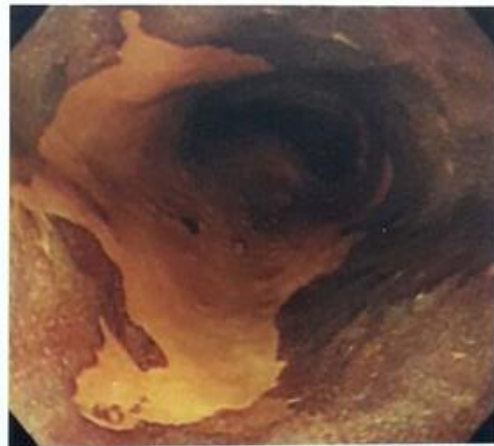
Bảng 1.

Loại lồi	Có cuống	0-Ip
	Không cuống	0-Is
Loại không lồi và không lõm	Hơi nhô lên bề mặt	0-IIa
	Phẳng hoàn toàn	0-IIb
	Hơi lõm	0-IIc
	Lồi và lõm	0-IIc+IIa, 0-IIa+IIc
Loại lõm	Loét	0-III
	Loét và lõm	0-IIc+III, 0-III+IIc

4. Hình ảnh nội soi



A



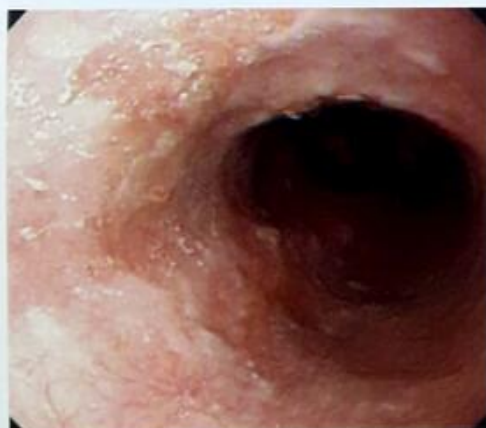
B



C



D

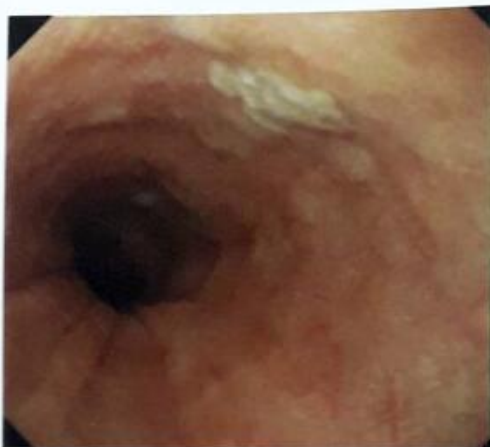


E



F

A, B. Trên hình ảnh nội soi, tổn thương lõi không cuống (0-Is) ở thực quản 1/3 dưới (A). Xét nghiệm mô bệnh học cho kết quả là ung thư biểu mô tế bào vảy. Vùng niêm mạc cách khối u 5 cm về phía gần không bắt màu với Lugol (B). Vùng này cũng được cho là có các tế bào ung thư biểu mô tế bào vảy, tương xứng với khả năng di căn bề mặt của khối ung thư thực quản. C, D. Trên hình ảnh nội soi thấy niêm mạc xung huyết có phủ giả mạc trắng (C). Vùng này không bắt màu Lugol (D). Tổn thương được chẩn đoán là ung thư biểu mô tế bào vảy type phẳng hoàn toàn (O-IIb). E, F. Tổn thương xung huyết phẳng trên hình ảnh nội soi ở vị trí 7-12 giờ (E). Niêm mạc không bắt màu Lugol. Chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy.



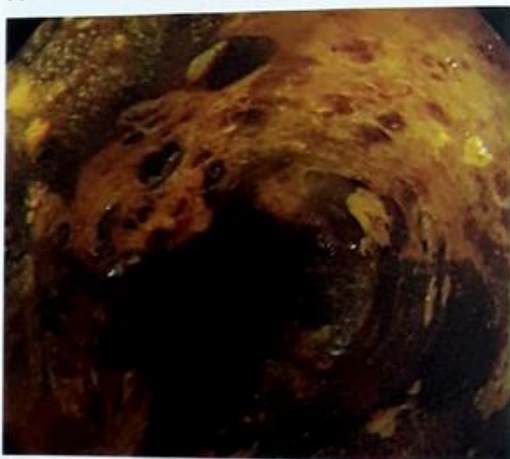
G



H



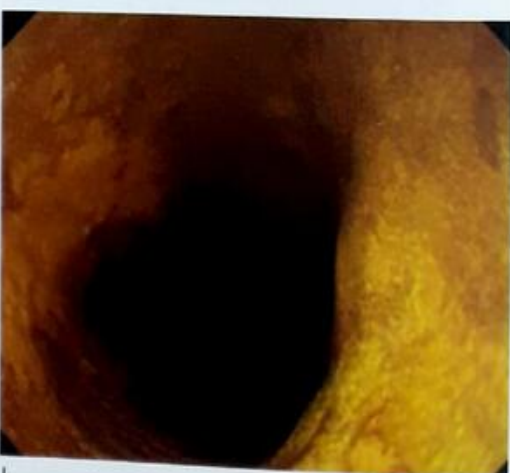
I



J



K

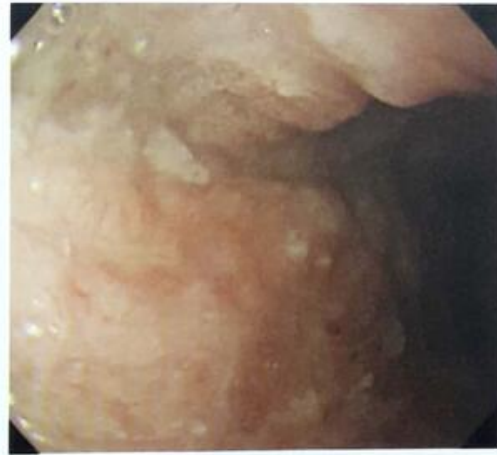


L

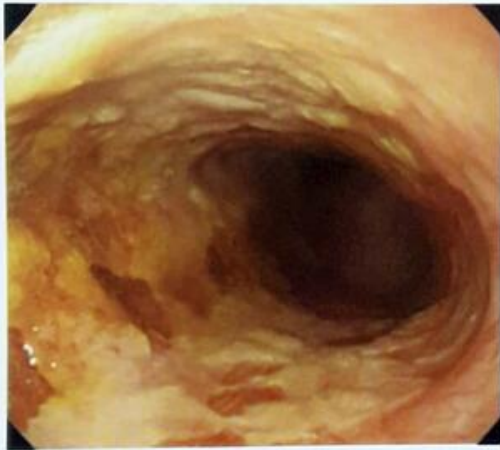
G, H. Trên nội soi có vùng niêm mạc hơi gồ so với xung quanh, bề mặt có phủ giả mạc hơi trắng (G). Vùng niêm mạc đó không bắt màu Lugol (H). Vùng không bắt màu có kích thước lớn hơn vùng niêm mạc thay đổi trên ánh sáng trắng. Tổn thương được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tế bào vảy type gồ nhẹ ở thực quản, type (0-IIa). I, J. Tổn thương gồ ở vị trí 11-12 giờ trên hình ảnh nội soi thường (I). Tổn thương có bề mặt niêm mạc xung huyết và nhạt màu nghi ngờ ở vị trí hướng 1-2. Vùng niêm mạc vị trí 11-2 giờ không bắt màu Lugol (J). Chẩn đoán mô bệnh học là ung thư thực quản lan tỏa bề mặt. K, L. Trên hình ảnh nội soi, tổn thương là vùng niêm mạc hơi lõm nhẹ so với niêm mạc xung quanh ở vị trí 9 giờ (K). Vùng tổn thương không bắt màu với Lugol (L), được chẩn đoán là ung thư biểu mô vảy thực quản type hơi lõm. Trên mô bệnh học chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô vảy.



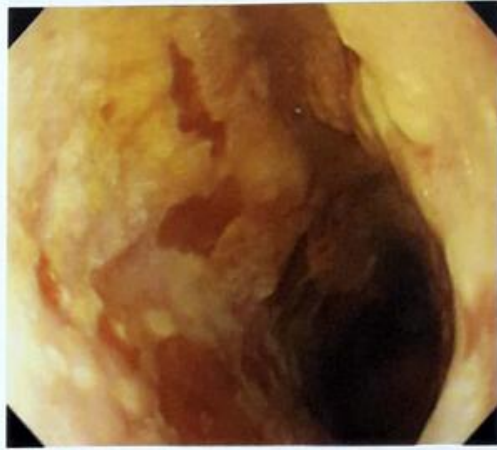
M



N



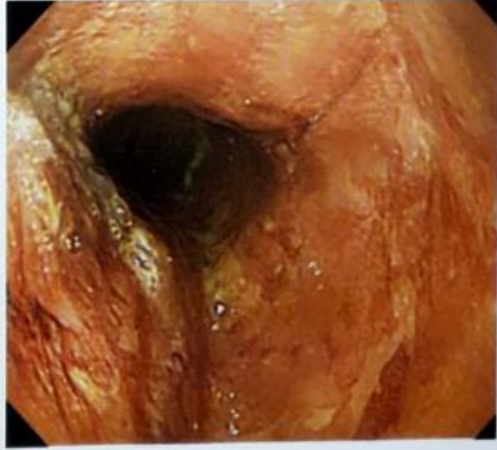
O



P



Q

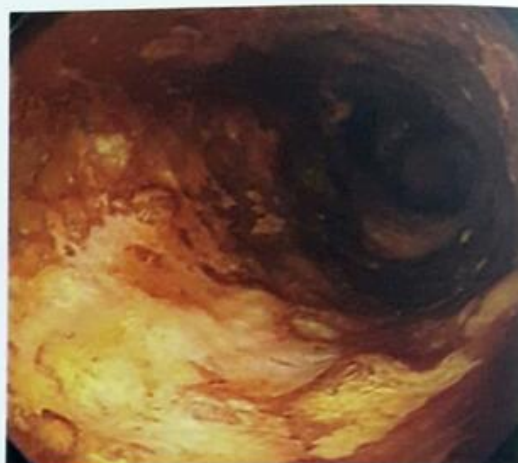


R

Trên hình ảnh nội soi, cách cung răng từ 23–30 cm thấy có đám niêm mạc giảm lượng mạch máu, bề mặt niêm mạc hơi gồ và lõm (M, N). Vùng niêm mạc bất thường không bắt màu Lugol (O, P). Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư thực quản bề mặt lan rộng hơi gồ và lõm nhẹ type (0-IIa+IIc) và đã được hóa trị liệu. Nội soi theo dõi, mặc dù vẫn có hiện tượng giảm lượng mạch máu, sau khi nhuộm không thấy rõ vùng niêm mạc không bắt màu Lugol (Q, R). Trên mô bệnh học không thấy có tế bào ung thư.



S



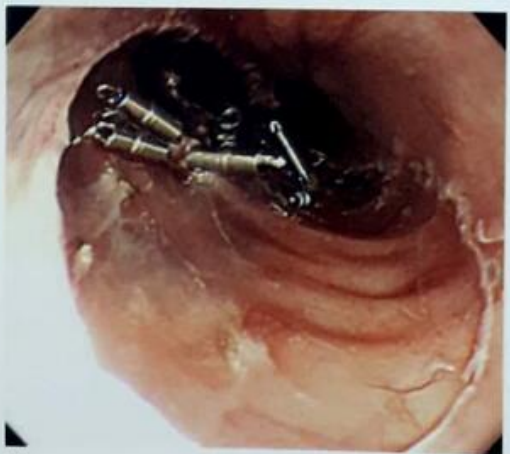
T



U



V



W



X

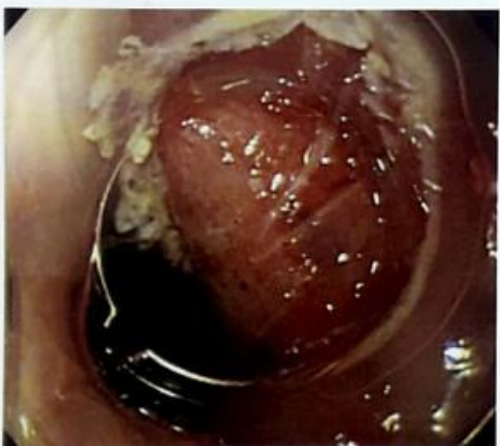
Cách cung răng 28 cm có vùng niêm mạc vô mạch kèm theo phù nề, xung huyết (S). Vùng tổn thương không bắt màu Lugol (T). Tổn thương xung huyết khu trú ở vị trí 5 giờ, cách cung răng trên 32 cm (U). Sau khi nhuộm Lugol, vùng không bắt màu rộng hơn nhiều so với vùng tổn thương trên nội soi thường (V). Cả hai dải tổn thương trên hình S-V đều được chẩn đoán là ung thư biểu mô tế bào vảy và đều được cắt qua nội soi (W, X). Bệnh phẩm sau cắt được chẩn đoán là ung thư giới hạn ở lớp đệm niêm mạc (M2) diện cắt âm tính, cho thấy tổn thương đã được cắt hoàn toàn.



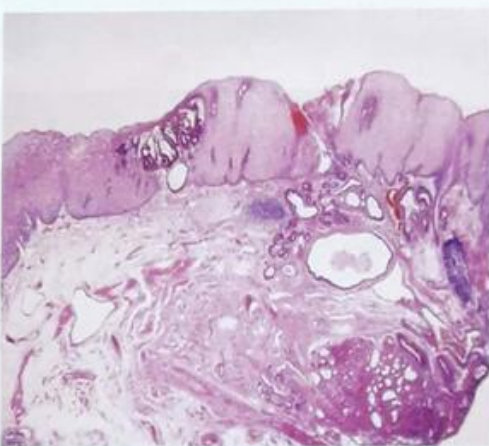
Y



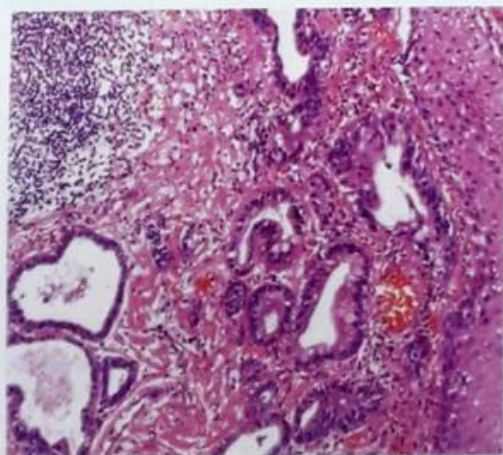
Z



A-1



B-1



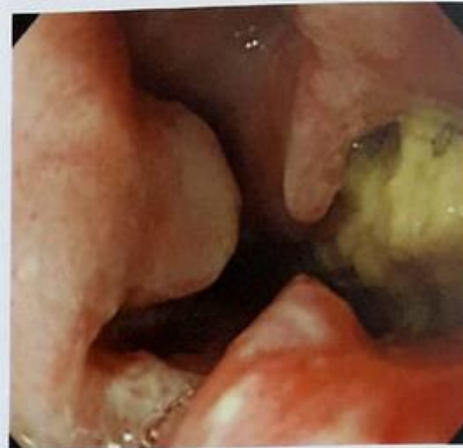
C-1

Hình ảnh nội soi của bệnh nhân thường xuyên có triệu chứng trào ngược dạ dày-thực quản. Tổn thương lồi ở vị trí nối dạ dày-thực quản, có niêm mạc xung huyết, không đều kéo dài đến phần niêm mạc dạ dày (Y, Z). Tổn thương đã được cắt qua nội soi (A-1). Chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến thực quản xuất phát từ tổn thương Barrett (B-1, C-1).

10. Ung thư thực quản tiến triển (Advanced esophageal cancer)



A



B



C



D

Hình ảnh các dạng tổn thương ung thư thực quản tiến triển. (A) dạng lồi, (B) dạng khu trú và loét, (C) dạng thâm nhiễm và loét, (D) dạng thâm nhiễm lan tỏa.

1. Định nghĩa

Ung thư thực quản tiến triển là tổn thương ung thư đã xâm lấn đến lớp cơ hoặc vượt qua lớp cơ của thành thực quản.

2. Lâm sàng

- Nhìn chung, bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tiến triển mặc dù được điều trị đúng thì tiên lượng cũng không tốt, tỷ lệ sống sau 5 năm là 10–20%.
- Ung thư thực quản là bệnh ung thư thường gặp, xếp thứ ba sau ung thư dạ dày và đại tràng. Ở Hàn Quốc, tính chung cả hai giới thì ung thư thực quản đứng thứ 11 trong số các bệnh ung thư. Ở nam giới ung thư thực quản có tỷ lệ mắc cao thứ sáu trong các bệnh ung thư.

3. Hình ảnh nội soi

Ung thư thực quản tiến triển có thể áp dụng phân loại Bormann giống như ung thư dạ dày tiến triển. Tuy nhiên, phân loại Bormann có thể không phù hợp vì thực quản có lòng tương đối hẹp. Trong nhiều trường hợp, ung thư thực quản là khối gây tắc nghẽn.

Loại 1	Loại lồi
Loại 2	Loại khu trú và loét
Loại 3	Loại thâm nhiễm và loét
Loại 4	Loại thâm nhiễm lan tỏa
Loại 5	Loại không thuộc những loại trên

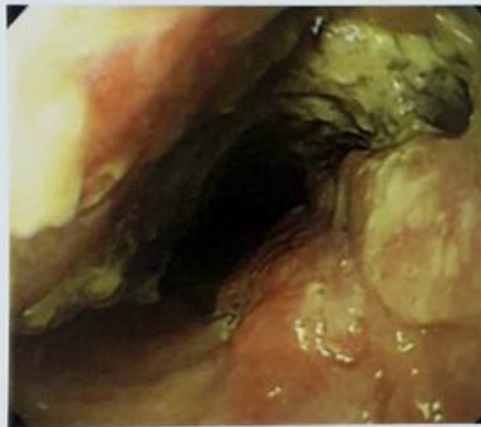
4. Hình ảnh nội soi



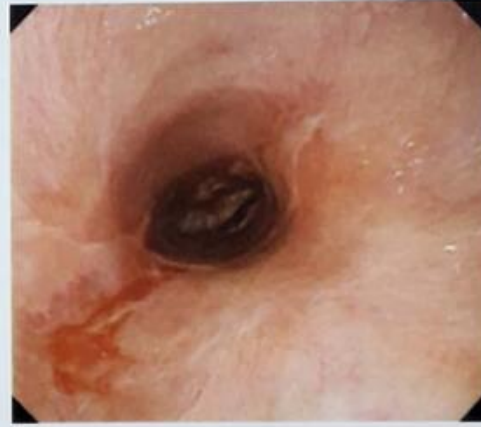
A



B



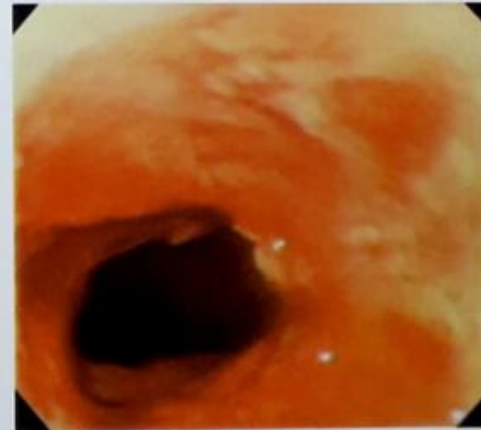
C



D



E

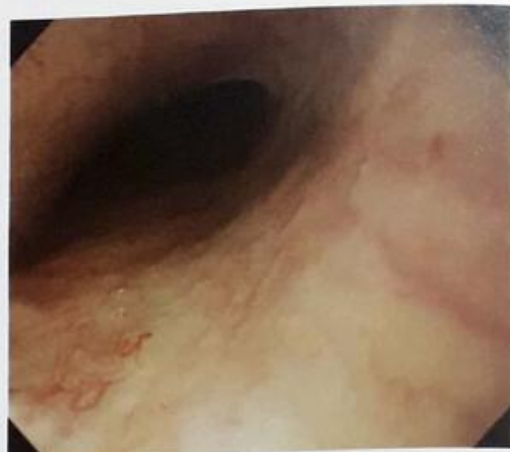


F

A. Khối tổn thương có bề mặt xung huyết và giả mạc trắng trên hình ảnh nội soi của bệnh nhân khó nuốt. Dây soi không thể đi qua vùng tổn thương do khối thâm nhiễm tại chỗ. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản thể lồi, mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy. B, C. Tổn thương loét thâm nhiễm, ở phần dưới thực quản, chiếm 80% chu vi, kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy. D. Tổn thương tiến triển tốt sau khi hóa-xạ trị, có biến chứng hẹp do xạ trị. Nong thực quản bằng bóng (E), vùng hẹp đã được nong (F).



G



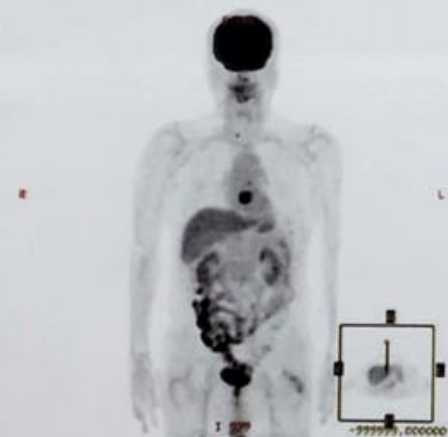
H



I



J



K



L

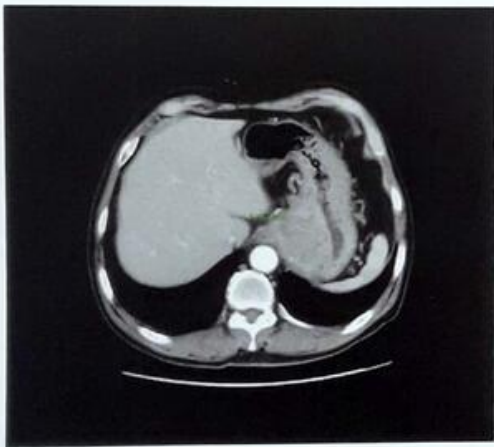
G, H, I. Tổn thương thâm nhiễm, loét cách cung răng 25–30 cm (G). Tổn thương sau đợt hóa–xạ trị đã tạo sẹo và giãn mao mạch ở vị trí 5 giờ (H). Sau khi nhuộm lugol không thấy vùng không bắt màu, sinh thiết không thấy tế bào ung thư (I). J, K, L. Một khối lồi ở thực quản dưới. Kết quả mô bệnh học là ung thư thực quản (J). Trên phim chụp PET cho thấy tình trạng hấp thu F–18 FDG bất thường ở xung quanh khối và hạch lân cận. (K). Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ khối u. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là tổn thương xâm lấn đến thanh mạc, có di căn hạch xa ở 2/36 hạch (L).



M



N



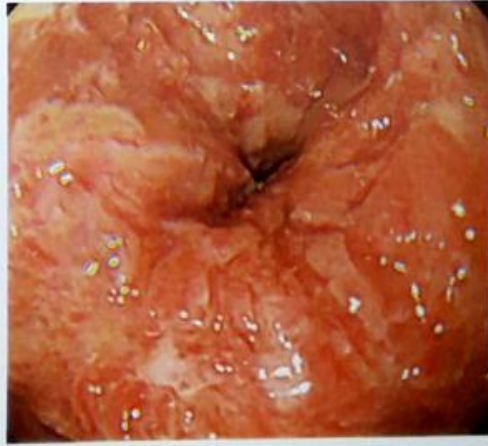
O



P



Q



R

M, N, O. Khối ở thực quản dưới (**M**). Trên hình ảnh soi quặt ngược, khối u nhỏ lên ở vùng tâm vị (**N**). Trên phim chụp CLVT, có hình ảnh khối thực quản xâm lấn vào tâm vị (**O**). Kết quả mô bệnh học, khối u ở thực quản và tâm vị đều là ung thư tế bào biểu mô vảy. **P.** Không thấy tế bào ung thư ở lần sinh thiết đầu tiên. Ngay sau đó sinh thiết lại có kết quả khẳng định là ung thư biểu mô tế bào vảy. **Q, R.** Ung thư thực quản tiến triển làm hẹp hoàn toàn lòng thực quản. Niêm mạc gần chỗ hẹp có hình ảnh bất thường. Mô bệnh học cho kết quả ung thư tế bào vảy.

Phần 3

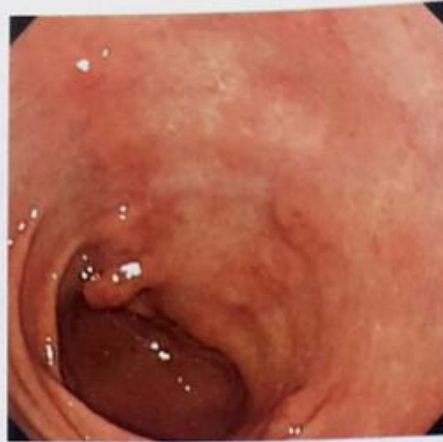
Các bệnh/tổn thương dạ dày lành tính (Benign Gastric Lesions/Diseases)



1. Viêm dạ dày cấp (Acute gastritis)



Viêm dạ dày nông bề mặt, có hình ảnh nhiều sọc xung huyết đỏ ở niêm mạc



Viêm dạ dày trợt cấp tính, có hình ảnh nhiều trợt lồi, giống như các hạt hoặc các nốt ở râu con bạch tuộc



Viêm dạ dày cấp dạng xuất huyết, có hình ảnh các nốt chảy máu nâu, đen và xung huyết, kèm theo xuất huyết dưới niêm mạc

1. Định nghĩa

- Viêm dạ dày cấp trên hình ảnh nội soi có dạng viêm xung huyết, trợt, ban đỏ hoặc xuất huyết; trên mô bệnh học đó là sự xâm lấn của bạch cầu trung tính và phản ứng viêm cấp tính.
- Các nguyên nhân gây viêm niêm mạc dạ dày có thể gồm: rượu, aspirin, thuốc chống viêm steroids, NSAIDs, căng thẳng stress, chấn thương, phẫu thuật, nhiễm khuẩn huyết, bỏng hoặc hạ thân nhiệt.
- Gần đây, hệ thống phân loại viêm dạ dày theo Sydney thường được sử dụng để phân loại viêm dạ dày cấp như sau:

1) Viêm dạ dày trợt cấp tính (Acute erosive gastritis)

Viêm dạ dày trợt là dạng viêm và tổn thương khu trú ở lớp niêm mạc. Trên nội soi có thể quan sát thấy trợt nông hoặc trợt lồi, có thể kèm theo các đặc điểm sau: phù nề, ban xuất huyết, niêm mạc mủn bã và xuất tiết.

2) Viêm xuất huyết niêm mạc dạ dày cấp tính (Acute hemorrhagic gastritis)

Trên nội soi thấy xuất huyết dưới niêm mạc hoặc niêm mạc, lan tỏa hoặc khu trú.

3) Viêm dạ dày cấp do vi khuẩn Hp (Acute Helicobacter-related gastritis)

Viêm dạ dày cấp do vi khuẩn Hp có thể gây ra phù nề, trợt nông dạng bản đồ, hoặc tổn thương niêm mạc cấp tính ở hang vị. Chẩn đoán viêm do Hp không dễ dàng vì hầu hết trường hợp không có triệu chứng.

4) Viêm dạ dày mưng mủ cấp tính (Acute suppurative phlegmonous gastritis)

Viêm dạ dày mưng mủ cấp tính là dạng viêm khu trú ở lớp dưới niêm mạc, nguyên nhân do sự lan rộng của vi khuẩn. Đặc điểm của dạng viêm này là hình thành áp xe và sung nề lớp dưới niêm mạc, tổn thương có thể lan vào lớp sâu hơn của thành dạ dày mà không xâm lấn lớp niêm mạc.

2. Lâm sàng

Bệnh nhân có thể có triệu chứng khó chịu phần bụng trên, đau bụng, buồn nôn, đau hoặc thường là không có triệu chứng. Dần dần có thể chán ăn, khó tiêu, ợ, buồn nôn, nôn hoặc sụt cân. Có thể gặp nôn máu hoặc đi ngoài phân đen ở bệnh nhân có xuất huyết. Với bệnh nhân viêm dạ dày mưng mủ nặng thì có thể gặp các triệu chứng đau bụng dữ dội, sốt, ớn lạnh hoặc sốc.

3. Chẩn đoán

- Hỏi tiền sử bệnh nhân về uống rượu, nhiễm khuẩn, stress, tia xạ, dị ứng, ngộ độc thức ăn hoặc chấn thương.
- Hỏi tiền sử dùng thuốc của bệnh nhân: NSAIDs, steroid và aspirin.
- Xét nghiệm tình trạng nhiễm vi khuẩn Hp.

Các tiêu chuẩn chẩn đoán trên nội soi

- Niêm mạc phù nề, ban xuất huyết, mụn bờ, xuất tiết.
- Trợt lồi hoặc trợt phẳng.
- Phì đại niêm mạc.
- Chấm xuất huyết niêm mạc đen hoặc đỏ hoặc máu trong dạ dày
- Trào ngược dịch mật.



A



B

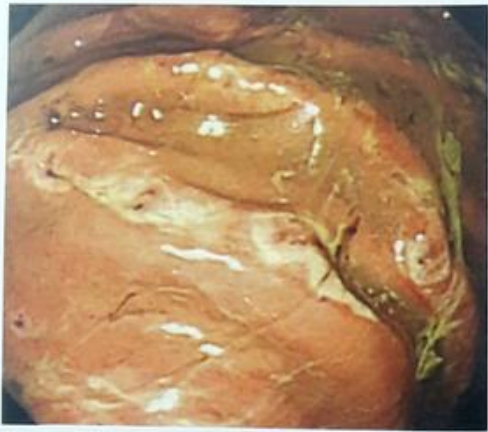


C



D

A, B. Phù nề niêm mạc. Niêm mạc trở nên nhạt màu trên nền dạ dày và ban điểm xuất huyết. C, D. Niêm mạc mụn bờ. Niêm mạc dễ bị chảy máu ngay cả khi có tác động nhẹ.



E



F



G



H



I



J

E, F. Xuất tiết. Xuất tiết trên bề mặt nốt hoặc phì đại niêm mạc, rửa bằng nước không trôi sạch. **G, H.** Trợt phẳng. Một hoặc nhiều đám tổn thương niêm mạc. Kích thước tổn thương có thể thay đổi từ chấm nhỏ cho đến nốt to 1 cm. Có thể nhìn thấy vòng đỏ xung quanh tổn thương. **I, J.** Phì đại nếp niêm mạc. Niêm mạc có các ban đỏ và phì đại. Nếp niêm mạc phì đại có thể gặp ở cả viêm dạ dày cấp và viêm dạ dày mạn. Các nếp niêm mạc không căng giãn mặc dù được bơm hơi căng. Cần chẩn đoán phân biệt với ung thư dạ dày tiến triển thể thâm nhiễm (Borrmann IV) hoặc các tổn thương phì đại nếp niêm mạc khác.



K



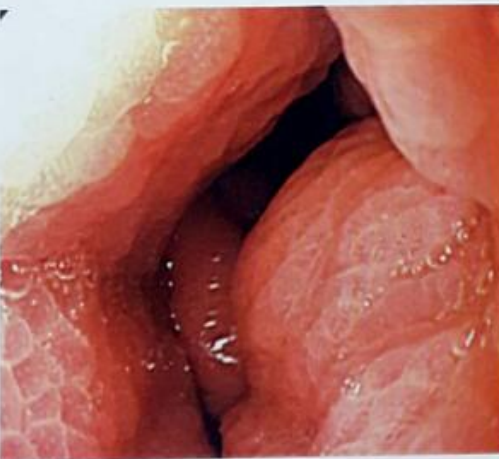
L



M



N



O

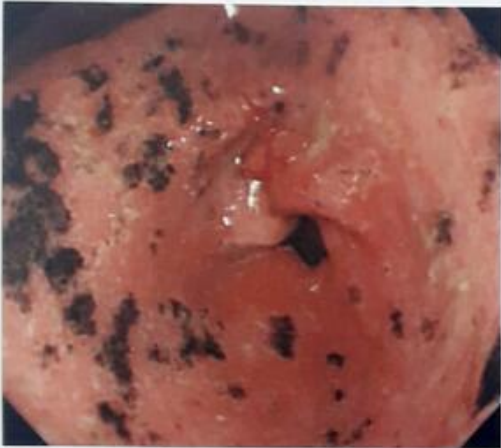


P

K, L. Lấn sẩn dạng nốt. Bề mặt niêm mạc lấn sẩn. **M, N.** Viêm dạ dày trào ngược dịch mật. Niêm mạc dạ dày phù nề, dịch dạ dày và chất xuất tiết có màu vàng giống như dịch mật trào ngược. Dạng viêm dạ dày này thường thấy trên bệnh nhân cắt dạ dày bán phần. **O, P.** Viêm dạ dày sung huyết cấp tính trên bệnh nhân có triệu chứng nôn liên tục, sốt và đau thượng vị sau khi bệnh nhân được cắt hết niêm mạc (EMR) điều trị ung thư dạ dày sớm. Dạ dày không căng giãn khi bơm hơi, niêm mạc phù nề toàn bộ và nếp niêm mạc phi đại. Trên phim chụp CT thấy ổ áp xe và dày thành dạ dày. Sau khi điều trị 2 tuần bằng kháng sinh không thấy thuyên giảm, bệnh nhân phải cắt dạ dày toàn bộ.

4. Điều trị

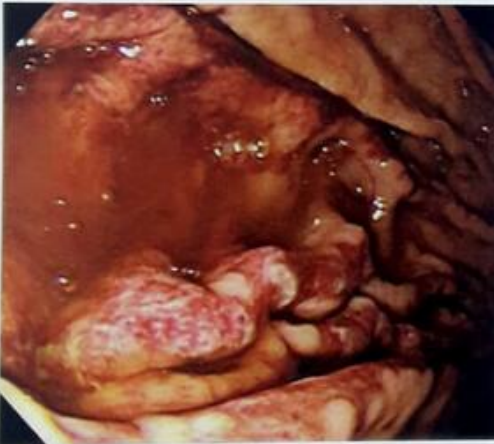
- Loại bỏ nguyên nhân gây bệnh.
- Bổ sung dịch, điện giải khi bệnh nhân có nôn nhiều.
- Cho thuốc ức chế bơm proton (PPI), kháng H_2 và kháng acid.
- Cho kháng sinh diệt vi khuẩn Hp.
- Tùy theo nguyên nhân, cho thuốc điều trị kháng virus, chống nấm, chống lao.
- Cân nhắc phẫu thuật sớm trường hợp viêm dạ dày mạn mưng mủ.



A



B



C



D

A, B. Viêm dạ dày cấp chảy máu, loét nông. Bệnh nhân nam, 22 tuổi, có triệu chứng đau thượng vị sau những căng thẳng stress và uống nhiều rượu. Niêm mạc hang vị có các đám loét và chảy máu đen. Bệnh nhân khỏi hoàn toàn sau 2 tháng điều trị kết hợp thuốc ức chế tiết acid và bảo vệ niêm mạc. C, D. Bệnh nhân nữ 80 tuổi, có tiền sử đái tháo đường và bệnh tim mạch, có triệu chứng nôn máu, đi ngoài phân đen và có cơn ngất. Trên nội soi thấy có nhiều đám loét ban đỏ và chảy máu dưới niêm mạc dọc theo các nếp niêm mạc thân vị. Bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc chống viêm NSAID và warfarin trước đó.

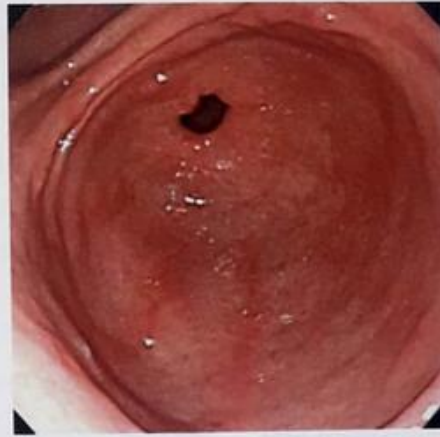
5. Tiên lượng

- Trong hầu hết các trường hợp viêm dạ dày tự phát, có thể không dự đoán được mức độ thuyên giảm, thường có liên quan đến cải thiện tình trạng toàn thân.
- Bệnh nhân có thể bị suy thận nếu có xuất huyết và nôn nhiều do tắc ruột hoặc mất nước.
- Khi có chảy máu toàn bộ niêm mạc trên bệnh nhân suy đa tạng, hôn mê hoặc bông thì tiên lượng nặng nề.

2. Viêm dạ dày mạn tính (Chronic gastritis)



Một ví dụ bệnh viêm teo niêm mạc dạ dày mạn tính. Bệnh nhân nữ, 55 có triệu chứng khó chịu vùng thượng vị, sau xương ức trong vài tháng. Trên nội soi, hang vị có hình ảnh màu niêm mạc nhợt, nhìn thấy nền mạch máu. Nhìn rõ ranh giới vùng teo niêm mạc ở phần dưới thân vị, phần niêm mạc thân vị còn lại không bị teo



Viêm nông dạ dày mạn tính, bệnh nhân được phát hiện qua thăm khám kiểm tra sức khỏe. Hình ảnh các sọc xung huyết đỏ giống như răng lược ở hang vị



Hình ảnh dị sản ruột niêm mạc, lằn sẩn dạng nốt ở hang vị. Nhiều nốt nhỏ ở hang vị, chẩn đoán mô bệnh học là dị sản ruột với những tế bào hình đài. Xét nghiệm có vi khuẩn Hp, bệnh nhân đã được điều trị diệt Hp

1. Định nghĩa

- Viêm dạ dày mạn tính là tình trạng viêm trên mô bệnh học được xác định là có thâm nhiễm tế bào lympho hoặc tương bào ở niêm mạc dạ dày. Những biến đổi đại thể có thể quan sát được trên hình ảnh nội soi.
- Khoảng 40% trường hợp viêm dạ dày bình thường chẩn đoán trên nội soi được xác định là viêm dạ dày mạn tính trên mô bệnh học. Viêm dạ dày mạn tính có liên quan với vi khuẩn Hp. Ở Hàn Quốc, viêm dạ dày mạn tính các mức độ do vi khuẩn Hp được phát hiện ở 60% bệnh nhân nội soi dạ dày.

2. Lâm sàng

- Sự khác biệt giữa viêm dạ dày cấp tính và mạn tính không phải là vấn đề thời gian bị bệnh mà là hình thái tổn thương.
- Hầu hết các trường hợp viêm dạ dày mạn tính không có triệu chứng, khó xác định được thời gian bắt đầu bị bệnh. Ngoài ra, các triệu chứng chủ quan của bệnh nhân cũng rất đa dạng nên khó có thể xác định mối tương quan với các nguyên nhân.

3. Chẩn đoán

- Hệ thống Sydney phân loại viêm dạ dày dựa theo cơ chế bệnh sinh, định vị (topography) và hình thái học, mô bệnh học và hình ảnh nội soi.
- Hệ thống Sydney cập nhật, được sửa đổi năm 1996, phân loại viêm dạ dày thành viêm dạ dày không teo (non-atrophic), teo (atrophic) và dạng đặc biệt (special forms).
- Các thuật ngữ sau đây được dùng cho các đặc điểm trên hình ảnh nội soi: phù nề (edema)/ban đỏ (erythema)/mùn bờ (friability)/xuất tiết (exudate)/trợt lõm hoặc nông (flat or raised erosion)/phì đại nếp niêm mạc/teo nếp niêm mạc/nhìn rõ nền mạch máu/chấm xuất huyết dưới niêm mạc/nốt (rugal hyperplasia/rugal atrophy/visibility of vascular pattern/intramural bleeding spots/nodularity).

Các đặc điểm viêm dạ dày mạn tính trên nội soi

1) Viêm nông dạ dày mạn tính (Chronic superficial gastritis)

Là tình trạng viêm dạ dày có các biến đổi viêm khu trú ở lớp đệm của bề mặt niêm mạc dạ dày, có ba đặc điểm: phù nề niêm mạc, chất nhầy bám dính và ban đỏ dạng mảng. Cũng có thể gặp ban đỏ lan tỏa.

2) Viêm teo niêm mạc dạ dày mạn tính (Chronic atrophic gastritis)

- Một số bệnh nhân viêm nông dạ dày mạn tính do vi khuẩn Hp có thể tiến triển tới viêm teo dạ dày.
- Viêm teo niêm mạc dạ dày được chia thành ba loại dựa vào hình thái: (1) Viêm teo chủ yếu ở thân vị, (2) Viêm teo chủ yếu ở hang vị và (3) Viêm teo chủ yếu ở thân vị và hang vị.
- Chẩn đoán viêm teo niêm mạc dạ dày trên nội soi khi nhìn thấy rõ nền mạch máu niêm mạc lúc dạ dày không bơm quá căng.
- Quan sát thấy niêm mạc dạ dày nhợt màu, nếp niêm mạc teo mỏng và mạch máu dưới niêm mạc.
- Có thể thấy hình ảnh dị sản ruột là những nốt gồ.
- Niêm mạc hang vị có thể nhạt màu hơn so với thân vị. Cần lưu ý khi chẩn đoán vì niêm mạc bình thường có thể có đặc điểm giống như viêm teo khi dạ dày được bơm hơi quá căng.

3) Dị sản ruột (Intestinal metaplasia)

- Dị sản ruột là tình trạng chuyển đổi cấu trúc niêm mạc dạ dày thành niêm mạc ruột do phản ứng viêm kéo dài.
- Thông thường, dị sản ruột là những tổn thương gồ hoặc phẳng dạng nốt nhỏ, có màu trắng đục, xuất phát từ môn vị và lan rộng ra đến thân vị.
- Tổn thương dị sản ruột bắt màu với xanh methylene trong khi niêm mạc dạ dày thì không bị bắt màu.
- Nguy cơ phát triển thành ung thư biểu mô tuyến dạ dày của tổn thương dị sản ruột cao hơn so với niêm mạc bình thường là 10–20 lần.

4) Viêm dạ dày dạng nốt (Nodular gastritis)

- Viêm dạ dày nốt (Nodular gastritis) là do quá phát nang lympho ở lớp đệm niêm mạc dạ dày do vi khuẩn Hp. Tình trạng này được cho là do phản ứng không đầy đủ của niêm mạc dạ dày với kháng nguyên của vi khuẩn Hp.
- Trên hình ảnh nội soi thấy niêm mạc dạ dày lằn sần như da gà.
- Viêm dạ dày nốt có thể phân làm hai loại dựa theo kích thước của nốt: nốt lớn hơn 2–3 mm và nốt 1–2 mm.

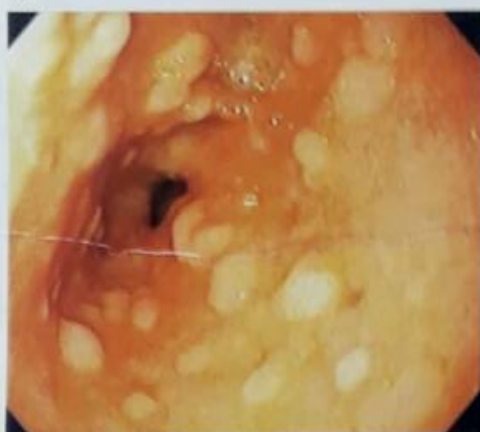
4. Hình ảnh nội soi



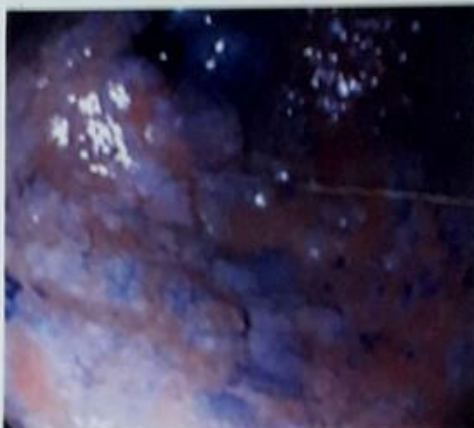
A



B



C



D



E

A. Viêm teo niêm mạc dạ dày. Trên bệnh nhân kiểm tra sức khỏe định kỳ, niêm mạc hang vị mỏng, nhợt màu, nổi rõ nền mạch máu.
 B. Bệnh nhân nữ, 69 tuổi, có triệu chứng đau thượng vị thường xuyên trong vòng 5 năm. Nhìn rõ hình ảnh nền mạch máu ở hang vị và phần dưới thân vị. C, D. Dị sản ruột. Các nốt gồ màu trắng đục lan tỏa ở toàn bộ hang vị. Các nốt gồ bị nhuộm màu bằng xanh methylene. E. Viêm dạ dày nốt. Bệnh nhân nữ, 31 tuổi, có triệu chứng đau thượng vị. Trên nội soi thấy vùng hang vị có nhiều nốt nhỏ, niêm mạc dạ dày lấn sần nhìn giống như da gà. Viêm dạ dày mạn tính do vi khuẩn Hp được xác định trên mô bệnh học. Test nhanh urea dương tính và bệnh nhân được điều trị diệt vi khuẩn Hp.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư dạ dày sớm, bệnh nhiễm khuẩn dạ dày.
- Bệnh loét dạ dày, u MALT, tổn thương dạ dày trong bệnh viêm ruột (IBD).

- Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh khó tiêu chức năng trong trường hợp hình ảnh nội soi dạ dày bình thường.



A



B



C



D



E



F

A, B. U MALT. Hình ảnh các nốt gồ niêm mạc và trợt lồi. Rất khó để chẩn đoán phân biệt giữa phù nề niêm mạc với trợt lồi trong viêm dạ dày cấp hoặc mạn tính. Kết quả mô bệnh học xác định là u MALT, bệnh nhân đã được điều trị diệt vi khuẩn Hp. C, D. Bệnh dạ dày huyết làm cho dạ dày có hình ảnh giống như da rắn. E, F. Ung thư dạ dày sớm giống với viêm dạ dày. Cần chẩn đoán phân biệt ung thư niêm mạc xung quanh, nhuộm màu và sinh thiết.

3. Loét dạ dày lành tính (Benign gastric ulcer)



Có ba giai đoạn của tổn thương loét dạ dày. Ở giai đoạn hoạt động, đáy ổ loét có phủ lớp giả mạc dày, bờ gồ do phù nề



Giai đoạn đang liền sẹo, lớp giả mạc ở đáy ổ loét mỏng hơn, không còn phản ứng viêm ở xung quanh. Biểu mô tái tạo phát triển từ bờ tổn thương vào đáy ổ loét.



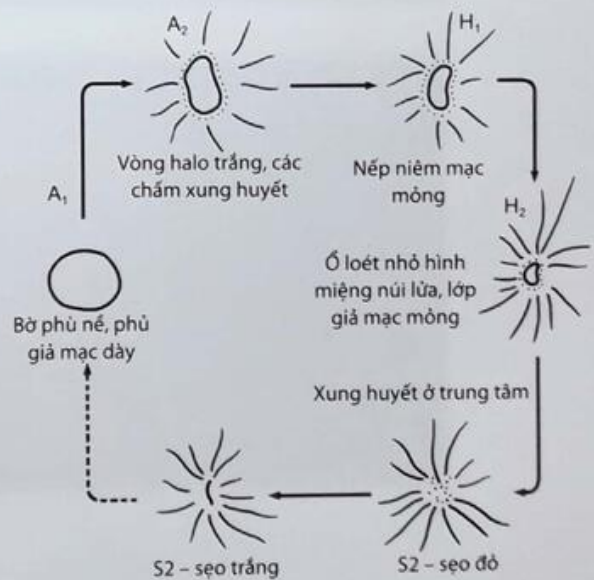
Giai đoạn sẹo, ổ loét không còn nữa và được thay thế bằng biểu mô tái tạo

1. Định nghĩa

- Loét dạ dày là tổn thương sâu hết lớp niêm mạc do tác dụng hóa chất của acid và pepsin.
- Về mặt mô bệnh học, ổ loét là tổn thương hết lớp niêm mạc ăn sâu xuống lớp dưới niêm mạc, còn trợt chỉ là tổn thương ở lớp niêm mạc.

2. Đặc điểm của ổ loét không chảy máu

- Loét dạ dày trên lâm sàng được chia thành loét hoạt động, loét đang liền sẹo và giai đoạn sẹo (xem thêm phần 1 và 3). Loét giai đoạn hoạt động có thể kèm theo xuất huyết.
- Loét dạ dày có nhiều dạng phụ thuộc vào vị trí và giai đoạn. Hiểu rõ chu trình tự nhiên của loét sẽ giúp phân biệt được loét dạ dày lành tính với ổ loét ác tính và dự phòng tái phát.



Hình 1. Chu trình tự nhiên của ổ loét dạ dày

3. Phân loại

1) Giai đoạn hoạt động (Active)

Ở loét hoạt động là tình trạng tổn thương niêm mạc có ranh giới rõ. Đáy ổ loét phủ nhầy và giả mạc trắng, bờ nề hoặc xung huyết mà không có biểu mô tái tạo. Giai đoạn hoạt động có thể được chia nhỏ hơn thành giai đoạn A1 và A2. Giai đoạn A1, lớp giả mạc dày, lồi lên, phủ hết đáy ổ loét, niêm mạc xung quanh phù nề và xung huyết mạnh. Giai đoạn A2, lớp giả mạc không còn lồi lên nữa, nhìn thấy ổ loét rõ hơn, bờ nề nhẹ, đang chuyển dần sang giai đoạn liền sẹo.

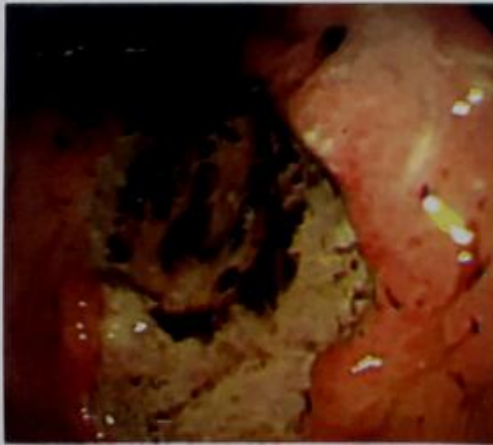
2) Giai đoạn đang liền (Healing)

Ở loét đang liền sẹo nhỏ dần, niêm mạc xung quanh không còn viêm nữa, thay thế bằng biểu mô tái tạo. Có thể chia nhỏ hơn giai đoạn này thành H1 và H2. Ở giai đoạn H1, ổ loét nông hơn và bờ gồ nhẹ, có các nếp niêm mạc hội tụ và biểu mô tái tạo phát

triển ở quanh ổ loét. Ở giai đoạn H2, ổ loét nhỏ đi nhiều, biểu mô tái tạo bắt đầu phát triển vào đáy ổ loét, thấy rõ hơn hình ảnh nếp niêm mạc hội tụ.

3) Giai đoạn sẹo (Scarring stage)

Giai đoạn tạo sẹo, vùng niêm mạc tổn thương đã được thay thế bằng biểu mô tái tạo. Lúc này chỉ có quá trình tạo xơ sẹo mà không còn phản ứng viêm. Giai đoạn này cũng có thể được chia nhỏ thành S1 và S2. Giai đoạn S1, biểu mô tái tạo vẫn còn xung huyết nên sẹo có màu đỏ gọi là sẹo đỏ. Giai đoạn S2, tình trạng xung huyết của biểu mô tái tạo không còn nữa, vùng sẹo được hòa lẫn với niêm mạc xung quanh, chuyển dần sang màu trắng thành sẹo trắng. Các nếp niêm mạc hội tụ nhỏ dần, không còn thấy rõ.



A



B

A, B. Loét giai đoạn hoạt động (A1). Lớp giả mạc dày, đáy sâu và bờ không đều. Có dấu hiệu chảy máu ở đáy ổ loét. Ổ loét giai đoạn này cũng khó phân biệt với ổ loét ác tính.



C



D



E



F



G



H

C, D. Ổ loét hoạt động (A2). Bờ ổ loét đã bớt viêm, hình ảnh ổ loét rõ và đáy sạch. E, F. Giai đoạn đang liền. Không còn giả mạc ở đáy ổ loét, kích thước ổ loét nhỏ đi. Biểu mô tái tạo đã phủ đáy ổ loét và nếp niêm mạc đã bắt đầu hội tụ. G, H. Giai đoạn tạo sẹo ổ loét. Vùng niêm mạc tổn thương đã được thay thế bằng biểu mô tái tạo. Biểu mô tái tạo xung huyết nên có sẹo đỏ (S1), dần dần nhạt màu và chuyển sang sẹo trắng (S2).

4. Loét dạ dày chảy máu

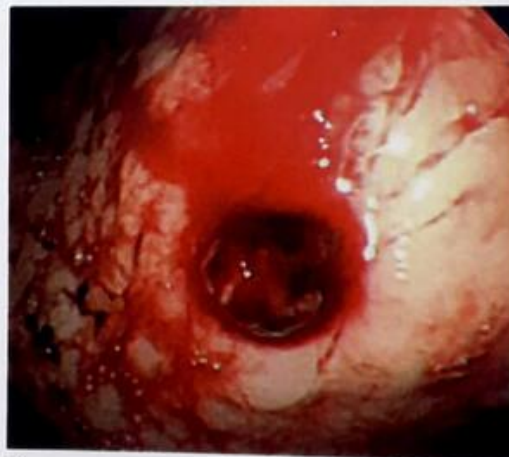
Phân loại Forrest thường được sử dụng trong đánh giá ổ loét chảy máu khi nội soi dạ dày cấp cứu và giúp dự đoán khả năng chảy máu tái phát. Forrest I là ổ loét đang chảy máu; Forrest II là ổ loét mới chảy máu gần đây, có khả năng cao chảy máu tái phát. Còn Forrest III là ổ loét có ít nguy cơ chảy máu tái phát.

Bảng 1. Phân loại Forrest cho ổ loét chảy máu dựa trên hình ảnh nội soi

Chảy máu cấp	
Forrest Ia	Máu phun ra từ ổ loét
Forrest Ib	Rỉ máu
Ổ loét mới chảy máu gần đây	
Forrest IIa	Nhìn thấy điểm mạch
Forrest IIb	Cục máu đông bám vào ổ loét
Forrest IIc	Chấm, nốt đen, phẳng
Ổ loét có ít nguy cơ chảy máu tái phát	
Forrest III	Tổn thương có đáy sạch



A



B

A, B. Ổ loét chảy máu. Ổ loét đang chảy máu ở đáy. Cần phải điều trị qua nội soi. (A: Forrest Ia, B: Forrest Ib)



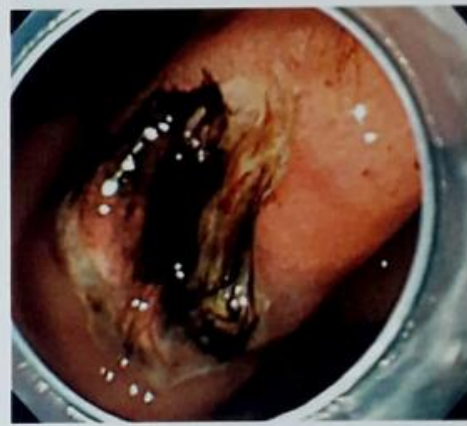
C



D



E



F

C, D, E, F. Các dấu hiệu chảy máu gần đáy. Nhìn thấy điểm mạch (C, D), cục máu đông bầm (E), và thấy điểm đen (F). Nguy cơ chảy máu tái phát cao khi ta nhìn thấy rõ điểm chảy máu nên phải điều trị qua nội soi.

5. Chẩn đoán

- Nội soi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán loét dạ dày và có thể sinh thiết để làm mô bệnh học. Ngoài ra có thể làm xét nghiệm vi khuẩn *H. pylori*.
- Khi nghi ngờ ổ loét dạ dày trên phim chụp cản quang thì phải nội soi dạ dày để xác định chẩn đoán.
- Hình thái điển hình của ổ loét dạ dày trên hình ảnh nội soi là hình có dạng núi lửa, tròn hoặc bầu dục, có ranh giới rõ với niêm mạc xung quanh, bờ ổ loét mềm mại. Ngoài ra còn có hình ảnh nếp niêm mạc hội tụ xung quanh ổ loét.
- Để chẩn đoán phân biệt với ổ loét ác tính nên lấy 4 – 6 mảnh sinh thiết bệnh phẩm ở bờ và đáy ổ loét.
- Khi chẩn đoán loét dạ dày nên làm thêm xét nghiệm vi khuẩn Hp.

6. Điều trị

- Trường hợp ổ loét có biến chứng chảy máu, thủng hoặc hẹp, bệnh nhân cần được điều trị qua nội soi hoặc phẫu thuật kết hợp với điều trị nội khoa.
- Thời gian điều trị nội khoa cho ổ loét dạ dày là 4–8 tuần với các thuốc trung hòa hoặc ức chế tiết acid.

- Diệt vi khuẩn Hp là phương pháp điều trị và dự phòng ổ loét tái phát hiệu quả nhất.
- Điều trị ổ loét giai đoạn đang liền sẹo ngắn hơn điều trị ổ loét giai đoạn hoạt động. Ổ loét giai đoạn sẹo không cần điều trị nhưng cần diệt vi khuẩn Hp nếu có nhiễm.



A



B

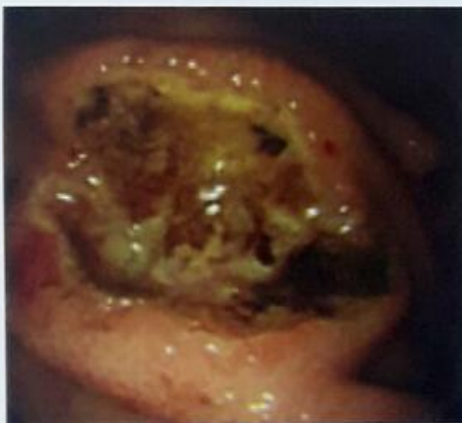


C

A, B, C. Quá trình liền sẹo. Ổ loét giai đoạn hoạt động cấp tính ở góc bờ cong nhỏ. Sau khi điều trị bằng thuốc ức chế bơm proton trong 1 tháng, ta thấy ổ loét đang liền và biểu mô tái tạo. Sau 2 tháng điều trị, không còn ổ loét nữa mà thay thế bằng sẹo trắng.

7. Chẩn đoán phân biệt

- Điều quan trọng là phải chẩn đoán phân biệt ổ loét lành tính với ung thư dạ dày sớm type IIc và ung thư dạ dày tiến triển Bormann type II, III.
- Chẩn đoán phân biệt với các bệnh nhiễm khuẩn như lao, giang mai, nhiễm virus và nhiễm nấm.
- Phân biệt với các bệnh viêm ruột như Crohn, Behçet
- Phân biệt với các bệnh ác tính di căn hoặc u lympho sau xạ trị.



A



B



C

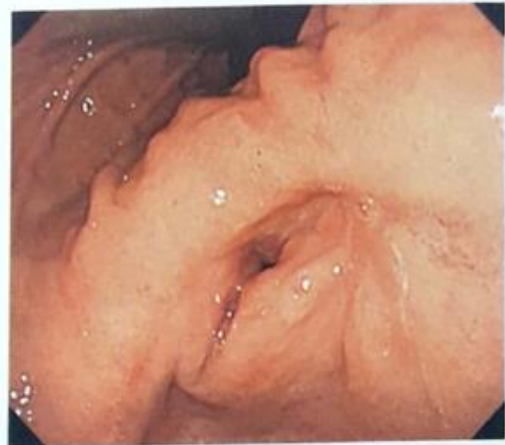


D

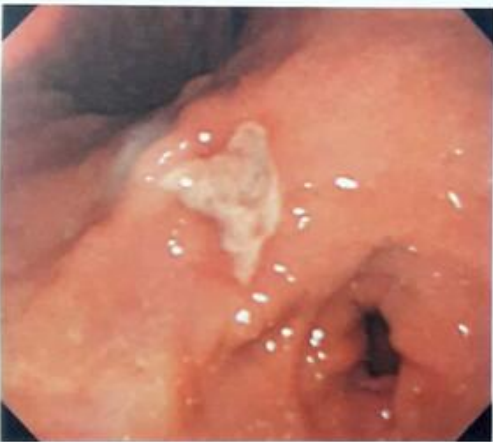
A, B. Ổ loét có các điểm đen và lớp giả mạc dày ở thân vị. Nhìn giống như một ổ loét cấp tính đang hoạt động nhưng được chẩn đoán xác định là u lympho tế bào B lớn lan tỏa (diffuse large B-cell lymphoma). Ổ loét đã hết sau khi điều trị hóa chất. C. Tổn thương loét ở hang vị phía bờ cong nhỏ trên bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên. Bệnh nhân đã được điều trị qua nội soi, trên mô bệnh học chỉ còn phản ứng viêm. D. Sau 4 tuần điều trị, ổ loét giảm kích thước nhưng hình dạng và biểu mô tái tạo vẫn không đều. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư trên bệnh phẩm sinh thiết, sau phẫu thuật xác định là tổn thương có kích thước 1,8x1,4 cm, ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, xâm lấn lớp cơ.



E



F



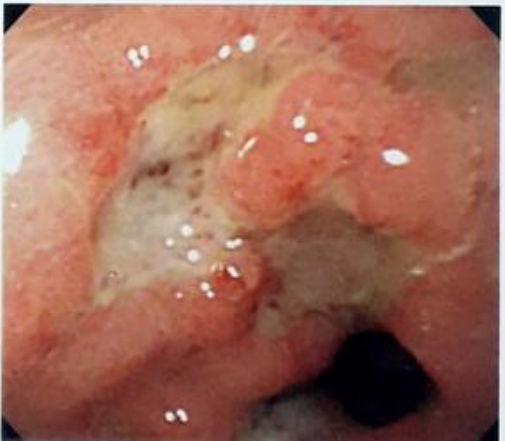
G



H



I



J

E. Ổ loét sâu 2 cm, bờ nề ở thành sau hang vị, ngay dưới góc bờ cong nhỏ. Trên nội soi nghi ngờ ung thư nhưng kết quả sinh thiết lại là viêm. F. Ổ loét đã cải thiện sau điều trị. G. Ổ loét sâu ở góc bờ cong nhỏ nghi ngờ là ung thư nhưng trên mô bệnh học chỉ có các tuyến tái tạo không điển hình (atypical regenerating glands). H. Ổ loét đã cải thiện sau khi điều trị bằng thuốc kháng acid. Theo dõi bệnh nhân không thấy tái phát. Với tổn thương loét dạ dày cấp tính, phản ứng viêm cấp có thể nhầm lẫn trên mô bệnh học. I. Nhiều ổ loét dạ dày do nhiễm Cytomegalo virus (CMV) trên bệnh nhân phẫu thuật u não. J. Nhiều ổ loét dạ dày do nhiễm CMV trên bệnh nhân ghép tạng.

4. Chẩn đoán phân biệt ổ loét lành tính và ác tính

(Differential diagnosis between benign and malignant ulcers)



Trong chẩn đoán phân biệt giữa ổ loét lành tính và ác tính, có nhiều đặc điểm quan trọng giúp chẩn đoán



Ổ loét dạ dày chảy máu cấp tính có bờ mềm và ổ loét hình núi lửa đáy phẳng



Ổ loét dạ dày lành tính giai đoạn A2 có hình ảnh điển hình là bờ mềm mại, dạng núi lửa có đáy phẳng. Ung thư dạ dày tiến triển có đặc điểm là bờ không đều có nốt, có tổ chức ung thư xâm lấn vào ổ loét

1. Định nghĩa

- Thuật ngữ “ổ loét ác tính” được dùng khi trên hình ảnh nội soi khó phân biệt ổ loét là ung thư dạ dày sớm hoặc tiến triển với ổ loét lành tính.
- Ổ loét ác tính hoàn toàn khác biệt với ổ loét lành tính về cơ chế bệnh sinh, bệnh học và tiên lượng. Có một vài nghiên cứu về sự tiến triển của ổ loét mạn tính lành tính dẫn đến ung thư dạ dày nhưng những nghiên cứu này được cho là tình cờ phát hiện. Có thể tồn tại đồng thời hai trạng thái bệnh là ổ loét lành tính và loét ác tính.
- Trên 90% ổ loét ác tính là ung thư biểu mô tuyến nhưng cũng hay gặp u lympho nguyên phát dạ dày, u lympho MALT và cả ung thư di căn.
- Nên nội soi lại vì ung thư dạ dày sớm cũng thường có chu trình giống như loét dạ dày thông thường.

2. Lâm sàng

- Loét ác tính có thể có các triệu chứng điển hình của loét lành tính như đau khi đói, đau rất thượng vị, khó tiêu và giảm đau khi dùng thuốc kháng acid nên phải lưu ý cẩn thận.
- Bệnh nhân có ổ loét ác tính thường có triệu chứng không điển hình, hầu hết là khó chịu vùng bụng trên. Ung thư dạ dày sớm thường không có triệu chứng. Khó có thể chẩn đoán phân biệt loét dạ dày lành tính với loét ác tính nếu chỉ dựa vào các triệu chứng lâm sàng.
- Sụt cân, tổn thương ung thư ở các cơ quan khác hoặc triệu chứng toàn thân do di căn cũng là những dấu hiệu gợi ý của ổ loét ác tính.

3. Hình ảnh nội soi



A



B



C



D



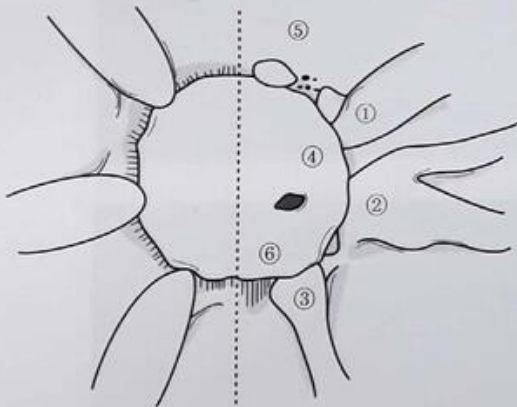
E

A. Loét dạ dày. Ổ loét có đáy sạch và bờ gọn. B. Ổ loét ác tính. Bờ gồ không đều. C. Ung thư dạ dày sớm (type IIc+IIa). Ổ loét có bờ gồ dạng nốt, có ít biểu mô tái tạo. Đáy ổ loét nhô cao hơn so với phần niêm mạc xung quanh. D. Ổ loét ác tính. Hình ảnh có vẻ như ổ loét dạ dày lành tính ở giai đoạn liền nhưng các nếp niêm mạc bị mất, cắt cụt và hội tụ là những dấu hiệu gợi ý ung thư dạ dày sớm. E. Loét ác tính (ung thư dạ dày sớm). Hình ảnh ung thư dạ dày sớm type III có bờ không đều và mất các nếp niêm mạc.

4. Chẩn đoán

- Chủ yếu dựa vào nội soi và mô bệnh học.
- Vì có nhiều trường hợp các đặc điểm đặc trưng của ổ loét lành tính hoặc ác tính không rõ ràng nên phải làm sinh thiết.
- Nên lấy 4-6 mảnh bệnh phẩm ở những vị trí như đáy ổ loét, chỗ bờ không đều của ổ loét, đào niêm mạc trong ổ loét hoặc chỗ nếp niêm mạc hội tụ vào ổ loét.
- Nên nội soi và làm sinh thiết lại khi ổ loét có đặc điểm ác tính nhưng kết quả mô bệnh học lại âm tính.
- Chụp Xquang đường tiêu hóa trên có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn so với nội soi, không dùng cách này để chẩn đoán nhưng có thể dùng để đánh giá hình dạng các nếp niêm mạc và độ sâu của ổ loét.

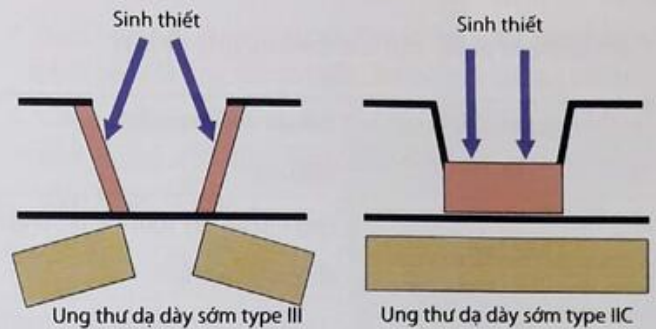
Hình 1.



Bảng 1.

	Loét lành tính	Loét ác tính
Nếp gấp	Các nếp gấp đều nhau ở quanh chu vi ổ loét.	Các nếp gấp không đều nhau ở quanh chu vi ổ loét.
	Các nếp hội tụ lại một điểm.	Các nếp hội tụ lại nhiều điểm.
		Cắt cụt
		Mất nếp
Bờ	Gần như đều	Nếp gấp tạo hình đuôi cui
	Biểu mô tái tạo đồng đều	Không đều giống như bị gặm nhấm
	Bờ sạch	Có cục, nốt nhỏ không đều
		Biểu mô tái tạo từng phần
Đáy	Đều, phủ giả mạc trắng	Giả mạc trắng không đều
		Biểu mô tái tạo mọc thành đảo

Hình 2.



- Các điểm gợi ý lấy sinh thiết

Các điểm lưu ý khi sinh thiết tổn thương nghi ngờ ung thư sớm:

Trên các tổn thương lõm (ung thư dạ dày sớm type III), nên sinh thiết ở vùng ranh giới giữa niêm mạc bình thường và đáy ổ loét, tức là mép trong của bờ ổ loét sẽ cho kết quả chẩn đoán chính xác hơn. Với những tổn thương phẳng, ung thư dạ dày sớm type IIC thì nên sinh thiết ở chỗ lõm.

- Hình thái tổng thể của đáy, bờ ổ loét và nếp gấp niêm mạc có vai trò quan trọng trong chẩn đoán phân biệt ổ loét.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán phân biệt tổn thương loét dạ dày

Lành tính	loét dạ dày, tá tràng
Ác tính	biểu mô
	ung thư dạ dày sớm (IIc, III), ung thư dạ dày tiến triển (II/III)
	không biểu mô
	u lympho (ác tính, u MALT), u GIST/u sắc côm, ung thư di căn



A



B



C



D

A. U lympho (Lymphoma). U lympho thường có ổ loét. B. U lympho ác tính. Ổ loét rộng và sâu có bờ không đều. C. U sắc côm cơ trơn (Leiomyosarcoma). Khối u dưới niêm mạc ở dạ dày có thể gặp hình thái loét. D. Ung thư thực quản di căn. Ung thư thực quản di căn vào dạ dày có hình thái ổ loét. Chẩn đoán được xác định sau khi sinh thiết.

5. Điều trị

Loét dạ dày được điều trị bằng thuốc trung hòa acid hoặc ức chế tiết acid và diệt vi khuẩn *H. pylori* nếu có.

- Loét dạ dày ác tính có thể diễn biến như chu trình của loét dạ dày lành tính và cũng có thể đáp ứng với thuốc điều trị chống loét.
- Vì loét dạ dày mạn tính tái phát có thể là tổn thương ung thư nên cần theo dõi trên nội soi sau 6 tháng và sinh thiết lại.

7. Tiên lượng

- Ngay cả khi ổ loét dạ dày mạn tính tái phát được phát hiện là ung thư thì tiên lượng vẫn tương đối tốt.
- Chẩn đoán phân biệt có vai trò quan trọng nhất vì tiên lượng của loét lành tính và loét ác tính hoàn toàn khác nhau.



A



B



C



D

A. Loét dạ dày lành tính. Ổ loét có phủ giả mạc trắng và bờ đều. B. Ổ loét ác tính. Bờ tổn thương có hình như hình con nhện cắn (moth-eaten appearance) và có các đảo niêm mạc không đều ở đáy ổ loét. C. Ổ loét lớn ở thân vị dạ dày trên bệnh nhân dùng thuốc chống viêm NSAID lâu ngày. D. Sau khi dùng thuốc NSAIDs và điều trị loét trong 2 tháng thì ổ loét đã liền sẹo. Trong trường hợp này (và nhiều trường hợp khác) kích thước ổ loét không phải là dấu hiệu tốt để chẩn đoán phân biệt giữa ổ loét lành tính và ác tính.



E



F



G



H



I



J

E, F. Ung thư dạ dày sớm. Ổ loét ở góc bờ cong nhỏ, trông có vẻ liền sẹo sau 1 tháng điều trị thuốc chống loét, ổ loét này được chẩn đoán lại là ung thư. Một số ổ loét dạ dày ác tính có vòng đời giống như loét lành tính, do đó cần phải sinh thiết ổ loét. G, H, I, J. Loét mạn tính lành tính tái phát. Hình ảnh nội soi của ổ loét ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng. Bệnh nhân không có tiền sử dùng thuốc chống viêm NSAID, xét nghiệm *H. pylori* âm tính. Mặc dù dùng thuốc ức chế bơm proton (PPI) kéo dài nhưng ổ loét vẫn không liền hẳn và lại tái phát. Kết quả mô bệnh học không thấy tế bào ác tính.



K



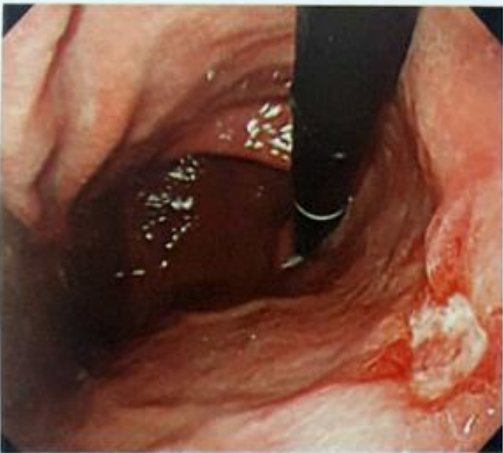
L



M



N



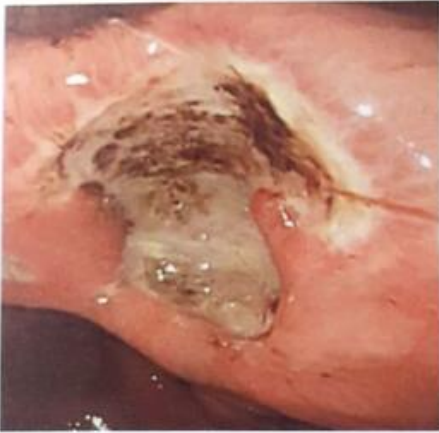
O



P

K, L. Một ví dụ về tầm quan trọng của sinh thiết. Ở lần nội soi đầu tiên, hình ảnh nghi ngờ tổn thương ung thư nhưng kết quả mô bệnh học lại là loét mạn tính. Sau 1 tháng, sinh thiết lại cho kết quả là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma). Khi tổn thương nghi ngờ ác tính, kết quả mô bệnh học là âm tính thì vẫn nên soi kiểm tra lại và làm sinh thiết. M. Ổ loét lành tính (bên trái) và ổ loét ác tính (bên phải) ở cùng góc bờ cong nhỏ. Khi có nhiều ổ loét thì có thể cùng tồn tại cả ổ loét lành tính và loét ác tính. N. Ở lần soi đầu tiên, nghi ngờ ổ loét dạ dày lành tính nhưng kết quả mô bệnh học là ung thư, bệnh nhân đã được phẫu thuật. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư biểu mô tế bào nhân, kích thước 4,5 cm, xâm lấn lớp cơ niêm. O, P. Bệnh nhân được xác định là ung thư biểu mô tế bào nhân ở lần nội soi trước cách đó 3 tuần (O) và được chuyển phẫu thuật. Bệnh nhân không được dùng thuốc chống loét nhưng ở lần soi sau tình trạng ổ loét đã cải thiện. Mặc dù ổ loét có biểu hiện lành tính nhưng vẫn cần phải sinh thiết.

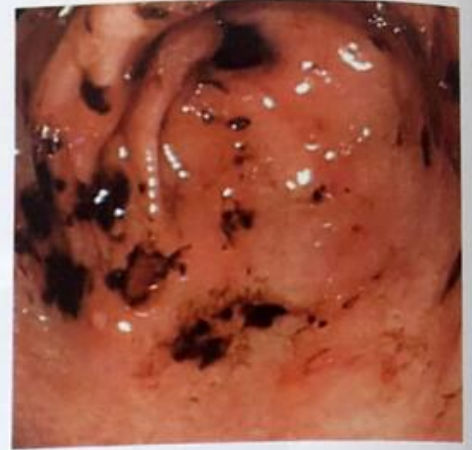
5. Tổn thương dạ dày trên bệnh nhân dùng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) (Gastric lesions in NSAID users)



Ví dụ loét dạ dày trên bệnh nhân thường xuyên dùng thuốc chống viêm NSAID. Ổ loét sâu, kích thước lớn. Đây ổ loét điển và bờ mềm mại gợi ý hình ảnh ổ loét lành tính



Nhiều ổ loét ở hang vị và thân vị phía bờ cong nhỏ trên bệnh nhân dùng cả aspirin (100 mg) và NSAID. Xét nghiệm không có vi khuẩn *H. pylori*



Viêm dạ dày xuất huyết, có nhiều vết trợt, loét ở hang vị trên bệnh nhân suy thận mạn tính và đa u tủy. Bệnh nhân dùng cả thuốc chống viêm NSAID và aspirin

1. Định nghĩa

- Tác dụng phụ hay gặp nhất của thuốc chống viêm NSAID là gây ra các biến chứng đường tiêu hóa. Viêm dạ dày, loét dạ dày có kèm theo xuất huyết hoặc không, thủng hoặc chít hẹp dạ dày.
- Bên cạnh nguyên nhân nhiễm vi khuẩn Hp, thuốc chống viêm NSAID là một nguyên nhân quan trọng gây loét dạ dày. Xu hướng biến chứng dạ dày không giảm đi vì có tình trạng gia tăng sử dụng aspirin và các thuốc chống viêm NSAIDs điều trị bệnh viêm khớp và các bệnh lý khác.
- Cơ chế tổn thương đường tiêu hóa có thể trực tiếp do hấp thu qua niêm mạc gây tổn thương tế bào hoặc gián tiếp do phá vỡ hàng rào niêm mạc dưới tác dụng của ức chế men cyclooxygenase (COX) và ức chế tổng hợp prostaglandin.

2. Lâm sàng

- Bệnh nhân có thể gặp triệu chứng đau bụng, khó tiêu hoặc đau rất thượng vị và triệu chứng khác.
- Một số bệnh nhân có loét do NSAID nhưng không có triệu chứng nên các biểu hiện lâm sàng không tương xứng với hình ảnh nội soi.



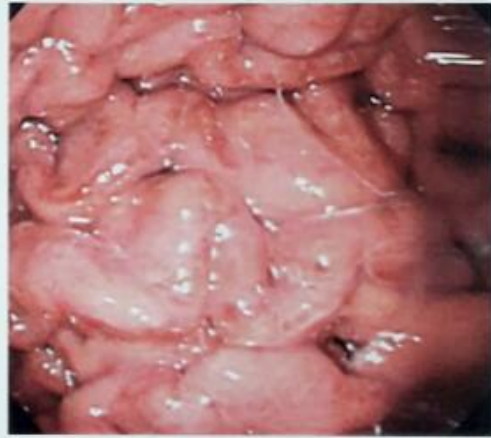
A



B



C



D



E



F

A, B. Tổn thương sớm của viêm dạ dày là những trợt phẳng và chảy máu bề mặt vùng hang vị. Tổn thương có thể ở nhiều hình thái của viêm dạ dày bề mặt nông. C, D. Viêm dạ dày chảy máu, phù nề niêm mạc và phì đại ở thân vị dạ dày. E, F. Hình ảnh nội soi trên bệnh nhân đang điều trị tăng huyết áp và co thắt mạch vành, có biểu hiện khó chịu vùng bụng và nôn ra máu. Nhiều ổ loét ở vùng hang vị và có một ổ loét chảy máu.



G



H



I



J



K

G, H. Bệnh nhân đang được điều trị viêm khớp mãn, có biểu hiện đau và rát vùng bụng. Trên hình ảnh nội soi, vùng hang vị có nhiều ổ loét không đều, kích thước. Sau khi ngừng thuốc chống viêm NSAID và điều trị loét trong 42 ngày, tình trạng loét đã được cải thiện nhiều. I. Loét dạ dày trên bệnh nhân thường xuyên dùng thuốc chống viêm NSAID. Ổ loét sâu, rộng, đáy phẳng và bờ mềm mại gợi ý ổ loét lành tính. J. Nhiều ổ loét ở hang vị và phía bờ cong nhỏ thân vị trên bệnh nhân dùng cả thuốc aspirin (100 mg) và NSAID. Bệnh nhân không bị nhiễm vi khuẩn *H. pylori*. K. Viêm dạ dày có nhiều trợt, loét và đám chảy máu ở hang vị, trên bệnh nhân suy thận mạn và đa u tủy. Bệnh nhân dùng cả thuốc NSAID và aspirin.

3. Hình ảnh nội soi

- Các tổn thương đa dạng từ viêm dạ dày, trợt đến loét dạ dày.
- Điều trị bằng NSAIDs ngắn ngày có thể gây chảy máu trong niêm mạc và trợt ở dạ dày.
- Loét nông có thể thấy sau điều trị 1 tuần.
- Loét do aspirin thường xuất hiện ở hang vị, có nhiều ổ và tương đối nông, biểu hiện xuất huyết cũng hay gặp. Trên bệnh nhân dùng NSAID thường xuyên thì loét dạ dày sâu và rộng.
- Không giống như loét do vi khuẩn Hp, ổ loét có thể đồng thời xuất hiện cả ở thân vị và tá tràng.



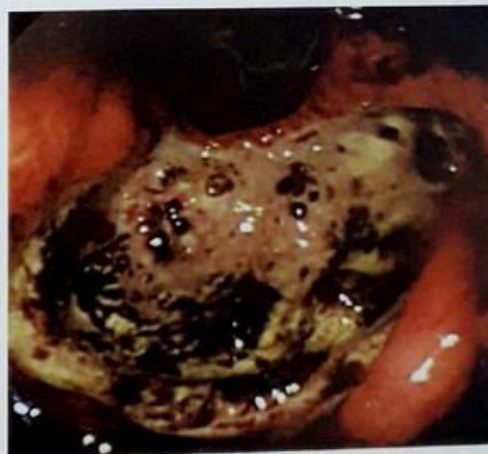
A



B



C



D

4. Các yếu tố nguy cơ gây loét dạ dày trên bệnh nhân dùng thuốc NSAID

- Tiền sử loét.
- Tuổi cao (trên 65 tuổi).
- Dùng NSAIDs liều cao.
- Dùng kết hợp với glucocorticoids.
- Dùng kết hợp với thuốc chống đông.
- Dùng nhiều thuốc NSAIDs, bao gồm cả aspirin.
- Nhiễm vi khuẩn *H. pylori*.

A, B, C, D. Hình ảnh nội soi bệnh dạ dày do NSAID có thể nhiều hình thái, tùy thuộc vào tình trạng toàn thân của bệnh nhân, bệnh lý và thuốc sử dụng. Các tổn thương có thể gặp như trợt, loét nông, loét nhiều ổ, loét mạn tính sâu và rộng và loét chảy máu, vì vậy hỏi bệnh nhân tình trạng dùng thuốc và các yếu tố nguy cơ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị.



E



F



G



H

E, F, G, H. Các tổn thương do NSAID như ban xung huyết, trợt và loét có xu hướng tăng về số lượng và cũng có thể gặp tổn thương bề mặt dạng bản đồ xuất hiện đối xứng ở hang vị, thân vị, tâm vị và phình vị. Vùng niêm mạc xung quanh phù nề có thể gây nhầm lẫn với ung thư dạ dày sớm hoặc ổ loét ác tính khác, vì vậy cần phải phân biệt cẩn thận.

5. Điều trị

- Ngừng thuốc NSAID và dự phòng là phương án điều trị chủ yếu.
- Bắt đầu dùng thuốc chống loét (ức chế bơm proton, kháng receptor H_2).
- Nếu không thể ngừng thuốc NSAIDs thì phải dùng kết hợp với thuốc ức chế bơm proton PPI.
- Nếu bệnh nhân có nhiễm *H. pylori* thì phải diệt vi khuẩn.
- Nên dùng thuốc ức chế chọn lọc COX-2.

6. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm, loét dạ dày do vi khuẩn *H. pylori*.
- Ung thư dạ dày sớm và ung thư dạ dày tiến triển.
- U lympho MALT và các bệnh lành tính, ác tính khác.

6. U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal stromal tumor – GIST)

U mô đệm đường tiêu hóa là loại u hay gặp nhất trong các u dưới biểu mô. Bệnh nhân có độ tuổi trung bình mắc bệnh từ 50 đến 60 và chủ yếu gặp ở dạ dày. Có 10–30% trường hợp tiến triển thành ác tính. Phần lớn các u mô đệm đường tiêu hóa có nguồn gốc từ các tế bào mô liên kết của Cajal và dương tính với CD-117 (c-kit protein). Những khối u được chẩn đoán là u cơ trơn (smooth muscle tumors) đã được điều chỉnh lại theo thuật ngữ sửa đổi là u GIST. Trên hình ảnh siêu âm nội soi (SANS) thường có hình ảnh khối giảm âm ở lớp thứ 4 (lớp cơ) và ít gặp hơn ở lớp cơ niêm. Khi khối u có kích thước lớn hơn 3–5 cm, có nguy cơ ác tính cao; khi khối u tăng kích thước, khối u có âm không đều trên SANS hoặc có ổ loét thì nên chỉ định phẫu thuật cắt bỏ.

1. Chẩn đoán

Trên siêu âm nội soi (SANS), hầu hết các u GIST có nguồn gốc từ lớp cơ nhưng hiếm hơn có thể gặp u xuất phát từ lớp dưới niêm mạc. Khối giảm âm không đều và có nguy cơ cao ác tính khi kích thước lớn hơn 3 cm hoặc khi có bờ không đều hoặc trong có những khoảng dạng nang hoặc những ổ trống âm. Tuy nhiên, chẩn đoán chỉ dựa trên SANS không chính xác, cần làm giải phẫu bệnh bằng cách chọc hút khối u bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của SANS (EUS – FNA) hoặc sinh thiết lõi trên SANS.

2. Phân loại/Phân độ ác tính

Tất cả các u GISTs đều có nguy cơ ác tính. Rất khó để đánh giá u GIST ác tính hay không ác tính nếu chỉ dựa vào lâm sàng và đặc điểm mô bệnh học. Hội thảo của Viện sức khỏe quốc gia (The National Institute of Health) đã có đồng thuận dựa vào kích thước u (< 2 cm, 2–5 cm, 5–10 cm, > 10 cm) và chỉ số phân bào

của khối u (< 5/50 HPF, 6–10/50 HPF, > 10/HPF) để phân loại các yếu tố dự báo ác tính. Chỉ số phân bào dùng để xác định mức độ ác tính. Tuy nhiên, bệnh phẩm lấy được từ sinh thiết kim nhỏ qua siêu âm nội soi (EUS-FNA) hoặc sinh thiết lõi dưới hướng dẫn siêu âm nội soi thường có kích thước nhỏ nên khó để đánh giá chính xác mức độ ác tính. Cuối cùng thì phẫu thuật lấy bệnh phẩm vẫn là cần thiết và là cách tốt nhất để chẩn đoán chính xác mức độ ác tính của khối u.

Bảng 1. Các yếu tố đánh giá nguy cơ ác tính u mô đệm đường tiêu hóa (GISTs)

	Kích thước	Chỉ số phân bào
Nguy cơ rất thấp	< 2 cm	< 5/50 HPF
Nguy cơ thấp	2–5 cm	< 5/50 HPF
Nguy cơ trung bình	< 5 cm	6–10/50 HPF
	5–10 cm	< 5/50 HPF
Nguy cơ cao	< 5 cm	< 5/50 HPF
	< 10 cm	Bất kỳ mức độ phân bào
	Bất kỳ kích thước nào	< 10/50 HPF

3. Điều trị và tiên lượng

Hầu hết các khối u có kích thước dưới 3 cm là lành tính. Gần đây, phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho GIST là phẫu thuật cắt bỏ u nhưng vẫn phải theo dõi bệnh nhân trên nội soi, siêu âm nội soi, đánh giá mức độ mô bệnh học và tôn trọng quyền lựa chọn phương pháp điều trị của bệnh nhân. Bắt buộc phẫu thuật cắt u khi khối u lớn hơn 5 cm hoặc khối u có dấu hiệu của GIST ác tính.



A



B



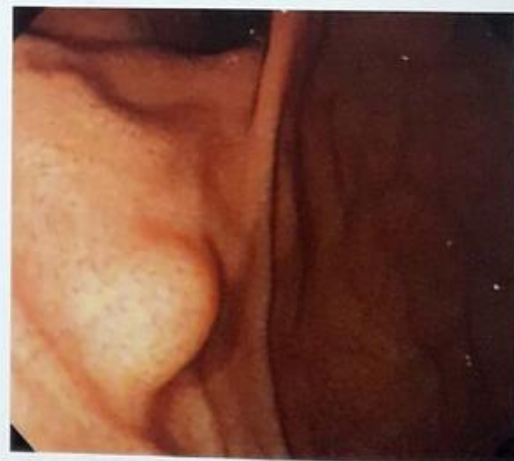
C



D



E



F

A, B. Khối u kích thước 5 cm ở mặt trước của thân vị dạ dày. Lớp niêm mạc phủ bề mặt khối u bình thường, quan sát thấy các nếp gấp cầu nối (bridging folds) ở quanh khối u. Trên SANS, tổn thương dạng âm đồng nhất ở lớp cơ, đã tiến hành phẫu thuật nội soi khoét khối u hình chêm (laparoscopic wedge resection). Khối u có diện cắt màu vàng nâu. Trên hình ảnh vi thể có các tế bào kê, chỉ số phân bào $< 5/50$ HPF, Actin (-), Desmin (-), S-100 (-), CD34 (+), c-kit (+), kết quả này kết luận khối u là GIST nguy cơ thấp. C, D, E. Khối u 2,7 x 2,3 cm, được phủ bởi lớp niêm mạc bình thường, ở phần trên thân vị dạ dày. Trên SANS, tổn thương giảm âm, đồng nhất. Trên phim chụp CLVT không có xâm lấn xung quanh và hạch. Bệnh nhân đã được phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là GIST nguy cơ cao, có chỉ số phân bào $> 10/50$ HPF.



G



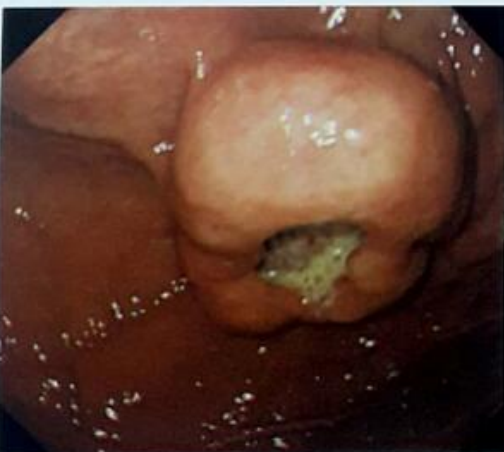
H



I



J



K



L

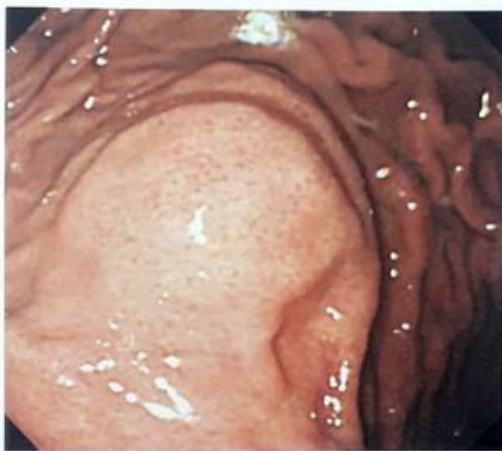
F,G,H. Khối có kích thước 12 mm, nghi ngờ là GIST, ở tâm vị. Khối u không thay đổi kích thước, hình dạng khi theo dõi bằng nội soi sau 2 năm và 5 năm. **I.** U GIST nguy cơ trung bình, kích thước 3,5 cm được điều trị bằng phẫu thuật. Trên nội soi, tổn thương có hình ảnh điển hình là các nếp gấp cầu nối (bridging folds). **J.** Khối u có ổ loét nhỏ ở trung tâm. **K, L.** Khối u dưới niêm mạc vùng phình vị, kích thước 5 cm, có loét lớn ở trung tâm.



M



N



O



P



Q



R

M. Khối u dưới niêm có hoại tử trung tâm được ghi nhận ở cùng vị trí trên phim chụp CLVT và phẫu thuật. Khối u đã được xác định là GIST nguy cơ cao, có chỉ số phân bào $>10/50$ HPF. N. U dưới niêm mạc có loét trung tâm trên bệnh nhân đang dùng aspirin. Khối u đã được cắt bỏ, có kích thước 2,7 cm x 2,0 cm và chỉ số phân bào là 26/50 HPF, tổn thương được xác định là GIST nguy cơ cao. Khối u nên được phẫu thuật cắt bỏ khi có loét ngay cả trên khối u có kích thước nhỏ. O, P. Khối u dưới niêm mạc, kích thước 3 cm ở bờ cong lớn phần trên thân vị. Trên SANS, tổn thương giảm âm, đồng nhất có nguồn gốc từ lớp thứ 4. Khối u đã được phẫu thuật cắt bỏ, kết quả giải phẫu bệnh là GIST nguy cơ thấp có chỉ số phân bào là 4/50 HPF. Q. Một ví dụ GIST không điển hình. Một khối lồi, kích thước 2,5 cm, ở bờ cong lớn của phần trên thân vị. Phía chân của tổn thương được phủ lớp niêm mạc bình thường nhưng phía bề mặt tổn thương lại có hình ảnh xung huyết, chảy máu tự nhiên. Đã tiến hành phẫu thuật cắt u, tổn thương là u GIST nguy cơ cao, chỉ số phân bào là 18/50 HPF. R. Tổn thương GIST nguy cơ thấp, kích thước 6 cm được điều trị bằng phẫu thuật.



S



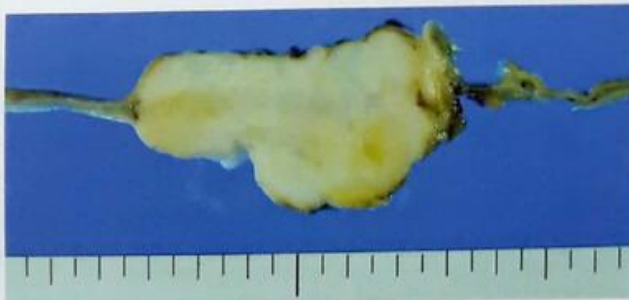
T



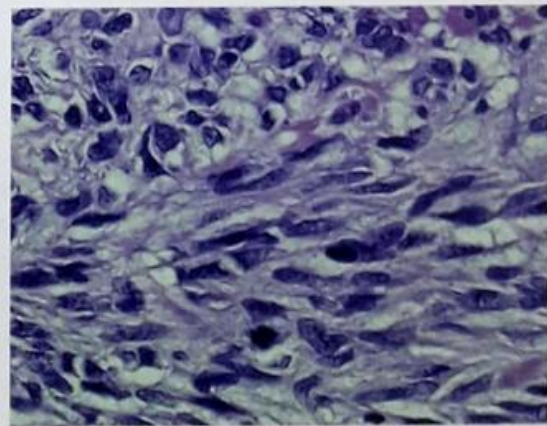
U



V



W

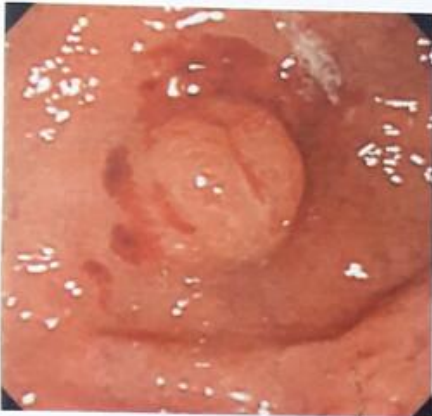


X

S. U GIST nguy cơ cao, kích thước lớn có chảy máu ở vùng phình vị. T. U GIST nguy cơ cao, kích thước 5,5 cm, khó phân biệt với ung thư biểu mô tuyến vùng tâm vị. U,V. Khối u chảy máu tự nhiên ở tâm vị và phần trên thân vị dạ dày. W, X. Tiến hành phẫu thuật cắt bỏ, khối u có kích thước 6 x 6 cm, chỉ số phân bào là 39/10 HPF. Không có hạch nhưng có di căn mạc treo. Tổn thương có c-kit (CD117)(+), CD34(+), actin cơ trơn (-), chỉ số nhân Ki-67 là 30%. Chẩn đoán xác định là u GIST ác tính.

7. U dưới niêm mạc ngoài u GIST (Submucosal tumor other than GIST)

1 U dưới niêm mạc, u dưới biểu mô (Submucosal tumor, Subepithelial tumor)



U carcinoma 12 mm ở phình vị. Khối u có màu vàng nhạt, trên hình ảnh SANS, giới hạn ở phần dưới niêm mạc. Khối u đã được cắt bỏ hoàn toàn qua nội soi



Khối u dưới niêm mạc, chân rộng, phủ lớp niêm mạc bình thường. Thăm bằng kim sinh thiết thấy khối chắc, di động. Trên SANS, chẩn đoán GIST hoặc leiomyoma xuất phát từ lớp cơ. Vì bệnh nhân từ chối phẫu thuật, khối u có kích thước < 2 cm nên bệnh nhân được theo dõi, không thấy khối u thay đổi trong 2 năm qua



1. Định nghĩa

Các khối u dưới niêm mạc hoặc các khối u dưới biểu mô là các tổn thương lồi vào lòng ống tiêu hóa mà nguồn gốc phát triển từ phía dưới lớp niêm mạc, được phủ bởi niêm mạc bình thường. Tổn thương không chỉ có nguồn gốc từ lớp dưới niêm mạc, mà có thể ở tất cả các lớp, bao gồm cả lớp dưới biểu mô.

2. Lâm sàng

Hầu hết các tổn thương không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ khi nội soi hoặc chụp cản quang barium. Có thể gặp các triệu chứng nặng như chảy máu, tắc ruột, lồng ruột.

3. Hình ảnh nội soi

Có nhiều nguyên nhân hình thành u dưới biểu mô từ các tổn thương giả u, u lành tính, u ác tính (Bảng 1). Vì khó lấy bệnh phẩm sinh thiết và khó có thể căn cứ vào kích thước, vị trí và hình dạng để chẩn đoán chính xác nên có thể chẩn đoán tạm thời dựa vào quan sát kích thước u, nguồn gốc phát triển của u và đặc điểm âm trên siêu âm nội soi.

1) Hình ảnh nội soi thông thường

Nội soi để đánh giá vị trí u, hình dạng, độ di động, độ chắc, màu sắc và kích thước.

2) Hình ảnh siêu âm nội soi (SANS)

Là phương pháp chính xác nhất để đánh giá đặc điểm của các khối u dưới biểu mô. Có thể sử dụng để đánh giá kích thước, lớp xuất phát, cấu trúc âm và hình dạng. Có thể có sự khác biệt chẩn đoán giữa các bác sỹ thăm khám.

3) Chẩn đoán mô bệnh học

Trừ số ít trường hợp ngoại lệ, chẩn đoán dựa trên sinh thiết thông thường là rất khó. Nhưng nếu cần phải xác định bằng chẩn đoán mô bệnh học thì có thể tiến hành chọc hút khối u bằng kim nhỏ (FNA) dưới hướng dẫn của SANS hoặc sinh thiết lồng dưới hướng dẫn của SANS. Có thể sinh thiết đào bằng kim sinh thiết jumbo hoặc khoét nhân để chẩn đoán và điều trị, tuy nhiên không phải lúc nào cũng làm được.

2 U carcinoid (Carcinoid tumor)

U carcinoid dạ dày là u thần kinh nội tiết phát triển từ các tế bào giống enterochromaffin (tế bào ưa chrom) ở lớp biểu mô của dạ dày. Khối u carcinoid thường có ở ruột non, chiếm 1/4 tổng số u carcinoid. U carcinoid dạ dày chiếm khoảng 9% tất cả các khối u carcinoid.

1. Đặc điểm nội soi

U carcinoid phát triển từ lớp cơ niêm hoặc lớp dưới niêm và xâm lấn sâu hơn. Trên hình ảnh nội soi, u carcinoid thường có kích thước nhỏ, dạng polyp không cuống hoặc có cuống, có màu vàng nhạt, phủ bởi lớp niêm mạc bình thường ở thân vị hoặc hang vị. Trong nhiều trường hợp có thể thấy nhiều u. Khối u lớn có thể xung huyết không đều hoặc loét lõm ở trung tâm.

2. Siêu âm nội soi (SANS)

Trên SANS, tổn thương giảm âm có thể ở lớp cơ niêm hoặc dưới niêm (lớp thứ 2 hoặc lớp thứ 3). SANS giúp xác định độ sâu của tổn thương xâm lấn và các hạch xung quanh.

Bảng 1. Phân loại các khối dưới biểu mô

Lành tính	Ác tính
• GIST – lành tính • U cơ (Leiomyoma) • U mỡ (Lipoma) • Búi giãn tĩnh mạch (Varix) • U nguồn gốc thần kinh (Schwannoma) • U tế bào hạt (Granular cell tumor) • Polyp xơ viêm (Inflammatory fibrinoid polyp) • Nang đôi (Duplication cyst) • U bạch mạch (Lymphangioma) • Mô tụy lạc chỗ (Pancreatic rest)	• GIST – ác tính • U carcinoid • U lympho (Lymphoma) • U di căn • U cuộn mạch (Glomus tumor)

3. Phân loại

Khối u carcinoid được phân loại type 1,2 hoặc 3. Khối u type 1 chiếm đa số, khoảng 65% các khối u carcinoid dạ dày. Các yếu tố liên quan là viêm teo dạ dày mạn type A, thiếu máu ác tính, vô acid dạ dày, tăng gastrin trong máu. Có thể gặp nhiều tổn thương là các polyp nhỏ, đa ổ. Khối u carcinoid type 2 có thể gặp trong hội chứng Zollinger–Ellison, một thành phần của tổn thương tân sản nội tiết đa ổ type 1 (MEN–1), gastrin tăng trong máu là do từ khối u tiết gastrin. Các tổn thương đa ổ và khu trú ở lớp niêm mạc. U carcinoid type 3 chiếm 21% khối u carcinoid dạ dày và không đi kèm với tăng gastrin trong máu. Tổn thương đơn độc, kích thước lớn (> 1 cm) và phát sinh từ niêm mạc dạ dày bình thường. Tổn thương xâm lấn tại chỗ chiếm nửa số trường hợp và có thể di căn.

4. Điều trị và tiên lượng

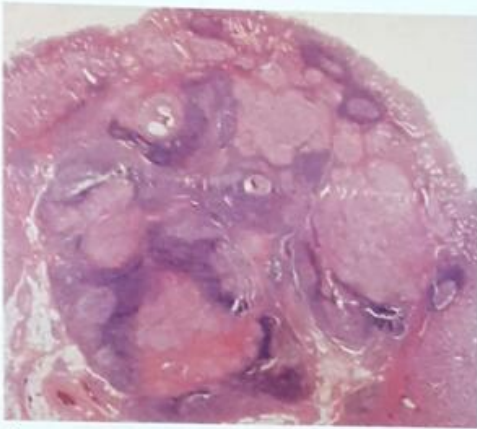
U carcinoid type 1 và type 2 có tiên lượng tốt. Tỷ lệ sống sau 5 năm với u carcinoid type 1 là trên 95%. Có thể điều trị bảo tồn cho khối u carcinoid type 1 và type 2 nhưng nên cắt u qua nội soi ngay cả với các khối u nhỏ hơn 1–2 cm. Có thể cắt u qua nội soi những khối u nhỏ hơn 1 cm và khi số lượng u ít hơn 3–5 u. Với u carcinoid type 3 thì phải điều trị bằng phẫu thuật.



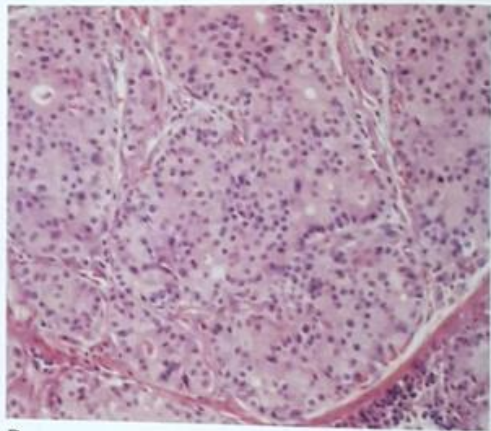
A



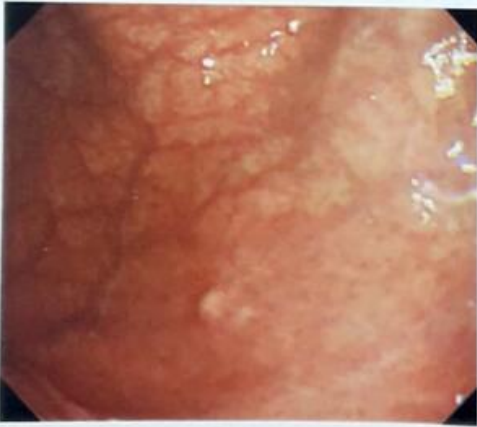
B



C



D



E



F

A, B. Khối u dưới niêm mạc có lõm trung tâm ở thành trước thân vị dưới, được chẩn đoán xác định trên giải phẫu bệnh là u carcinoid.
C, D. Khối u được phẫu thuật cắt hình chêm và được chẩn đoán xác định carcinoid, có chứa các tế bào thần kinh nội tiết biệt hóa cao, xâm lấn lớp dưới niêm mạc. E, F. Khối u carcinoid dạ dày type 1 trên bệnh nhân có tăng gastrin máu và viêm teo dạ dày. Bệnh nhân không được điều trị nhưng kích thước khối u vẫn không thay đổi sau 10 năm theo dõi.



G



H



I



J

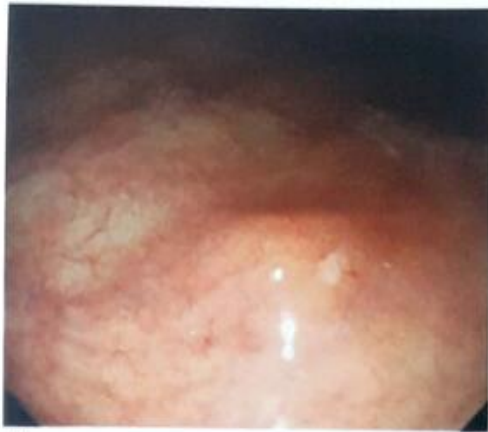


K

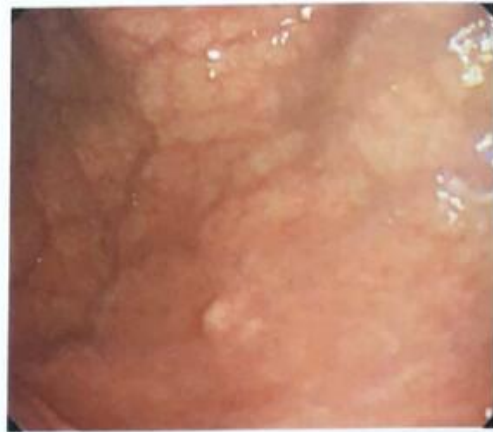


L

G. Khối u dưới niêm mạc, lõm trung tâm ở thành trước thân vị dạ dày. Giải phẫu bệnh khẳng định chẩn đoán là u carcinoid dạ dày nhưng nồng độ gastrin huyết thanh bình thường. H. Trên hình ảnh SANS, tổn thương giảm âm tương đối đồng nhất ở lớp thứ 2. Khối u được phẫu thuật hình chêm. I, J, K, L. Khối u dưới niêm mạc, kích thước 1,2 cm có trợt, ở thành trước của thân vị dưới. Trên SANS tổn thương có hình ảnh giảm âm, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc và đã được cắt qua nội soi. Tổn thương được xác định là u carcinoid có dương tính với chromogranin và synaptophysin. Sau 3 năm không thấy tổn thương tái phát. Bệnh nhân vẫn đang được theo dõi.



M



N



O



P

M. Ca typ I, nhiều tổn thương dạng polyp phẳng, không cuống, màu vàng, type Is ở thân vị và phình vị dạ dày, được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân khám kiểm tra sức khỏe. Niêm mạc dạ dày teo và nghi ngờ u carcinoid type 1. Hình ảnh SANS cho thấy khối u đặc, giảm âm, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc. Cắt u qua nội soi bằng phương pháp EMR-C. N. U carcinoid type 1 được theo dõi trong 15 năm, không điều trị nhưng không thấy đổi kích thước. O, P. U carcinoid type 1, có nồng độ gastrin máu là 373 pg/ml. Bệnh nhân được tư vấn theo dõi khối u nhưng bệnh nhân yêu cầu cắt u nên đã tiến hành cắt qua nội, kết quả được xác định là u thần kinh nội tiết biệt hóa cao ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc.

3 U cuộn mạch (Glomus tumor)

- U cuộn mạch là u lành tính từ thành mạch của đám rối động tĩnh mạch. Thường gặp ở dạ dày. Triệu chứng thường gặp là xuất huyết tiêu hóa hoặc loét.
- Hầu hết các khối u cuộn mạch lành tính và tiên lượng tốt. Hiếm khi tiến triển thành ác tính.
- U cuộn mạch dương tính với actin cơ trơn (SMA) và vimentin; nhưng âm tính với CD 117, đây là dấu hiệu để phân biệt với u GIST.



A

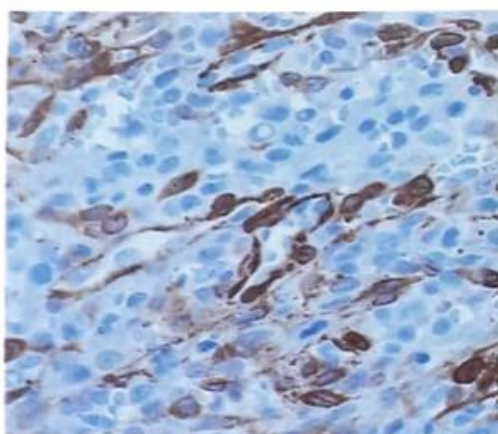


B

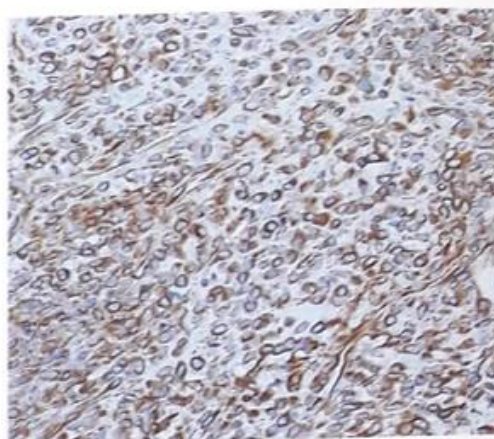


C

A, B. Các tổn thương lồi kích thước 2,5 cm ở thành sau của phần dưới thân vị. Bề mặt có xung huyết dạng lưới. C. Trên phim chụp CLVT có hình ảnh ngấm thuốc mạnh



D



E



F



G

D, E. Bệnh nhân được phẫu thuật và xác định chẩn đoán là u cuộn mạch, dương tính với SMA và nhuộm vimentin. F, G. U dưới niêm mạc 3 cm ở thành sau hang vị. Bề mặt niêm mạc bình thường, trên SANS thấy tổn thương giảm âm, xuất phát từ lớp thứ tư. Bệnh nhân đã được phẫu thuật, khẳng định chẩn đoán là u cuộn mạch SMA (+).

4 U cơ (Leiomyoma)

U cơ là khối u phát triển từ các tế bào kẽ của thành dạ dày. U thường ở phần trên dạ dày, có hình dạng là khối u dưới niêm mạc, xuất phát từ lớp cơ. Cùng xuất phát từ lớp cơ có thể có u GIST nhưng nếu C-Kit âm tính thì loại trừ u GIST.

1. Hình ảnh nội soi

Đặc điểm của các u cơ: khối lồi mềm mại Yamada type 1–2, phủ bởi lớp niêm mạc bình thường, không di động, mật độ chắc khi thăm bằng đầu kim sinh thiết. Hiếm khi u cơ có loét gây chảy máu tiêu hóa.

2. Siêu âm nội soi (SANS)

Trên SANS, tổn thương giảm âm đồng nhất, ranh giới rõ, phát triển từ lớp cơ.

3. Điều trị và tiên lượng

Hầu hết các u cơ là lành tính, nhưng nên nội soi theo dõi 6 – 12 tháng/lần, u có nguy cơ ác tính khi tăng kích

thước. Khối u được coi là ác tính (leiomyosarcoma) khi có kích thước lớn hơn 5 cm, có loét hoặc phát triển nhanh.



A



B



C



D



E

A, B. Khối lồi được phủ niêm mạc bình thường ở tâm vị. Khối u được phẫu thuật nội soi hình chêm. Trên diện cắt, thấy một khối u dưới niêm mạc màu trắng, nhuộm hóa mô miễn dịch chẩn đoán xác định là u cơ có Actin (+), Desmin (+), S-100 (-), C-kit (-), CD34 (-). C, D, E. U sắc cô m cơ trơn ác tính đa ổ (leiomyosarcoma) ở tâm vị, góc bờ cong nhỏ và hang vị có hình thái giống như ổ loét thông thường, có bờ nhỏ cao. Nhuộm hóa mô miễn dịch có C-kit (-), Actin (+), Desmin (+ yếu), CD34(-), S-100 (-), và CD68 (-), chẩn đoán xác định là u cơ trơn ác tính (leiomyosarcoma).

5 Tụy lạc chỗ (Pancreatic rest, Ectopic pancreas)

Tụy lạc chỗ là mô tụy nằm ngoài tuyến tụy, do phát triển bất thường từ giai đoạn phôi thai. Tụy lạc chỗ hầu hết ở dạ dày (25%), ở tá tràng (27,7%) và hồi tràng (15,9%), chiếm khoảng 70% tổng số tụy lạc chỗ. Ở dạ dày, vị trí hay gặp là phía bờ cong lớn hang vị, đặc biệt là trong vòng 5 cm từ lỗ môn vị. Thường xuất phát từ lớp dưới niêm mạc, tuy nhiên cũng có thể gặp ở lớp niêm mạc hoặc lớp thanh mạc.

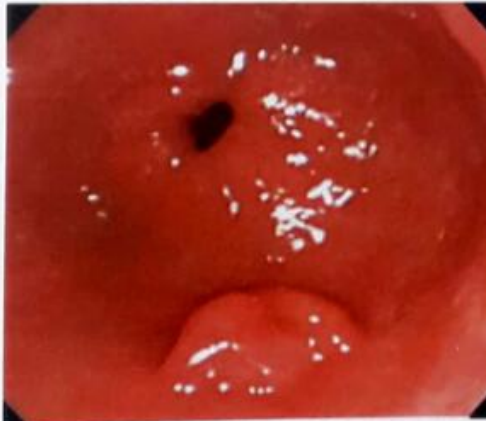
1. Đặc điểm tổn thương trên nội soi và siêu âm nội soi

Tụy lạc chỗ có kích thước 0,5 đến 2 cm được phân loại là khối u dưới niêm mạc type 1–2 của Yamada ở hang vị phía bờ cong lớn. Đặc điểm đặc trưng là

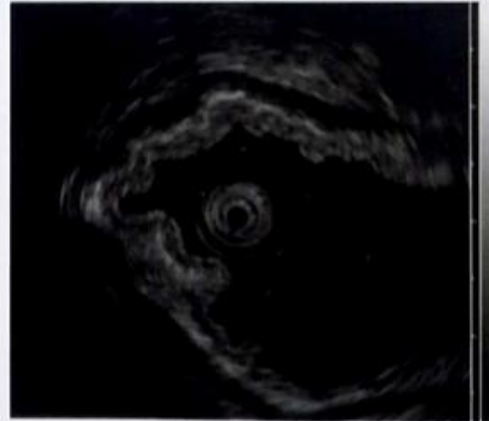
có rốn (lỗ) trung tâm, đó là lỗ mở vào ống tụy, ấn mềm bằng kim sinh thiết. Trên SANS, khối u có dạng tổn thương giảm âm, không đều, thường khu trú ở lớp dưới niêm mạc. Lớp cơ phía dưới khối u có xu hướng dày hơn bình thường. Rất khó có thể lấy được mô tụy qua sinh thiết. Chẩn đoán có thể dựa vào đặc điểm hình thái và vị trí.

2. Điều trị và tiên lượng

Hầu hết tụy lạc chỗ là lành tính nhưng có thể có các biến chứng như viêm tụy mạn, nang giả tụy, tiêu nang và chảy máu. Hiếm khi chuyển thành ác tính. Chỉ phẫu thuật tụy lạc chỗ khi có biến chứng hoặc chuyển dạng ác tính.

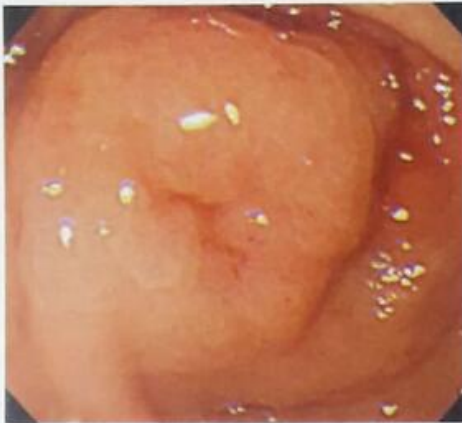


A



B

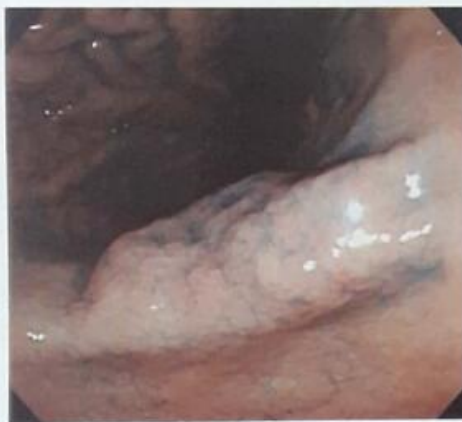
A, B. Mô tụy lạc chỗ với đặc điểm có rốn (lỗ trung tâm), ở hang vị. Trên SANS có khối đồng âm, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc.



C



D



E



F



G



H

C, D. U dưới niêm mạc, kích thước 40 x 33 mm, gây hẹp môn vị trên bệnh nhân có biểu hiện nôn sau ăn. Bề mặt u có lỗ mở vào dạ dày. Trên SANS có khối giảm âm, không đồng nhất, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc và lớp niêm mạc. Bệnh nhân được phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh là tụy lạc chỗ. E, F. Mô tụy lạc chỗ lớn bị nhăm là tổn thương của lớp niêm mạc. Tổn thương lồi ở góc bờ cong nhỏ, được chẩn đoán là u tuyến ống độ thấp và được cắt qua nội soi. Sau phẫu thuật được chẩn đoán là tổn thương dưới niêm mạc, bệnh phẩm được xác định là mô tụy lạc chỗ. G, Tổn thương ở phía bờ cong nhỏ dạ dày, sau phẫu thuật được xác định là tụy lạc chỗ. H. Tổn thương ở mặt sau thân vị dạ dày, sau phẫu thuật được xác định là tụy lạc chỗ.

6 U mỡ (Lipoma)

1. Hình ảnh nội soi

U mỡ phát triển từ lớp dưới niêm mạc, phần lớn có dạng lồi, không cuống nhưng cũng có thể có cuống. Trên nội soi, tổn thương lồi có màu vàng nhạt hoặc vàng, bề mặt nhẵn, mật độ mềm. Dễ dàng ấn lõm bằng kim sinh thiết rồi lại nhanh chóng trở về hình dáng ban đầu – dấu hiệu miếng đệm (cushion sign) – là dấu hiệu đặc trưng của u mỡ. Trên siêu âm nội soi, u mỡ thường tăng âm điển hình, nằm trong lớp dưới niêm mạc.



A



B



C



D

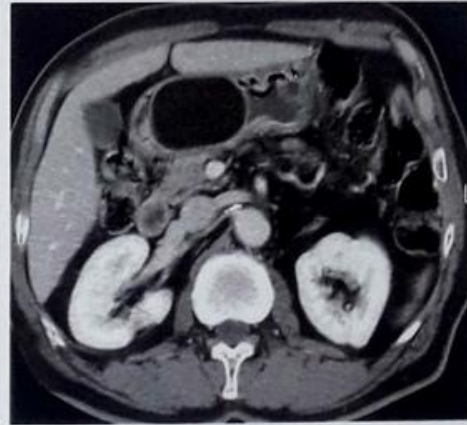
2. Điều trị

U mỡ không có nguy cơ chuyển thành ác tính nhưng cần phân biệt u mỡ lành tính với các u mỡ sarcoma ác tính. U mỡ không triệu chứng hoặc u mỡ được phát hiện tình cờ, có thể được theo dõi thường xuyên. Khi cần thiết, có thể cắt u mỡ qua nội soi bằng snare mà không cần phẫu thuật.

A,B,C. Khối u dưới niêm mạc được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân đi khám sức khỏe định kỳ. Khối lồi dạng polyp, kích thước khoảng 2–3 cm, có “dấu hiệu miếng đệm” được phát hiện ở vùng tâm vị. Khối u tăng âm, kích thước 17x10 mm, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc, không có xâm lấn lớp cơ. Không thấy khối u thay đổi trong các lần thăm khám nội soi định kỳ 1 năm/lần.



E



F

D,E,F. Khối u mỡ lớn ở vùng hang vị. Khối mềm bẹt mặt niêm mạc có màu vàng nhạt, lồi vào lòng dạ dày. Trên phim CLVT, khối có tỷ trọng đồng nhất của mỡ.

7 U tế bào Schwann (Schwannoma)

U tế bào Schwann phát triển từ những tế bào Schwann bao phủ bên ngoài sợi trục tế bào thần kinh. U thường xuất hiện ở các dây thần kinh thính giác hoặc tủy sống nhưng cũng có thể xuất hiện ở cả những mô mềm. U có thể phát triển như những khối u dưới niêm mạc đường tiêu hóa, hầu hết là lành tính và phát triển tương đối chậm. Nhuộm hóa mô miễn dịch cho kết quả dương tính với S-100.

1. Hình ảnh nội soi và siêu âm nội soi

U tế bào Schwann có thể xuất hiện dưới dạng một khối u dưới niêm mạc lồi lên, có phần trung tâm hơi lõm, có thể di động khi thăm bằng kim sinh thiết. Trên hình ảnh siêu âm nội soi, tổn thương giảm hoặc tăng âm với bờ tương đối rõ, phát triển từ lớp dưới niêm mạc hoặc lớp niêm mạc.



A



B

A,B. Khối u dưới niêm mạc, hình trứng, kích thước 22 mm, ở phần xa của bờ cong lớn thân vị (gần hang vị). Trên siêu âm nội soi, hình ảnh tổn thương giảm âm đồng nhất, phát triển từ lớp cơ, sau đó bệnh nhân được cắt dạ dày hình chêm. Trên hình ảnh đại thể, thấy khối đồng nhất màu vàng nhạt, kích thước 3 x 2 x 1.6 cm. Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy đây là một khối u tế bào thần kinh, có Actin (-), Desmin (-), S-100 (+), CD34(-) và C-kit (+/-).



C



D



E



F



G



H

C, D, E. Khối u tế bào Schwann, kích thước lớn. Khối u dưới niêm mạc, kích thước 9 cm, có loét sâu vùng trung tâm, ở thân vị phía bờ cong nhỏ. Trên phim chụp CLVT có hình ảnh một khối lồi ra ngoài. Bệnh nhân được phẫu thuật, tổn thương được xác định là u tế bào Schwann với Actin (-), Desmin (-), S-100 (+), CD34(-) và C-kit (+, khu trú). F, G, H. Khối u dưới niêm mạc, kích thước 3 cm ở thân vị phía bờ cong nhỏ dạ dày. Bề mặt niêm mạc bình thường, không có loét. Bệnh nhân đã được phẫu thuật, chẩn đoán xác định là u tế bào schwann.

8 Polyp xơ viêm (Inflammatory fibrinoid polyp)

Polyp xơ viêm là tổn thương dưới biểu mô, được bao phủ bởi lớp niêm mạc bình thường và có dạng polyp. Polyp xơ viêm có thể ở dạng có cuống nhưng thường khó phân biệt với các dạng tổn thương dưới biểu mô

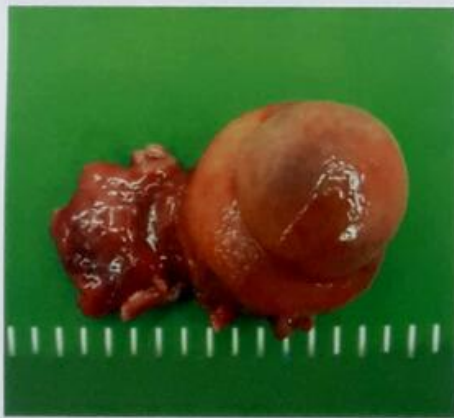
khác nếu chỉ dựa trên hình ảnh đại thể. Kích thước thay đổi từ 1–5 cm. Trên siêu âm nội soi, tổn thương tăng âm đồng nhất, bờ không đều phát triển từ lớp dưới niêm mạc hoặc lớp cơ.



A



B



C

A, B, C. Polyp xơ viêm có kích thước lớn. Khối có kích thước 5,7 x 4,3 cm được phát hiện ở vùng môn vị. Bề mặt khối u có loét đều. Trên mô bệnh học chẩn đoán xác định là polyp xơ viêm, vì có CD34 (+) và Vimentin (+).



D



E



F



G



H



I

D, E, F, G. Cắt khối polyp xơ viêm qua nội soi. Trên siêu âm nội soi có hình ảnh khối giảm âm ở lớp dưới niêm mạc. Cắt hớt niêm mạc (EMR) khối u qua nội soi để làm mô bệnh học. H. Polyp xung huyết, phân loại Yamada type III, ở hang vị phía bờ cong lớn, sau khi cắt polyp qua nội soi, chẩn đoán xác định là polyp xơ viêm. I. Polyp phẳng, xung huyết, phân loại Yamada type II, bề mặt không đều, ở góc bờ cong nhỏ, sau khi cắt u qua nội soi chẩn đoán xác định là polyp xơ viêm.

9 Chẩn đoán phân biệt các khối u dưới niêm mạc dạ dày

(Differential diagnosis of gastric submucosal tumors)

Cần chẩn đoán phân biệt các tổn thương lồi có bề mặt là niêm mạc bình thường với các tổn thương như:

hình ảnh đè đẩy từ ngoài, u lympho, ung thư di căn và nhiễm ký sinh trùng.



A



B



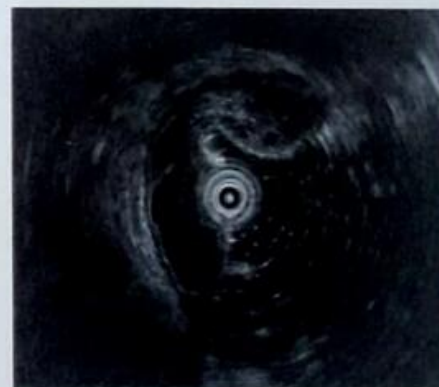
C



D



E



F

A,B. Hình ảnh do lách đè từ ngoài, khối ở bờ cong lớn phía trên thân vị thay đổi theo nhịp thở và khi bơm khí. C. Hình ảnh khối lồi do túi mật to đè đẩy từ ngoài. D. Hình ảnh khối do tụy đè đẩy từ phía thành sau dạ dày. Các khối nhô lên do các cơ quan lân cận đè đẩy có đặc điểm đặc trưng là thay đổi hình dáng theo nhịp thở và tư thế, thậm chí "khối u" thấy chắc, không có dấu hiệu "nếp gấp cầu nối" (bridging folds) hoặc lồi gối (pillow sign). E,F. U lympho, kích thước 4x3 cm, gồ nhẹ, phủ bởi niêm mạc bình thường. Trên siêu âm nội soi có hình ảnh một khối đồng nhất ở lớp dưới niêm mạc, có một phần xâm lấn lớp cơ. Khối u được nghi ngờ là GIST và được phẫu thuật nhưng kết quả xác định trên mô bệnh học là u lympho MALT, xâm lấn lớp dưới thanh mạc.



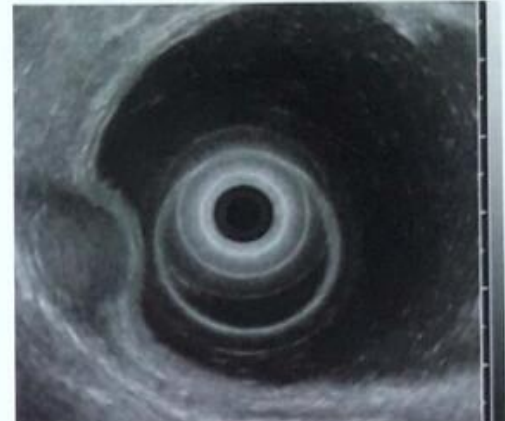
G



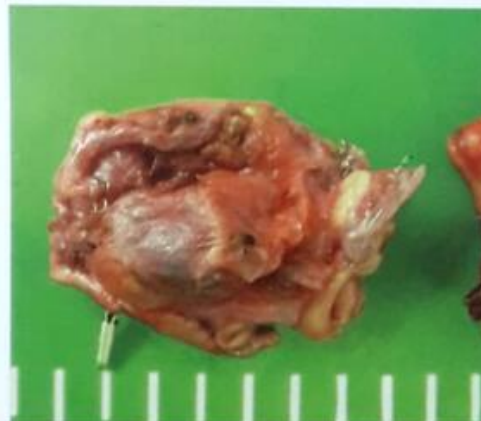
H



I



J



K



L



M

G,H. Hình ảnh khối u dưới biểu mô nghi ngờ ở vùng tâm vị trên bệnh nhân ung thư thực quản đang dùng hóa trị liệu. Bệnh nhân không được tiến hành các xét nghiệm khác để đánh giá thêm, tuy nhiên sau 5 tháng nội soi kiểm tra cho thấy hình ảnh khối ung thư dạng loét do ung thư trong thành dạ dày xâm lấn. I,J,K. Lách phụ (accessory spleen). Một khối u dưới biểu mô ở vùng đáy vị. Trên siêu âm nội soi, rất khó để đánh giá đây là khối do đè đẩy từ phía ngoài vào hay là một khối u dưới biểu mô phát triển từ lớp cơ. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật, khối được xác định là lách phụ. Bệnh nhân có tiền sử chấn thương bụng do vật tù gây ra. L,M. Khối u dưới biểu mô được phát hiện tình cờ ở vùng bờ cong nhỏ thân vị. Hình ảnh khối giảm âm đồng nhất khu trú ở lớp dưới niêm mạc. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày hình chêm, tổn thương được xác định là u hạt mạn tính do nhiễm ký sinh trùng giun tròn anisakiasis.

8. U tuyến dạ dày (Gastric adenoma)



A



B



C



D

A, B. U tuyến dạng phẳng ở dạ dày. Tổn thương gồ nhẹ, màu nhạt điển hình của u tuyến loạn sản độ thấp ở hang vị dạ dày. C. U tuyến dạng polyp dạ dày. U tuyến có thể ở dạng polyp có cuống. Không giống như polyp tăng sản, polyp u tuyến không có ranh giới giữa phần đầu và cuống. Bề mặt polyp có biến đổi nhỏ dạng hạt. D. U tuyến dạ dày có bề mặt lồi, xung huyết, bờ không đều và cần phân biệt với ung thư dạ dày sớm. Dạng tổn thương này hay gặp là u tuyến loạn sản độ cao hơn là loạn sản độ thấp.

1. Định nghĩa

U tuyến dạ dày là khối u biểu mô lành tính phát triển từ tế bào biểu mô trụ. Trước đây, dạng u này còn có những tên gọi khác như biểu mô không điển hình (atypical epithelium (ATP)) hoặc type IIa. Ngày nay, dạng u này được thống nhất gọi là ‘u tuyến’ (‘adenoma’), là những khối lồi ở dạ dày, có ranh giới rõ, bản chất không phải là ung thư nhưng có loạn sản.

2. Lâm sàng

U tuyến (Adenomas) là tổn thương tiền ung thư, có nguy cơ trở thành ung thư. Khoảng 50% u tuyến phát triển về mặt kích thước và 20–80% tiến triển đến ung thư. Khối u có những đặc điểm sau sẽ tiến triển thành ung thư: loạn sản độ cao, u tuyến nhung mao (villous type adenoma). Đặc biệt những khối u lớn hơn 15–20 mm, biến đổi dạng nốt lan tỏa hoặc bề mặt lồi thì có nguy cơ ác tính cao hơn.



A



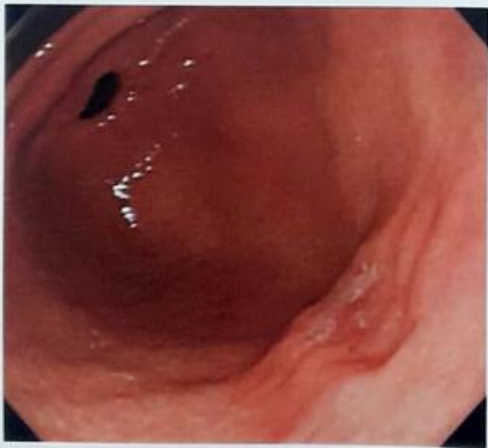
B



C



D



E

A. U tuyến loạn sản thấp type IIa ở ngay dưới đường Z. B. U tuyến nhỏ cao, chia múi, loạn sản độ cao. C, D. U tuyến ở 1/3 dưới dạ dày, chiếm trên 50% tổng số trường hợp, tương tự ung thư dạ dày sớm. Trong nhiều trường hợp, tổn thương kèm theo viêm teo vùng niêm mạc xung quanh. E. U tuyến dạ dày điển hình loại IIc+IIa có lõm ở giữa và bờ gồ. Tổn thương nghi ngờ ung thư sớm nhưng kết quả sinh thiết là u tuyến loạn sản độ thấp. Sau khi cắt hết niêm mạc (endoscopic mucosal resection), kết quả giải phẫu bệnh của tổn thương là loạn sản độ cao.

3. Chẩn đoán

Nhiều trường hợp u tuyến có vùng niêm mạc xung quanh viêm teo, kèm theo dị sản. Tổn thương trên nội soi là dạng lõm, có màu trắng hoặc nhợt. Khi không quan sát rõ tổn thương thì nhuộm màu bằng indigocarmine sẽ làm nổi rõ đặc điểm lõm, lõm của vùng tổn thương.

Đôi khi ta có thể thấy tổn thương lõm không bị nhợt màu. Khi có dạng tổn thương này thì nên thăm khám cẩn thận. Nhiều trường hợp, có thể đồng thời có ung thư dạ dày, cần quan sát kỹ không chỉ tổn thương u tuyến mà toàn bộ niêm mạc dạ dày. Chẩn đoán phân biệt ung thư dạ dày sớm có vai trò quan trọng, nên làm sinh thiết đặc biệt những tổn thương lớn hoặc lõm vì ranh giới với niêm mạc xung quanh không rõ.

Gần đây, nhờ kỹ thuật nội soi ánh sáng dải tần hẹp (narrow band imaging-NBI) hoặc nội soi phóng đại mà ta có thể quan sát được những thay đổi nhỏ trên bề mặt niêm mạc và mạch máu. Những kỹ thuật chẩn đoán này giúp phân biệt được các tổn thương lành tính và ác tính. Với tổn thương ung thư dạ dày sớm, cho thấy cấu trúc niêm mạc không đều và mạch máu bất thường. Có thể khó đánh giá tổn thương ung thư biểu mô tuyến trên u tuyến khi sự biến đổi cấu trúc chưa đủ nhiều. Khó có thể chẩn đoán phân biệt tổn thương u tuyến lõm với các tổn thương viêm loét đang hoạt động. Cần quan sát gần với bề mặt tổn thương và sinh thiết để phân biệt với những loét khác.



A



B



C



D

A, B. Tổn thương lõm ở giữa và loét nông. Hình ảnh NBI cho ta thấy những thay đổi nhỏ trên bề mặt. Đã cắt tổn thương qua nội soi bằng phương pháp ESD, kết quả giải phẫu bệnh là loạn sản độ cao. U tuyến có tổn thương loét như vậy thì ít có khả năng là loạn sản độ thấp. C, D. Tổn thương phẳng và xung huyết nhẹ, nhìn rõ hơn khi nhuộm màu bằng indigocarmine.



E



F



G



H



I



J



K

E, F. U tuyến dạ dày nhìn giống với ung thư tiến triển Bormann type 1. Khối u gồ cao và lõm ở giữa. Chẩn đoán xác định là loạn sản độ thấp trên bệnh phẩm sau cắt ESD. G, H. Dạng u tuyến có trợt. Tổn thương gồ nhẹ, dạng hạt nhỏ, có trợt, bề mặt phủ giả mạc. Chẩn đoán xác định trên bệnh phẩm sau cắt ESD là loạn sản độ thấp. I. U tuyến dạ dày có loét nhỏ dài, được chẩn đoán xác định là loạn sản độ cao trên bệnh phẩm sau làm ESD. J, K. U tuyến dạ dày có kích thước nhỏ 3 mm, khó có thể phân biệt tổn thương này với viêm teo dạ dày hoặc dị sản ruột ở dạ dày.

4. Hình ảnh nội soi

1) U tuyến loạn sản độ thấp (Low grade adenoma)



A



B



C



D

A, B. U tuyến loạn sản thấp có lõm bề mặt, hình ảnh nổi rõ khi nhuộm bằng indigocarmine. C, D. U tuyến loạn sản độ thấp có trợt, bờ gồ.

2) U tuyến loạn sản cao (High grade Adenoma)



A



B



C



D



E



F

A, B. U tuyến loạn sản cao có đáy rộng, đồng nhất, nhìn rõ khi nhuộm bằng indigocarmine. Tổn thương đã được cắt dưới niêm mạc (ESD). C, D. Nhuộm màu giúp cho việc quan sát rõ tổn thương đặc biệt khi bờ tổn thương không rõ. U tuyến loạn sản cao được cắt bằng phương pháp EMR. E, F. Các dạng tổn thương loạn sản cao khác nhau. Ta không thể phân biệt tổn thương ung thư sớm type IIc và IIa trên hình ảnh nội soi thông thường. Cả hai tổn thương đều được cắt bằng phương pháp EMR.



G



H



I



J



K

G, H. Không nên bỏ qua những tổn thương nhỏ trên bề mặt niêm mạc. Ta thấy tổn thương là những thay đổi nhỏ trên bề mặt niêm mạc, gồm có nốt lồi sần, chảy máu nhỏ, lõm/lồi, xung huyết nhẹ. Các tổn thương đều được xác định là u tuyến loạn sản cao. I, J, K. Tổn thương dạng phẳng, được xác định là u tuyến loạn sản cao, đã được cắt bằng phương pháp EMR.

5. Điều trị

- Loạn sản thấp có thể theo dõi thường xuyên nhưng loạn sản cao thì phải cắt qua nội soi hoặc phẫu thuật.
- U tuyến loạn sản thấp có kích thước lớn hơn 2–3 cm hoặc có nghi ngờ, nguy cơ ác tính thì vẫn phải cắt.
- Cắt bỏ toàn bộ u tuyến qua nội soi là lựa chọn hàng đầu, vừa nhằm mục đích chẩn đoán và vừa điều trị vì có thể chẩn đoán mô bệnh học chính xác, giúp phát hiện tổn thương ung thư nếu có.



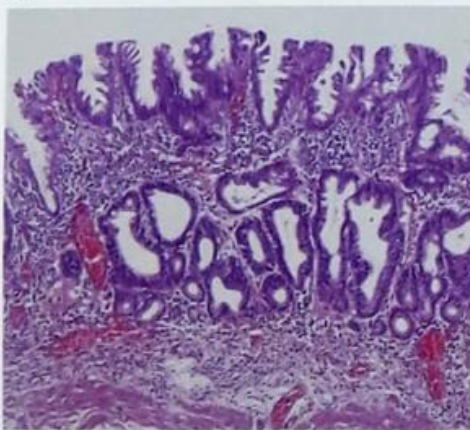
A

6. Tiên lượng

- U tuyến có tiên lượng tốt hơn ung thư nhưng gần đây vẫn chưa có đủ nghiên cứu chứng minh về kết quả trong thời gian dài.
- Phát hiện và điều trị sớm u tuyến có vai trò quan trọng trong việc dự đoán và phòng ngừa ung thư dạ dày, đặc biệt ở những vùng có tỷ lệ ung thư dạ dày ruột cao do viêm teo.
- Cần chẩn đoán, theo dõi và xử trí tích cực vì có tỷ lệ tái phát và di căn thấp ngay cả sau khi điều trị tại chỗ như điều trị qua nội soi.



B



C

A, B, C. U tuyến răng cưa (Serrated adenomas) ở góc bờ cong nhỏ dạ dày, đã được cắt bằng phương pháp cắt dưới niêm mạc (ESD). Kết quả mô bệnh học là u tuyến răng cưa, đây là dạng hiếm gặp.



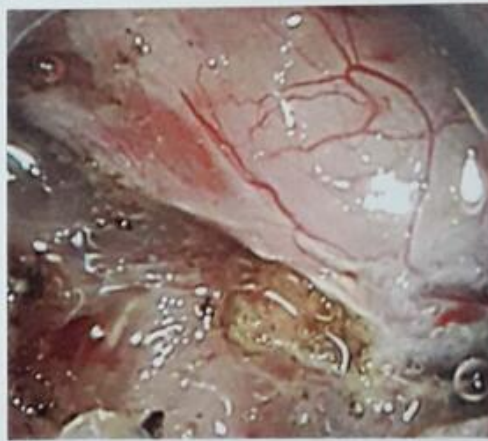
D



E



F



G



H

D, E. Có sự khác nhau về kết quả mô bệnh học trên mảnh sinh thiết và bệnh phẩm sau cắt qua nội soi. Ung thư dạ dày sớm có bề mặt lõm không đều ở thân vị dạ dày. Trên mảnh bệnh phẩm sinh thiết, nghi ngờ loạn sản cao hoặc u tuyến. Trên bệnh phẩm sau cắt ESD là u tuyến loạn sản thấp. F, G, H. Tổn thương loạn sản cao có sẹo ở hang vị dạ dày. Tổn thương được làm EMR nhưng thủ thuật thất bại do hình thành nhiều xơ sẹo sau nhiều lần sinh thiết, cuối cùng bệnh nhân đã phải phẫu thuật.



I



J



K



L

I, J, K, L. U tuyến loạn sản thấp ở góc bờ cong nhỏ. Khó cắt tổn thương qua nội soi do có xơ sẹo sau nhiều lần sinh thiết. Trên những tổn thương có thể cắt qua nội soi thì phải sinh thiết cẩn thận.

7. Chẩn đoán phân biệt

Quan sát cẩn thận hình dạng những đám gồ niêm mạc, thay đổi màu sắc, tình trạng loét, trợt và ranh giới để phân biệt các tổn thương lồi lên bề mặt niêm mạc dạ dày. Khi tổn thương u tuyến dạ dày bề mặt có trợt, chảy máu, xuất tiết, không đều, thay đổi màu sắc, mất

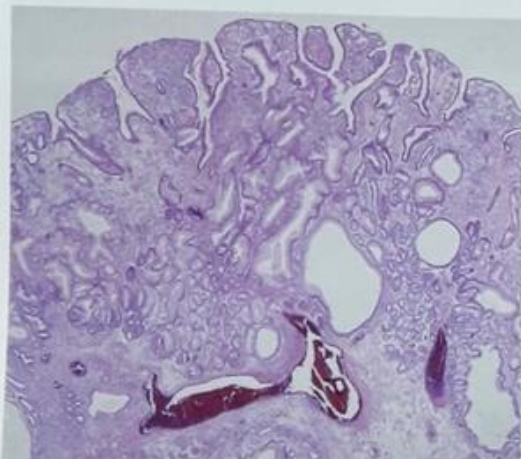
tính nhẵn bóng hoặc dễ chảy máu khi va chạm thì dễ có khả năng là ung thư. Không giống như u tuyến, tổn thương trợt lành tính ở dạ dày thường có ở nhiều vị trí, hình dạng đồng nhất và nếp niêm mạc tập trung ở trung tâm. Có thể quan sát thấy phản ứng viêm ở giữa tổn thương trợt.



A



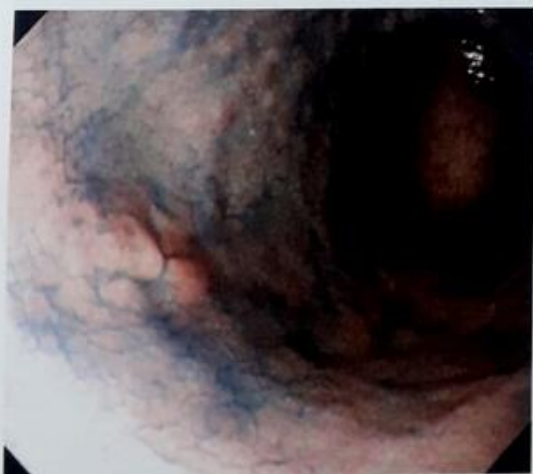
B



C



D



E

A, B, C. Polyp tăng sản kích thước lớn ở môn vị đã được cắt. Kết quả mô bệnh học là polyp tăng sản kết hợp với biến đổi kiểu u tuyến.
D, E. Ung thư dạ dày sớm kém biệt hóa. Khi có nghi ngờ u tuyến hoặc ung thư biểu mô tuyến thì phải thăm khám cẩn thận bằng nhuộm màu và sinh thiết.

9. Các tổn thương lành tính khác ở dạ dày (Various benign gastric diseases)

1 Giãn tĩnh mạch dạ dày (Gastric varix)



A



B



C



D



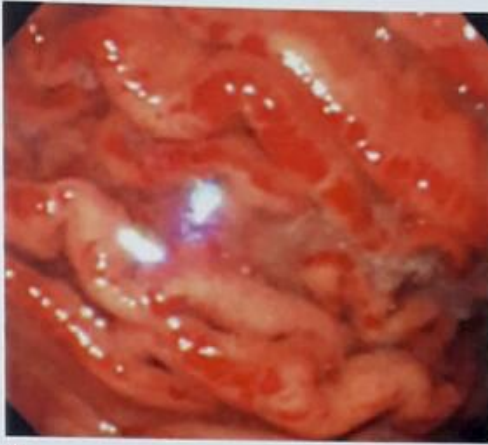
E



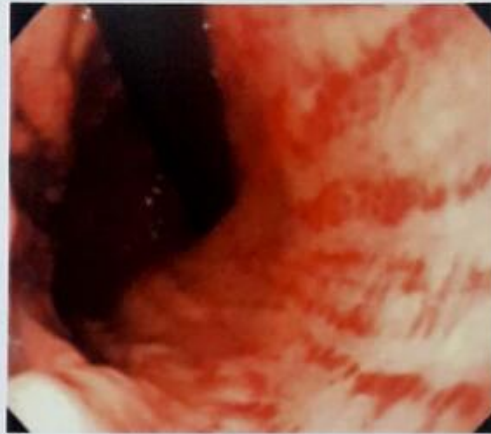
F

A. Các tổn thương lồi không đều ở ngay dưới tâm vị trên bệnh nhân đã được thắt các búi giãn tĩnh mạch thực quản do chảy máu búi giãn. Nhìn rất giống với các búi giãn tĩnh mạch dạ dày nhưng khó có thể loại trừ với các khối u dưới niêm mạc. B. Trên phim chụp CLVT cản quang, quan sát thấy tuần hoàn bàng hệ và giãn tĩnh mạch dạ dày. C, D. Giãn tĩnh mạch dạ dày quan sát được ngay dưới tâm vị trên bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản ở 1/3 dưới. Cục máu đông bám trên tổn thương lõm, là dấu hiệu nghi ngờ tình trạng mới chảy máu. E, F. Chảy máu tái phát trên bệnh nhân đã được thắt giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi. Khám nội soi cho thấy bằng chứng thắt búi giãn ở thực quản 1/3 dưới và búi tĩnh mạch giãn gồ lên ở dưới tâm vị. Trên búi giãn tĩnh mạch có hai điểm lõm phủ giả mạc trắng, xung quanh xung huyết mạnh. Tổn thương được chẩn đoán là chảy máu búi giãn tĩnh mạch dạ dày.

2 Bệnh dạ dày do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (Portal hypertensive gastropathy)



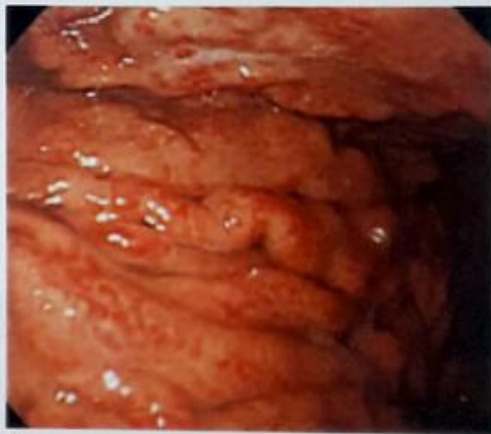
A



B



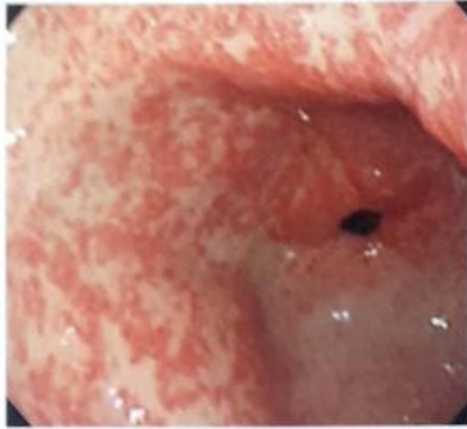
C



D

A, B. Các nếp gấp thân vị dạ dày phì đại, xung huyết mạnh trên bệnh nhân xơ gan. Phía bờ cong nhỏ thân vị có các sọc xung huyết dài. C, D. Các nếp niêm mạc phì đại, loang lổ dạng da rắn trên bệnh nhân đã được thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi.

3 Giãn mạch hang vị dạ dày (Gastric antral vascular ectasia (GAVE))



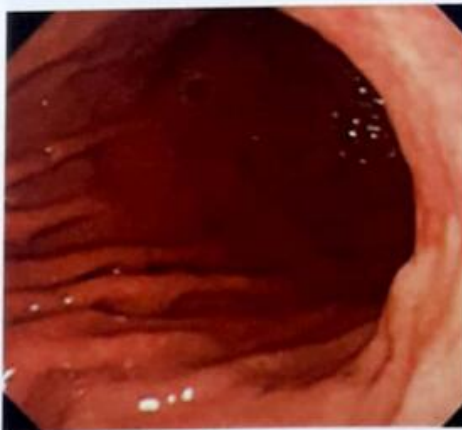
A



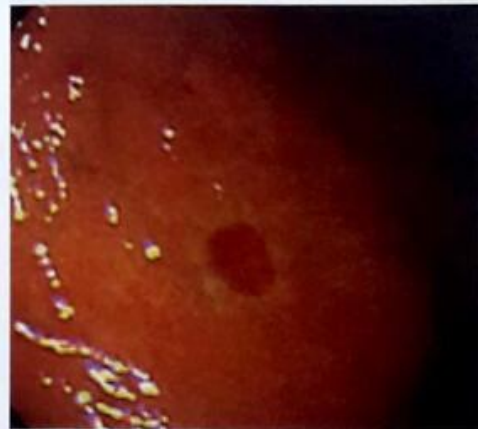
B

A, B. Hang vị dạ dày xung huyết mạnh do giãn mạch nhưng niêm mạc thân vị vẫn bình thường. Đây là hình ảnh nội soi điển hình của tình trạng giãn mạch vùng hang vị.

4 Loạn sản mạch (Angiodysplasia)



A



B

A, B. Tổn thương xung huyết, hình tròn ở vùng ranh giới giữa thân vị và hang vị. Khi quan sát gần, ta thấy tổn thương xung huyết có các mạch máu giãn mỏng. Vùng niêm mạc xung quanh nhợt màu và tạo vòng tròn halo, đây là đặc điểm đặc trưng của loạn sản mạch.



C



D



E



F

C. Điểm giãn mạch nhỏ có vòng tròn halo ở phần trên thân vị phía bờ cong nhỏ. D. Điểm loạn sản mạch nhỏ có vòng tròn halo ở giữa thân vị phía bờ cong nhỏ. E, F. Một vùng giãn mạch tử tâm vị đến giữa thân vị phía bờ cong nhỏ dạ dày. Vùng niêm mạc xen giữa các mạch máu giãn có màu hơi nhợt hơn so với niêm mạc xung quanh. Trên bệnh phẩm mô bệnh học cho thấy các mạch máu dưới niêm mạc giãn và niêm mạc xung huyết. Chẩn đoán cuối cùng là tổn thương loạn sản mạch trên diện rộng.

5 Chảy máu tổn thương Dieulafoy (Bleeding from Dieulafoy lesion)



Chảy máu động mạch ngay dưới tâm vị. Được chẩn đoán là tổn thương điểm mạch Dieulafoy vì không thấy loét ở xung quanh điểm chảy máu.

6 Viêm dạ dày, tá tràng do tia xạ (Radiation-induced gastroduodenitis)



A



B



C



D



E



F

A, B. Hình ảnh xung huyết ở hang vị sau khi điều trị tia xạ. Niêm mạc dễ chảy máu khi bơm hơi căng. C, D. Xuất huyết tiêu hóa trên bệnh nhân đã xạ trị do khối u Klatskin. Nhiều vết trợt và xung huyết, kèm theo chảy máu muộn ở dạ dày và tá tràng. Chẩn đoán xác định là viêm dạ dày tá tràng kèm theo xuất huyết sau xạ trị. E, F. Loét dạ dày xuất hiện ở vùng niêm mạc có xạ trị. Loạn sản mạch điển hình do xạ trị xuất hiện ở xung quanh ổ loét.

7 Túi thừa dạ dày (Gastric diverticulum)



A



B

A. Ở phình vị có chỗ lõm hình túi lồi ra ngoài thành dạ dày. B. Túi thừa có hình tương tự ở phình vị.

8 Chứng thoái hóa tinh bột (Amyloidosis)



A

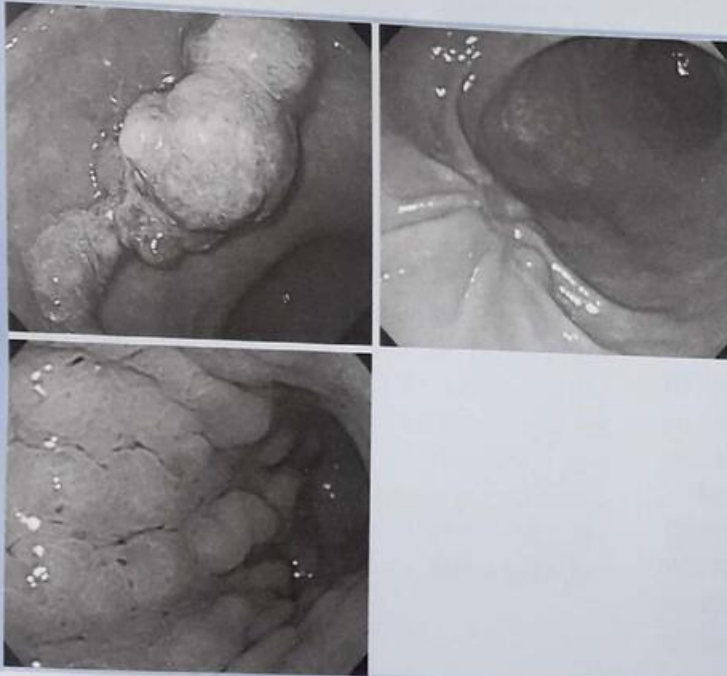


B

A, B. Hình ảnh nội soi của bệnh nhân có thoái hóa tinh bột hệ thống. Có nhiều ổ loét, bờ gồ. Sinh thiết niêm mạc cho kết quả là thoái hóa tinh bột (amyloidosis).

Phần 4

Các bệnh và tổn thương ác tính ở dạ dày (Malignant Gastric Lesions/Diseases)



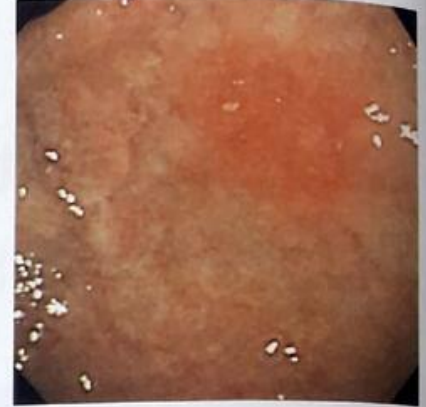
1. Ung thư dạ dày sớm thể phẳng và lồi (Elevated and flat type early gastric cancer)



Ung thư dạ dày sớm type I vị trí bờ cong lớn, xâm lấn đến lớp SM3.



Ung thư dạ dày sớm type I vị trí bờ cong bé, trên hình ảnh nội soi nhuộm, xâm lấn tới lớp dưới niêm mạc.



Ung thư dạ dày sớm type IIb vị trí bờ cong nhỏ, mảng màu đỏ và xâm lấn cơ niêm.

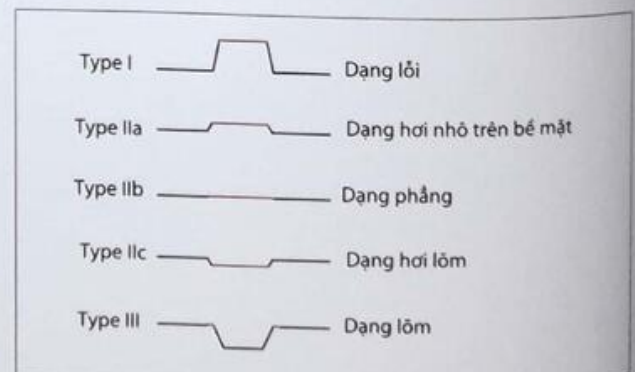
1. Định nghĩa ung thư dạ dày sớm

Ung thư dạ dày sớm là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma), tổn thương giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc/và dưới niêm mạc, có thể kèm theo di căn hạch lympho hoặc không. Có 10–20% ung thư dạ dày sớm có thể di căn. Tỷ lệ sống trên 05 năm của ung thư dạ dày sớm, chưa có di căn hạch là trên 95%. Phân loại ung thư dạ dày sớm còn được chia theo kích thước: tổn thương nhỏ 5–10 mm và tổn thương rất nhỏ <5 mm. Thuật ngữ “sớm” trong ung thư dạ dày nói về thời gian nhưng bản chất lại là đặc điểm hình thái bề mặt.

2. Phân loại ung thư dạ dày sớm trên nội soi

Phân loại ung thư dạ dày sớm được đề xuất bởi Hội Nội soi tiêu hóa Nhật Bản vào năm 1962. Phân loại này vẫn được sử dụng rộng rãi từ những năm 1962 và gần đây được trích dẫn trong phân loại Paris. Hệ thống phân loại này gồm 3 nhóm theo hình thái bề mặt ngoài: type I (dạng lồi), type II (dạng phẳng) và type III (dạng lõm). Type II được chia thành ba dưới nhóm gồm type IIa (phẳng lồi), IIb (phẳng) và IIc (phẳng

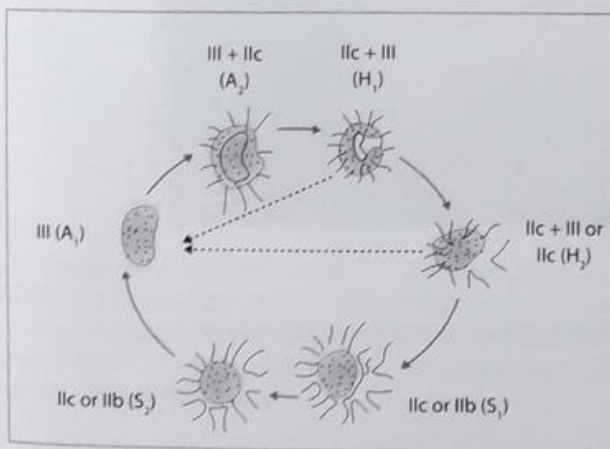
lõm). Khi có nhiều loại tổn thương cùng tồn tại, tổn thương lớn nhất được mô tả đầu tiên, tiếp đến là các tổn thương nhỏ hơn. Phân loại tổn thương ung thư sớm về hình thái học phải dựa trên hình thái chung. Mô tả quá mức tất cả các đặc điểm sẽ làm phức tạp kết luận, ví dụ như IIa+IIb+IIc. Trong phân loại Paris, type I phân biệt với type IIa khi tổn thương cao hơn 1,2 mm so với bề mặt xung quanh và type III phân biệt với type IIc khi tổn thương sâu hơn 5 mm so với bề mặt xung quanh.



Hình 1. Phân loại ung thư dạ dày sớm

3. Lâm sàng

- Theo thời gian, ung thư dạ dày sớm diễn tiến thành ung thư dạ dày tiến triển. Đặc điểm này gợi ý ung thư dạ dày sớm và ung thư dạ dày tiến triển là hai trạng thái bệnh khác nhau. Ung thư dạ dày sớm là ung thư không xâm lấn, phát triển chậm và có khả năng điều trị khỏi. So với ung thư dạ dày tiến triển, ung thư dạ dày sớm có tiên lượng tốt hơn mặc dù có các hạch lympho xung quanh và tuổi mắc trung bình trẻ hơn. Trong số các ung thư dạ dày sớm được chẩn đoán dựa vào hình thái, 50% diễn tiến thành ung thư dạ dày tiến triển trong thời gian trung bình 37 tháng và tỷ lệ sống 5 năm nếu không được điều trị phẫu thuật là 64,5%. Khó có thể nói chính xác thời gian diễn tiến từ ung thư dạ dày sớm thành ung thư dạ dày tiến triển vì tốc độ phát triển của ung thư dạ dày ở người trẻ, nhìn chung nhanh hơn so với ở người già.
- Ung thư dạ dày sớm có thể tồn tại vài tháng tới vài năm, bệnh nhân có thể lặp lại chu kỳ khỏi rồi tái phát, giống như ổ loét dạ dày lành tính. Hiện tượng này còn được gọi là vòng đời của ung thư dạ dày sớm. Cùng một tổn thương có thể xuất hiện dưới nhiều hình thái khác nhau tùy thuộc vào thời gian thăm khám. Hình thái xuất hiện có thể khác nhau khi điều trị bằng thuốc chống loét, vì vậy phải sinh thiết khi thấy ổ loét dạ dày. Lần đầu nhìn thấy sẹo loét dạ dày cần làm sinh thiết và mô bệnh học để chẩn đoán phân biệt với tổn thương loét lành tính (Hình 2).



Hình 2. Vòng đời của type ung thư dạ dày sớm thể lồi

- Để chẩn đoán mức độ xâm lấn của ung thư dạ dày sớm, chúng ta khó có thể đánh giá chính xác mức độ xâm lấn sâu tổn thương bằng quan sát bề mặt trên nội soi. Một nghiên cứu gần đây ở Hàn Quốc ghi nhận 4,5% ung thư dạ dày tiến triển được chẩn đoán là ung thư dạ dày sớm bằng nội soi trước khi phẫu thuật, trong khi đó 4,1% ung thư dạ dày sớm lại được chẩn đoán là ung thư dạ dày tiến triển. Đánh giá độ sâu xâm lấn của ung thư có thể dựa vào hình dạng, kích thước, tổn thương bề mặt, các nếp niêm mạc, xơ hóa do loét và sự biệt hóa. Siêu âm nội soi giúp đánh giá độ sâu của xâm lấn do ung thư nhưng khó có thể phân biệt giữa mô ung thư và mô xơ và cũng không thể phát hiện được những tổn thương ung thư rất nhỏ mức vi thể.
- Thực tế là có thể tồn tại đồng thời nhiều tổn thương ung thư dạ dày sớm. Xu hướng này ngày càng tăng do có chương trình nội soi sàng lọc ung thư, bệnh nhân tuổi cao và tăng thời gian sống sót của ung thư dạ dày. Tỷ lệ gặp ung thư khác đồng thời với ung thư dạ dày là 1,1–4,7%, còn tỷ lệ gặp ung thư dạ dày nguyên phát, đa vị trí là 6–14%. Bệnh nhân có đa tổn thương ung thư dạ dày sớm thường gặp ở người cao tuổi. Các tổn thương ung thư này có đặc điểm giống nhau về lâm sàng, giải phẫu bệnh vì không có sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch, điều trị và tiên lượng. Ung thư tái phát do bỏ sót ở những bệnh nhân có đa vị trí tổn thương dạ dày thì có tiên lượng tồi, vì vậy luôn phải có ý thức tìm những tổn thương ung thư sớm vị trí khác khi điều trị một tổn thương ung thư dạ dày sớm.
- Cần nghĩ đến ung thư dạ dày sớm khi thấy một tổn thương đơn thuần hoặc một tổn thương nhỏ. Những tiến bộ gần đây trong việc phát hiện và điều trị các tổn thương ung thư dạ dày sớm có kích thước nhỏ và rất nhỏ làm cải thiện tiên lượng sống và hiệu quả điều trị ung thư dạ dày như phương pháp cắt niêm mạc qua nội soi. Cần làm sinh thiết với những tổn thương nhỏ như đám niêm mạc xung huyết đỏ, đám niêm mạc nhạt màu, trợt nhỏ, tổn thương lồi hoặc chấm chảy máu để phân biệt với ung thư dạ dày sớm. Cắt hết niêm mạc qua nội soi ngày càng trở nên phổ biến, do vậy điều quan trọng là phải đánh giá chính xác vị trí và mức độ tổn thương trước khi điều trị.

4. Hình ảnh nội soi của ung thư dạ dày sớm thể lõi

- Có thể chẩn đoán dễ dàng ung thư dạ dày sớm thể lõi hơn thể lõm vì dễ nhìn thấy. Nhưng tổn thương dạng phẳng hoặc dạng hạt nhỏ thì khó hơn vì khó phát hiện nếu không quan sát cẩn thận. Tiêu chuẩn để phân loại type I và IIa như sau. Thứ nhất, ung thư dạ dày sớm type I là thấy tổn thương cao hơn hai lần so với chiều dày niêm mạc, trong khi type IIa chỉ cao hơn bề mặt niêm mạc một chút và ít hơn hai lần chiều dày niêm mạc. Thứ hai, theo phân loại Paris, type I được xác định là tổn thương cao $\geq 1,2$ mm so với niêm mạc xung quanh và type IIa là thấp hơn 1,2 mm so với niêm mạc xung quanh.
- Khi đánh giá các tổn thương lõi, cần chú ý số lượng tổn thương, kích thước và màu sắc tổn thương, cấu trúc bề mặt và những thay đổi niêm mạc xung quanh. Ung thư biểu mô tuyến tiên phát gặp đơn độc trong hơn 80% số trường hợp. Đa tổn thương thường gặp trong các u di căn hoặc u lympho ác tính.

- Khi bề mặt niêm mạc xung huyết đỏ có thể là ung thư dạ dày sớm hoặc polyp tăng sản. Khi thấy màu xám hoặc nhợt nhạt, có khả năng là ung thư biểu mô. Khi bề mặt có dạng hạt hoặc nốt, mức độ nghi ngờ tổn thương ác tính cao hơn. Theo các nghiên cứu về yếu tố chẩn đoán đánh giá xâm lấn sâu của ung thư thì ung thư nội niêm mạc dạng lõi thường có kích thước dưới 3 cm hoặc có trợt, xung huyết hoặc phủ giả mạc trắng trên bề mặt. Ung thư dưới niêm mạc thường là khi các tổn thương loét bề mặt, có dạng u dưới niêm mạc hoặc có nhiều nếp niêm mạc lõi lên.
- Đôi khi khó có thể phân biệt giữa polyp tăng sản với ung thư dạ dày sớm type I. Polyp tăng sản thường có nhiều tổn thương, bề mặt mềm mại. Ung thư dạ dày sớm type I thường là tổn thương đơn độc và bề mặt bất thường. Nhưng ung thư cũng có thể tồn tại trên polyp tăng sản, vì vậy cần sinh thiết và theo dõi cẩn thận.

1) Ung thư dạ dày sớm type I



A



B

A, B. Tổn thương ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa vừa, kích thước 2,4 x 1,8 cm, có xâm lấn lớp SM1 tại hang vị.



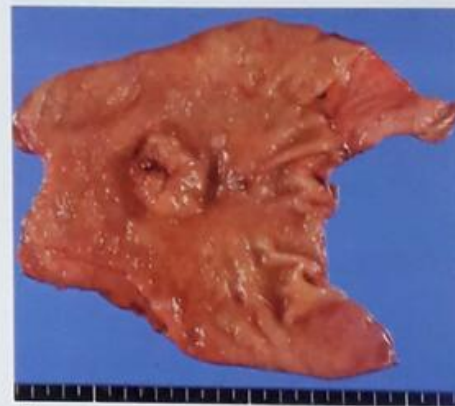
C



D



E



F



G

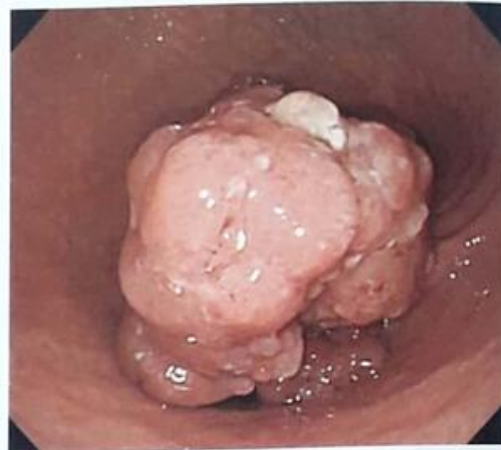


H

A, B. Tổn thương ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa vừa, kích thước 2,4x1,8 cm xâm lấn lớp SM1 tại hang vị. C. Tổn thương ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa vừa, kích thước 2,7x 2 cm, xâm lấn lớp SM2. D. Khối u lồi trên phim chụp có thuốc cản quang. E, F Ung thư dạ dày biểu mô tuyến, biệt hóa cao, kích thước 1,0 x 1,4 mm xâm lấn đến lớp cơ niêm. G, H. Ung thư biểu mô tuyến dạ dày, kích thước 1,1 x 0,9 cm, biệt hóa cao, xâm lấn đến lớp mô đệm, ở tâm vị phần dạ dày còn lại sau khi cắt bán phần. Tổn thương được cắt hết niêm mạc qua nội soi.



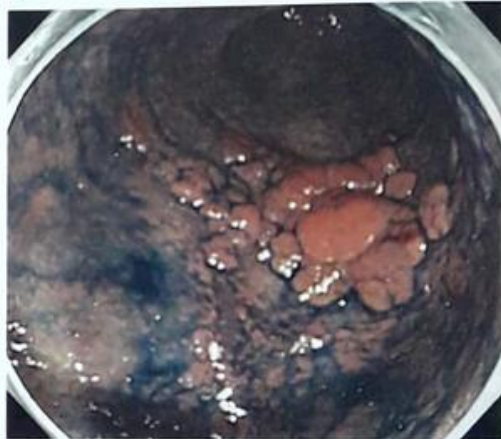
I



J



K



L



M



N

I, J. Không phải tất cả các tổn thương kích thước lớn đều là ung thư tiền triển. Tổn thương ung thư thể lồi, kích thước 9 x 4,5 cm khu trú ở lớp đệm niêm mạc. K, L. Tổn thương lồi, kích thước 5 cm, ở bờ cong lớn hang vị. Nhuộm màu indigocarmine, thấy tổn thương lồi type I, nhiều nốt, khác biệt rõ với vùng niêm mạc xung quanh. Tổn thương được xác định là ung thư dạ dày biểu mô tuyến, biệt hóa cao, kích thước 5,4 x 3,5 cm, xâm lấn lớp đệm niêm mạc. M. Ung thư dạ dày khó phân biệt với polyp tăng sản. Là ung thư biểu mô tuyến, biệt hóa cao, kích thước 1,4 x 1,2 cm, xâm lấn lớp đệm niêm mạc, được điều trị bằng cắt hết niêm mạc qua nội soi. Tổn thương được nhận định là ung thư dạ dày sớm type I, bề mặt xung huyết đỏ. N. Tổn thương ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa vừa, kích thước 5 x 2,8 cm, xâm lấn tới lớp SM1.

2) Ung thư dạ dày sớm type IIa



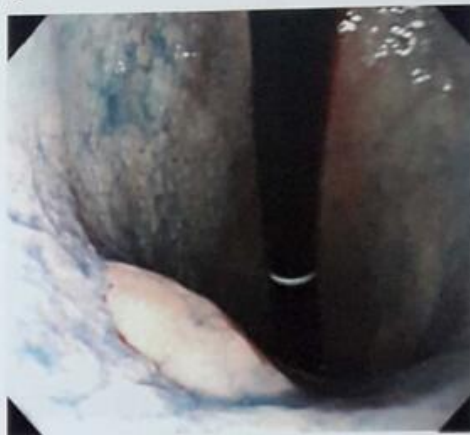
A



B



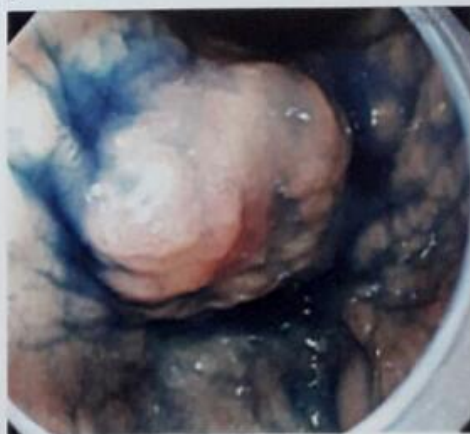
C



D



E

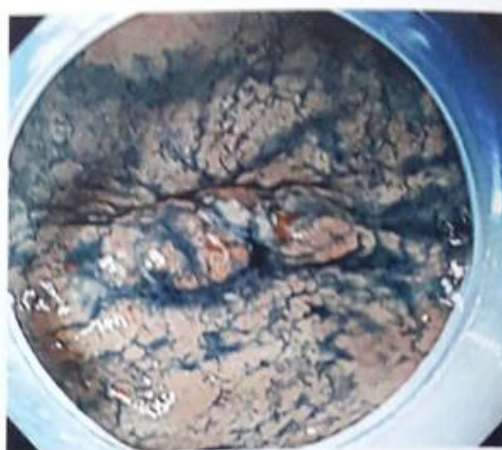


F

A. Tổn thương nhỏ, bờ không rõ, ở bờ cong nhỏ vùng hang vị. B. Tổn thương nhìn rõ hơn khi nhuộm indigocarmine, được xác định là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa vừa, kích thước 2,4 x 1,6 cm. C,D. Ung thư dạ dày sớm, dạng lõm, hình tròn ở thành trước của góc bờ cong nhỏ là ung thư biệt hóa cao, kích thước 2,8 x 1,4 cm, xâm lấn lớp SM1. E,F. Ung thư dạ dày sớm lõm, hình tròn ở bờ cong nhỏ hang vị, là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa cao, kích thước 1,6 x 1,1 cm, xâm lấn lớp cơ niêm.



G



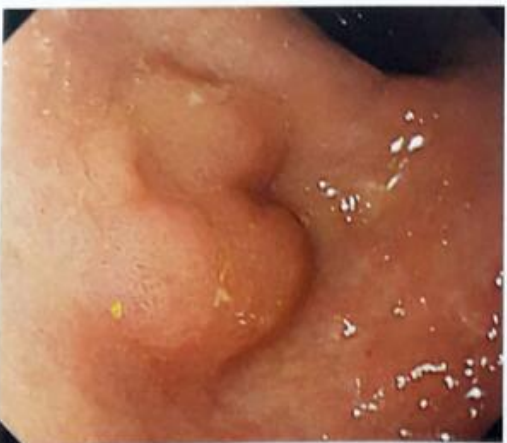
H



I



J



K



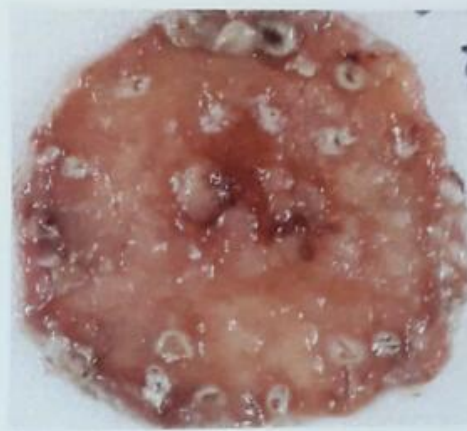
L

G, H. Ung thư dạ dày sớm, dạng lồi, ở bờ cong nhỏ hang vị, là ung thư biểu mô tuyến thể nhú, kích thước 2,0 x 1,2 cm, xâm lấn lớp cơ niêm. I. Ung thư dạ dày sớm, dạng lồi, ở bờ cong nhỏ hang vị là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa cao, kích thước 0,6 x 0,6 cm, xâm lấn lớp đệm niêm mạc. J. Ung thư dạ dày sớm, dạng lồi, ở bờ cong lớn hang vị là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa vừa, kích thước 1,2 x 0,8 cm, xâm lấn lớp cơ niêm. K. Ung thư dạ dày sớm, dạng lồi, ở bờ cong nhỏ hang vị là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa cao, kích thước 1,5 x 1,2 cm xâm lấn đến lớp mô đệm. L. Ung thư dạ dày sớm, dạng lồi ở bờ cong nhỏ, gần thành trước hang vị là ung thư biểu mô tuyến, biệt hóa cao, kích thước 2,8 x 1,3 cm, xâm lấn lớp cơ niêm.

3) Các tổn thương hỗn hợp (IIa + IIc)



A



B



C



D



E



F

A, B. Tổn thương dạng lõm, ở bờ cong nhỏ hang vị, có bề mặt lõm, xung huyết đỏ. Là ung thư biểu mô tuyến, biệt hóa cao, ở lớp niêm mạc đã được cắt hết dưới niêm mạc qua nội soi. C. Tổn thương ung thư dạ dày sớm khu trú ở thành sau thân vị, khó xác định trên nội soi. Là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa vừa, kích thước 1,0 x 1,0 cm, xâm lấn lớp SM2. D. Ung thư biểu mô tế bào nhẵn (signet ring cell carcinoma), kích thước 1,8 x 1,2 cm, xâm lấn lớp SM3, ở bờ cong bé phần giữa thân vị, trên bệnh nhân có tiền sử ghép một bên thận. E. Ung thư dạ dày dạng lõm và lõm, ở bờ cong lớn hang vị là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa vừa, kích thước 1,8 x 0,9 cm có xâm lấn lớp cơ niêm. F. Ung thư dạ dày sớm thể lõm và lõm, ở bờ cong bé, phần xa thân vị là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, không biệt hóa, kích thước 3,3 x 2,0 cm, xâm lấn lớp SM3.



G



H

G. Tổn thương loại IIa + IIc, ở thành sau của hang vị, gần lỗ môn vị, được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa vừa, kích thước 1,5 x 1,2 cm, xâm lấn lớp SM3. Trong số 79 hạch lympho thì có một hạch bị ung thư. H. Ung thư biểu mô tuyến dạ dày, không biệt hóa, kích thước 2,5 x 1,7 cm. Tổn thương ung thư sớm nhìn giống ung thư tiến triển, không tương xứng với Borrmann type I, II, III hoặc IV. Có nhiều trường hợp tổn thương ung thư đã xâm lấn sâu hơn so với chẩn đoán nội soi nghi ngờ ung thư sớm type IIa + IIc.

5. Hình ảnh nội soi của ung thư dạ dày sớm type phẳng

Ung thư dạ dày sớm type phẳng dễ bị bỏ sót nếu không quan sát cẩn thận, vì tình trạng lõm hoặc lõm rất kín đáo, khó có thể nhận biết trên hình ảnh nội soi. Ta có thể nghi ngờ ung thư sớm khi thấy niêm mạc nhạt màu hoặc đỏ, mất độ sáng bóng hoặc dễ chảy máu khi tiếp xúc. Cần quan sát cẩn thận vì khó phân biệt ranh giới tổn thương so với các tổn thương ung thư sớm khác.

Lưu ý khả năng ung thư dạ dày sớm type IIb khi thấy niêm mạc đổi màu hoặc chảy máu, phải quan sát gần tổn thương kết hợp với nội soi nhuộm màu. Khi cần sinh thiết, cần chụp hình ảnh chảy máu sau sinh thiết vì khó có thể đánh dấu chính xác điểm tổn thương và sẽ phải khẳng định lại bằng hình ảnh chụp.



A



B



G



H

G. Tổn thương loại IIa + IIc, ở thành sau của hang vị, gần lỗ môn vị, được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa vừa, kích thước 1,5 x 1,2 cm, xâm lấn lớp SM3. Trong số 79 hạch lympho thì có một hạch bị ung thư. H. Ung thư biểu mô tuyến dạ dày, không biệt hóa, kích thước 2,5 x 1,7 cm. Tổn thương ung thư sớm nhìn giống ung thư tiến triển, không tương xứng với Borrmann type I, II, III hoặc IV. Có nhiều trường hợp tổn thương ung thư đã xâm lấn sâu hơn so với chẩn đoán nội soi nghi ngờ ung thư sớm type IIa + IIc.

5. Hình ảnh nội soi của ung thư dạ dày sớm type phẳng

Ung thư dạ dày sớm type phẳng dễ bị bỏ sót nếu không quan sát cẩn thận, vì tình trạng lồi hoặc lõm rất kín đáo, khó có thể nhận biết trên hình ảnh nội soi. Ta có thể nghi ngờ ung thư sớm khi thấy niêm mạc nhạt màu hoặc đỏ, mất độ sáng bóng hoặc dễ chảy máu khi tiếp xúc. Cần quan sát cẩn thận vì khó phân biệt ranh giới tổn thương so với các tổn thương ung thư sớm khác.

Lưu ý khả năng ung thư dạ dày sớm type IIb khi thấy niêm mạc đổi màu hoặc chảy máu, phải quan sát gần tổn thương kết hợp với nội soi nhuộm màu. Khi cần sinh thiết, cần chụp hình ảnh chảy máu sau sinh thiết vì khó có thể đánh dấu chính xác điểm tổn thương và sẽ phải khẳng định lại bằng hình ảnh chụp.



A



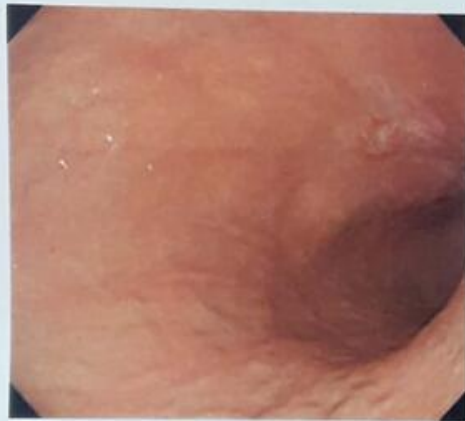
B



C



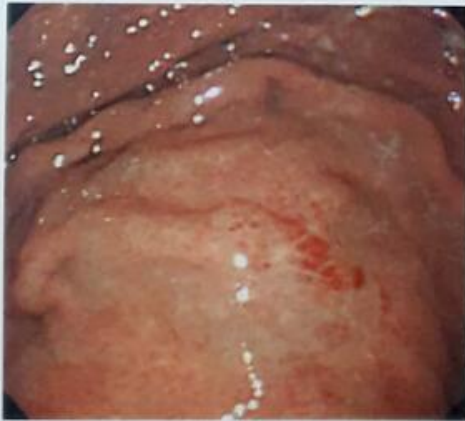
D



E



F



G



H

A, B. Đám niêm mạc đối màu đỏ ở bờ cong lớn hang vị, tổn thương được điều trị bằng cắt hớt niêm mạc, kết quả là ung thư biểu mô tuyến dạ dày, biệt hóa vừa, kích thước 2,0 x 1,0 cm, khu trú tại lớp đệm niêm mạc. C, D. Đám niêm mạc nhợt màu, ở bờ cong bé phần xa thân vị, kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư biểu mô tế bào nhẵn kích thước 0,8 cm, khu trú tại lớp đệm niêm mạc, không xâm lấn hạch lympho. E, F. Tổn thương màu đỏ và nhợt ở trên thành trước của đoạn xa của thân vị là ung thư biểu mô tế bào nhẵn, kích thước 6,5 x 3,3 cm, xâm lấn tới lớp cơ niêm. G, H. Tổn thương kết hợp đám nhợt màu và mảng đỏ trên bờ cong lớn, ở phần cao thân vị là ung thư biểu mô tế bào nhẵn xâm lấn tới lớp cơ niêm.



I



J



K



L



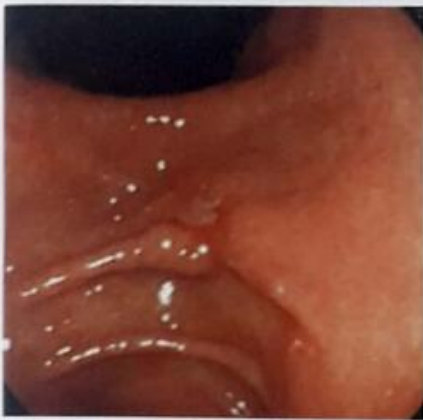
M



N

I, J. Một vết lõm niêm mạc, hơi nhợt màu ở thành trước thân vị là ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa, kích thước 2,6 x 0,9 cm, xâm lấn lớp SM2. K, L. Tổn thương nhợt màu, lan tỏa, kết hợp với sự đổi màu đỏ từng phần, ở thành sau của góc bờ cong nhỏ (K). Đám niêm mạc gồ, có loét trung tâm, cùng vị trí nhưng tổn thương ở 10 ngày sau lần soi trước (L), cho thấy đây là sự thay đổi vùng tổn thương sau khi sinh thiết. Là ung thư biểu mô tế bào nhẵn, kích thước 4,9 cm, xâm lấn lớp cơ niêm. M. Cần quan sát cẩn thận đám niêm mạc chảy máu tự nhiên. Tổn thương ung thư biểu mô tuyến, biệt hóa vừa, kích thước 1,2 cm, xâm lấn lớp mô đệm. N. Niêm mạc bình thường vùng phình vị có hình ảnh gồ ghề, vì vậy ung thư dạ dày sớm cũng có thể có hình ảnh gồ ghề. Tổn thương là ung thư biểu mô tuyến, biệt hóa vừa, kích thước 3,2 cm, xâm lấn lớp cơ niêm.

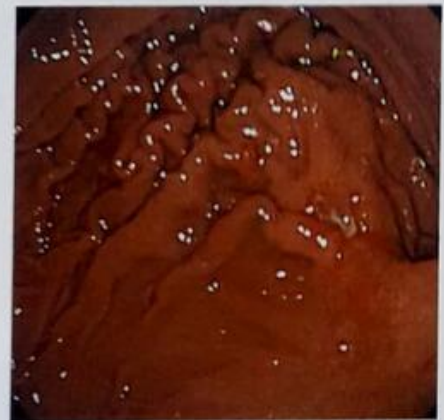
2. Ung thư dạ dày sớm thể lõm (Depressed type early gastric cancer)



Ung thư dạ dày sớm type IIc ở bờ cong nhỏ hang vị, xâm lấn lớp cơ niêm.



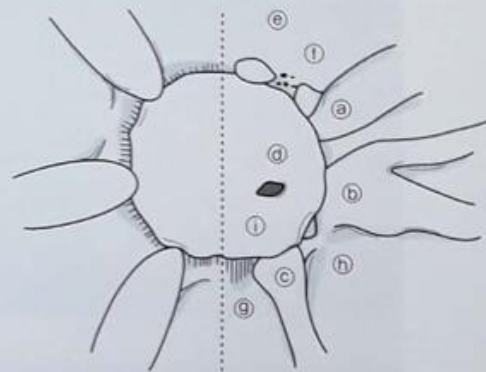
Ung thư dạ dày sớm type IIc với các nếp niêm mạc bất thường, ở thành trước của thân vị, xâm lấn lớp cơ niêm.



Ung thư dạ dày sớm type III, ở mặt sau thân vị, có loét và xâm lấn lớp SM3.

1. Đặc điểm của type ung thư dạ dày sớm dạng lõm

Ung thư dạ dày sớm dạng lõm (type IIc và III) chiếm khoảng 70 – 80% tất cả các ung thư dạ dày sớm. Cần phân biệt với các dạng tổn thương khác như loét lành tính và ung thư tiến triển. Các tổn thương loét bao gồm các nếp niêm mạc lõm và hội tụ. Vùng niêm mạc lõm trong ung thư sớm có bề mặt bất thường. Ung thư biệt hóa cao có hình dạng nếp niêm mạc dạ dày. Còn ung thư không biệt hóa có hình thái không đồng đều và có xu hướng trượt. Nếp niêm mạc cắt cụt ở vùng tổn thương lõm ung thư sớm có nhiều dạng như là thon dần (tapering), phình ra (clubbing), đứt đoạn (interruption) và nhập lại (fusion). Những biến đổi này thường không có trong các tổn thương lành tính. Trong nhiều trường hợp khó để chẩn đoán phân biệt một ổ loét dạ dày lành tính với một ổ loét ác tính. Các đặc điểm khác biệt được mô tả trong Hình 1.



2. Ung thư dạ dày sớm type IIc

Type IIc là một type thường gặp nhất của ung thư dạ dày sớm. Tổn thương có hình thái hơi lõm hơn so với niêm mạc xung quanh. Thể lõm có thể gặp kích thước khác nhau, có thể đi kèm với hội tụ nếp niêm mạc hoặc không.

	Loét dạ dày lành tính	Loét ác tính
Các nếp niêm mạc	- Đồng đều xung quanh ổ loét - Trung tâm hội tụ về một điểm - Bờ niêm mạc mềm mại	- Không đều ở quanh ổ loét - Có nhiều hơn một trung tâm - Cắt - Kết hợp - Phình ra
Bờ	- Gắn đồng nhất - Biểu mô tái tạo đồng nhất - Bờ gọn gàng, sạch	- Ăn sâu - Các nốt nhỏ hoặc lõi bất thường - Vết đỏ hoặc nhạt màu bất thường - Biểu mô tái tạo từng phần - Vết trắng bề mặt lõi ra
Đáy ổ loét	Giả mạc trắng đồng nhất	- Giả mạc trắng không đồng đều - Biểu mô tái tạo dạng đào

Hình 1. Chẩn đoán phân biệt giữa loét dạ dày lành tính và ung thư dạ dày sớm dạng lõm

Niêm mạc ở trung tâm thể lõm có thể không đều, nhợt màu hoặc các hạt xù xì kèm chảy máu, các đảo niêm mạc, giả mạc trắng che phủ không đều hoặc bám dính niêm mạc. Ung thư dạ dày sớm type IIb có thể hơi lõm nhưng thay đổi màu sắc là dấu hiệu hay gặp. Vì vậy, thể lõm ít hơn có thể được xếp vào type IIb. Nhưng, việc xác định ung thư dạ dày sớm type IIc và IIb không phải luôn dễ dàng.

4. Các phát hiện nội soi khác nhau

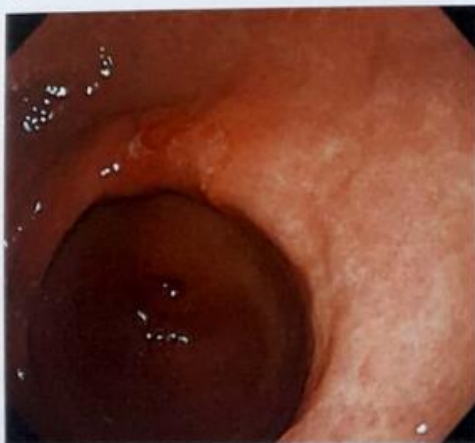
1) Ung thư dạ dày sớm type IIc



A



B



C



D

A, B. Tổn thương lõm kích thước 1,5 cm, ở gần thành trước của góc bờ cong nhỏ. Tổn thương có các nếp niêm mạc xung quanh bình thường, không có nếp niêm mạc bất thường. Đôi khi ung thư dạ dày sớm thể lõm không thấy nếp niêm mạc bất thường. Tổn thương được xác định là ung thư biểu mô tuyến, biệt hóa vừa kích thước 1,0 x 1,0 cm, xâm lấn lớp cơ niêm. C, D. Tổn thương lõm, mất màu niêm mạc và mảng ban đỏ, quan sát được ở bờ cong nhỏ hang vị. Tổn thương lõm nông, có vùng lõm sâu hơn được bao phủ bởi giả mạc trắng, khó có thể kết luận đó là một ổ loét. Kết quả là ung thư dạ dày sớm type IIc. Chảy máu tự nhiên khi bơm hơi, không có nếp niêm mạc bất thường. Tổn thương được xác định là ung thư biểu mô tuyến, không biệt hóa (dưới nhóm XYZ) kích thước 4,2 x 3,0 cm, xâm lấn lớp cơ niêm.



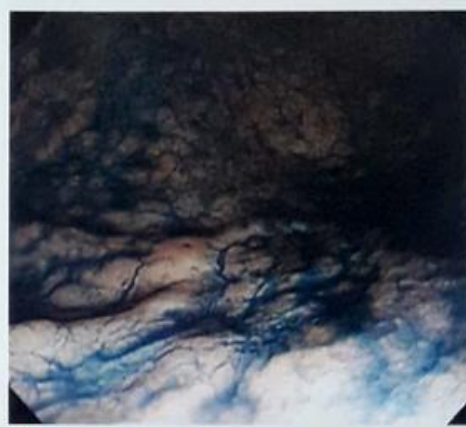
E



F



G



H



I



J

E, F. Tổn thương lõm, xung huyết đỏ, bờ không đều, kích thước 2,5 cm quan sát được ở bờ cong lớn, phía trên hang vị, gần thành trước. Các nếp niêm mạc bất thường có dạng hội tụ, phình ra và cắt cụt, quan sát được ở tất cả 4 hướng. Ung thư dạ dày sớm type IIc có thể thấy bờ gồ nhẹ hơn so với niêm mạc xung quanh do sự tập trung niêm mạc nhưng không được mô tả như là một tổn thương lõm. Bệnh nhân được phẫu thuật, kết quả là ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa, kích thước 3,0 x 1,2 cm, xâm lấn lớp SM1. G, H. Ung thư biểu mô sớm type IIc có thể nhìn giống như vùng teo niêm mạc và dễ bị bỏ qua, đặc biệt khi tổn thương khu trú ở bờ cong lớn thân vị và khi dạ dày không được bơm căng. Nhuộm màu indigocarmine rất có ích để chẩn đoán. Tổn thương được xác định là ung thư biểu mô tuyến, type hỗn hợp biệt hóa vừa và không biệt hóa, kích thước 0,5 x 0,4 cm xâm lấn lớp đệm niêm mạc. I, J. Nếp niêm mạc ở bờ cong lớn của phần xa dạ dày, gần hang vị bị cắt cụt bởi vùng niêm mạc lõm, nhạt màu và lồi đốm ban đỏ. Tổn thương được xác định là ung thư biểu mô tế bào nhân kích thước 1,2 x 0,6 cm, xâm lấn lớp đệm niêm mạc.



K



L



M



N



O



P

K, L. Tổn thương loét type IIc, có thể ở hình dạng khác nhau phụ thuộc vào tình trạng bơm hơi vào dạ dày. Tổn thương là ung thư biểu mô tế bào nhẵn, kích thước 5,8 x 2,9 cm, xâm lấn lớp SM3. M. Vùng loét trên một nếp niêm mạc bình thường ở thành trước thân vị. Bệnh nhân đã được cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD), kết quả là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, kích thước 0,5 x 0,4 cm, xâm lấn lớp đệm niêm mạc. N. Một vết loét nông hình tam giác có bờ gồ ghề ở phần trên của hang vị. Tổn thương được xác định là ung thư biểu mô tuyến, biệt hóa vừa, kích thước 1,6 x 1,2 cm, xâm lấn lớp SM3. O. Tổn thương loét niêm mạc, bờ không đều, được xác định là ung thư tế bào nhẵn, kích thước 1,5 x 1,0 cm xâm lấn lớp SM2. P. Tổn thương loét lan tỏa, đáy không đều, ở bờ cong lớn phần dưới thân vị, có các nếp niêm mạc cắt cụt. Tổn thương được xác định là ung thư biểu mô tế bào nhẵn kích thước 3,8 x 3,0 cm, xâm lấn lớp cơ niêm.

2) Ung thư dạ dày sớm type III



A



B



C



D



E



F

A, B. Tổn thương loét, phủ giả mạc trắng, kèm xung huyết đỏ, ở bờ cong nhỏ phần giữa thân vị. Niêm mạc xung quanh không đều và gồ ghề. Tổn thương là ung thư biểu mô không biệt hóa kích thước 3,2 x 1,4 cm, xâm lấn lớp cơ niêm. C. Tổn thương loét nhỏ, niêm mạc xung quanh phù nề, ở thành sau của phần trên thân vị, cách tâm vị khoảng 4 cm. Bờ ổ loét phía thành sau đều, mềm mại nhưng phía bờ cong lớn lại không đều. Tổn thương là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, kích thước 2,0 x 1,5 cm, xâm lấn lớp SM3. D. Tổn thương loét được bao phủ giả mạc trắng, nổi lên, ở thành sau của phần góc bờ cong nhỏ là ung thư biểu mô tế bào nhẵn kích thước 3,0 x 1,6 cm, xâm lấn lớp SM2. E. Tổn thương loét, tương đối tròn, phủ giả mạc trắng nổi ra ngoài, tại vị trí 12 giờ và 2 giờ, gần lỗ môn vị, được xác định là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa kích thước 2,9 x 2,7 cm, xâm lấn lớp SM3. F. Một vết loét nông, niêm mạc xung quanh bất thường, ở thành trước hang vị là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa kích thước 1,7 x 1,0 cm, xâm lấn lớp cơ niêm. Tổn thương như vậy có thể được phân loại là ung thư dạ dày sớm type IIc hoặc type III.

3) Ung thư dạ dày sớm type lõm hỗn hợp



A



B



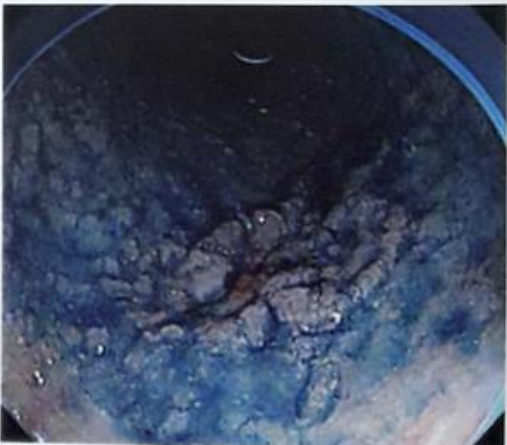
C



D



E



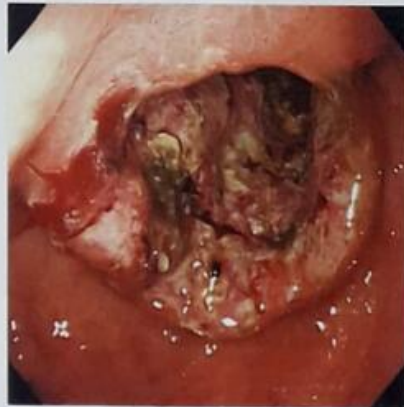
F

A. Tổn thương hỗn hợp type IIc + III, gồm một vùng type IIc lan rộng và vùng type III loét nhẹ. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tế bào nhân kích thước 2,5 x 1,8 cm, biệt hóa tế bào Panneth và xâm lấn lớp SM3. B, C. Tổn thương type III + IIa biến đổi thành tổn thương type IIc + IIa sau một tháng, sự biến đổi này cho ta thấy vòng đời của ung thư dạ dày sớm. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa kích thước 1,2 x 1,1 cm, xâm lấn cơ niêm. D. Tổn thương lõm nông bề mặt niêm mạc, vùng niêm mạc xung quanh gồ lên, ở bờ cong nhỏ và thành trước hang vị gần lỗ môn vị. Cả hai tổn thương đều được chẩn đoán là ung thư biểu mô không biệt hóa trên bệnh phẩm sinh thiết và bệnh phẩm sau phẫu thuật; trên bệnh phẩm phẫu thuật xác định là ung thư biểu mô tuyến thể nhú biệt hóa vừa, kích thước 3,5 x 1,5 cm, xâm lấn lớp SM1. E, F. Ung thư dạ dày sớm type IIa + IIc ở bờ cong bé phần dưới thân vị. Bệnh nhân đã được cắt hết niêm mạc qua nội soi (EMR) nhưng trên bệnh phẩm phẫu thuật thì đã có xâm lấn lớp SM2 và hạch lympho. Ung thư dạ dày sớm type IIa + IIc thường thâm nhiễm lớp dưới niêm mạc nhiều hơn type IIa.

3. Ung thư dạ dày tiến triển không phải type Borrmann IV (Advanced gastric cancer other than Borrmann type IV)



Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 1



Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 2

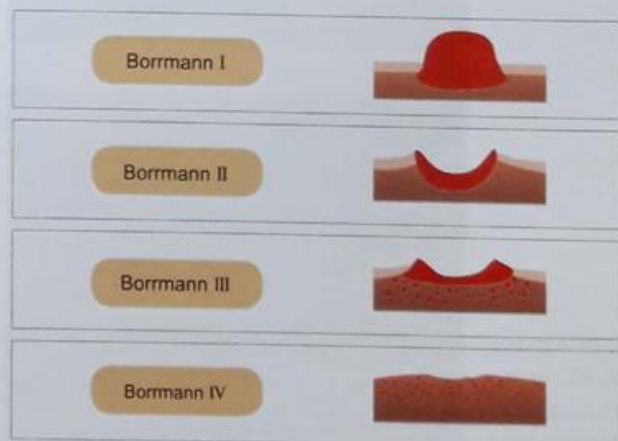


Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 3

1. Định nghĩa và phân loại

- Ung thư dạ dày tiến triển là ung thư xâm lấn đến lớp cơ và có thể ra ngoài lớp cơ. Hiện nay thường dùng phân loại Borrmann (1926) để áp dụng cho ung thư dạ dày tiến triển, phân loại này chia làm 4 type dựa vào hình thái của tổn thương (Hình 1).
- Bốn type ung thư (type 1–4) được phân loại dựa trên những thay đổi về độ cao của niêm mạc tổn thương như loét hoặc lồi và thay đổi theo chiều ngang như thâm nhiễm. Những tổn thương không thể phân loại vào 4 type này thì được xác định là type 5. Nhiều ca ung thư dạ dày tiến triển giống ung thư sớm (EGC-like advanced gastric cancers) được xếp vào type 5, chiếm khoảng 15% tổng số các trường hợp ung thư.
- Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 1 là tổn thương lồi vào lòng dạ dày, bề mặt không có loét. Borrmann type 2 là dạng loét khu trú, hình thái là ổ loét, tế bào ung thư thâm nhiễm đến bờ gờ của ổ loét. Borrmann type 3 là dạng tổn thương loét thâm nhiễm nghĩa là có loét nhưng không xác định được rõ bờ của vùng tổn thương. Type 3 là dạng ung thư tiến triển thường gặp nhất.

Borrmann type 4 là dạng ung thư thâm nhiễm lan tỏa, chủ yếu ở lớp dưới niêm mạc, có thể có loét khu trú. Nếu vùng thâm nhiễm lớn hơn vùng loét thì ta xếp tổn thương vào Borrmann type 4 ngay cả khi có ổ loét. Borrmann type 4 rất dễ bị bỏ sót vì vậy khi soi phải quan sát cẩn thận.



Hình 1. Phân loại ung thư dạ dày tiến triển dựa vào hình thái tổn thương trên nội soi

2. Lâm sàng

- Ở Hàn Quốc, ung thư dạ dày là ung thư hay gặp nhất ở nam giới và hay gặp thứ ba ở nữ giới. Tỷ lệ phát hiện ung thư dạ dày sớm ngày càng tăng so với ung thư dạ dày tiến triển. Tỷ lệ tử vong do ung thư dạ dày đang giảm nhờ vào các chương trình khám sàng lọc và những tiến bộ trong điều trị. Trong chương trình khám sàng lọc ung thư sớm, phát hiện được nhiều bệnh nhân ung thư dạ dày sớm nhưng cũng gặp nhiều bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn, chiếm khoảng 1/4 đến 1/3 trong tổng số các ca ung thư.

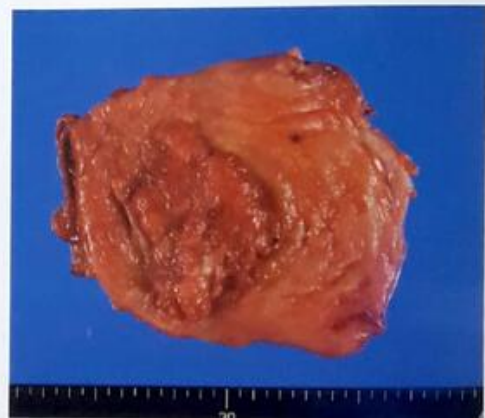
- Ung thư dạ dày ở hang vị và thân vị có liên quan đến nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori* đang có xu hướng giảm nhưng ung thư vùng tâm vị lại tăng lên.
- Triệu chứng thường gặp là sụt cân và đau thượng vị, ung thư vùng tâm vị có thể gặp khó nuốt. Gần đây, nhờ vào các chương trình sàng lọc mà phát hiện ngày càng nhiều bệnh nhân ung thư không có triệu chứng, làm cho việc lập kế hoạch điều trị cũng có khó khăn hơn.

3. Hình ảnh nội soi

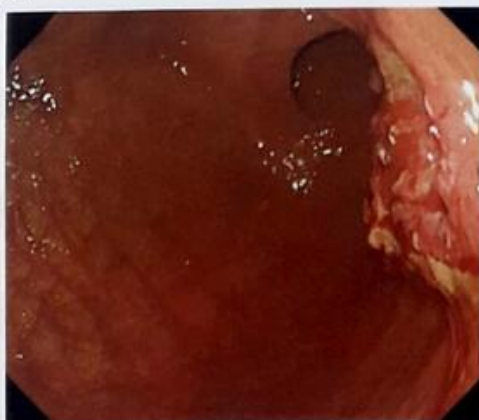
1) Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 1



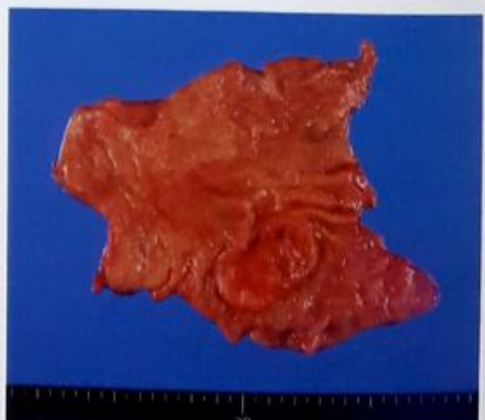
A



B



C



D

A, B. Ung thư tiến triển Borrmann type 1 thường ở thân vị dạ dày nhưng cũng có thể ở tâm vị hoặc hang vị. Trên bệnh nhân này, tổn thương là ung thư biểu mô tuyến thể nhú, biệt hóa vừa, kích thước 8 x 3,5 cm, xâm lấn lớp cơ, chưa có di căn hạch. C, D. Tổn thương Borrmann type 1 thường là khối lớn hơn 2–3 cm, bề mặt có nốt không đều. Tổn thương là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, kích thước 5,8 x 4,0 cm, xâm lấn lớp cơ, chẩn đoán xác định sau phẫu thuật là có di căn 9/45 hạch lympho.



E



F

E, F. Sau phẫu thuật, tổn thương được xác định là ung thư biểu mô tuyến thể nhú, không biệt hóa, kích thước 4,3 x 3,7 cm, xâm lấn lớp cơ và bạch mạch, chưa có di căn hạch.

2) Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 2



A



B

A, B. Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 2 là dạng khối có loét. Đặc điểm của tổn thương là bờ ổ loét dày, có ranh giới rõ với vùng niêm mạc xung quanh. Ổ loét không đều, rộng và sâu. Đáy ổ loét gồm có tế bào ung thư hoại tử, tổ chức hạt và các nốt. Bề mặt vùng tổn thương xung quanh ổ loét có thể thấy bất thường, xung huyết đỏ. Đôi khi khó có thể phân biệt rõ ràng Borrmann type 2 và 3. Khi tổn thương loét tròn có độ sâu, có khác biệt rõ với vùng thâm nhiễm thì có thể xếp vào Borrmann type 2, trong khi ổ loét nông không đều, không có bờ rõ ràng, thâm nhiễm là đặc điểm nổi bật thì có thể được xếp vào Borrmann type 3. Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 3 thường gặp hơn Borrmann type 2.



C



D



E



F



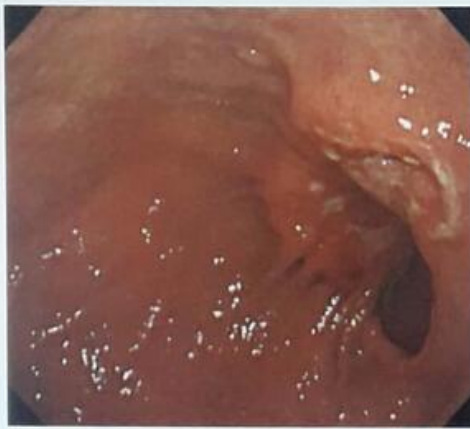
G



H

C. Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 2. Đáy ổ loét gồm có tế bào ung thư hoại tử, mô hạt và các nốt. Bề mặt vùng tổn thương xung quanh ổ loét có thể thấy bất thường, xung huyết đỏ. Các nốt xung quanh ổ loét có thể dễ dàng phân biệt với ổ loét lành tính. Có thể sinh thiết các nốt không đều ở đáy ổ loét hoặc bờ trong của ổ loét. D. Sau phẫu thuật, tổn thương được xác định là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, kích thước 3 cm, có xâm lấn lớp cơ, di căn 4/48 hạch lympho. E. Ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa, kích thước 4 x 3 cm cho thấy biệt hóa thần kinh nội tiết và xâm lấn lớp cơ. Sau phẫu thuật thấy có xâm lấn 37 hạch lympho. F. Tổn thương mô tuyến không biệt hóa kích thước 7 x 6,5 cm, di căn sang cơ quan lân cận. G. Ung thư biểu mô xác định là Borrmann type 2 vì có đặc điểm loét nổi bật. H. Tổn thương loét lớn, thâm nhiễm xung quanh, được 5 cm, xâm lấn lớp thanh mạc. I. Tổn thương là ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa, kích thước 5,5 x 4,5

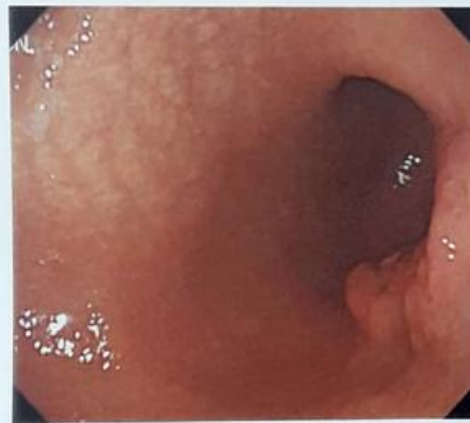
3) Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 3



A



B



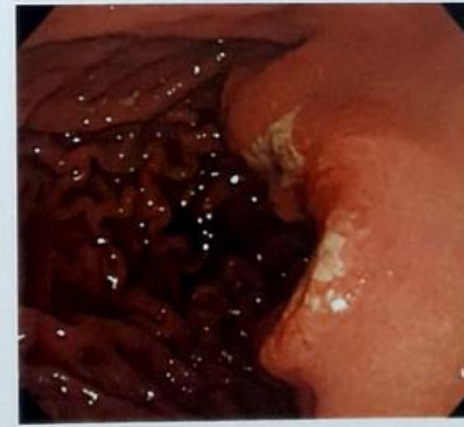
C



D



E



F

A, B. Tổn thương lồi, có loét bề mặt, ở thành trước góc bờ cong nhỏ. Các nếp bất thường ở phía thành trước và thâm nhiễm ở phía thành sau. Tổn thương làm hẹp một phần lòng dạ dày. Là ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa, kích thước 5 x 5 cm, xâm lấn lớp dưới thanh mạc. C, D. Tổn thương lồi có loét và thâm nhiễm ở thành sau của phần dưới thân vị. Là ung thư biểu mô tuyến tế bào nhẵn, kích thước 5,5 x 4,5 cm, xâm lấn lớp thanh mạc. E, F. Ung thư biểu mô tuyến tế bào nhẵn kích thước 13 x 8,5 cm, xâm lấn lớp thanh mạc, phía bờ cong nhỏ, phần dưới thân vị lan tới phần trên hang vị, di căn 30/50 hạch lympho.



G



H



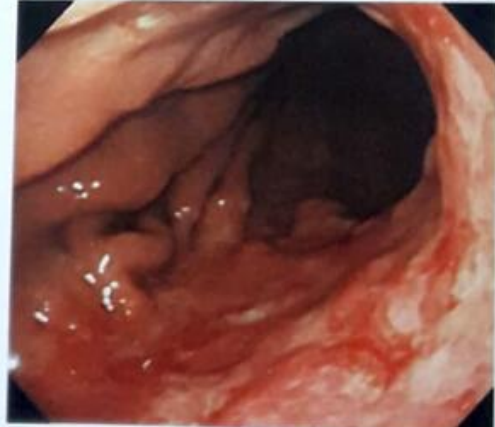
I



J



K



L

G. Tổn thương thâm nhiễm loét ở thành sau đoạn giữa thân vị là ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa, kích thước 4,0 x 3,5 cm, xâm lấn lớp cơ. H. Tổn thương loét nhỏ ở hang vị, gần lỗ môn vị là ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa, kích thước 3 x 3 cm, xâm lấn lớp cơ. I. Tổn thương sau phẫu thuật được xác định là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, kích thước 3,5 x 2,5 cm, xâm lấn lớp dưới thanh mạc và di căn 1/62 hạch lympho. Ung thư biểu mô tuyến Borrmann type 3 là dạng thâm nhiễm loét, có ổ loét ở giữa, tổ chức ung thư thâm nhiễm xung quanh đáy ổ loét, làm cho ranh giới vùng tổn thương với vùng niêm mạc xung quanh không rõ. J. Sau phẫu thuật, tổn thương được xác định là ung thư biểu mô tuyến dạng nhầy, kích thước 7,7 x 1,2 cm, xâm lấn lớp thanh mạc, di căn 22/66 hạch lympho. K. Ung thư thâm nhiễm Borrmann type 3 đôi khi giống như hình ảnh nếp niêm mạc dày lên. Trường hợp này sinh thiết khó vì tổn thương được bao phủ bởi niêm mạc lành. Do đó tốt nhất sinh thiết ở bờ ổ loét. Tổn thương là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, xâm lấn lớp dưới thanh mạc, chưa có di căn hạch lympho. L. Ung thư dạ dày tiến triển, tổn thương có vùng lõm nông, thâm nhiễm rộng, không có loét. Không giống Borrmann type 4, không thấy nếp niêm mạc quá phát hoặc dạ dày giảm tính co giãn.

4) Một số hình ảnh ung thư dạ dày tiến triển khác



A



B



C



D



E



F

A, B, C, D. Gần đây tỷ lệ ung thư dạ dày ở tâm vị có sự gia tăng. Thường có xâm lấn sang thực quản, không dễ dàng để xác định là ung thư biểu mô tuyến của thực quản do Barrett hay do từ tâm vị dạ dày. Nên những tổn thương này thường được xếp vào nhóm ung thư vùng nối dạ dày-thực quản.



G



H



I



J

E. Tổn thương loét lớn, các nếp niêm mạc xung quanh phì đại, ở vùng trên thân vị. Những tổn thương như thế này có thể xếp vào loại Borrmann type 3 nhưng nếp niêm mạc phì đại quan sát được ở toàn bộ dạ dày và giảm tính co giãn nên được xếp vào Borrmann type 4. Tổn thương sau phẫu thuật xác định là ung thư biểu mô tuyến tế bào nhẵn, kích thước 18 x 14 cm, xâm lấn lớp thanh mạc, di căn 7/46 hạch lympho. F. Với những tổn thương ung thư dạ dày có dạng lõm, vùng tổn thương lõm lên so với niêm mạc bình thường xung quanh. Rất hiếm trường hợp tế bào ung thư thâm nhiễm sâu, mà bề mặt niêm mạc vẫn giữ được cấu trúc bình thường giống như các khối u dưới niêm mạc. Ung thư dạ dày dạng giống như u dưới niêm mạc có đặc điểm là gồ nhẹ, đáy không đều, vùng lõm rộng so với vùng gồ lên. Trường hợp này là ung thư dạ dày giống như u dưới niêm mạc, được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến thể nhú, xâm lấn lớp thanh mạc. G, H. Tổn thương loét lớn ở góc bờ cong nhỏ, bề mặt phủ bởi các chất hoại tử ung thư và xuất tiết. Tổn thương được xếp vào Borrmann type 2. Tổn thương sau phẫu thuật được xác định là ung thư biểu mô tuyến dạng gan (hepatoid adenocarcinoma). Trên mô bệnh học xác định đây là dạng ung thư có cả hai đặc điểm biểu mô tuyến và dạng gan. Loại ung thư này có nồng độ α -fetoprotein (AFP) cao, tốc độ phát triển nhanh, di căn hạch và gan, có tiên lượng tối. I, J. Tổn thương lõm có loét ở giữa, kích thước 2,5 cm, ở bờ cong nhỏ dạ dày phần hang vị. Vùng gồ xung quanh ổ loét có xung huyết đỏ, biến đổi niêm mạc dạng hạt. Trên nội soi, tổn thương được chẩn đoán là Borrmann type 2, nghi ngờ là ung thư sớm vì tổn thương có kích thước nhỏ hơn những ung thư tiến triển. Sau phẫu thuật xác định là u thần kinh nội tiết không biệt hóa, xâm lấn lớp cơ.

4. Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type IV (Borrmann type IV advanced gastric cancer)



Các nếp dạ dày phì đại từ phần trên thân vị tới phần dưới thân vị, dạ dày giảm khả năng co giãn.



Ổ loét nằm trên nền nếp niêm mạc dạ dày phì đại. Ung thư dạ dày Borrmann type 4 thường có loét hoặc loét trên bề mặt vùng tổn thương.



Trên CLVT, có dày lan tỏa bờ cong lớn, thành trước và thành sau dạ dày. Có hình ảnh tăng cản quang nhẹ ở niêm mạc dạ dày.

1. Định nghĩa

- Năm 1926, Borrmann định nghĩa ung thư dạ dày lan tỏa không có loét, không có ranh giới rõ ràng ngay cả trên bệnh phẩm sau phẫu thuật là ung thư dạ dày tiến triển type 4.
- Ngay cả khi có loét, tổn thương ung thư thâm nhiễm lan tỏa rộng cần được xem xét xếp loại như ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 4.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 4 có thể gặp ở mọi độ tuổi và giới tính nhưng thường gặp ở phụ nữ trẻ tuổi, nên nếu chỉ dựa vào lâm sàng thì rất khó chẩn đoán.
- Các triệu chứng có thể gặp như cảm giác đầy bụng sau ăn, buồn nôn, nôn, sụt cân, đau bụng tiến triển tăng dần. Bệnh nhân không có triệu chứng thường được phát hiện khi khám sàng lọc.
- Thường có di căn phúc mạc. Ở thời điểm chẩn đoán, nhiều bệnh nhân bệnh đã tiến triển, không còn khả năng phẫu thuật triệt để.

- Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 4 rất dễ bị bỏ sót trên nội soi.
- Khi có nghi ngờ ung thư dạ dày Borrmann type 4 thì phải làm ngay các xét nghiệm chẩn đoán chuyên sâu hơn để phẫu thuật sớm. Nếu bị trì hoãn sau vài tháng thì dễ dẫn đến di căn phúc mạc, mất cơ hội phẫu thuật triệt để. Ngay từ lần thăm khám đầu tiên có thể gặp di căn phúc mạc, những trường hợp như vậy thì điều trị hay không điều trị cũng không có kết quả khác biệt.

3. Hình ảnh nội soi

- Không có tổn thương loét hoặc tổn thương lồi.
- Các nếp dạ dày thân vị phì đại và có thể quan sát được nếp khổng lồ. Dạ dày thường cứng, giảm độ co giãn nhưng nếu dạ dày vẫn căng giãn khi bơm hơi thì ta cũng không thể loại trừ được Borrmann type 4.
- Khi xâm nhiễm ở hang vị, không có biến đổi đặc hiệu ở niêm mạc ngoại trừ có thể gặp dấu hiệu dày thành và tắc nghẽn.
- Cần đánh giá kỹ lưỡng và sinh thiết ở vết loét hoặc vết trợt. Trong nhiều trường hợp, sinh thiết có kết quả âm tính mặc dù đã sinh thiết nhiều lần.

4. Một số hình ảnh nội soi



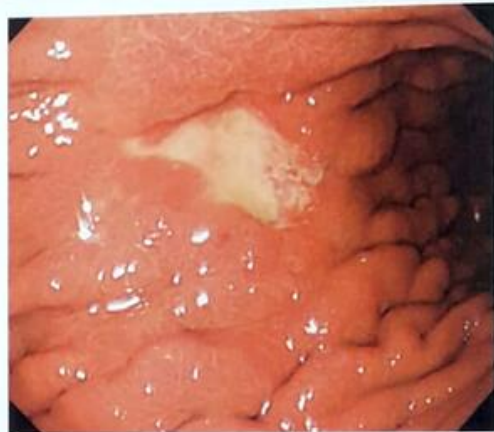
A



B



C



D



E



F

A. Các nếp niêm mạc thân vị dạ dày phì đại và giảm độ co giãn. Bề mặt niêm mạc phì đại tạo hình ảnh da rắn. **B.** Các nếp ở bờ cong lớn thân vị dày, có độ dày khác nhau. Độ co giãn dạ dày gần như bình thường. **C.** Các nếp phì đại và các nếp bình thường có ranh giới rõ ràng do ung thư thâm nhiễm ở phía dưới bờ cong lớn. **D.** Các nếp phì đại rõ kèm theo loét. **E.** Dày thành dạ dày kèm các tổn thương loét không đều ở thành sau thân vị trên bệnh nhân có đi ngoài phân đen. **F.** Một trường hợp Borrmann type 4 khác có thâm nhiễm chủ yếu ở hang vị. Được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến dạ dày di căn khi chọc hút dịch cổ trướng làm xét nghiệm.



G



H



I



J



K



L

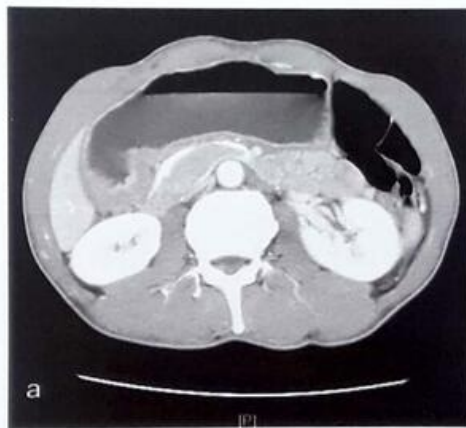
G. Ở bờ cong lớn đoạn dưới thân vị, một số nếp niêm mạc nhìn bình thường, một số nếp dày lên và có xung huyết đỏ. H. Các nếp niêm mạc bờ cong lớn ở giữa thân vị và phần trên thân vị dày đều nhưng độ co giãn của dạ dày vẫn bình thường. I. Trên bệnh phẩm cắt dạ dày toàn bộ, tổn thương là ung thư biểu mô tuyến dạ dày không biệt hóa, kích thước 14 x 13 cm, có xâm lấn tới lớp thanh mạc và di căn 1/47 hạch lympho. J, K, L. Bệnh nhân nam 70 tuổi chẩn đoán là ung thư biểu mô tế bào nhân có di căn phúc mạc. Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 4 cũng có thể thấy ở người già.



M



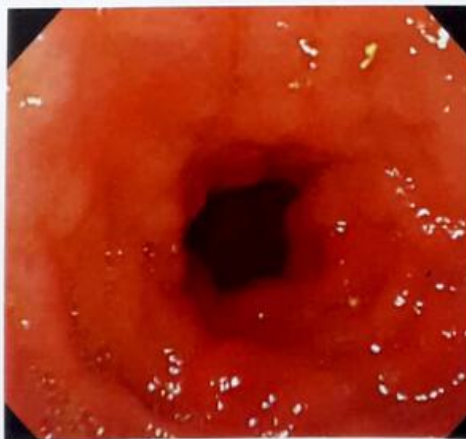
N



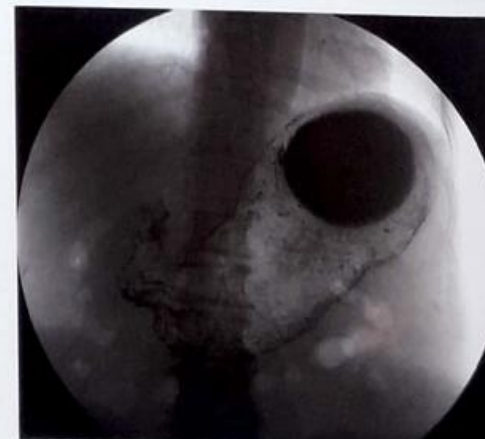
O



b



P



Q

M. Ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển Borrmann type 4 có thâm nhiễm hang vị. Mòn vị và phần xa hang vị có phì đại nhưng niêm mạc dạ dày nhìn bình thường. N. Dạ dày có nhiều thức ăn ứ đọng, phần thân vị bình thường. Bệnh phẩm sinh thiết không thấy có tế bào ung thư nhưng sau phẫu thuật bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa, kích thước 10 x 4 cm, thâm nhiễm thanh mạc và không có di căn hạch. O. Trên phim CLVT, dày thành hang vị. Ung thư biểu mô type 4 có thâm nhiễm hang vị. Không có tổn thương loét hay loét nhưng độ căng giãn không tương xứng khi bơm hơi. P. Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 4 có thâm nhiễm hang vị. Không có tổn thương loét hay loét nhưng độ căng giãn không tương xứng khi bơm hơi. Q. Không có tổn thương niêm mạc đáng kể và hang vị không căng giãn trên phim chụp đường tiêu hóa trên.



R



b



a

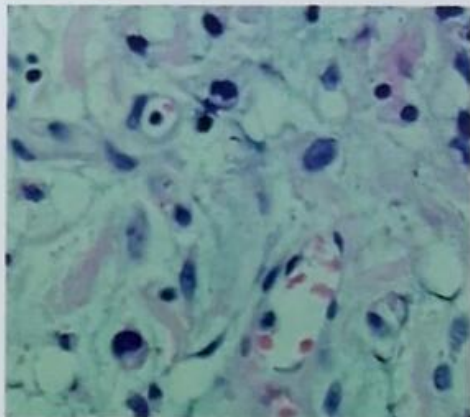
S



b

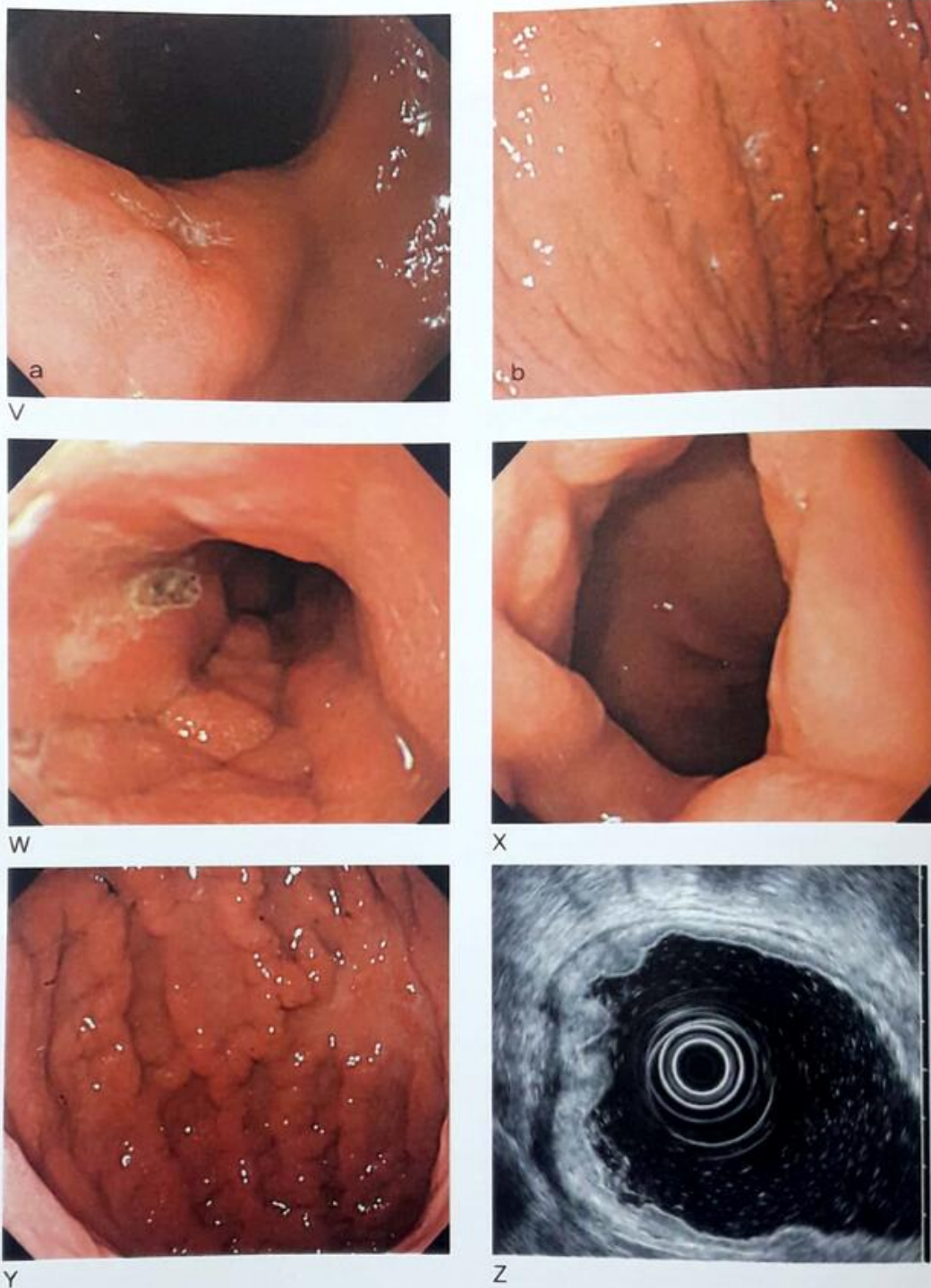


T



U

R. Các nếp niêm mạc và thành thân vị có phì đại, mất căng giãn. Ở bờ cong lớn thân vị có nếp khổng lồ. Tổn thương không được chẩn đoán là ung thư trên bệnh phẩm sinh thiết mặc dù đã làm sinh thiết nhiều lần. S. Ung thư thâm nhiễm quan sát được ở toàn bộ dạ dày ngoại trừ vùng hang vị trên phim chụp. T. Dạ dày thành dạ dày trên phim CLVT, có di căn phúc mạc. U. Bệnh nhân đã được mổ mở để chẩn đoán và được xác định là ung thư di căn phúc mạc. Khi nghi ngờ ung thư dạ dày Borrmann type 4, bệnh nhân cần được phẫu thuật cho dù sinh thiết có kết quả âm tính. Nếu bệnh nhân không được mổ ngay hoặc không được theo dõi vì chẩn đoán không rõ ràng thì có thể để lại hậu quả nặng nề. Do bệnh có tiên lượng tối nên cần xử trí tích cực khi có nghi ngờ.



V. Tổn thương loét nông nhỏ, phù nề niêm mạc xung quanh ở thành trước góc bờ cong nhỏ. Tiếp nối với tổn thương loét ở góc này, là các nếp niêm mạc phía bờ cong lớn phì đại, kéo dài kèm theo ban xung huyết đỏ. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, tổn thương được xác định là ung thư biểu mô tế bào nhẵn, kích thước 17x15 cm xâm lấn tới lớp dưới thanh mạc, có di căn 17/35 hạch lympho và xâm lấn xung quanh các dây thần kinh (perineural). **W.** Tổn thương ung thư Borrmann type 4 chiếm gần toàn bộ dạ dày. Dạ dày co giãn kém và gần như không giãn khi bơm hơi. Loét nông hình bầu dục ở chỗ dày thành dạ dày. **X.** Ung thư dạ dày thâm nhiễm gần hết hang vị trừ môn vị. Mép xa của vùng tổn thương ung thư dày lên, tạo hình dạng giả môn vị. **Y.** Nếp niêm mạc phì đại theo chiều ngang. Các nếp hơi cong và uốn lượn. **Z.** Trên siêu âm nội soi lớp niêm mạc dạ dày và dưới niêm dày thành không điển hình. Lớp cơ dày kèm theo tăng âm không đồng nhất nằm trong vùng cơ giảm âm. Các nếp không gồ cao, rãnh giữa các nếp nông.

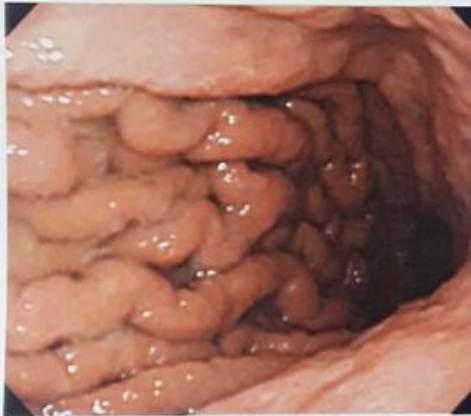
Chẩn đoán phân biệt: Viêm dạ dày phì đại (Hypertrophic gastritis), bệnh dạ dày do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (Portal hypertensive gastropathy), viêm dạ dày do Cytomegalovirus (CMV), u lympho dạ dày (Gastric lymphoma), giang mai dạ dày (Gastric syphilis)



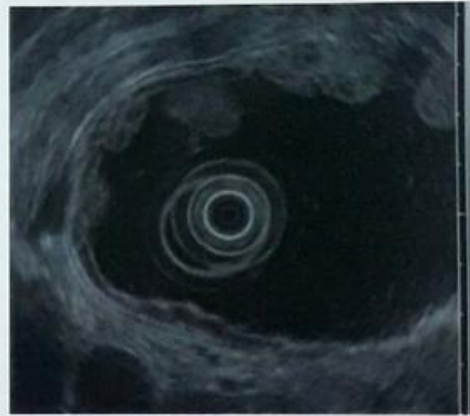
A



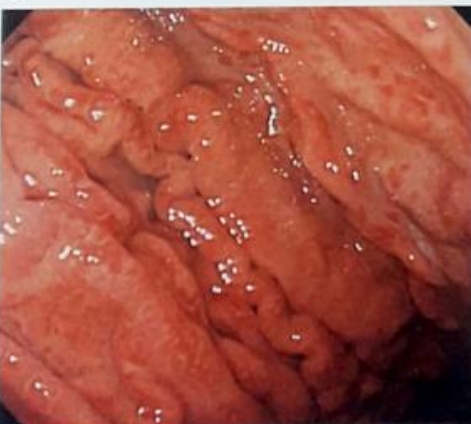
B



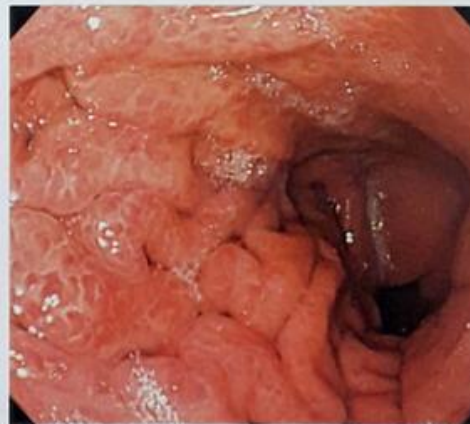
C



D

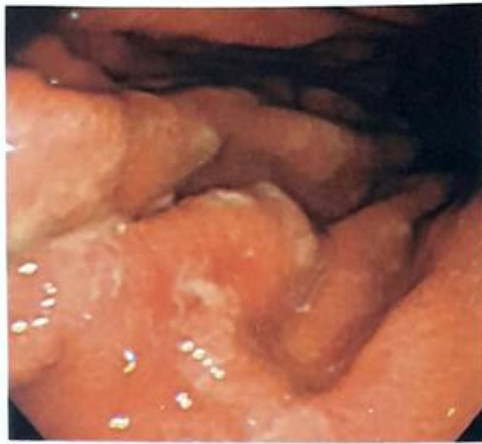


E



F

A, B. Viêm dạ dày phì đại. Các nếp ở bờ cong lớn thân vị phì đại, có hình ảnh là các nếp dày lên và không đều ngay cả trong mỗi nếp gấp. C, D. Viêm dạ dày phì đại. Các nếp phì đại nhưng tương đối đồng đều và vùng rãnh giữa các nếp rất mảnh. E, F. Bệnh dạ dày tăng áp lực mạch cửa. Các nếp dạ dày phì đại nhưng độ đàn hồi vẫn còn tốt so với mức độ phì đại. Bề mặt dạ dày trên các nếp phì đại xung huyết và nhìn rõ.



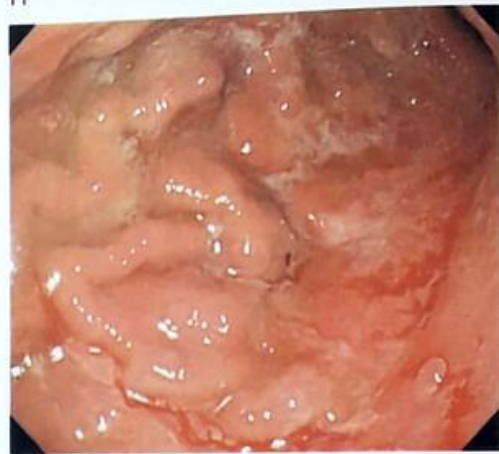
G



H



I



J



K

G, H. Viêm dạ dày do CMV. Hình ảnh viêm dạ dày do virus là phì đại các nếp niêm mạc và thành dạ dày, nếp niêm mạc không đều. I. U lympho tế bào B. U lympho dạ dày có hình ảnh gần giống với ung thư dạ dày Bormann type 4 nhưng không khó khăn khi phân biệt. J. Giang mai dạ dày. Niêm mạc mủn, dễ chảy máu khi bơm hơi. K. Giang mai dạ dày. Các nếp dạ dày dày không đều. Khó có thể chẩn đoán phân biệt với viêm dạ dày phì đại. Khai thác tiền sử quan hệ tình dục, làm các xét nghiệm huyết thanh để giúp chẩn đoán xác định.

5. Chẩn đoán phân biệt ung thư dạ dày giai đoạn sớm (EGC) và ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển (AGC)

(Differential diagnosis between early gastric cancer – EGC and advanced gastric cancer – AGC)

Sự cần thiết của việc chẩn đoán phân biệt ung thư dạ dày giai đoạn sớm và ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển

Trước đây khi phẫu thuật mở mổ là phương pháp điều trị duy nhất, thì điều trị chuẩn cho ung thư dạ dày sớm (EGC) và ung thư dạ dày tiến triển (AGC) là giống nhau và không có dấu hiệu lâm sàng để chẩn đoán phân biệt. Gần đây, trên thế giới đã phát triển các phương pháp điều trị khác nhau dựa trên giai đoạn của ung thư dạ dày, thì phân loại EGC và AGC càng trở nên quan trọng. Một số ung thư dạ dày giai đoạn sớm có thể được điều trị bằng cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD), nhiều ung thư dạ dày sớm và một số ung thư dạ dày giai đoạn muộn có thể điều trị bằng phẫu thuật nội soi. Do vậy, chẩn đoán thấp hơn giai đoạn bệnh thực tế sẽ dẫn tới lựa chọn phương pháp điều trị không phù hợp, ngược lại chẩn đoán quá giai đoạn sẽ dẫn đến việc chọn các phương pháp điều trị quá mức không cần thiết. Vấn đề là chưa có một phương pháp đặc hiệu nào để chẩn đoán phân biệt hai giai đoạn bệnh này.

2. Độ chính xác trong chẩn đoán phân biệt ung thư dạ dày giai đoạn sớm và giai đoạn tiến triển

Trong nghiên cứu trên 2.910 bệnh nhân ở một bệnh viện trường đại học tại Hàn Quốc từ năm 2001–2003, độ chính xác trong chẩn đoán EGC và AGC trên nội soi so với phẫu thuật là 91,3% (ở thời điểm đó phẫu thuật xâm lấn tối thiểu như phẫu thuật nội soi ổ bụng chưa được thực hiện). Trong một nghiên cứu tại Nhật Bản, độ chính xác khi chẩn đoán EGC và AGC trên nội soi trước phẫu thuật là 83,6%. Vì vậy, có thể nói độ chính xác trong chẩn đoán EGC và AGC trên nội soi là 80–90%. Có thể làm siêu âm nội soi (SANS) nhưng độ chính xác không tốt hơn so với nội soi thường quy.

3. Hình ảnh nội soi

- Các đặc điểm quan trọng nhất của AGC so với EGC là xác định được dạng khối. Khối này có thể bị bỏ qua do mức độ căng giãn của dạ dày khi bơm hơi, do đó cần kiểm soát lượng hơi bơm vào khi soi dạ dày. Kích thước của khối u không phải là đặc điểm quan trọng để phân biệt vì ung thư dạ dày sớm là tổn thương mới chỉ ở lớp niêm mạc hoặc dưới niêm mạc, có thể có hoặc không có di căn hạch lympho. Khi xác định là tổn thương bề mặt, sẽ được phân loại là ung thư dạ dày giai đoạn sớm mà không phụ thuộc vào kích thước.
- Mặc dù phân loại EGC và AGC trên nội soi trước phẫu thuật tương đối chính xác nhưng khi có thâm nhiễm dưới niêm mạc hoặc chỉ xâm lấn lớp cơ thì khó phân biệt vì hình ảnh nội soi có thể giống nhau. Trong nghiên cứu trên 2.910 bệnh nhân Hàn Quốc, 120 trường hợp nghi ngờ ung thư dạ dày sớm trên nội soi nhưng sau phẫu thuật lại được chẩn đoán xác định là ung thư tiến triển, trong số này có 71,7% ca là Borrmann type 3. Ngược lại, có 132 trường hợp nghi ngờ là ung thư dạ dày tiến triển trên nội soi thì chẩn đoán xác định sau phẫu thuật là ung thư dạ dày sớm, trong đó 32,6% là tổn thương lõm và 37% là tổn thương lồi.
- Ung thư dạ dày tiến triển có hình ảnh giống với ung thư dạ dày sớm được gọi là EGC–mimicking AGC hoặc AGC, mimicking EGC. Tương tự, ung thư dạ dày sớm có hình ảnh giống với ung thư dạ dày tiến triển gọi là AGC–mimicking EGC hoặc EGC, mimicking AGC.

4. Ung thư dạ dày tiến triển giống với ung thư dạ dày sớm (EGC-mimicking AGC)



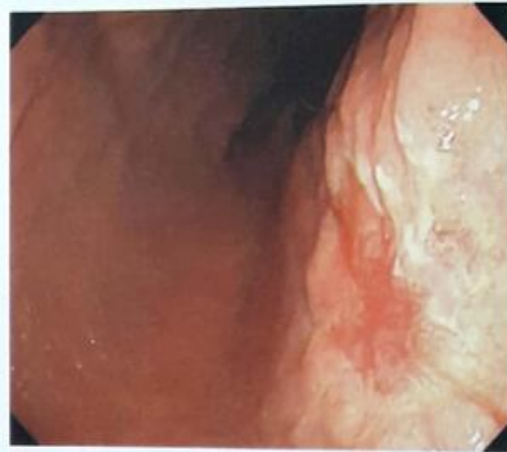
A



B



C



D



E



F

A, B. Tổn thương nhỏ cao có lõm trung tâm, kích thước 2,5 cm ở góc bờ cong nhỏ. Trên nội soi nghi ngờ ung thư dạ dày giai đoạn sớm type Ila+Ilc nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển, xâm lấn lớp cơ, kích thước 2,8 cm. **C, D.** Tổn thương lõm kích thước 4,0 cm có các nếp niêm mạc cắt cụt, ở thành sau thân vị. Trên nội soi, nghi ngờ là ung thư dạ dày giai đoạn sớm type Ilc nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật là ung thư dạ dày tiến triển, xâm lấn lớp cơ, kích thước 3,0 cm. **E, F.** Tổn thương gồ cao, lõm trung tâm, ở bờ cong nhỏ thân vị, kích thước 1,5 cm. Trên nội soi, nghi ngờ tổn thương là ung thư dạ dày giai đoạn sớm type Ila+Ilc nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư tiến triển, xâm lấn lớp cơ, kích thước 2,0 cm.



G



H



I



J



K



L

G, H. Tổn thương gồ cao, kích thước 7,0 cm, ở thành trước hang vị. Vùng gồ cao có xung huyết đỏ ở phía bờ cong lớn. Trên nội soi dạ dày, tổn thương được nghi ngờ là ung thư dạ dày sớm type IIa+I nhưng sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần, được chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày tiến triển, kích thước 8,5 cm, xâm lấn lớp cơ. I, J. Tổn thương nhỏ cao, có lõm trung tâm kích thước 3,0 cm, ở bờ cong lớn hang vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày sớm type IIa+IIc nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật là ung thư dạ dày tiến triển, xâm lấn lớp cơ, kích thước 3,6 cm. K, L. Tổn thương nhỏ cao, lõm trung tâm, kích thước 1,0 cm ở góc bờ cong nhỏ. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày sớm type IIa+IIc nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật là ung thư dạ dày tiến triển, xâm lấn lớp cơ, kích thước 1,3 cm.



M



N



O



P



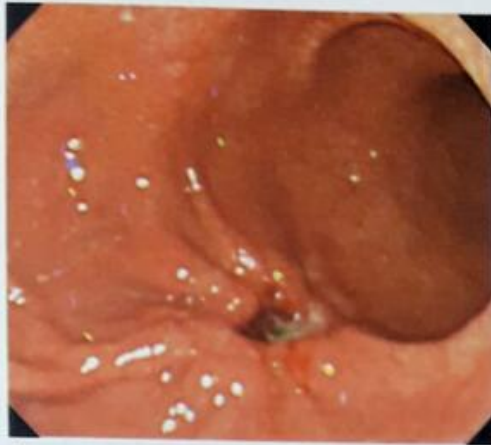
Q



R

M, N. Tổn thương lõm có dát đỏ kích thước 1,5 cm, cắt đứt các nếp niêm mạc ở thành trước thân vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày giai đoạn sớm type IIc nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày tiến triển xâm lấn lớp dưới thanh mạc, kích thước 2,0 cm, có di căn hạch lympho. O, P. Tổn thương lõm có dát đỏ, cắt đứt các nếp niêm mạc ở bờ cong lớn thân vị, kích thước 2,5 cm. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày giai đoạn sớm type IIc nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày tiến triển xâm lấn tới lớp thanh mạc, kích thước 2,6 cm. Q. Tổn thương nhỏ cao ở tâm vị, kích thước 2,0 cm. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày giai đoạn sớm type I nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày tiến triển, xâm lấn lớp cơ kích thước 2,0 cm. R. Tổn thương lõm, kích thước 2,5 cm, cắt đứt các nếp niêm mạc ở bờ cong nhỏ thân vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày giai đoạn sớm type IIc nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày tiến triển, xâm lấn lớp cơ, kích thước 3,4 cm.

Ung thư dạ dày sớm giống với ung thư dạ dày tiến triển (AGC-mimicking EGC)



A



B



C



D



E



F

A, B. Tổn thương lõm, cắt đứt các nếp niêm mạc, kích thước 1,5 cm, ở bờ cong lớn thân vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 3 nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư sớm, khu trú ở lớp niêm mạc, kích thước 2,8 cm. C, D. Tổn thương gồ, kích thước 3,0 cm, ở bờ cong lớn thân vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 1, ở bờ cong lớn thân vị nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày sớm, xâm lấn tới lớp SM2, kích thước 2,0 cm. E, F. Tổn thương gồ, có lõm trung tâm, kích thước 2,0 cm ở thành trước của thân vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 2 nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày sớm xâm lấn lớp SM2, kích thước 2,0 cm.



G



H



I



J



K

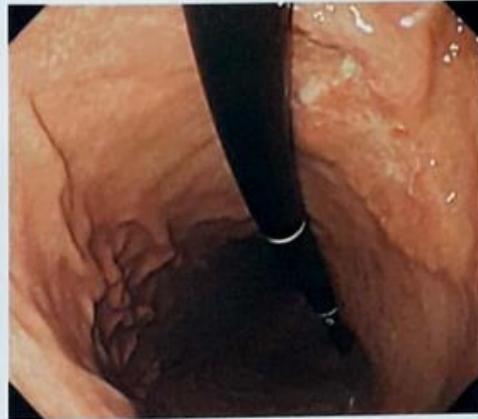


L

G, H. Tổn thương lồi, kích thước 2,5 cm, ở thành trước hang vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 1 nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư sớm, xâm lấn 1/3 giữa lớp dưới niêm (SM2), kích thước 2,5 cm. I, J. Tổn thương gồ, kích thước 7,0 cm ở thành trước của hang vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 1 nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày sớm, xâm lấn tới 1/3 dưới lớp dưới niêm (SM3), kích thước 8,0 cm. K, L. Tổn thương gồ, lõm trung tâm, kích thước 2,5 cm, ở thành trước hang vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 2 nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày sớm, xâm lấn tới 1/3 dưới lớp dưới niêm (SM3), kích thước 2,2 cm.



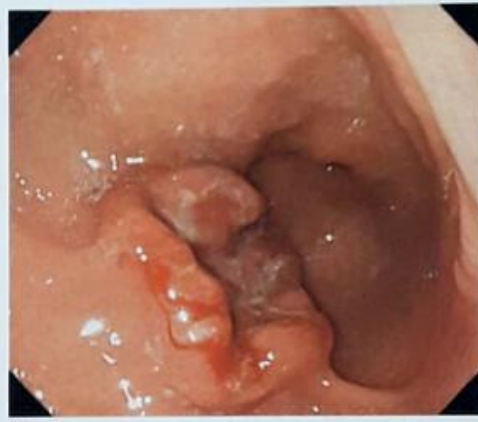
M



N



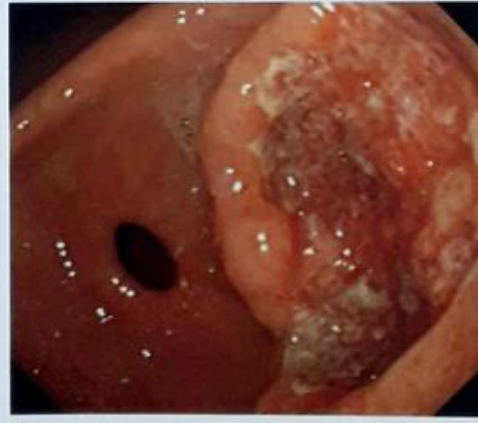
O



P



Q



R

M, N. Tổn thương lõm, kích thước 4,5 cm, cắt đứt các nếp niêm mạc, ở thành sau thân vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 3 nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày giai đoạn sớm xâm lấn tới 1/3 dưới lớp dưới niêm, kích thước 5,0 cm. O, P. Tổn thương lõm có lõm trung tâm, kích thước 3,0 cm, ở bờ cong lớn hang vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 2 nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày sớm, xâm lấn 1/3 dưới lớp dưới niêm (SM3), kích thước 2,5 cm. Q, R. Tổn thương lõm có lõm trung tâm, kích thước 3,5 cm, ở thành sau hang vị. Trên nội soi nghi ngờ là ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 2 nhưng chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần là ung thư dạ dày sớm, xâm lấn 1/3 dưới lớp dưới niêm mạc (SM3), kích thước 3,3 cm.

6. Ung thư dạng biểu mô lympho (Lymphoepithelioma-like carcinoma)

- Ung thư dạng biểu mô lympho dạ dày là một loại u dạ dày không biệt hóa, có thâm nhiễm lympho ở khoảng kẽ, mô bệnh học giống với ung thư vùng mũi họng. Chiếm 1–4% tất cả các loại ung thư dạ dày và có liên quan với virus Epstein–Barr. Ung thư dạng biểu mô lympho có thể gặp ở thực quản, dạ dày, đường mật, tuyến nước bọt, phổi, tử cung và da. Type IIa+IIc thường gặp ở giai đoạn sớm và

Borrmann type 4 thường gặp trong giai đoạn tiền triển nhưng hiếm khi ở dạng u dưới niêm mạc.

- Khi phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, tiên lượng giống với ung thư dạ dày sớm nhưng khi phát hiện ở giai đoạn tiền triển thì tiên lượng tốt hơn ung thư dạ dày khác ở cùng giai đoạn.
- Rất khó để phân biệt ung thư giai đoạn sớm và giai đoạn muộn trên hình ảnh nội soi dạ dày thông thường.



A



B



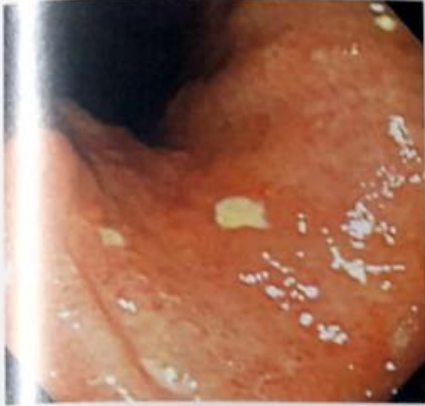
C



D

A. Ung thư dạng biểu mô lympho trên nội soi dạ dày có hình ảnh giống với ung thư dạ dày giai đoạn sớm. Được chẩn đoán xác định sau phẫu thuật là ung thư dạ dày tiền triển, xâm lấn đến lớp cơ. B. Ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 2, sau phẫu thuật được chẩn đoán xác định là ung thư dạng biểu mô lympho, xâm lấn đến lớp cơ. C. Ung thư dạng biểu mô lympho, xâm lấn tới 1/3 dưới lớp dưới niêm mạc (SM3). D. Tổn thương lồi có lõm trung tâm ở bờ cong lớn hang vị. Chẩn đoán xác định là ung thư dạng biểu mô lympho, giai đoạn tiền triển, kích thước 2,8 x 2,3 cm, xâm lấn tới lớp dưới thanh mạc.

6. U lympho dạ dày ác tính (Gastric lymphoma)



Vì khuẩn *H.pylori* (+) ở tổn thương u lympho MALT độ ác tính thấp. Các ban đỏ nhỏ, lan tỏa và loét nông ở bờ cong nhỏ thân vị.



U lympho tế bào B lớn lan tỏa ở bệnh nhân nam 40 tuổi. Tổn thương loét không đều, bờ cao ở thành trước và bờ cong nhỏ ở giữa thân vị.



U lympho tế bào T thâm nhiễm lan tỏa thành sau thân vị. Các nốt không đều trên bề mặt kèm theo các nốt nhỏ.

1. Lâm sàng

- U lympho không Hodgkin chiếm 95% các u lympho đường tiêu hóa.
- U lympho đường tiêu hóa chiếm 65% u lympho ngoài hạch.
- U lympho dạ dày chiếm 20% u lympho ngoài hạch.
- Ở Hàn Quốc, 13% u lympho có tổn thương tại dạ dày.
- Ở Hàn Quốc, 60% u lympho đường tiêu hóa là u lympho MALT dạ dày độ ác tính thấp và 30% u lympho tế bào B lớn lan tỏa.

2. Hình ảnh nội soi

- U lympho MALT độ ác tính thấp không có hình ảnh đặc hiệu trên nội soi. Hình ảnh thường gặp là nốt, loét, dát đỏ đa ổ trên diện rộng, hiếm khi tạo khối như trong ung thư dạ dày tiến triển.
- U lympho tế bào B lớn lan tỏa có hình ảnh giống với ung thư dạ dày tiến triển. Có nhiều dạng tổn thương khác nhau như Borrmann type 2, u dưới niêm mạc hoặc nhiều dạng tổn thương ở cùng một thời điểm nội soi.

3. Điều trị u lympho

- U lympho MALT độ ác tính thấp có liên quan tới nhiễm vi khuẩn *H.pylori*. Diệt *H.pylori* là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho u lympho MALT độ ác tính thấp khu trú tại niêm mạc hoặc dưới niêm và chưa có di căn sang các tạng lân cận. Tỷ lệ đáp ứng điều trị của u lympho MALT độ ác tính thấp với diệt *H.pylori* là 60–92%. Tỷ lệ đáp ứng điều trị dường như cao hơn ở những bệnh nhân được phát hiện ngẫu nhiên khi khám sức khỏe định kỳ. Đặc điểm tổn thương nội soi của u lympho MALT độ ác tính thấp sau khi đáp ứng điều trị với diệt *H.pylori* là các vùng niêm mạc đổi màu trắng hoặc nhợt, thường gọi là các “sẹo trắng teo”. Với bệnh nhân không đáp ứng với diệt *H.pylori* thường được điều trị bằng xạ trị.
- Phẫu thuật kèm theo hóa trị liệu là điều trị chuẩn cho u lympho tế bào B lớn lan tỏa. Tuy nhiên, tỷ lệ sống sót của điều trị chuẩn so với hóa trị đơn thuần gần tương đương nhau. Tổn thương u lympho đường tiêu hóa sau hóa trị liệu có nguy cơ bị thủng. Các trường hợp u lympho dạ dày tế bào T (NK/T) có thể hóa trị liệu, tuy nhiên tiên lượng kém.

4. U lympho MALT dạ dày độ ác tính thấp



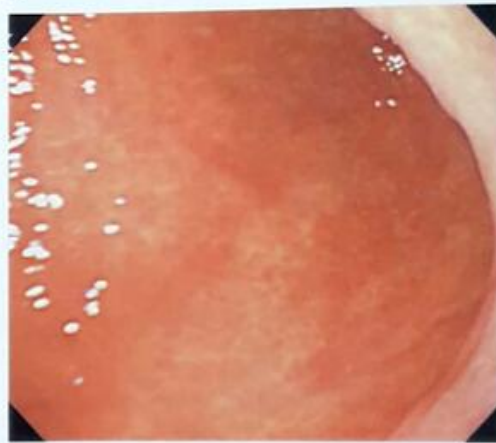
A



B



C



D



E



F

A, B. U lympho MALT độ ác tính thấp có *H.pylori* (+). Niêm mạc thành trước hang vị không đều, có các nốt nhỏ. Các tổn thương loét dạng vết kích thước và có các vết loét nông ở bờ cong lớn phần dưới thân vị. C, D. Các tổn thương đã mất sau điều trị diệt *H.pylori*. E, F. U lympho MALT độ ác tính thấp có *H.pylori* (+). Các tổn thương dạng mảng đỏ không đều và thay đổi màu sắc ở thành sau và góc bờ cong nhỏ.



G



H



I



J



K



L

G. U lympho MALT độ ác tính thấp, có *H.pylori* (+). Hai vết loét nhỏ có mảng niêm mạc đỏ xung quanh ở thành trước hang vị. H. Khi quan sát kỹ thấy mảng đỏ không đều và gồ ghề. I. U lympho MALT độ ác tính thấp, *H.pylori* (+). Niêm mạc gồ ghề lan tỏa ở bờ cong nhỏ của thân vị. J. Trên hình ảnh nội soi dải tần hẹp (NBI), cùng bệnh nhân với hình I, thấy rõ hơn hình ảnh gồ ghề của niêm mạc. K. U lympho MALT độ ác tính thấp, có *H.pylori* (+). Tổn thương loét tương đối rõ ràng, có bờ nề, ở thành trước của góc bờ cong nhỏ. L. Tổn thương loét phân bố rải rác trên một diện rộng ở thành trước của hang vị, cách xa tổn thương ở góc bờ cong nhỏ.



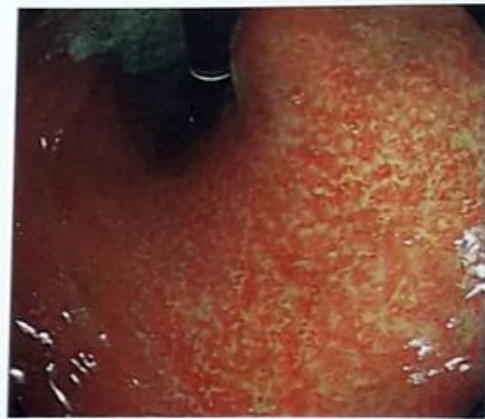
M



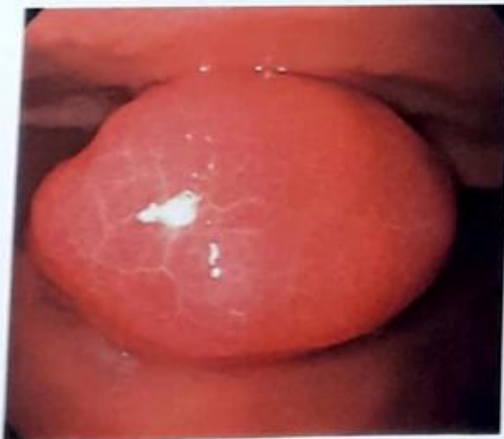
N



O



P



Q



R

M. U lympho MALT độ ác tính thấp *H.pylori*(+). Tổn thương là một vết trợt nhỏ, không đều, niêm mạc xung quanh xung huyết, ở thành trước của góc bờ cong nhỏ trên bệnh nhân khám sàng lọc. N. Hình ảnh "sẹo trắng teo" trên nội soi sau 3 tháng điều trị diệt *H.pylori*. O, P. U lympho MALT độ ác tính thấp *H.pylori*(+). Bờ cong nhỏ thân vị teo lan tỏa kèm theo vùng ban dát đỏ không đều. Q. U lympho MALT dạng polyp ở bờ cong lớn phần trên thân vị, không đáp ứng với điều trị diệt *H.pylori*. Khối u được cắt qua nội soi như cắt polyp. R. Sẹo sau cắt u, không thấy tái phát ở những lần theo dõi sau đó.

5. U lympho tế bào B lớn lan tỏa



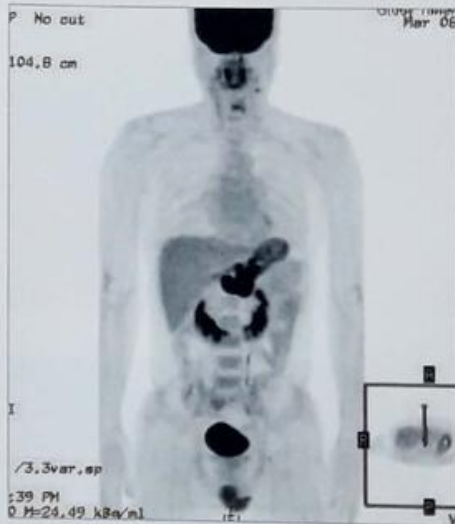
A



B



C



D



E

A, B. U lympho tế bào B lớn lan tỏa. U lympho được chẩn đoán trên bệnh nhân nội soi dạ dày định kỳ, không có triệu chứng lâm sàng. C, D. Dạ dày thành dạ dày trên phim CLVT và không có di căn trên phim chụp PET. E. Sau nhiều ngày hóa trị liệu, bệnh nhân xuất hiện đau bụng đột ngột. Chẩn đoán xác định là thủng tạng rỗng, bệnh nhân được phẫu thuật. Khi u lympho xâm lấn qua các lớp của thành dạ dày, do u lympho đáp ứng tốt với hóa trị liệu nên có thể gây thủng tại vùng tổn thương đó.



F



G



H



I



J



K

F. U lympho tế bào B lớn lan tỏa. Hình ảnh nội soi dạ dày trên bệnh nhân có triệu chứng đau cho thấy tổn thương loét nhô cao giống ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 2, ở thành sau phía trên hang vị. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u lympho dạ dày, có CD3(-), CD20(+), CK(AE1/AE3) (-). G. U lympho tế bào B lớn lan tỏa. Tổn thương loét nhô cao giống ung thư dạ dày tiến triển Borrmann type 2 ở bờ cong nhỏ của hang vị. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u lympho dạ dày. H, I. U lympho tế bào B lớn lan tỏa. Tổn thương Borrmann type 4 ung thư biểu mô dạ dày, thành dạ dày mất tính co giãn, trong khi với u lympho dạ dày thì có khả năng co giãn tốt hơn, trừ khi xâm nhiễm lympho mức độ nặng. Đây là một ví dụ về u lympho làm giảm khả năng co giãn dạ dày. J, K. U lympho tế bào B lớn lan tỏa. Hiếm gặp tổn thương ở phình vị.



G



H



I



J



K



L

G. U lympho tế bào T type bệnh lý ruột có CD3(+), CD20 (-). Bệnh nhân vào viện vì gầy sút 15 kg và ra mồ hôi đêm trong 6 tháng. Bề mặt niêm mạc dạ dày tương đối mềm mại, đều, chỉ hơi lấn sần. Sinh thiết ở bờ cong lớn hang vị xác định chẩn đoán là u lympho tế bào T. U lympho tế bào T. H. Tổn thương loét lớn, đáy gồ ghề ở tá tràng. G. Sinh thiết khẳng định chẩn đoán là u lympho tế bào T. U lympho tế bào T type T. I, J. U lympho bệnh lý ruột có thể có tổn thương nhẹ khi quan sát trên bề mặt nhưng trên mô bệnh học u lympho có thể đã xâm lấn. I, J. U lympho tế bào NK/T. Các tổn thương loét hình thái không đều, ở bờ cong lớn thân vị. K. U lympho tế bào NK/T. Tổn thương loét lớn ở góc bờ cong nhỏ. L. U lympho tế bào NK/T. Tổn thương loét không đều ở bờ cong nhỏ phần trên thân vị.

7. Ung thư di căn ở dạ dày

(Metastatic cancer found in the stomach)

1. Giới thiệu chung

Trên bệnh phẩm mổ tử thi của bệnh nhân ung thư di căn, tỷ lệ bệnh nhân có di căn đến dạ dày là 1,7 – 4,9%. Tuy nhiên, ung thư di căn ở dạ dày hiếm khi phát hiện được qua nội soi. Các ung thư thường di căn đến dạ dày gồm có ung thư phổi, ung thư vú, ung thư hắc tố (melanoma). Các khối u đặc như ung thư thực quản, ung thư đại tràng và bệnh máu ác tính như u lympho hoặc lơ-xe-mi cũng có thể di căn dạ dày. Đa phần các ung thư di căn ở dạ dày là các di căn lan tỏa nên bệnh nhân có tiên lượng rất xấu.

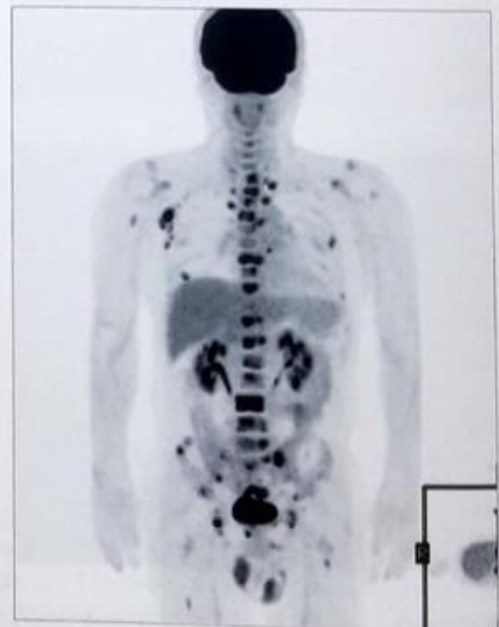
2. Hình ảnh nội soi

Ung thư di căn ở dạ dày có nhiều dấu hiệu khác nhau trên nội soi, thường có tổn thương đơn độc hơn là đa ổ. Thường gặp ở vùng thân vị và phình vị. Hình ảnh nội soi hay gặp nhất của các u di căn là “tổn thương hình núi lửa”, một khối u dưới niêm có vùng trung tâm lõm. Tổn thương có thể ở các dạng khác nhau như loét, polyp hoặc khối u dưới niêm mạc mà không có lõm trung tâm. Nhiều loại ung thư di căn như ung thư vú, có thể có tổn thương giống ung thư dạ dày Borrmann type 4. Ung thư di căn từ ung thư hắc tố ác tính có thể có nhiều các nốt màu đen. Ung thư di căn ở dạ dày dễ dàng được chẩn đoán bằng sinh thiết trong quá trình nội soi. Trong một nghiên cứu của Nhật Bản, tỷ lệ chẩn đoán được ung thư di căn ở dạ dày qua sinh thiết là 91%.

3. Các nguyên nhân ung thư di căn dạ dày



A



B

A. Di căn vùng nền sọ trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não ở bệnh nhân có giảm thị lực. B. Kết quả chụp PET trên bệnh nhân ung thư di căn đa ổ.



L



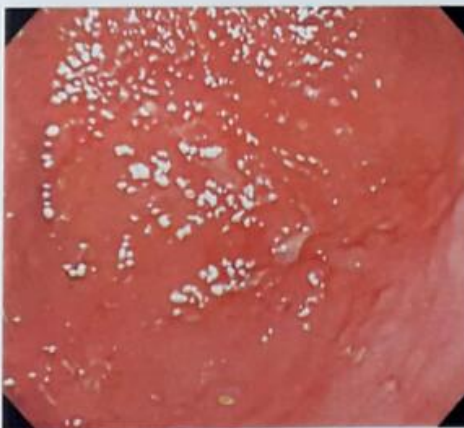
M



N



O



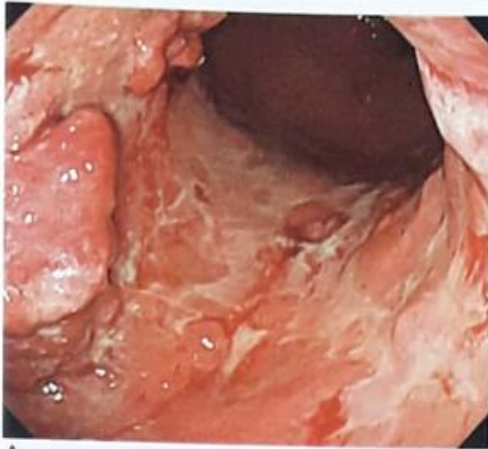
P



Q

L, M. U lympho tế bào B lớn lan tỏa. Tổn thương niêm mạc không đều ở góc bờ cong nhỏ giống với ung thư dạ dày giai đoạn sớm. N, O. U lympho tế bào B lớn lan tỏa. Đặc điểm quan trọng của u lympho dạ dày là đa tổn thương. P, Q. U lympho tế bào B lớn lan tỏa. Các tổn thương loét, trợt và dát đỏ đa dạng là biểu hiện nghi ngờ của u lympho MALT dạ dày độ ác tính thấp.

6. U lympho tế bào NK/T và tế bào T



A



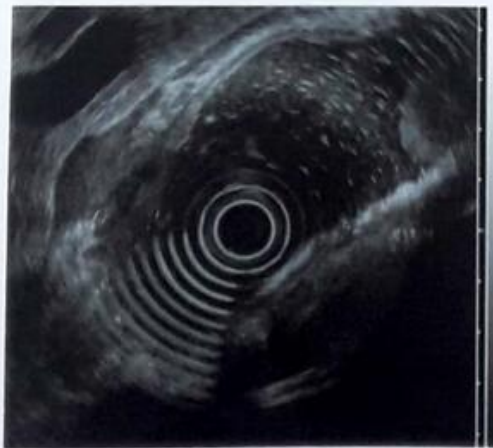
B



C



D

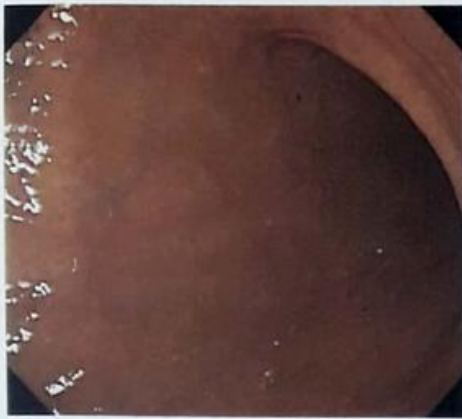


E



F

A, B. U lympho tế bào T ngoại vi. Các nốt đa hình thái và các tổn thương loét không đều ở phình vị và phần thấp của thân vị. Chẩn đoán mô bệnh học xác định là u lympho tế bào T ngoại vi, CD3(+), CD20 (-) và CD56 (-). C, D. Hình ảnh dày thành dạ dày và hạch to quanh dạ dày trên phim CLVT. E, F. Hình ảnh siêu âm nội soi có các tổn thương tương tự như trên phim CLVT ở hình C và D. Dày thành dạ dày do tổn thương giảm âm và các hạch lympho hình trũng xung quanh.



C



D



E



F



G



H

C, D. Các nốt đen đa dạng rải rác ở hang vị và thân vị, chẩn đoán xác định trên sinh thiết là u hắc tố ác tính. Một nốt được tìm thấy ở lưng bệnh nhân và chẩn đoán xác định là u hắc tố ác tính. E. U hắc tố ác tính di căn dạ dày. Tổn thương lồi với nốt đen rải rác ở bờ cong lớn của thân vị. F. Tổn thương lồi, kích thước 1,5 cm, lõm trung tâm, ở bờ cong lớn phần thấp thân vị. Niêm mạc phủ phần lồi có đặc điểm tương tự niêm mạc xung quanh, giống u dưới niêm mạc. Chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô thần kinh nội tiết tế bào lớn ở phổi di căn dạ dày. G, H. U dưới niêm mạc, kích thước 3,0 cm có lõm trung tâm ngay dưới tâm vị. Một ví dụ ung thư biểu mô tuyến của phổi di căn dạ dày. Ung thư phổi và ung thư vú là các ung thư di căn dạ dày hay gặp nhất. Nhưng các triệu chứng do ung thư di căn dạ dày ít gặp nên khó được chẩn đoán.



I



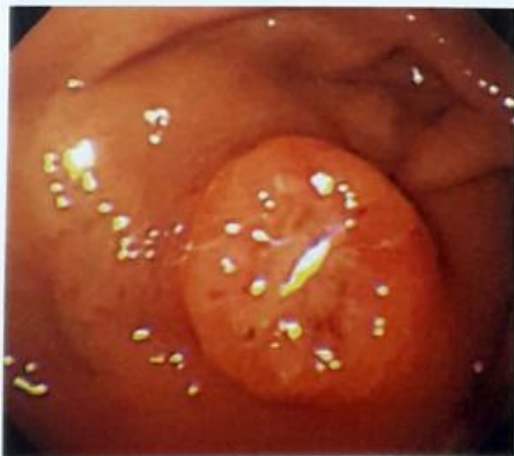
J



K



L



M

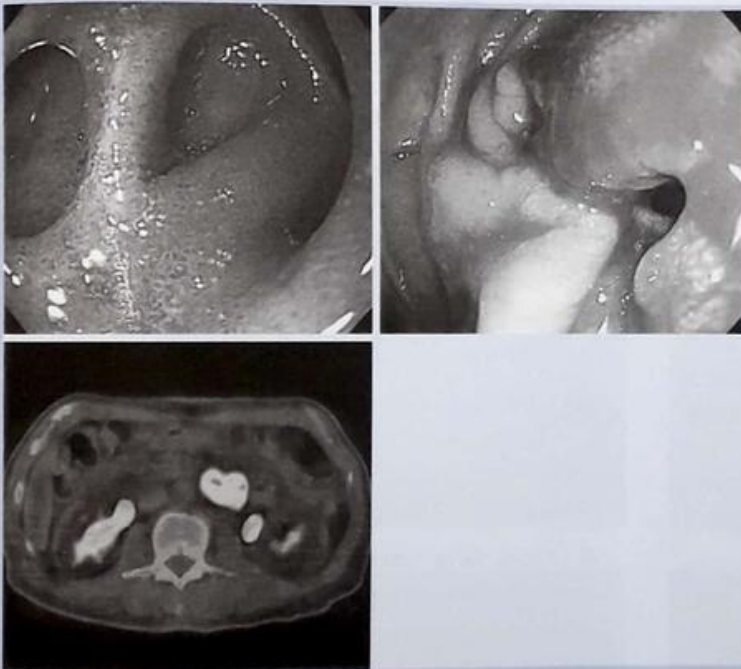


N

I. Tổn thương lõm, xung huyết đỏ, kích thước 2,5 cm ở bờ cong lớn thân vị. Khó phân biệt với ung thư dạ dày sớm. Đây là một ung thư tụy di căn. J. Tổn thương nhô cao, có chảy máu ít ở thành sau phình vị. Là ung thư tụy xâm lấn trực tiếp vào dạ dày. K. Tổn thương lõm, lõm trung tâm, kích thước 0,5 cm, ở bờ cong lớn thân vị. Là một ung thư biểu mô thận di căn. L. U dưới niêm mạc, kích thước 1,0 cm, có lõm trung tâm ở phình vị. Là u lympho tế bào lớn thoái biến (ALCL- anaplastic large cell lymphoma) di căn. M. Tổn thương nhô cao kích thước 1,2 cm, có lõm trung tâm, ở bờ cong lớn của thân vị trên bệnh nhân đa u tủy xương. Sinh thiết chẩn đoán là đa u tủy cấp (Acute Myeloid Leukemia -AML). N. Tổn thương nhô cao, kích thước 0,7 cm, ở bờ cong lớn thân vị của bệnh nhân bệnh bạch cầu nguyên bào tủy cấp (Acute Myeloid Leukemia -AML). Sinh thiết khẳng định chẩn đoán là bệnh bạch cầu cấp thể tủy di căn dạ dày.

Phần 5

Các bệnh hành tá tràng, tá tràng (Diseases of the Duodenum)



1. Loét tá tràng (Duodenal ulcer)



Hành tá tràng có một ổ loét sâu đang hoạt động. Đáy ổ loét không thấy điểm mạch. Bờ ổ loét xung huyết.



Hành tá tràng có một ổ loét đang hoạt động, đáy có phủ nhiều giả mạc trắng và chấm nâu.



Mặt trước hành tá tràng có một sẹo trắng. Giả túi thừa ở phía bờ cong nhỏ, có hình ảnh một nếp gấp niêm mạc.

1. Định nghĩa

Loét là tình trạng lớp niêm mạc và dưới niêm mạc bị phá vỡ do viêm, lớp dưới niêm mạc bị lộ ra lớn hơn 5 mm. Có đến 95% loét tá tràng nằm ở hành tá tràng, một số trường hợp ở đỉnh và đoạn DII tá tràng. Giai đoạn loét tá tràng cũng được chia giống như loét dạ dày, gồm giai đoạn hoạt động (A1, A2), giai đoạn đang liền sẹo (H1, H2) và giai đoạn sẹo (S1, S2).

2. Lâm sàng

Loét tá tràng nằm trong bệnh cảnh loét đường tiêu hóa, thường có kích thước nhỏ hơn 1 cm. Triệu chứng gồm đau rất thượng vị, đỡ đau sau khi ăn nhưng cũng có thể không có triệu chứng. Tăng tiết acid và pepsin được cho là cơ chế bệnh sinh chủ yếu của loét hành tá tràng. Vi khuẩn *H. pylori* và các thuốc chống viêm không steroid là những nguyên nhân quan trọng gây loét hành tá tràng. Loét thường gây ra biến dạng hành tá tràng và lỗ môn vị. Thông thường, không cần phải sinh thiết ổ loét hành tá tràng vì ung thư biểu mô tuyến hành tá tràng rất hiếm gặp. Trên 90% ổ loét hành tá tràng sẽ liền sau khi điều trị bằng các thuốc chống loét; rất hiếm những ổ loét khó điều trị. Tuy nhiên, hay gặp tình trạng ổ loét tái phát.

- ① Ổ loét hoạt động giai đoạn 1 (A1): đáy ổ loét có nhiều giả mạc, bờ nề.
- ② Ổ loét hoạt động giai đoạn 2 (A2): đáy ổ loét có bờ rõ, có ít biểu mô tái tạo.
- ③ Ổ loét đang liền sẹo giai đoạn 1 (H1): đáy ổ loét phủ ít giả mạc, biểu mô tái tạo từ bờ ổ loét lan vào đáy, tạo sự khác biệt với niêm mạc xung quanh, bờ ổ loét có ranh giới không rõ.
- ④ Ổ loét đang liền sẹo giai đoạn 2 (H2): đáy ổ loét phủ hoàn toàn bởi biểu mô tái tạo.
- ⑤ Sẹo ổ loét giai đoạn 1 (S1): sẹo đỏ, không có giả mạc.
- ⑥ Sẹo ổ loét giai đoạn 2 (S2): sẹo trắng, biểu mô tái tạo hoàn toàn.

3. Hình ảnh nội soi

1) Ổ loét hoạt động giai đoạn 1 (A1)



A



B



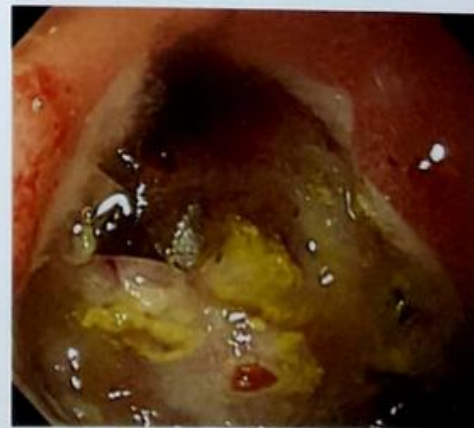
C



D



E



F

A. Ổ loét sâu, đang hoạt động ở phía trên đỉnh hành tá tràng. B. Hành tá tràng có một ổ loét sâu đang hoạt động, có phủ giả mạc bẩn. C. Đáy ổ loét hoạt động ở hành tá tràng, có giả mạc phủ làm cho bờ ổ loét không đều. D. Đáy ổ loét có phủ giả mạc trắng, bờ phù nề. E. Bờ ổ loét phù nề làm cho hình ảnh ổ loét thấy sâu hơn. Có nhiều điểm nâu ở đáy ổ loét. F. Đáy ổ loét sâu, lớn nhìn không thấy mềm mại. Không thấy biểu mô tái tạo. Gần rìa ổ loét có điểm đen.



G



H



I



J



K



L

G. Ổ loét hành tá tràng có nhiều giả mạc phủ. Niêm mạc xung quanh phù nề rõ. H. Đáy ổ loét có các chấm đen và giả mạc. Niêm mạc xung quanh phù nề rõ, làm cho bờ ổ loét gồ lên. I. Ổ loét hành tá tràng có niêm mạc xung quanh phù nề và xung huyết rõ nhìn giống như một nếp gấp. J, K. Đáy ổ loét sâu, bờ ổ loét phù nề. L. Mặc dù đáy còn ít giả mạc nhưng bờ ổ loét vẫn còn phù nề.

2) Ổ loét hoạt động giai đoạn 2 (A2)



A



B



C



D



E



F

A. Niêm mạc hết phù nề, đáy ổ loét nông. B. Đáy ổ loét còn ít giả mạc, bờ ổ loét mềm mại và có ranh giới rõ. C. Biểu mô tái tạo khu trú, nổi lên bờ và đáy ổ loét. D. Niêm mạc xung quanh và giả mạc ở bờ ổ loét. E. Xung huyết khu trú ở bờ ổ loét do biểu mô tái tạo. F. Niêm mạc không còn phù nề. Bờ ổ loét có ranh giới rõ do biểu mô tái tạo.

3) Ổ loét đang liền giai đoạn 1 (H1)



A



B



C



D



E



F

A. Đáy có ít giả mạc, có sự chuyển tiếp mềm mại từ bờ đến đáy ổ loét. Đầu dây soi gắn ống nhựa trong để thăm khám giúp nhìn rõ ổ loét ở đỉnh hành tá tràng. B. Biểu mô tái tạo gồ lên và lan vào đáy ổ loét. C. Do biểu mô tái tạo nên nhìn đáy ổ loét trở nên nông hơn và nhỏ hơn. D. Biểu mô tái tạo thấy ở xung quanh bờ ổ loét. Vùng phủ giả mạc nhỏ đi. E. Biểu mô tái tạo thấy ở đáy ổ loét. Không có giả mạc ở đáy ổ loét. F. Ổ loét nhỏ đi. Xung huyết do biểu mô tái tạo ở xung quanh ổ loét.

6) Sẹo loét giai đoạn 2 (S2)



A



B



C



D



E

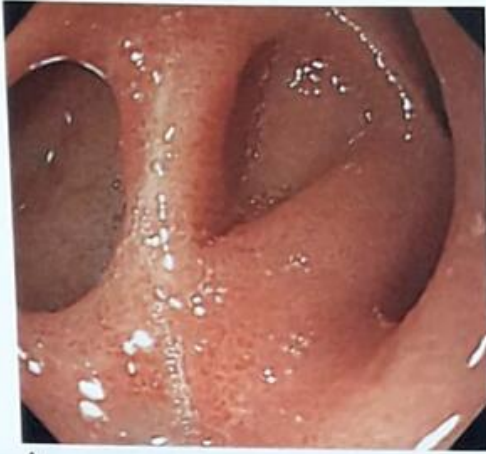


F

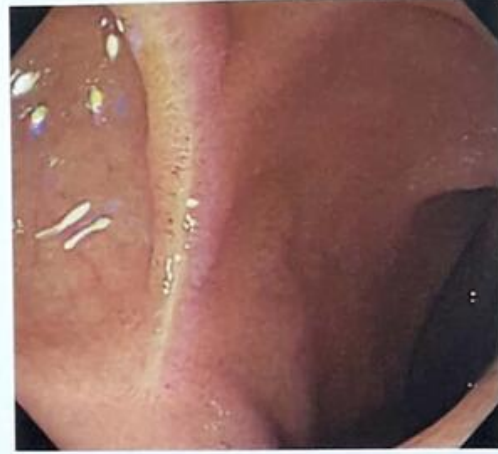
A. Hành tá tràng có sẹo trắng. B. Sẹo loét trắng ở điểm cuối của nếp niêm mạc xuất phát từ môn vị. C. Sẹo trắng ở hành tá tràng. D. Hai nếp niêm mạc tỏa ra từ sẹo trắng ở hành tá tràng. E. Thấy rõ nếp gấp từ sẹo và co kéo niêm mạc. F. Ở hành tá tràng, có sẹo và nếp niêm mạc cắt cụt.

7) Biến dạng hành tá tràng

Vì ổ loét hành tá tràng ở gần lỗ môn vị nên thường gây biến dạng lỗ môn vị cùng với biến dạng hành tá tràng.



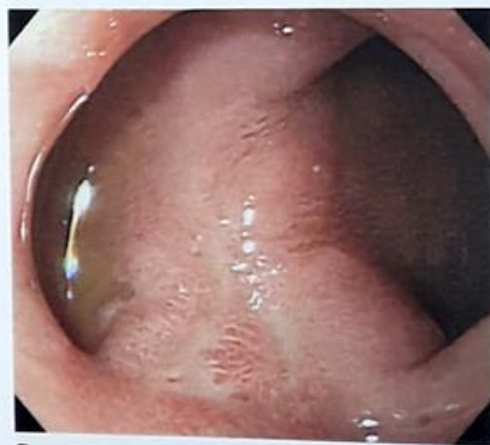
A



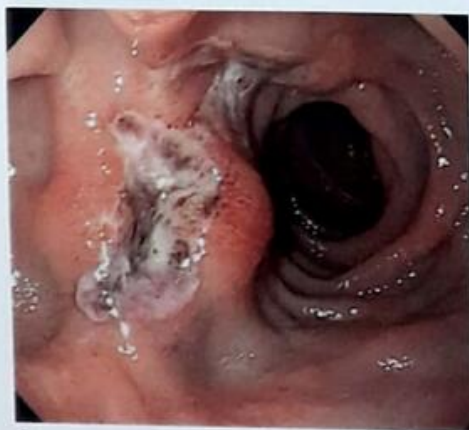
B



C



D



E



F

A. Thấy hai hố sâu ở hành tá tràng do sẹo loét. B. Ở hành tá tràng, có hình ảnh sẹo loét dài. Một nếp niêm mạc lớn từ ổ loét tạo giả túi thừa. C. Hành tá tràng bị biến dạng rõ do loét. D. Do sẹo loét to nổi từ môn vị, hành tá tràng có hình ống hẹp. E. Một ổ loét giai nổi với môn vị, thấy ổ loét hoạt động. Đây là ổ loét tái phát. F. Ở nếp niêm mạc

4) Ổ loét đang liền giai đoạn 2 (H2)



A



B



C



D



E



F

A. Vùng biểu mô tái tạo rộng hơn vùng ổ loét. B. Ổ loét được phủ gần hết bằng biểu mô tái tạo, còn lại một vùng nhỏ có giả mạc. C. Ổ loét đã nhỏ hơn, vẫn còn ít giả mạc. D. Ổ loét được phủ gần hết bằng biểu mô tái tạo, chỉ còn ít giả mạc. E. Đáy ổ loét có biểu mô tái tạo, có hình ảnh lõm do niêm mạc bị tổn thương. Không có giả mạc. F. Giữa ổ loét có chỗ hơi lõm. Nhìn gần thấy niêm mạc bị tổn thương và xung huyết.

5) Sẹo loét giai đoạn 1 (S1)



A



B



C



D



E



F

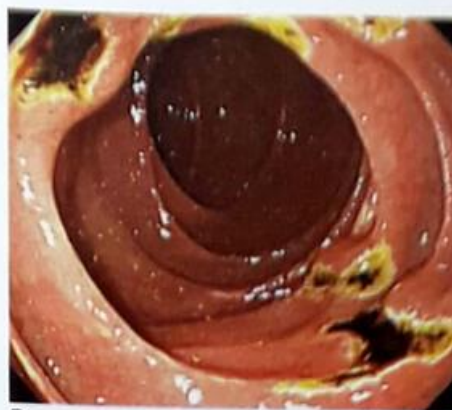
A. Sẹo loét dài được phủ hoàn toàn bởi biểu mô tái tạo. B. Sẹo đỏ, thấy nếp niêm mạc ở hành tá tràng. C. Ở giữa các nếp niêm mạc xung huyết, có sẹo đỏ, lõm. D. Sẹo đỏ có lõm ở giữa. E. Sẹo đỏ với nếp niêm mạc cắt đứt. F. Ở hành tá tràng, thấy sẹo đỏ và biểu mô tái tạo dạng hạt.

4. Chẩn đoán phân biệt

1) Viêm tá tràng



A



B

A. Có nhiều trợt nông ở DII tá tràng. B. DII tá tràng có nhiều trợt nông với nhiều hình dạng khác nhau, bề mặt có phủ giả mạc đen.

2) Hội chứng Zollinger–Ellison

Khi thấy ổ loét tá tràng cách xa hành tá tràng hoặc có nhiều ổ loét tá tràng điều trị không khỏi thì nên chẩn đoán phân biệt với hội chứng Zollinger–Ellison.



A



B

A. Ở DII tá tràng có một ổ loét đang hoạt động, gần nhú tá lớn. Đồng thời có nhiều ổ loét và trợt nông ở thành bên tá tràng. B. Hai ổ loét hoạt động đối diện nhau ở DIII tá tràng.

3) Các khối u tá tràng nguyên phát và thứ phát



A



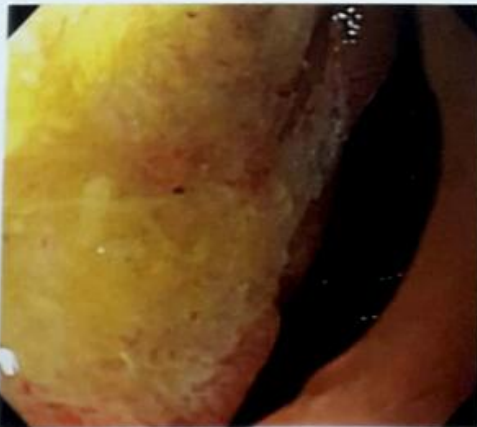
B



C



D



E

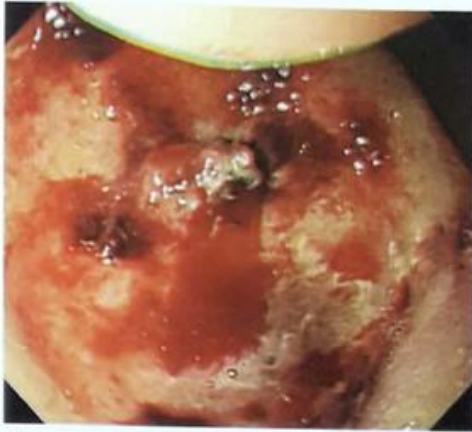


F

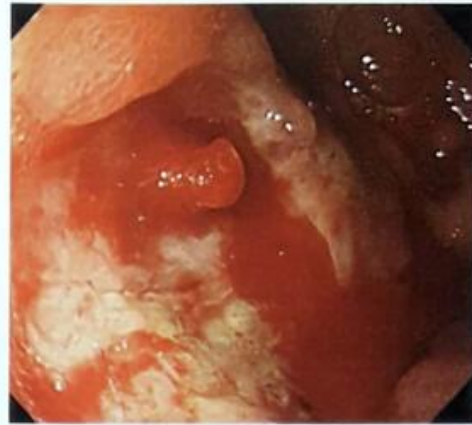
A. Tổn thương loét do ung thư tá tràng tiên phát làm mất tính co giãn của tá tràng và làm hẹp lòng tá tràng. B. Ổ loét hoạt động ở gần đỉnh hành tá tràng. Tổn thương do ung thư tụy di căn. Đây ổ loét có ít giả mạc phủ và có các nốt không đều, có hình ảnh đe dọa từ bên ngoài ở phía bờ. C. Khối loét lan từ hành tá tràng đến môn vị. Bờ dày và quan sát thấy cứng. Tổn thương là ung thư biểu mô tá tràng nguyên phát. D. Loét không đều ở hành tá tràng. Tổn thương là ung thư lympho nguyên phát ở tá tràng. E. Ở phía trên đỉnh hành tá tràng có khối loét tròn, đẩy lõi vào lòng. Kết quả sinh thiết cho thấy ung thư đường mật di căn. F. Một khối loét có chảy máu tự phát ở DII tá tràng. Tổn thương là ung thư biểu mô tuyến, xuất phát từ bóng Vater.

5. Biến chứng

1) Chảy máu



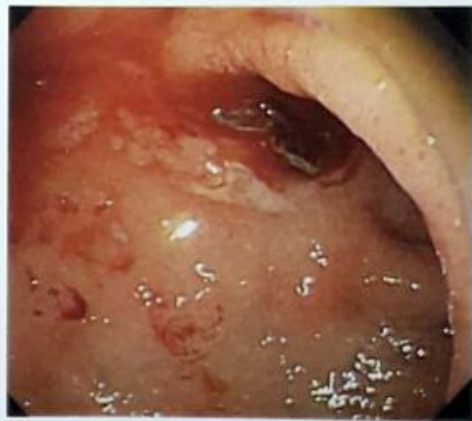
A



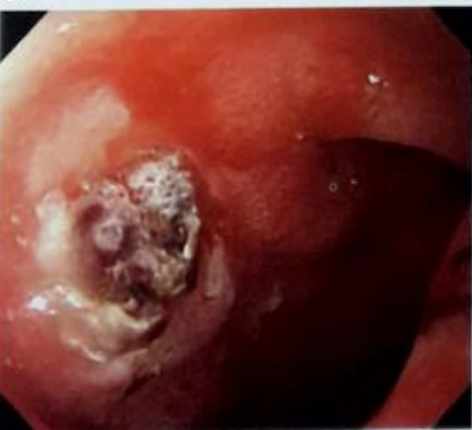
B



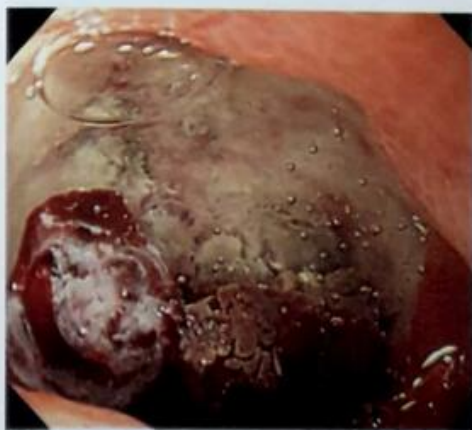
C



D



E



F

A. Trường hợp này có nhiều điểm chảy máu ở giữa đáy ổ loét giai đoạn A1 và điểm mạch ở hành tá tràng. Ổ loét thuộc phân loại Forrest Ib. B. Đáy ổ loét giai đoạn A1 ở hành tá tràng, chảy máu từ điểm mạch (Forrest Ib). C. Rỉ máu từ đáy ổ loét lớn (Forrest Ib). D. Đáy ổ loét ở góc tá tràng trên có cục máu đông. Mặc dù không thấy điểm mạch nhưng vẫn thấy chảy máu (Forrest Ib). E. Giả mạc bẩn và cục máu đông ở đáy ổ loét. Không thấy điểm mạch (Forrest IIb). F. Cục máu đông phủ điểm mạch nhưng không còn chảy máu ở đáy ổ loét (Forrest IIa).



G



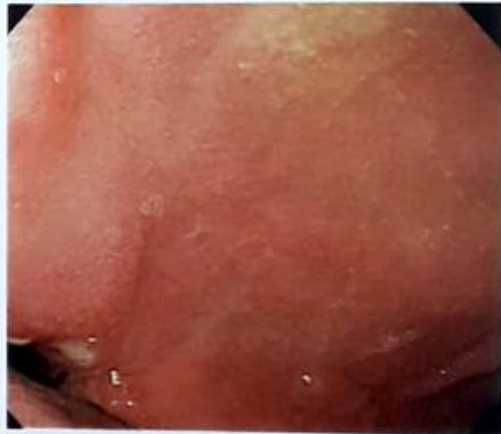
H

G. Ổ loét lớn ở đỉnh hành tá tràng. Nhiều cục máu đông ở đáy ổ loét (Forrest IIb). H. Một nốt màu nâu ở đáy ổ loét (Forrest IIc).

2) Thủng



A



B



C



D

A, B. Một vết hở xuất hiện sau khi đóng lỗ thủng hành tá tràng do loét. Hành tá tràng có ổ loét lớn đang hoạt động (A). Gần kề với bờ ổ loét có lỗ thủng thành tá tràng (B). C. Trên bệnh nhân ung thư đường mật, có một hố tròn ở đoạn DII tá tràng. Tuy nhiên, vùng tổn thương gắn liền với khối u. D. Ở vị trí 6 giờ đáy ổ loét thấy có một hố sâu, nhìn thấy mỡ màng bụng.

3) Hẹp

Loét hành tá tràng khi liền sẹo có thể gây hẹp. Hầu hết vị trí hẹp ở giữa phần bóng và phần đỉnh hành tá tràng.

Hẹp khít có thể gây tắc nghẽn đường xuống.



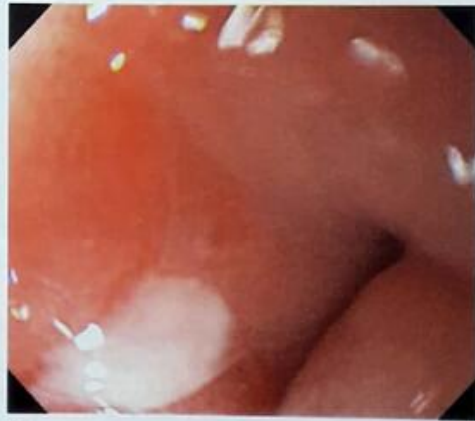
A



B



C



D



E



F

A. Niêm mạc hành tá tràng nhìn như sưng nề lên và dẹt lại do ổ loét gây hẹp. Hang vị và lỗ môn vị bị biến dạng. B. Hẹp ở vùng đỉnh hành tá tràng. C. Hành tá tràng biến dạng do sẹo loét tái phát. Ổ loét mới giai đoạn H1 gây ra hẹp khít ở đỉnh hành tá tràng. D. Ổ loét hoạt động A2 ở vị trí hẹp. Niêm mạc xung quanh phù nề làm cho chỗ hẹp càng hẹp hơn. E, F. Bệnh nhân có hẹp đỉnh hành tá tràng xuất hiện ổ loét hoạt động A2 mới. (E). Bệnh nhân sau điều trị bằng thuốc chống loét, soi kiểm tra lại thấy ổ loét đã liền nhưng hẹp nhiều hơn nên dây soi không thể qua được (F).



G



H



I



J

G, H, I, J. Trường hợp hẹp đường xuống của dạ dày. Hẹp khít ở đỉnh hành tá tràng (H), hành tá tràng giãn rộng và biến dạng (G). Nội soi kiểm tra sau 1 tuần nuôi đường tĩnh mạch và điều trị thuốc chống loét thấy hẹp tắc và biểu mô tái tạo (I). Trên phim chụp đường tiêu hóa trên cho thấy tình trạng hẹp tắc dạng màng ở đỉnh hành tá tràng (J).



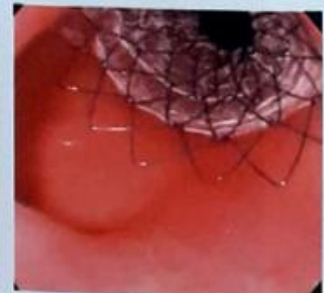
Điều trị hẹp tá tràng qua nội soi

Nong hẹp tá tràng do loét bằng bóng có hiệu quả điều trị tương đương với phẫu thuật. Cần điều trị lặp lại qua nội soi cho 22–32% bệnh nhân và phẫu thuật cho 50% bệnh nhân do triệu chứng không cải thiện. Biến chứng do thủ thuật như thủng có thể xuất hiện ở 2,8–4,3% bệnh nhân. Nong bằng bóng có thể là phương pháp điều trị thay thế phẫu thuật.

Ngoài ra đặt stent cho những trường hợp hẹp lành tính cũng cho kết quả tốt. Đặt stent phủ tạm thời có ưu điểm cho những trường hợp hẹp phải nong nhiều lần. Di lệch stent là biến chứng nhỏ. Đặt stent ngày càng được sử dụng nhiều do khắc phục được nhược điểm của phương pháp nong bằng bóng.



Nong hẹp bằng bóng



Đặt stent

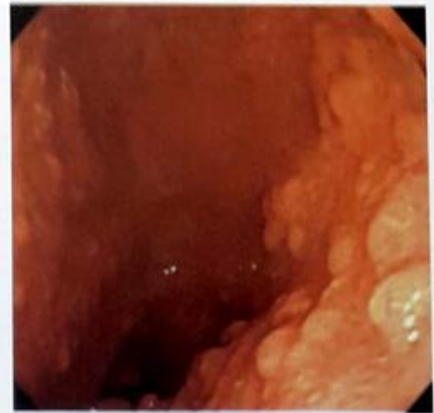
2. Các tổn thương dạng polyp ở tá tràng (Polypoid lesions of the duodenum)



Polyp có cuống ở DII tá tràng. Phần cổ của polyp viêm, co kéo niêm mạc bình thường.



Tuyến Brunner quá phát: khối có bề mặt bình thường ở hành tá tràng, có dạng nếp gấp, co kéo niêm mạc lành.



Niêm mạc dạ dày lạc chỗ: nhiều polyp nhỏ rải rác toàn bộ hành tá tràng.

1. Định nghĩa

- Tổn thương dạng polyp ở tá tràng bao gồm polyp có cuống, polyp nửa cuống và u dưới niêm mạc.
- Các polyp được phân chia về mặt mô bệnh học gồm: u tuyến, polyp tăng sản, niêm mạc dạ dày lạc chỗ, polyp viêm. Ngoại trừ u tuyến, các polyp khác không có nguy cơ ác tính.
- Tuyến Brunner quá phát là tổn thương quá sản lành tính của tuyến Brunner, thường ở lớp cơ niêm. Tổn thương này còn gọi là u mô thừa (hamatoma) tuyến Brunner. Tuyến Brunner quá phát thường thấy ở hành tá tràng, tuy nhiên cũng có thể thấy ở DII và DIII tá tràng. Thường có dạng khối u dưới niêm mạc, bề mặt bình thường hoặc hơi xung huyết nhưng có thể ở dạng có cuống hoặc nửa cuống.
- Polyp viêm nhìn giống các nốt nhỏ nhưng có niêm mạc bình thường. Kết quả sinh thiết chỉ cho thấy viêm không đặc hiệu.
- Niêm mạc dạ dày lạc chỗ là tình trạng niêm mạc dạ dày xuất hiện ở tá tràng. Tổn thương thường có dạng polyp không cuống 1–2 mm ở hành tá tràng. Đó là những biến đổi của niêm mạc sau quá trình viêm. Khi một phần niêm mạc tá tràng chuyển thành niêm mạc dạ dày thì gọi là dị sản niêm mạc dạ dày (gastric metaplasia).

1 Polyp tăng sản (Hyperplastic polyp)



A



B



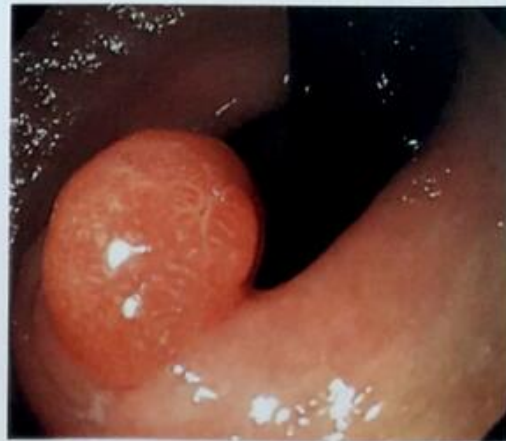
C



D



E



F

A, B. Polyp ở hành tá tràng và DII tá tràng. Kết quả sinh thiết là polyp tăng sản. C. Ở hành tá tràng, polyp tăng sản xung huyết, bề mặt gồ ghề. D. Polyp tăng sản kích thước 5 mm ở DII tá tràng. E. Tại chỗ nối hành tá tràng và môn vị, có polyp tăng sản nửa cuống, bề mặt xung huyết. F. Hình ảnh của cùng polyp đó khi soi quặt ngược ở hành tá tràng.

2 Quá phát tuyến Bruner (Brunner's gland hyperplasia)



A



B



C



D

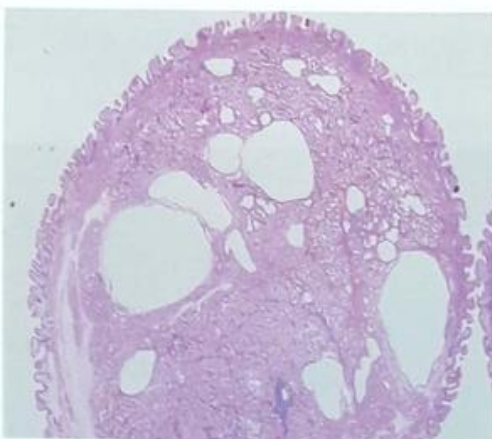


E

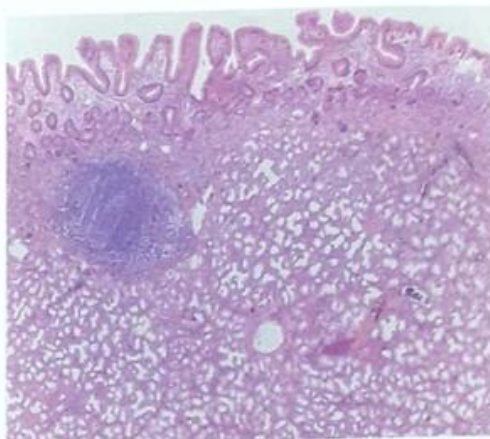


F

A. Trường hợp này, polyp nửa cuống có bề mặt lõm và xung huyết. B, C. Hành tá tràng (B) và DII tá tràng (C), tuyến Bruner quá phát giống khối u dưới niêm mạc, có bề mặt niêm mạc bình thường. D. Polyp không cuống ở thành bên DII tá tràng. E. Polyp có cuống lớn ở hành tá tràng. F. Polyp nửa cuống, kích thước 1 cm ở hành tá tràng.



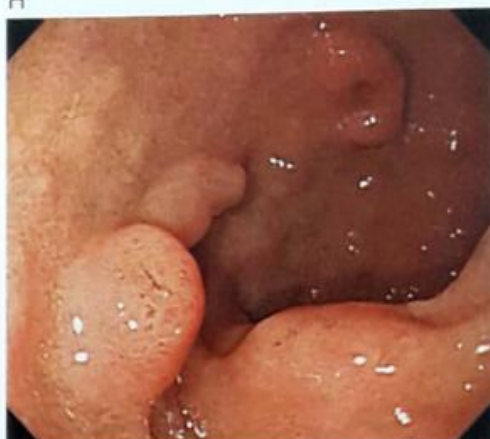
G



H



I



J



K



L

G, H. Bệnh phẩm sau cắt polyp cho kết quả là tuyến Brunner quá phát ở lớp cơ niêm. I, J. Nhiều polyp không cuống, kích thước nhỏ ở hành tá tràng. Giãn tuyến Brunner giống với hình ảnh tổn thương niêm mạc trung tâm. K, L. Tuyến Brunner quá phát có kích thước lớn, bề mặt có trợt.

3 Polyp viêm (Inflammatory polyp)



A



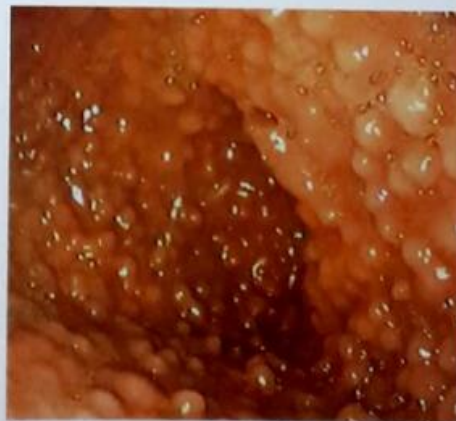
B

A, B. Hình ảnh các polyp viêm có cuống ở DII tá tràng.

4 Quá phát nang lympho (Lymphoid hyperplasia)



A



B

A. Niêm mạc hành tá tràng lẫn sần dạng da gà. B. Nhiều tổn thương dạng polyp. Đó là các nang lympho quá phát nhìn giống bệnh đa polyp.

5 Niêm mạc dạ dày lạc chỗ (Heterotopic gastric mucosa)



A



B



C



D



E



F

A, B. Polyp đơn độc có bề mặt xung huyết ở hành tá tràng. C. Khi nhuộm xanh methylene thì niêm mạc tá tràng bắt màu xanh nhưng niêm mạc dạ dày lạc chỗ không bắt màu. Nhiều nốt rải rác ở hành tá tràng. D. Ở hành tá tràng, polyp không cuống, có trợt trắng, bề mặt lõm. Kết quả sinh thiết là dị sản dạ dày. E. Polyp nhỏ ở hành tá tràng. Kết quả sinh thiết là niêm mạc dạ dày lạc chỗ. F. Niêm mạc dạ dày lạc chỗ giống nang lympho quá phát, chẩn đoán phân biệt bằng sinh thiết làm mô bệnh học.

3. Các khối u dưới niêm mạc tá tràng (Duodenal submucosal tumor)



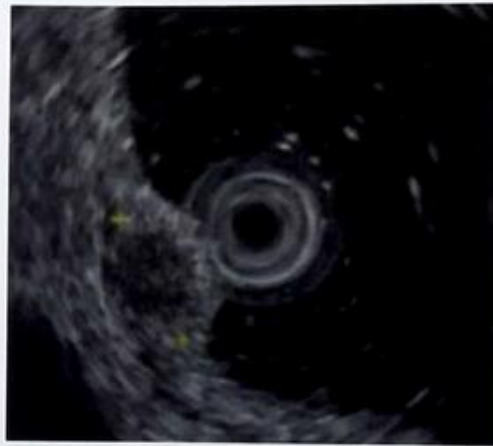
A



B



C



D

A. Tổn thương dưới niêm mạc dạng nang ở DII tá tràng. B. Dịch trắng chảy ra từ tổn thương dưới niêm mạc là u bạch mạch. C, D. Khối u dưới niêm mạc hình tròn, kích thước 7 mm. Trên siêu âm nội soi cho thấy tổn thương giảm âm, không đồng nhất, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc. Các đặc điểm này phù hợp với u carcinoid.

1. Định nghĩa

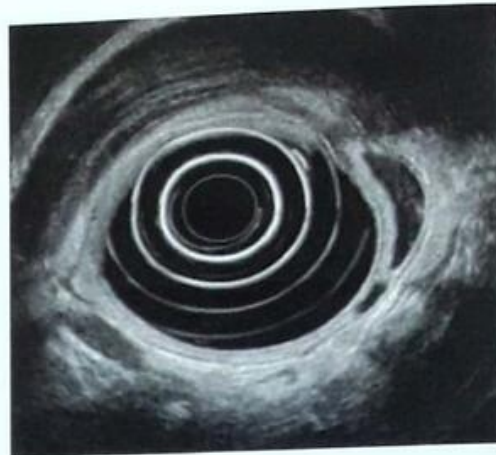
- U dưới niêm mạc tá tràng gồm có u cơ, u mỡ, u carcinoid, u bạch mạch, u GIST và các u khác.
- U GIST rất ít khi xuất hiện ở tá tràng, có thể có chảy máu và đau bụng.
- U mỡ là tổn thương lành, tạo góc tù với bề mặt niêm mạc, có màu hơi trắng hoặc hơi vàng. Khi thăm bằng kim sinh thiết thấy khối u mềm, ấn lõm (dấu hiệu lõm mặt gối – positive pillow sign).

- U bạch mạch là tổn thương hơi lồi, có các hạt trắng trên bề mặt. Khi sinh thiết, thấy chảy dịch màu trắng. Đây là đặc điểm của u bạch mạch. U bạch mạch thường đơn độc và được phát hiện tình cờ. U bạch mạch không có nguy cơ ác tính.
- U carcinoid phát triển từ tế bào enterochromaffin của đường tiêu hóa, đường mật, tụy, phổi và buồng trứng. Vị trí hay gặp u carcinoid là đường tiêu hóa. Tá tràng là vị trí thường gặp thứ ba của ống tiêu hóa. U carcinoid tá tràng thường có màu vàng, kích thước < 1 cm.

1 Nang (Cyst)



A



B



C



D



E



F

A, B. Nang đơn thuần (Simple cyst) của tá tràng. Ở hành tá tràng, có hai khối u dưới niêm mạc (A). Hình ảnh siêu âm nội soi cho thấy hai tổn thương hình trứng ở dưới niêm mạc (B). C, D, E, F. Các khối u dưới niêm mạc. Bề mặt u phủ bởi niêm mạc bình thường, ấn lõm dễ dàng bằng kim sinh thiết.

2 U mô đệm đường tiêu hóa GIST (Gastrointestinal stromal tumor)



A



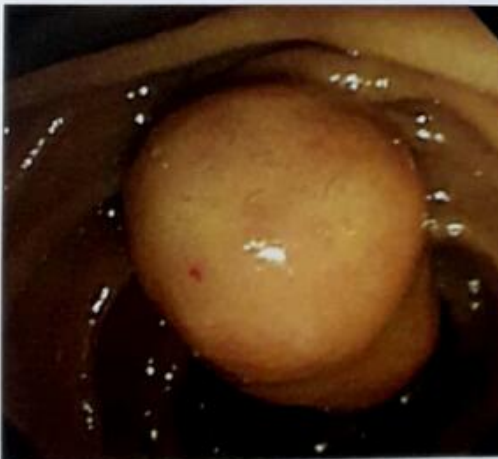
B



C



D



E



F

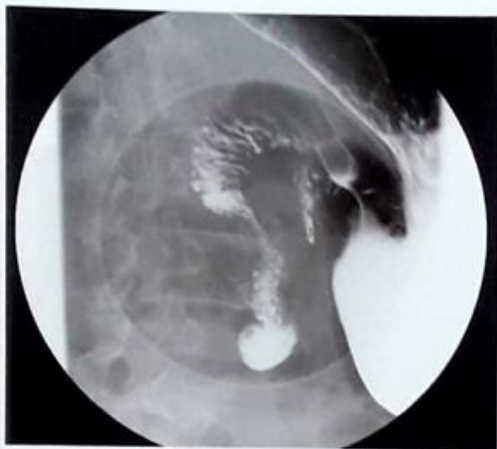
A, B. Khối u dưới niêm mạc hình tròn, kích thước lớn ở hành tá tràng. Bề mặt khối u có trợt và xung huyết (A). Hình ảnh siêu âm nội soi cho thấy khối lồi, giảm âm ở lớp dưới niêm mạc (B). C, D. Ở DII của tá tràng, có một khối u dưới niêm mạc, bề mặt có loét. E. Khối u dưới niêm mạc kích thước lớn, phủ bởi niêm mạc bình thường, ở DII tá tràng. F. Kết quả mô bệnh học trên bệnh phẩm sau cắt là u GIST, kích thước 4 x 3 cm, lồi vào lòng tá tràng.



G



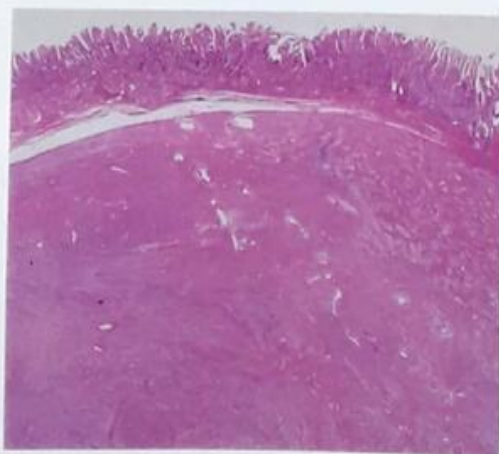
H



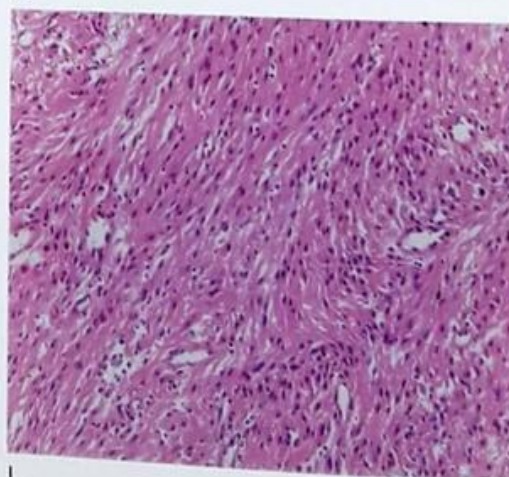
I



J



K



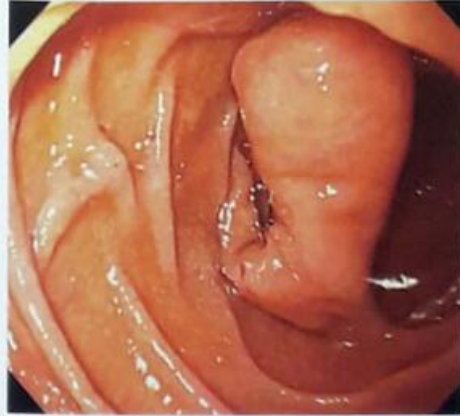
L

G, H, I, J, K, L. Trường hợp này, khối u dưới niêm mạc hình dài, ở DII tá tràng (G, H). Trên phim chụp đường tiêu hóa trên cho thấy khối 4 cm (I), làm hẹp lòng tá tràng. Cắt bỏ khối u (J). Kết quả giải phẫu bệnh là khối u tế bào hình thoi, ở lớp dưới niêm mạc (K, L).

3 U mỡ (Lipoma)



A



B



C



D



E



F

A. Khối u dưới niêm mạc có màu vàng, mật độ mềm, bề mặt nhẵn, mềm mại. B. Polyp có cuống, bề mặt mềm mại. C. Khối u dưới niêm mạc mềm mại, bề mặt nhẵn. D, E, F. Ở đoạn DII tá tràng, khối u dưới niêm mạc phát triển vào lòng tá tràng. Ở phần đỉnh, thấy bất thường, niêm mạc có chảy máu (D). Nhìn mặt cắt của khối u thấy đó là khối u dưới niêm mạc có màu vàng (E, F).

4 U cơ (Leiomyoma)



Đây là khối u dưới niêm mạc, thăm bằng kim sinh thiết thấy chắc và khi đẩy bằng kim sinh thiết thấy khối u lăn trượt, gọi là dấu hiệu lăn trượt (positive rolling sign).

5 Tụy lạc chỗ (Heterotopic pancreas)



A



B



C

A, B. Khối u dưới niêm mạc có góc tù với bề mặt niêm mạc xung quanh. Trên siêu âm nội soi cho thấy khối giảm âm, không đồng nhất, ở lớp dưới niêm mạc (B). C. Một khối u dưới niêm mạc khác có góc tù, mật độ chắc, không di chuyển khi đẩy bằng kim sinh thiết.

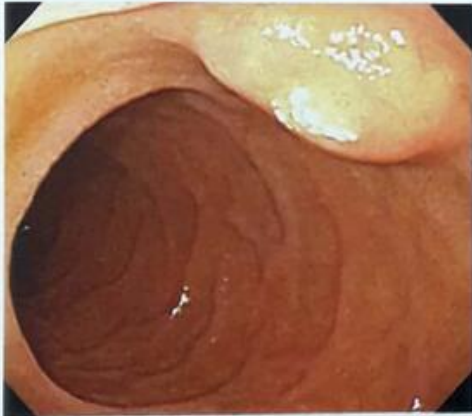
6 U bạch mạch (Lymphangioma)



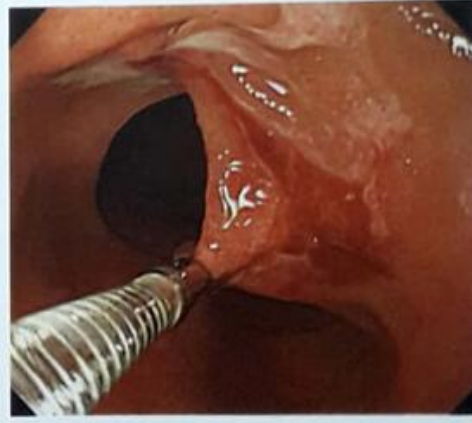
A



B



C



D



E



F

A, B. Tổn thương nhỏ, có bề mặt lấm sấm dạng hạt màu trắng (A). Dịch trắng chảy ra sau khi sinh thiết (B). C, D. Bề mặt u bạch mạch phủ bởi niêm mạc dạng hạt lấm sấm, có màu trắng hơi vàng và mềm mại (C). Dịch trắng chảy ra sau khi sinh thiết (D). E, F. Hình ảnh u bạch mạch nhỏ nhưng có hình ảnh đặc trưng là bề mặt dạng hạt lấm sấm, màu trắng hơi vàng.

7 U carcinoid (Carcinoid tumor)



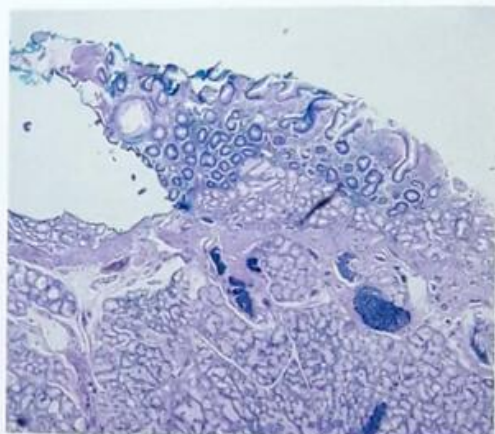
A



B



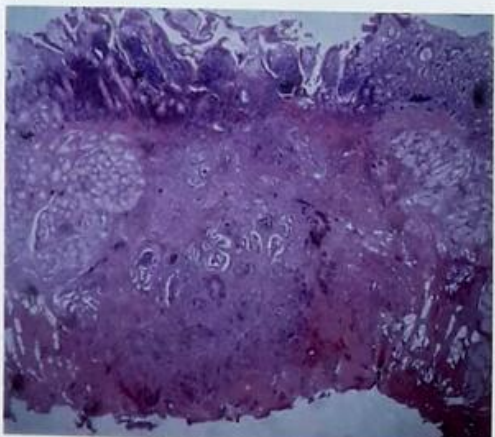
C



D



E



F

A. Ở hành tá tràng, có khối u dưới niêm mạc, hơi lồi, bề mặt có giãn mạch. B. Khối u dưới niêm mạc ở hành tá tràng có dạng nốt. Tiêm nhắc dưới niêm mạc không có dấu hiệu nhấc bóng (non-lifting sign). C, D. Thăm bằng kim sinh thiết thấy khối u có mật độ chắc. (C). Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy khối u dưới niêm mạc có cấu trúc dạng tuyến. (D). E, F. Khối u dưới niêm mạc ở DII tá tràng (E). Kết quả giải phẫu bệnh sau cắt u cho thấy u có cấu trúc dạng tuyến gồm những tế bào nhỏ, đồng nhất, nằm ở lớp dưới niêm mạc (F).

8 Chẩn đoán phân biệt (Differential diagnosis)



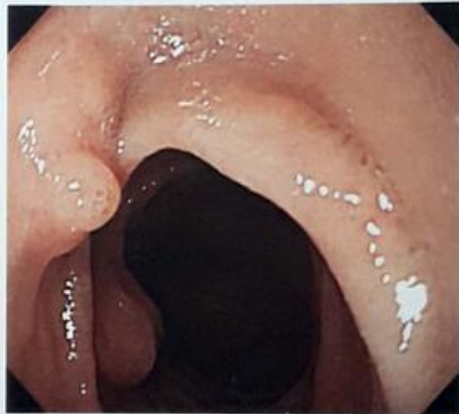
A



B



C



D



E



F

A, B, C. Ở hành tá tràng, có hình ảnh đè đẩy từ bên ngoài có thể do tụy, gan, đường mật. Ống mật chủ giãn đè đẩy vào hành tá tràng tạo hình ảnh giống như khối u dưới niêm mạc kích thước lớn (A). Túi mật giãn có sỏi đè đẩy vào hành tá tràng (B). Hình ảnh hành tá tràng bị đè đẩy bởi nhiều nang trong gan (C). D, E, F. Nhú tụy phụ có nhiều hình dạng khác nhau. Nhú tụy phụ đôi khi có thể nhầm lẫn là khối u dưới niêm mạc.

4. Ung thư và u tuyến tá tràng (Duodenal adenoma and cancer)



Khối gồ từ giữa hành tá tràng đến đỉnh hành tá tràng, bề mặt xung huyết.



Khối gồ có hình dạng không đều ở phía trên đỉnh hành tá tràng. Khối gây hẹp, dây soi khó đi xuống DII tá tràng.



Khối u có bề mặt xung huyết và không đều, phát triển từ thành trên đỉnh hành tá tràng đến DII tá tràng. Khối u làm hẹp lòng tá tràng.

1. Giới thiệu chung

- Ngoại trừ u bóng Vater, ung thư tá tràng là dạng ung thư hiếm gặp trong khi làm nội soi. Ung thư tá tràng tiên phát lại càng hiếm gặp hơn. Trên 90% ung thư tá tràng là ung thư biểu mô tuyến.
- Trong số ung thư tá tràng tiên phát, u tuyến (adenoma) và ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma) là tổn thương hay gặp nhất. U tuyến chiếm khoảng 7%

polyp tá tràng. Hầu hết u tuyến tá tràng là dạng không cuống, bề mặt nhợt màu. Bề mặt u tuyến có thể dạng nhung mao (villous) hoặc dạng nốt (nodular). Nguy cơ ung thư u tuyến tá tràng không rõ. U tuyến dạng nhung mao có nguy cơ ác tính rõ.

- Hầu hết ung thư tá tràng có dạng khối nốt, làm hẹp lòng tá tràng. Một số tổn thương có dạng polyp, bề mặt có loét.

2. Hình ảnh nội soi

1) U tuyến (adenoma)



A



B



C



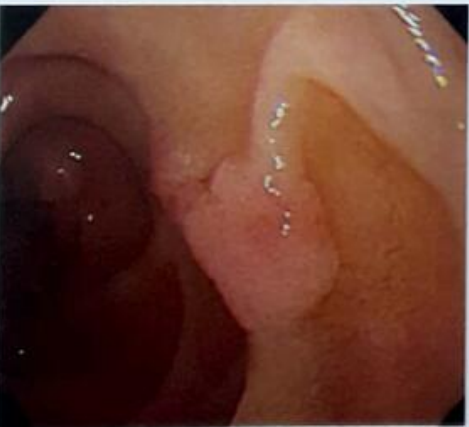
D



E



F



G



H

A. Polyp nửa cuống, kích thước 1 cm, ở hành tá tràng. Kết quả sinh thiết là u tuyến dạng nhung mao (villous adenoma). B. U tuyến phẳng ở DII tá tràng. C. Tổn thương lồi, hình tròn ở hành tá tràng. Polyp có màu nhạt hơn so với niêm mạc xung quanh, có bề mặt lõm và xung huyết. D. Polyp có cuống, bề mặt lõm, lồi vào lòng tá tràng ở đoạn DII. Các nếp gấp bị cắt cụt ở xung quanh polyp. E. Polyp ở DII tá tràng, cách xa nhú tá lớn. Vì dây soi không đi được đến DIII tá tràng nên không nhìn thấy toàn bộ polyp. (E). Bệnh phẩm sau cắt là một polyp có cuống, kích thước lớn (F). G, H. Polyp không cuống, bề mặt xung huyết nhẹ ở thành bên DII tá tràng (G). Sau khi tiêm dưới niêm mạc dung dịch indigocarmine và nước muối sinh lý, nhìn thấy rõ phần polyp bị nấp sau nếp niêm mạc (H).



I



J



K



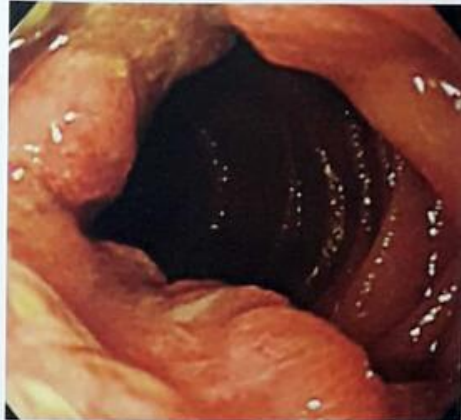
L

I. Ở DII tá tràng, nếp niêm mạc dày lên không đều, bề mặt có nốt. J. Sau khi nhuộm tổn thương bằng indigocarmine, ta thấy những thay đổi nhỏ trên bề mặt niêm mạc. K. Khối u phát triển theo bề ngang, kích thước lớn, phát triển từ giữa hành tá tràng đến đỉnh hành tá tràng. L. Sau khi nhuộm bằng indigocarmine, nhìn thấy tổn thương rõ hơn.

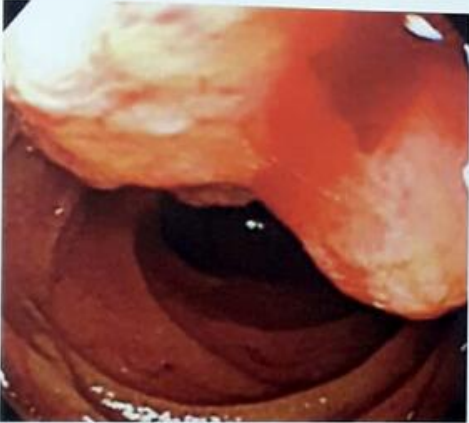
2) Ung thư tá tràng



A



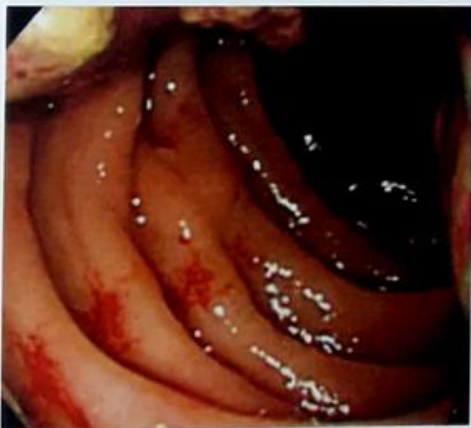
B



C



D



E

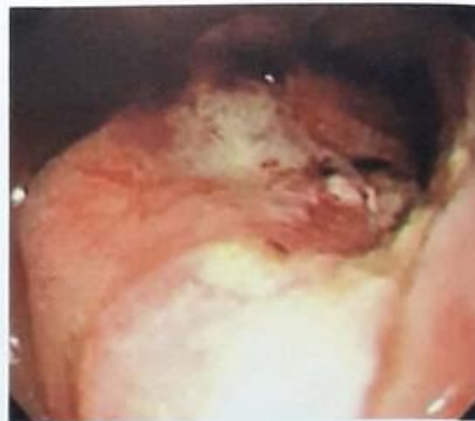


F

A. Polyp không cuống, kích thước <1 cm, ở thành bên DII tá tràng. Polyp có bề mặt lõm. Kết quả sinh thiết là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma). B. Thành bên DII tá tràng có khối lồi, làm dày nếp niêm mạc. C. Khối lồi, loét bề mặt ở thành bên DII tá tràng. D. Vì khối u tròn ở đỉnh hành tá tràng nên làm hẹp phần đỉnh và giãn lòng hành tá tràng. E. Khối lồi chiếm 1/2 chu vi tá tràng ở thành trước của đoạn DII. F. Khối lồi, có phì đại nếp niêm mạc làm hẹp rõ lòng tá tràng ở đoạn DII.



G



H



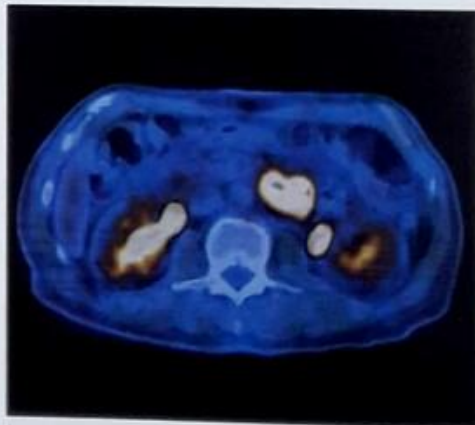
I



J



K

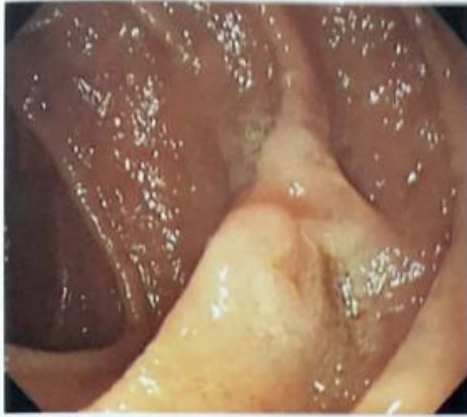


L

G. Khối thâm nhiễm lan tỏa, bề mặt có dạng nốt, ở DII tá tràng, làm hẹp rõ lòng tá tràng và giảm tính co giãn. Mặc dù đã bơm khí nhưng vẫn không nhìn thấy lòng tá tràng. H. Đỉnh hành tá tràng có khối loét bề mặt. I. Khối lồi làm hẹp lòng tá tràng, ở đoạn DII. J. Trên phim CLVT thấy khối chiếm hết lòng tá tràng, thâm nhiễm đầu tụy. K, L. Ở phần thứ tư của tá tràng (D IV), khối u chảy máu, làm hẹp lòng tá tràng. (K). Trên phim PET-CT cũng thấy khối u (L). Khối này được phát hiện đầu tiên khi nội soi đường tiêu hóa trên. Sau khi xác định vị trí tổn thương trên phim chụp PET-CT, dùng dây soi đại tràng đi qua đường miệng để đến D IV tá tràng xác định vị trí tổn thương và lấy bệnh phẩm sinh thiết.

3. Chẩn đoán phân biệt

1) U lympho



A



B



C



D



E



F

A. Nếp niêm mạc dày lên không đều ở DII tá tràng. Kết quả sinh thiết là u MALT. B, C, D. Tổn thương ở hành tá tràng, nếp niêm mạc dày lên không đều, bề mặt có loét (B). Chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh là u MALT, bệnh nhân được điều trị bằng hóa chất, tổn thương đã hết (C, D). E, F. Tổn thương dày thành lan tỏa, giảm tính co giãn và hẹp lòng tá tràng ở đoạn DII (E). Kết quả sinh thiết phù hợp với u lympho tế bào B lớn. Trên phim CLVT thấy dày thành tá tràng (F).

2) Loét tá tràng và ung thư tá tràng di căn



A



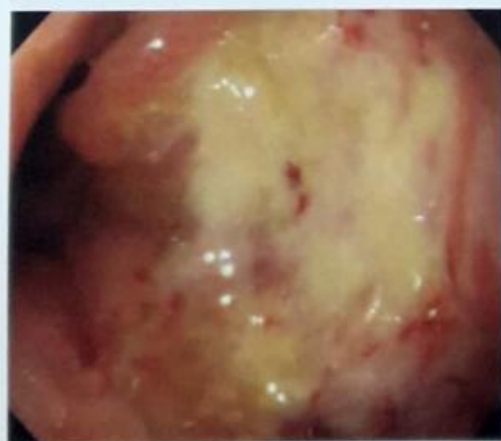
B



C



D



E



F

A. Ổ loét ở phía trên đỉnh hành tá tràng có bờ nề nhìn giống một khối u ở tá tràng. B. Ổ loét đang liền sẹo gắn với nhú tá bé, nhìn giống một khối u. C. Ở hành tá tràng, ổ loét có niêm mạc xung quanh phì đại. Tổn thương là ung thư tụy xâm lấn tá tràng. D. Ổ loét hoạt động, có bờ không đều, đáy có giả mạc bẩn ở đoạn DII tá tràng. Tổn thương được xác định là ung thư dạ dày di căn tá tràng. E. Khối lồi có bề mặt loét ở hành tá tràng là ung thư túi mật di căn tá tràng. F. Ung thư tá tràng di căn từ đại tràng lên, tổn thương có xung huyết rõ và dày thành sau hành tá tràng. Các nếp niêm mạc xung quanh dày lên làm hẹp lòng tá tràng.

3) Các tổn thương khác



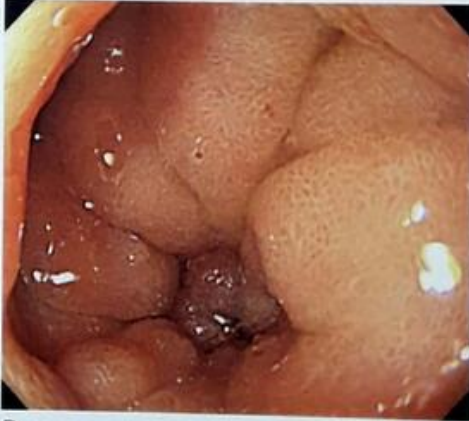
A



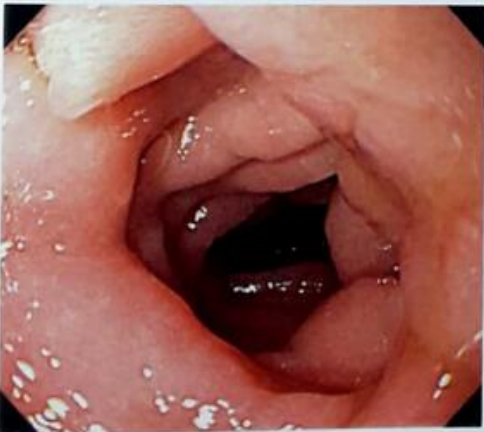
B



C



D



E



F

A. Ở hành tá tràng, có polyp không cuống, có trợt và lõm bề mặt. Kết quả sinh thiết là niêm mạc dạ dày lạc chỗ. B. Khối u dưới niêm mạc, có bề mặt hơi lõm. Kết quả sinh thiết là u carcinoid. C. Tổn thương sau cắt túi mật, thấy có hình ảnh đè đẩy từ ngoài, có trợt hình tròn, ở thành sau đỉnh hành tá tràng. D. Hành tá tràng bệnh nhân xơ gan bị hẹp lại do các nếp niêm mạc phì đại. Tuy nhiên, dây soi vẫn có thể đi qua chỗ hẹp dễ dàng. E. Đoạn DII tá tràng của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch cửa có hình ảnh phù nề lan tỏa các nếp niêm mạc vòng tròn và làm hẹp lòng tá tràng. F. Do sự tiến triển của ung thư bóng Vater làm dày thành tá tràng gây hẹp.

5. Các bệnh của bóng Vater (Diseases of the ampulla of Vater)



Quá sản niêm mạc chỗ đổ ra của đường mật tụy ở tá tràng làm cho bóng Vater tăng kích thước.



Bóng Vater tăng kích thước nhìn giống khối u dưới niêm mạc.



Khối lớn có loét bề mặt ở thành bên DII tá tràng. Hình dạng bóng Vater bất thường. Sinh thiết cho kết quả là ung thư biểu mô tuyến bóng Vater.

1. Lâm sàng

- Khi nội soi đường tiêu hóa trên thường có phần kiểm tra đoạn DII tá tràng. Tuy nhiên, để thăm khám kỹ lưỡng bóng Vater bằng máy soi cửa sổ thẳng thì thường khó khăn hơn.
- Dây soi cửa sổ bên là công cụ tốt nhất để thăm khám những tổn thương vùng bóng Vater. Tổn thương tân

sân bóng Vater có thể không gây triệu chứng, nên cần phải thăm khám cẩn thận.

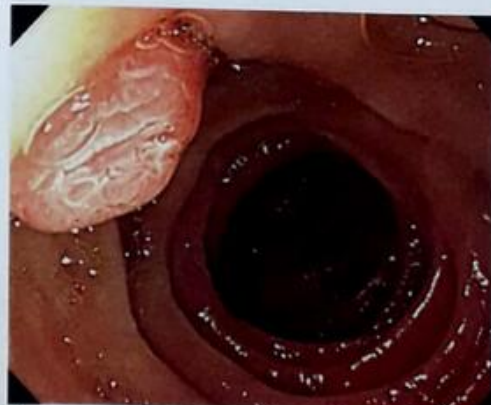
- U tuyến là tổn thương hay gặp nhất ở vùng bóng Vater. Hầu hết ung thư bóng Vater đều gây tắc mật.
- Các khối u ác tính bóng Vater thường gây tăng kích thước lên 2–3 lần so với bình thường.

2. Hình ảnh nội soi

1) U tuyến nhú tá lớn (Adenoma of the major duodenal papilla)



A



B



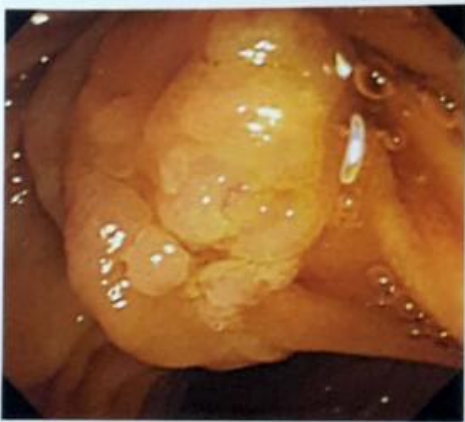
C



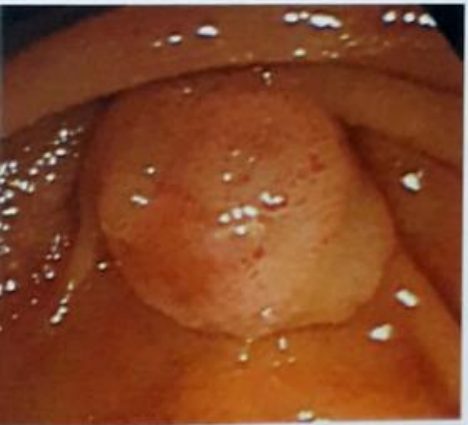
D



E



F



G



H

A. Nhú tá lớn không to nhưng lồi lên, có ranh giới rõ, bề mặt xung huyết. B. Nhú tá lớn to nhìn giống polyp. C. Nhú tá lớn hơi to hơn bình thường, lồi vào trong lòng tá tràng, có bề mặt không đều. D. Nhú tá lớn nhìn giống như một khối nhưng phát triển to theo bề ngang mà không lồi vào lòng tá tràng. Trường hợp này cần đưa đèn soi vào sát tổn thương. E. Nhú tá lớn có kích thước to nhìn giống polyp. Tổn thương nhìn rõ trên đèn soi cửa sổ thẳng. F. Vì bóng Vater to, nghi ngờ trên đèn soi cửa sổ thẳng nên đã kiểm tra lại bằng dây soi cửa sổ bên. Nốt nhỏ dạng polyp có màu trắng vàng trên bề mặt u. G, H. Khi nội soi đường tiêu hóa trên phát hiện được một khối u nhú tá lớn. Sau đó kiểm tra lại bằng dây soi cửa sổ bên (G). Sau khi nhuộm màu bằng indiocarmine, quan sát bề mặt khối u rõ hơn. Bề mặt khối u hơi nhợt, phì đại và xung huyết (H).

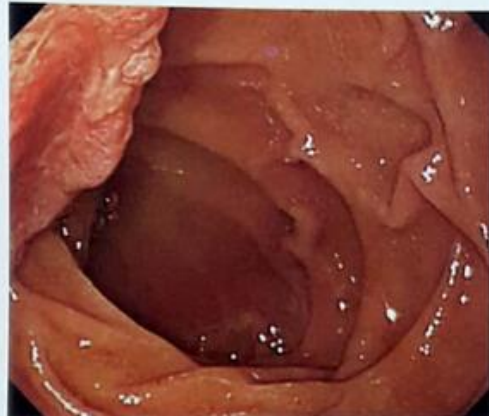
2) Ung thư biểu mô tuyến nhũ tá lớn (Adenocarcinoma of the major duodenal papilla)



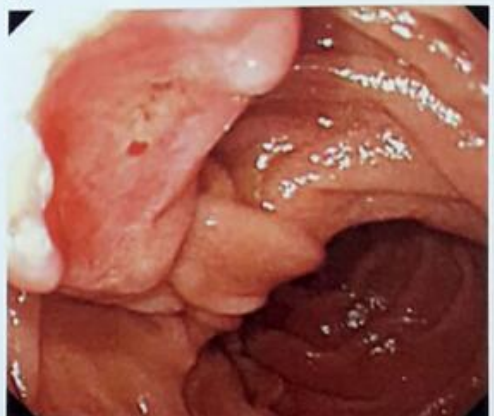
A



B



C



D



E



F

A. Ở đoạn DIII tá tràng, lòng tá tràng hẹp do đè đẩy từ hai phía bên ngoài. B. Khối lớn loét bề mặt ở vị trí bóng Vater. C, D, E. Nhũ tá lớn bị chiếm chỗ bởi khối tròn, có bề mặt lõm. F. Ở đoạn DII tá tràng, tình trạng phì đại niêm mạc làm cho papilla giống như một khối lồi có loét bề mặt.



G



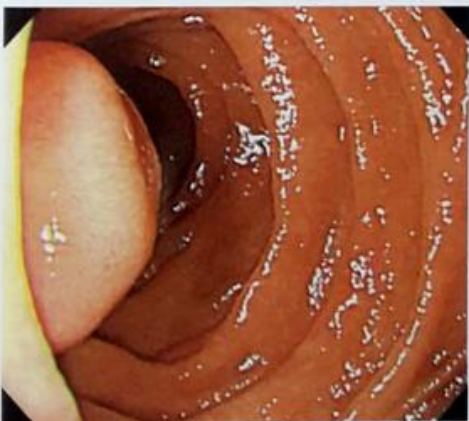
H



I



J



K



L

G, H. Hình ảnh nhìn giống như túi thừa ở trước bóng Vater đoạn DII tá tràng. Tuy nhiên, quan sát gần thấy khối lớn có loét bề mặt.
I, J. Khối u làm tăng kích thước của nhú tá lớn. Có một ổ loét trên bề mặt (I). Kiểm tra bệnh phẩm sau cắt cho thấy khối u chỉ khu trú ở bóng Vater (J). K. Nhú tá lớn tăng kích thước và lồi vào lòng tá tràng. L. Bệnh phẩm sau cắt là ung thư biểu mô tuyến bóng Vater nhìn giống như phì đại bóng Vater.

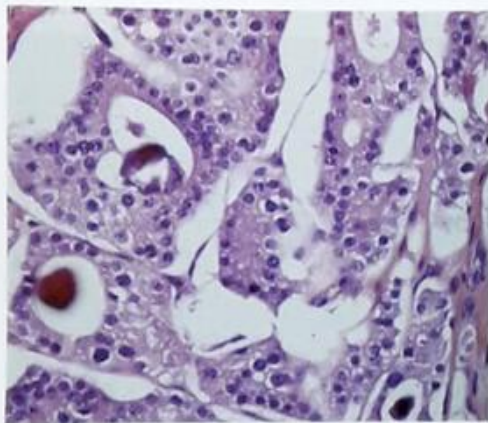
3) U carcinoid vùng bóng Vater (Ampullary carcinoid tumor)



A



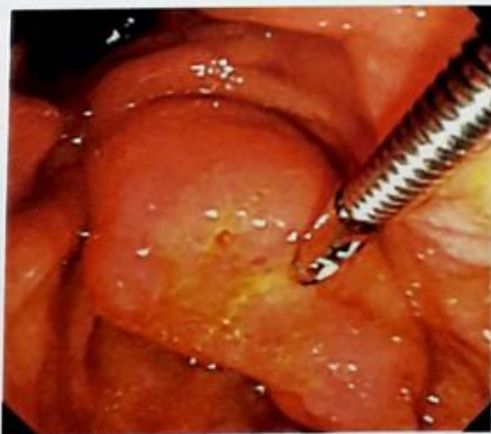
B



C



D



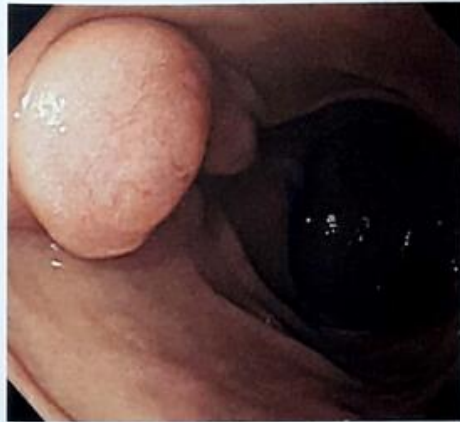
E

A. Thăm khám bằng dây soi cửa sổ bên cho thấy khối u dưới niêm mạc, bề mặt là niêm mạc bình thường ở nhú tá lớn. Khối u có ổ loét nông bờ không đều. B. Sau khi phẫu thuật cắt tổn thương thấy khối u có đặc điểm giống như vậy. C. Kết quả giải phẫu bệnh có cấu trúc tuyến, gồm các tế bào đồng nhất, nhân nhỏ. Tổn thương là u carcinoid thể cát (psammomatous carcinoid tumor). D. Bóng Vater nhìn giống như một khối có loét. Niêm mạc xung quanh bình thường. E. Bóng Vater to lên có bề mặt không đều.

3. Chẩn đoán phân biệt (Differential diagnosis)



A



B



C



D



E



F

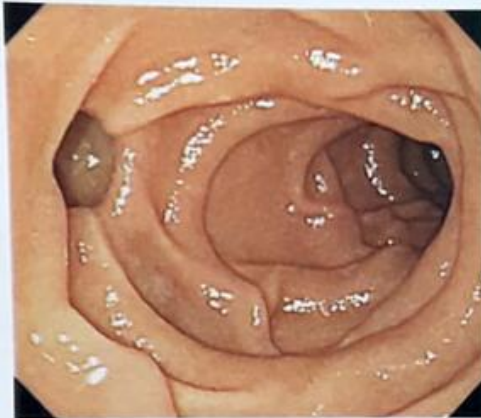
A. Hình ảnh hai lỗ đổ riêng biệt của ống mật và ống tụy (nhú kép). B, C, D. Các hình ảnh khác nhau của nhú tá lớn bình thường. E. Chảy máu nhú tá lớn sau sinh thiết. Gần với nhú tá lớn có nhú tá bé phì đại, có lỗ mở vào lòng tá tràng. Không có dấu hiệu bất thường trên hình ảnh nhú tá bé. F. Trên bệnh nhân ung thư đường mật, hình ảnh stent kim loại đặt trong nhú tá lớn.

6. Các tổn thương khác ở tá tràng (Various duodenal lesions)

1 Túi thừa tá tràng (Duodenal diverticulum)

- Túi thừa tá tràng thường thấy ở thành trước của đoạn DII tá tràng.
- Hầu hết túi thừa tá tràng không có triệu chứng và không cần điều trị. Tuy nhiên, túi thừa gần kề bóng

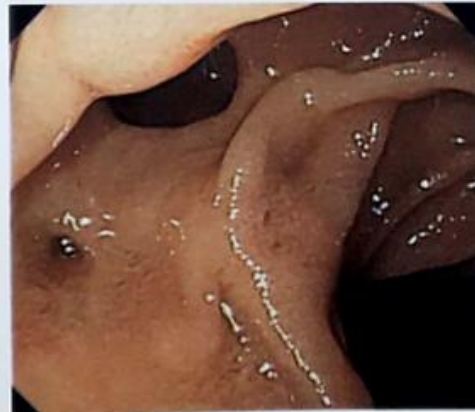
Vater có đi kèm với sỏi túi mật. Rất hiếm khi có biến chứng như: viêm đường mật, viêm tụy, viêm túi thừa, thủng hoặc chảy máu túi thừa tá tràng.



A



B

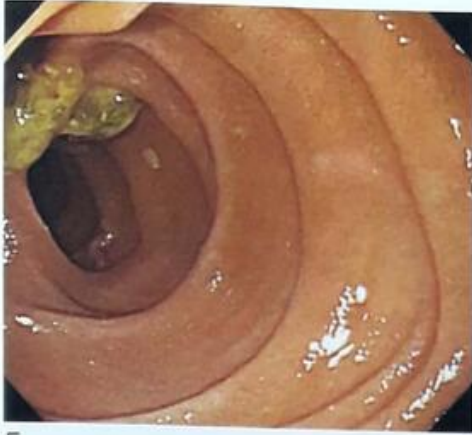


C



D

A. Túi thừa nhỏ ở thành trước (medial wall) đoạn DII tá tràng. B. Túi thừa ở gần kề bóng Vater. Lòng tá tràng ở vị trí 5 giờ. Rất khó để phát hiện túi thừa gần bóng Vater bằng dây soi dạ dày thẳng; mà thường được phát hiện tình cờ. C. Hai túi thừa, kích thước to và nhỏ ở gần nhú tá lớn. D. Nhú tá lớn ở mép túi thừa.



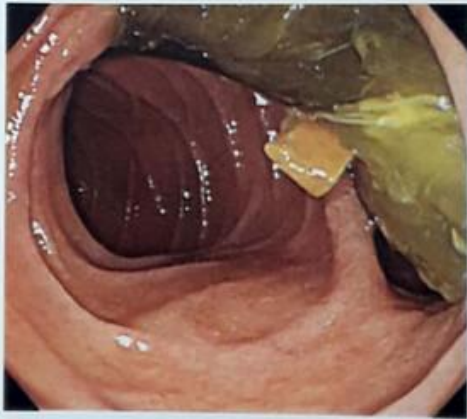
E



F



G



H



I



J

E, F, G, H. Hình ảnh thức ăn có dịch mật bao bọc giúp phát hiện túi thừa gần bóng Vater. I, J. Nhìn có vẻ như có hai lòng tá tràng. Túi thừa lớn có thể nhầm với lòng tá tràng. Trên hình I, túi thừa ở phía trên. Trên hình J, túi thừa ở phía dưới.

2 Rò ống mật chủ – tá tràng (choledochoduodenal fistula)

- Rò ống mật chủ–tá tràng thường do loét tá tràng, biến chứng do sỏi hoặc do phẫu thuật đường mật.



A



B



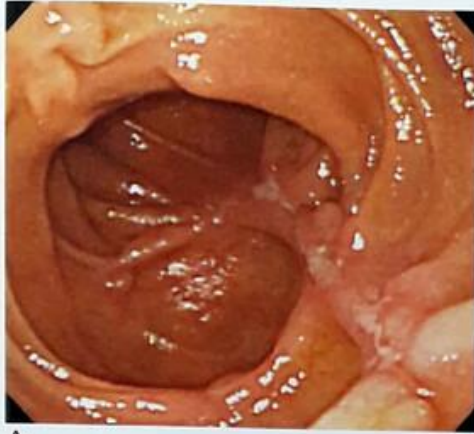
C



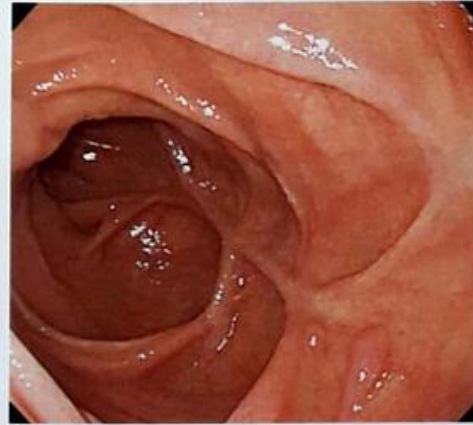
D

A. Ngay dưới nếp gấp gần nhú tá lớn là lỗ rò ống mật chủ – tá tràng. Mật chảy ra từ vị trí đó. B. Hình ảnh rò đường mật–tá tràng ở hành tá tràng. C, D. Ở phía trên đỉnh hành tá tràng, có sẹo loét và gây hẹp (C). Lỗ tròn mở thông với đường mật trong gan, có bề mặt nhẵn, nhìn giống túi thừa, đó là lỗ rò đường mật–tá tràng (D).

3 Bệnh Crohn (Crohn's disease)



A



B

A. Ổ loét dài ở DII tá tràng trên bệnh nhân có tổn thương Crohn đại tràng. B. Sau khi điều trị Crohn, ổ loét đã liền.

4 Loạn sản mạch (Angiodysplasia)

- Giống như các phần khác của ống tiêu hóa, loạn sản mạch có thể gây chảy máu và thiếu máu. Sau khi phun lên bề mặt tổn thương loạn sản mạch bằng thuốc co mạch như epinephrine thì màu đỏ của đám loạn sản chuyển sang màu nhợt.



A



B

A, B. Loạn sản mạch nhìn giống như mạng nhện ở hành tá tràng (A) và DII tá tràng (B).

5 Giãn tĩnh mạch tá tràng (Duodenal varix)

- Giãn tĩnh mạch tá tràng là do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (vd: xơ gan) hoặc huyết khối ở lách (vd: bệnh

của tụy). Tổn thương giãn mạch có màu xanh và thăm bằng kim sinh thiết thấy mật độ mềm giống như khối u dưới niêm mạc.



A



B

A. Trên bệnh nhân xơ gan, khối dưới niêm mạc ngoằn ngoèo, có bề mặt mềm mại ở DII tá tràng. B. Ở đoạn DII tá tràng, thấy có tổn thương dưới niêm mạc ngoằn ngoèo.

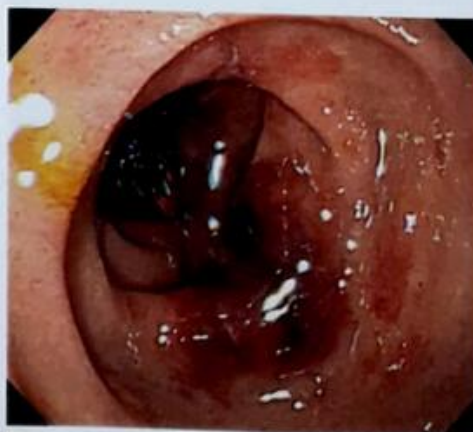
6 Ban xuất huyết Henoch-Schönlein (Henoch-Schönlein purpura)

- Ban xuất huyết Henoch-Schönlein là một bệnh viêm mạch máu quá mẫn IgA. Tổn thương được đặc trưng bởi các ban gồ lên có thể sờ thấy được, đau các khớp

lớn, kèm theo tổn thương đường tiêu hóa và viêm tiểu cầu thận.



A



B

A. Trên bệnh nhân có sốt, phù nề, đau bụng và nôn, các nếp niêm mạc tá tràng phù nề, xung huyết và gây tắc nghẽn do phù nề ở đoạn DII tá tràng. Sinh thiết tổn thương cho kết quả là viêm mạch không đặc hiệu. B. Bệnh nhân có các ban nổi gồ ở chi dưới và đoạn DIII tá tràng.

7 Dị vật tá tràng (Duodenal foreign body)

- Hầu hết dị vật được phát hiện ở thực quản và dạ dày. Nhưng các dị vật nhỏ, bề mặt nhẵn có thể đi qua lỗ

môn vị và xuống tá tràng. Vị trí hay gặp dị vật nhất ở tá tràng là góc giữa đoạn DII và DIII.



A



B



C



D

- A, B. Bệnh nhân có tiền sử mổ khâu lỗ thủng tá tràng do loét, có hình ảnh chân chỉ khâu. C. Một cái kim băng mắc ở hành tá tràng. D. Một cái đinh mũ đang được lấy bằng kẹp gấp dị vật.

8 Các tổn thương khác ở tá tràng (Others)

1) Tụ máu (Hematoma)

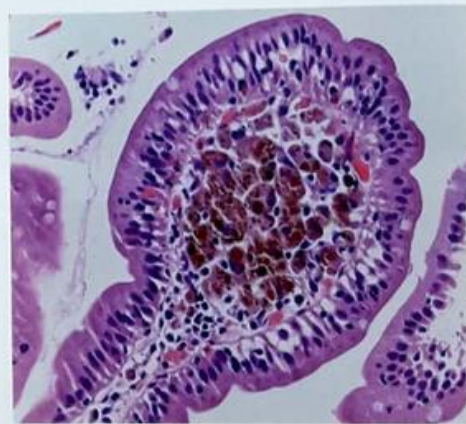


Bệnh nhân bị chấn thương bụng do vật cùn tù, DII có hình ảnh đề đẩy từ bên ngoài, màu hơi xanh của tụ máu trong thành.

2) Bệnh nhiễm hắc tố (Melanosis)



A



B

A. Các chấm màu nâu sẫm ở hành tá tràng và DII tá tràng trên bệnh nhân suy thận mạn tính đang uống viên sắt. B. Sinh thiết thấy có nhiều melanin ở lớp mô đệm.

3) Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên (Superior mesenteric artery syndrome)



A



B

A. Hep rõ lòng tá tràng do đề đẩy từ hai phía bên ngoài ở đoạn DIII. B. Trên phim chụp tá tràng có thuốc cản quang cho thấy hình ảnh hẹp nghẽn ở đoạn DIII tá tràng.

7. Các bệnh do ký sinh trùng (Parasitic diseases)

1 Bệnh giun tròn Anisakiasis (Anisakiasis)

Bệnh giun tròn Anisakiasis là một bệnh nhiễm trùng đường tiêu hóa do ấu trùng giun tròn. Giun trưởng thành ký sinh ở những động vật lớn có vú ở biển như cá voi, cá heo, hải cẩu, sư tử biển, còn ấu trùng lại ký sinh ở các vật chủ trung gian như cá, mực, bạch tuộc và cá hồi. Khi ăn cá sống, ấu trùng sẽ đi vào đường tiêu hóa. Triệu chứng của bệnh anisakiasis gồm: đau bụng dữ dội, nôn, buồn nôn xuất hiện trong vòng 12

giờ sau khi ăn. Có thể có cảm giác vướng họng, nôn máu, đi ngoài phân đen. Chẩn đoán qua nội soi nhìn thấy ấu trùng. Đôi khi, anisakiasis có thể tồn tại dưới dạng khối u dưới niêm mạc của dạ dày hoặc ở ruột non, đại tràng. Nhiễm Anisakis mạn tính có thể hình thành tổn thương dạng nốt ở lớp dưới niêm mạc. Lấy ấu trùng qua nội soi là cách điều trị triệt để.



A



B



C



D

A. Ấu trùng có màu trắng, dài như sợi dây ở hang vị dạ dày. Dạ dày có hình ảnh xung huyết. B. Phía bờ cong lớn có ấu trùng xoắn màu trắng. C. Ấu trùng đã cắm đầu vào hang vị phía bờ cong lớn. D. Lấy ấu trùng bằng kim sinh thiết.

2 Bệnh giun đũa (Ascariasis)

Giun đũa là loại giun tròn phổ biến nhất ở đường tiêu hóa. Giun đũa *Ascaris lumbricoides* là loại giun tròn lớn nhất ký sinh ở người. Trước đây, ở Hàn Quốc giun đũa là nguyên nhân thường gặp nhất gây ra bệnh ký

sinh trùng đường tiêu hóa. Giun đũa trưởng thành thường sống ở ruột non và không gây ra triệu chứng. Đôi khi có thể thấy giun đũa trưởng thành ở tá tràng hoặc đường mật.



A



B



C



D



E



F

A, B. Khi nội soi đường tiêu hóa trên cho bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật ung thư thực quản tình cờ thấy giun đũa *Ascaris* trưởng thành ở đoạn DII tá tràng. Giun đang di động, có thể nhìn toàn bộ cả chiều dài con giun. C. Ở DII tá tràng có một dị vật dài, màu trắng. D. Ở vùng bóng Valer, có hình dị vật dài nằm vuông góc với nếp niêm mạc tá tràng. E. Giun vẫn còn sống sau khi lấy qua nội soi bằng kim sinh thiết. F. Giun đũa *Ascaris* có cấu trúc dài hình ống, giun đực dài 15–20 cm và giun cái dài 20–30 cm.

3 Bệnh sán lá gan nhỏ (Clonorchiasis)

Sán lá gan nhỏ là một trong những bệnh ký sinh trùng lây qua đường tiêu hóa và thường khu trú ở đường mật. Mặc dù sán lá gan nhỏ rất hiếm thấy qua nội soi đường tiêu hóa trên nhưng cũng có thể thấy trên bệnh

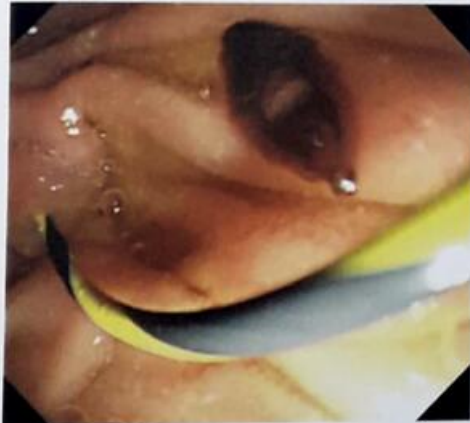
nhân hay ăn gỏi cá. Vì có kích thước nhỏ (3–5 mm), nên sán lá gan nhỏ thường bị nhầm là bùn mặt hoặc dị vật.



A



B



C

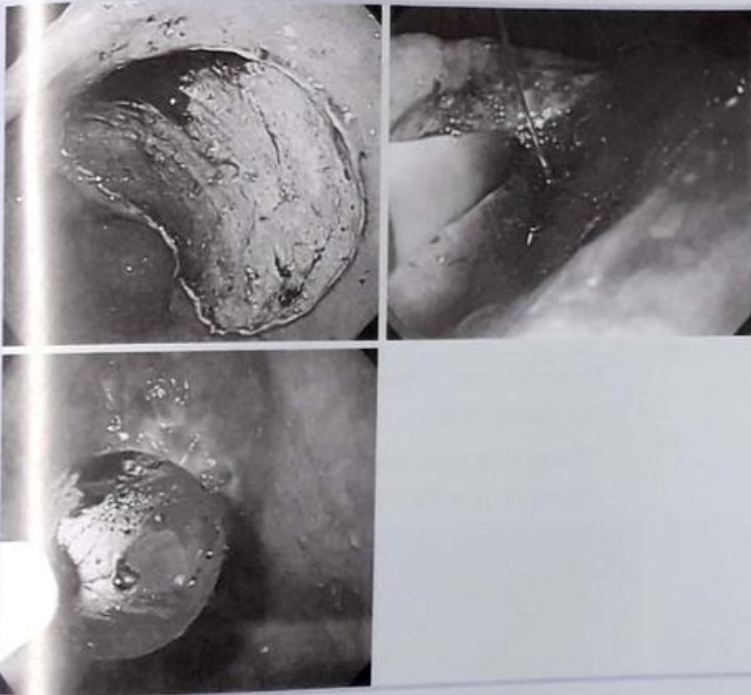
A. Khi chụp phim CLVT cho bệnh nhân để đánh giá giai đoạn ung thư thì phát hiện thấy tình trạng giãn toàn bộ đường mật trong gan. B. Trên bệnh phẩm cắt túi mật của bệnh nhân đó cho thấy rất nhiều sán lá gan nhỏ và sỏi mật. C. Trong khi làm ERCP đánh giá tình trạng giãn đường mật trong gan thì thấy sán lá gan nhỏ có màu nâu sẫm, hình ovan ở đoạn DII tá tràng. Cơ quan sinh sản của sán lá gan nằm ở phần giữa cơ thể có màu đặc trưng là vàng hoặc nâu nhạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim GH. Korean J Gastrointest Endosc 2008;37(Suppl. 1):196–200.
2. Lee WH, et al. Korean J Gastrointest Endosc 2007;35:304–312.

Phần 6

Nội soi Điều trị (Therapeutic Endoscopy)



1. Điều trị các tổn thương tân sản đường tiêu hóa trên qua nội soi

(Endoscopic resection of upper gastrointestinal neoplastic lesions)

1 Cắt polyp (Polypectomy)

1. Chỉ định

- Polyp có kích thước lớn hơn 5 mm.
- Polyp tăng sản có loạn sản.
- Polyp u tuyến.
- Polyp có loét hoặc chảy máu.

2. Chuẩn bị trước thủ thuật

- Làm điện tim.
- Xét nghiệm đông máu (thời gian máu chảy, máu đông, các yếu tố đông máu, nhóm máu).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.
- Các dụng cụ cầm máu qua nội soi.

3. Các dụng cụ cần thiết

1) Thông lọng (Snare)

- Hình ovan: loại này được khuyến cáo sử dụng nhiều nhất để cắt polyp. Đường kính của snare từ 15–25 mm. Lựa chọn đường kính của snare tùy thuộc vào kích thước polyp.
- Hình bán nguyệt: loại này có thể dùng với đầu nhựa trong.
- Hình lục giác: loại này phù hợp với polyp không cuống, phẳng.
- Các dạng khác: loại có thể quay, loại có gai.
- Kim tiêm: thường dùng loại kim A23G.

2) Bộ nguồn cắt đốt

- Đơn cực: Tầm dán điện nên đặt ở vị trí rộng, phẳng, gần với vị trí cắt polyp như đuôi trái hoặc hông trái.
- Chế độ cắt: nên để chế độ blended. Để chế độ cắt đơn thuần có thể gây chảy máu sớm, chảy máu muộn, thủng ruột hoặc hội chứng đông điện sau cắt polyp.
- Cường độ: để cường độ 15–20 W khi cắt polyp bằng kim sinh thiết nhiệt và 35–50 W khi cắt polyp bằng snare.

3) Các dụng cụ cầm máu

- Kẹp cầm máu hemoclip: dùng cho chảy máu sớm và chảy máu muộn.
- Thông lọng cầm máu (detachable snare): dùng để dự phòng chảy máu khi cắt polyp cuống to, dài.
- Bộ đốt argon plasma (APC): Đây là cách làm đông bằng nhiệt không tiếp xúc (non-contact thermal method of coagulation), có nhiều tác dụng, nhanh, dễ thực hiện.

4) Các dụng cụ khác

- Lưới bắt bệnh phẩm.
- Rọ gắn với kênh hút.



Các loại snare (từ trái qua phải tương ứng là hình oval, hình bán nguyệt, lục giác) và kim tiêm (phía cuối phải).



Các loại máy cắt đốt: từ trái qua phải lần lượt là Olympus UES-20, ERBE ICC và ERBE VIO300D.



Các dụng cụ cắt polyp qua nội soi: từ trái qua phải gồm kim sinh thiết nóng, kẹp clip, thông lọng thắt chân polyp, lưới bắt bệnh phẩm.

4. Các phương pháp cắt polyp

1) Cắt bằng kim sinh thiết thông thường (cold biopsy)

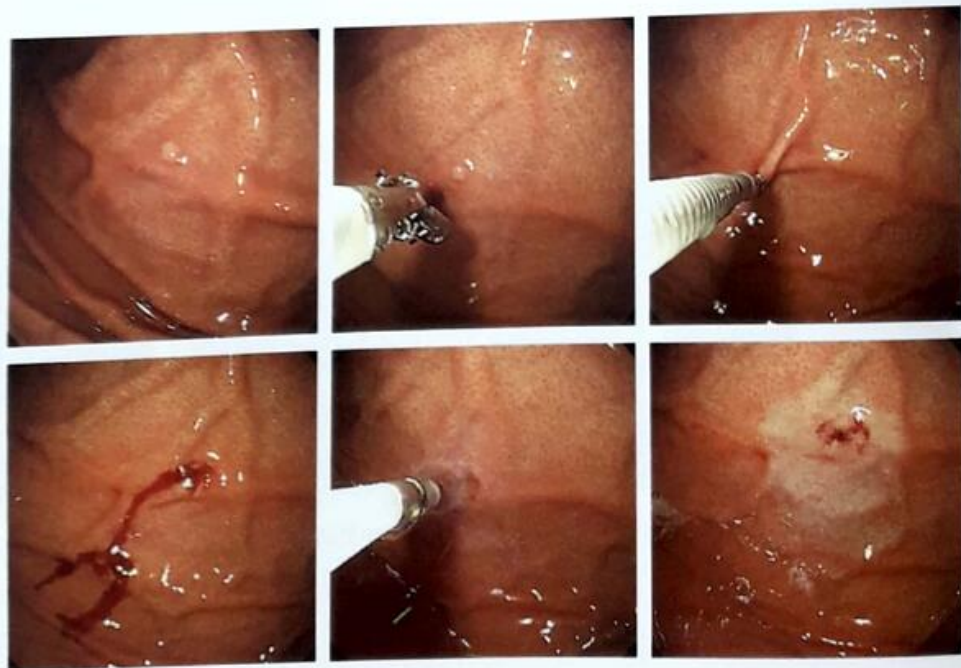
- Chỉ định: polyp nhỏ hơn 0,5 cm.
- Ưu điểm: dễ thực hiện, ít tai biến
- Hạn chế: có thể còn sót polyp sau cắt, không cắt hết.

2) Cắt bằng kim sinh thiết nhiệt (hot biopsy)

- Chỉ định: polyp nhỏ hơn 0,5 cm.
- Ưu điểm: so với cắt bằng kim sinh thiết thông thường, cắt bằng kim sinh thiết nhiệt đạt được tỷ lệ cắt polyp hoàn toàn cao hơn.
- Hạn chế: có thể thủng ruột. Bệnh phẩm khó đánh giá trên mô bệnh học.



U nhú 3 mm ở thực quản được cắt bằng kim sinh thiết thông thường.



Polyp tuyến phình vị kích thước nhỏ đã được cắt bằng kim sinh thiết thông thường. Điểm chảy máu sau cắt polyp đã cầm khi bơm rửa bằng dung dịch epinephrine.

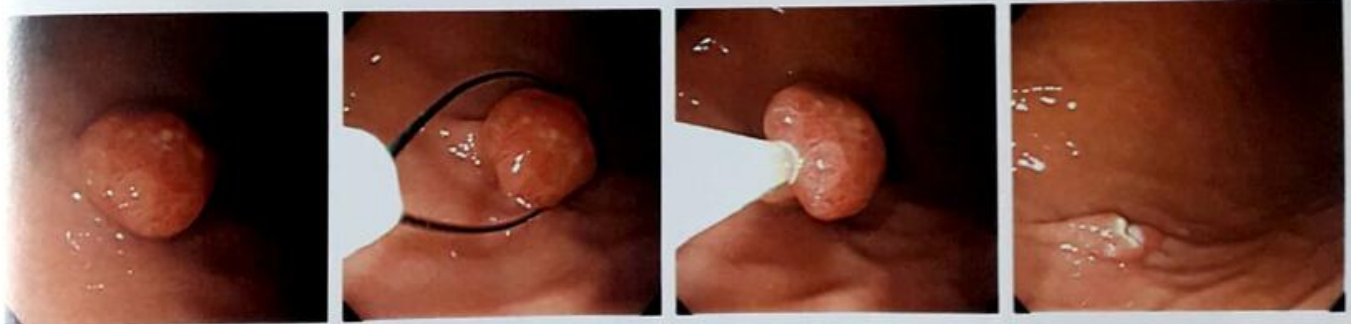


Polyp dạ dày 3 mm được cắt bằng kim sinh thiết nhiệt (hot biopsy). Để tránh thủng, cần kéo polyp ra xa thành dạ dày, thời gian đốt ngắn. Kiểm tra vị trí polyp sau cắt, lấy bệnh phẩm polyp.

3) Cắt polyp bằng thông lọng (snare)

• Chỉ định: cắt polyp có cuống hoặc cuống ngắn, kích thước > 5 mm.

- Ưu điểm: thủ thuật đơn giản, thực hiện nhanh.
- Hạn chế: có thể thủng ruột. Khó thực hiện với polyp không cuống.



Polyp tăng sản, kích thước 1 cm, có cuống, ở bờ cong lớn, thân vị đã được cắt bằng snare. Kỹ thuật: dùng snare bắt vào cuống polyp, đặt ở vị trí sát đáy polyp, đóng snare từ từ và kéo ra xa khỏi thành dạ dày. Sau khi thấy polyp xung huyết tím thì tiến hành cắt.



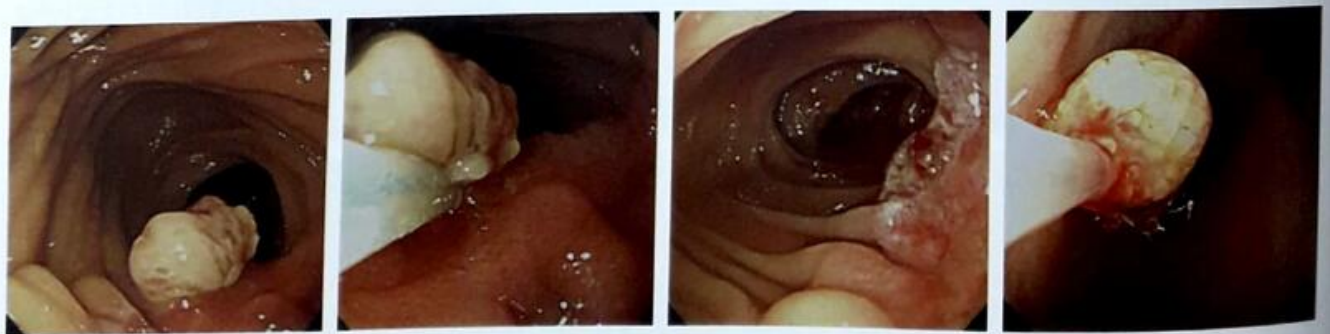
Polyp tăng sản 5 mm ở bờ cong lớn vùng hang vị dạ dày. Bắt polyp bằng snare, đưa snare vào đáy polyp và đóng snare, kéo polyp ra xa thành dạ dày. Tiến hành cắt đốt polyp. Lấy bệnh phẩm bằng kim và lưới bắt polyp.



Nhiều polyp tăng sản ở thân vị dạ dày phía bờ cong nhỏ. Polyp tăng sản không cuống, kích thước 1 cm đã được cắt bằng snare. Vết cắt đã được kẹp bằng kẹp cầm máu hemoclip.



Polyp tuyến phình vị, kích thước 6 mm, ở thành trước thân vị. Tiến hành tiêm dưới niêm mạc. Đưa snare vào bắt polyp và cắt đốt. Vị trí sau cắt đã hết polyp và không chảy máu.



Ở miệng nối dạ dày-hỗng tràng có polyp tăng sản, kích thước 12 mm và loạn sản vừa. Polyp đã được cắt bằng snare. Tại vị trí polyp sau cắt không có chảy máu. Lấy bệnh phẩm bằng lưới.

5. Cắt polyp kích thước to qua nội soi

1) Dự phòng chảy máu sau cắt polyp

Với những polyp có cuống > 5 mm cắt qua nội soi phải có biện pháp dự phòng chảy máu sau cắt. Các polyp có cuống gần như đều có mạch máu lớn đi qua cuống.

- Dùng thông lọng hoặc kẹp clip để thắt hoặc kẹp vào chân của cuống, cắt ở vị trí gần chỗ thắt/kẹp để hạn chế chảy máu.



Đối với một polyp có cuống to, dùng thông lọng để thắt chân polyp. Sau đó cắt polyp bằng snare, đặt vị trí snare ở gần với chỗ thắt để tránh chảy máu.



Polyp kích thước 2.5 cm, bề mặt có loét (u nang nhầy – gastritic cystic profunda) ở phía bờ cong lớn hang vị. Polyp đã được dự phòng chảy máu bằng thông lọng. Cắt polyp bằng snare ở gần vị trí thông lọng.



Vai trò của kỹ thuật viên (KTV) trợ giúp nội soi

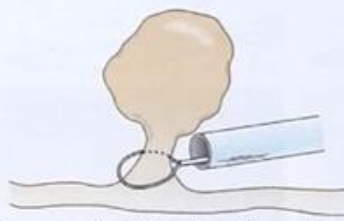
Khi bắt polyp bằng snare, sự phối kết hợp giữa bác sỹ nội soi và KTV trợ giúp là rất quan trọng. Nếu snare quá chặt thì polyp sẽ bị cắt trước khi đốt điện, gây chảy máu. Ngược lại, nếu bắt snare quá lỏng, thời gian cắt đốt bị dài làm tăng nguy cơ thủng. Không chỉ bác sỹ nội soi mà KTV trợ giúp cũng cần có kỹ năng tốt. KTV trợ giúp nội soi cần nâng cao kỹ năng thường xuyên, liên tục.

2) Những lưu ý quan trọng khi dùng snare bắt polyp

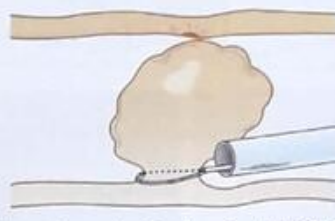
- Đầu tiên, đầu của snare đặt phía sau polyp và kéo gần lại. Sau đó, mở snare và đóng từ từ đồng thời đẩy thân nhựa của snare về phía xa.

3) Vị trí cắt

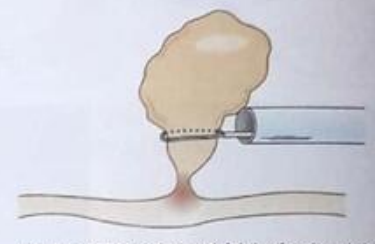
- Cắt ở vị trí 1/2 hoặc 1/3 dưới của chân polyp để dễ cầm máu nếu bị chảy máu sau cắt. Có thể thắt chân polyp sau cắt bằng thông lọng endoloop hoặc dùng clip để cầm máu.
- Khi nghi ngờ polyp ác tính thì phải cắt cả chân polyp để đánh giá tình trạng xâm lấn xuống lớp dưới niêm mạc.



Đưa snare hơi chéo vào chân polyp.



Polyp chạm vào thành ruột phía đối diện



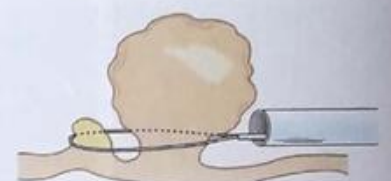
Vùng chân polyp có kích thước nhỏ hơn sẽ bị đốt



Snare bị chạm vào niêm mạc thành ruột, gần polyp



Snare bị ngập trong dịch hoặc nếp



Niêm mạc gần polyp bị bắt vào snare

Ví dụ minh họa đặt sai vị trí snare và cắt đốt

2 Cắt hớt niêm mạc qua nội soi (Endoscopic mucosal resection – EMR)

1. Chỉ định

- Áp dụng cho hầu hết các polyp, gồm cả polyp có kích thước lớn hơn 5 mm.
- Ung thư biểu mô sớm type I, IIa, IIb có kích thước < 2 cm hoặc ung thư biểu mô sớm type IIc biệt hóa cao có kích thước < 1 cm.
- U tuyến dạ dày

2. Ưu điểm

- Tỷ lệ biến chứng thấp và có thể cắt toàn khối (en bloc) polyp không cuống.

3. Hạn chế

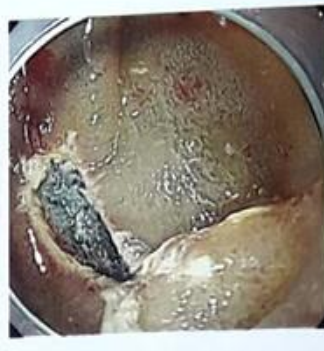
- Đối với polyp có kích thước to hơn đường kính snare thì không thể cắt toàn khối.



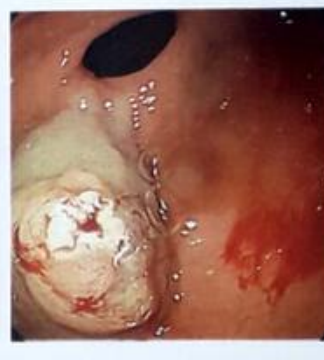
Polyp tuyến kích thước 7 mm ở phình vị dạ dày. Để an toàn, tiêm dưới niêm mạc 2–3 ml hỗn hợp dung dịch nước muối, epinephrine và indigocarmine ở vị trí 45–70°. Bắt snare và cắt đốt ở chân polyp. Vị trí sau cắt sạch polyp và không có chảy máu.



Polyp tăng sản không cuống, kích thước 13 mm ở bờ cong nhỏ, hang vị dạ dày. Để an toàn, nên tiêm nhắc dưới niêm mạc. Đưa snare bắt vào chân polyp và tiến hành cắt, đốt. Vị trí sau cắt không thấy chảy máu.



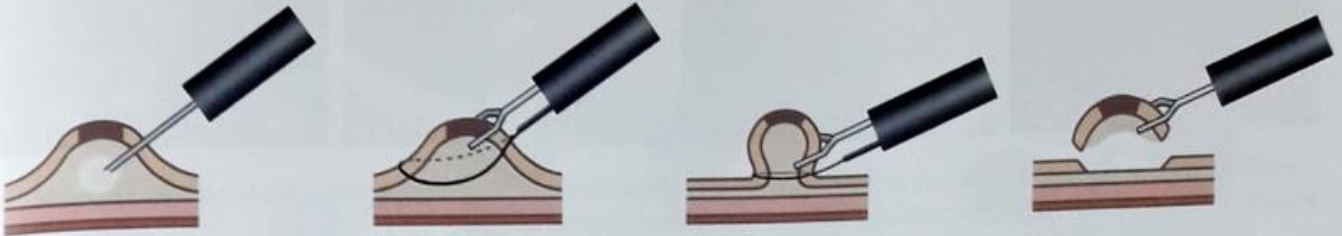
Polyp u tuyến không cuống, 12 mm ở DII tá tràng. Tiêm nhắc dưới niêm mạc và tiến hành cắt bằng snare. Vị trí sau cắt sạch polyp. Nội soi kiểm tra lại vị trí sau cắt polyp một ngày.



Polyp có cuống 14 mm ở hang vị dạ dày. Cắt polyp bằng snare. Có chảy máu sau cắt tại vị trí chân polyp. Kẹp vị trí chảy máu bằng hai kẹp hemoclip.

4. Các phương pháp cắt hớt niêm mạc (EMR)

1) Sinh thiết mảnh (Strip biopsy)



Đánh dấu xung quanh vùng tổn thương bằng dao với chế độ coagulation, tiến hành tiêm dưới niêm mạc cách rìa tổn thương 2-3 mm. Dùng kim nhắc tổn thương lên khỏi thành ruột, sau đó lồng snare vào tổn thương. Đóng snare từ từ. Tiến hành cắt tổn thương. Lấy bệnh phẩm bằng kim.



U tuyến type II ở thành sau hang vị dạ dày. Trước khi cắt, đánh dấu xung quanh tổn thương bằng dao cắt và tiêm dưới niêm mạc. Tổn thương được nhắc lên bằng kim, bắt snare và cắt đốt. Vị trí sau cắt đã sạch u và không có chảy máu.

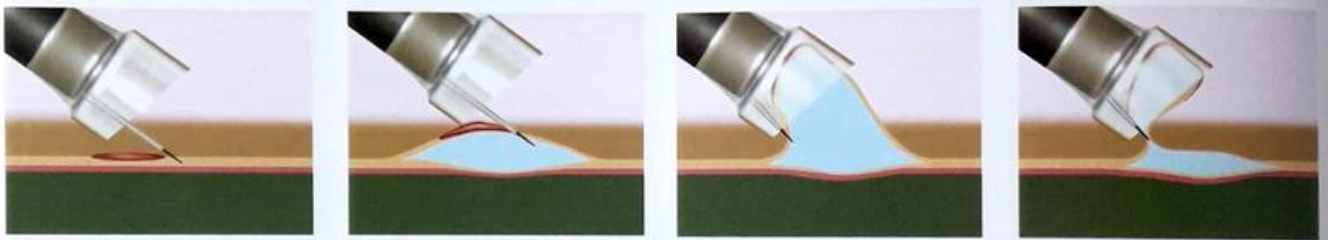


U tuyến dạ dày type IIb, kích thước 12 mm, bề mặt có trợt ở bờ cong nhỏ hang vị. Tổn thương được cắt toàn khối. Vị trí sau cắt đã sạch u và không có chảy máu.

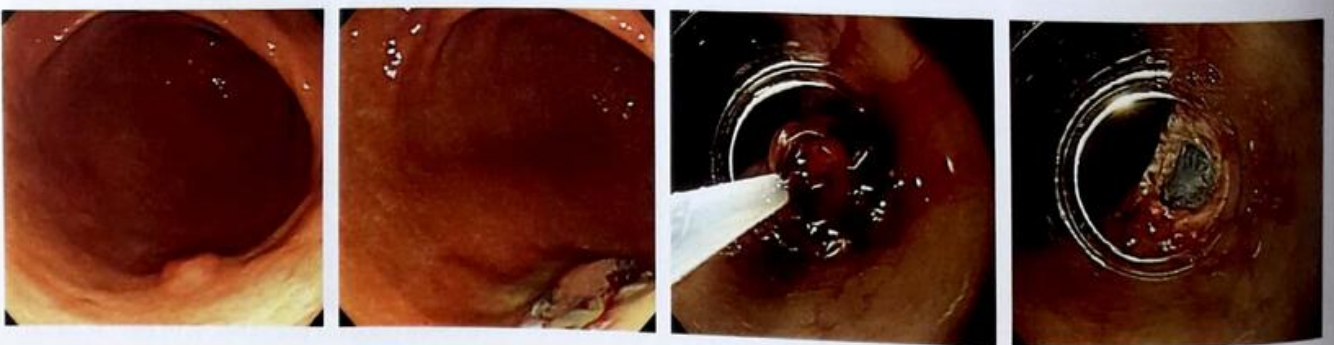


U tuyến dạ dày type IIa, kích thước 8 mm, ở thành trước hang vị. Tổn thương được đánh dấu và tiêm nhắc. Dùng strip biopsy để cắt. Sau khi cắt toàn khối, bệnh phẩm được lấy bằng kim gấp bệnh phẩm (grasping forceps).

2) Cắt hớt niêm mạc qua nội soi dùng đầu nhựa trong (Endoscopic mucosal resection with a transparent cap (EMR-C))



Dùng dây soi có gắn đầu nhựa trong, tổn thương được đánh dấu xung quanh bằng chế độ coagulation. Tiêm dưới niêm mạc cách rìa vùng tổn thương 2–3 mm. Đầu nhựa được đặt vào vùng lõi của tổn thương, sau đó hút tổn thương vào đầu nhựa. Khi tổn thương nằm trong đầu nhựa, đưa snare qua đầu nhựa và tiến hành cắt đốt.



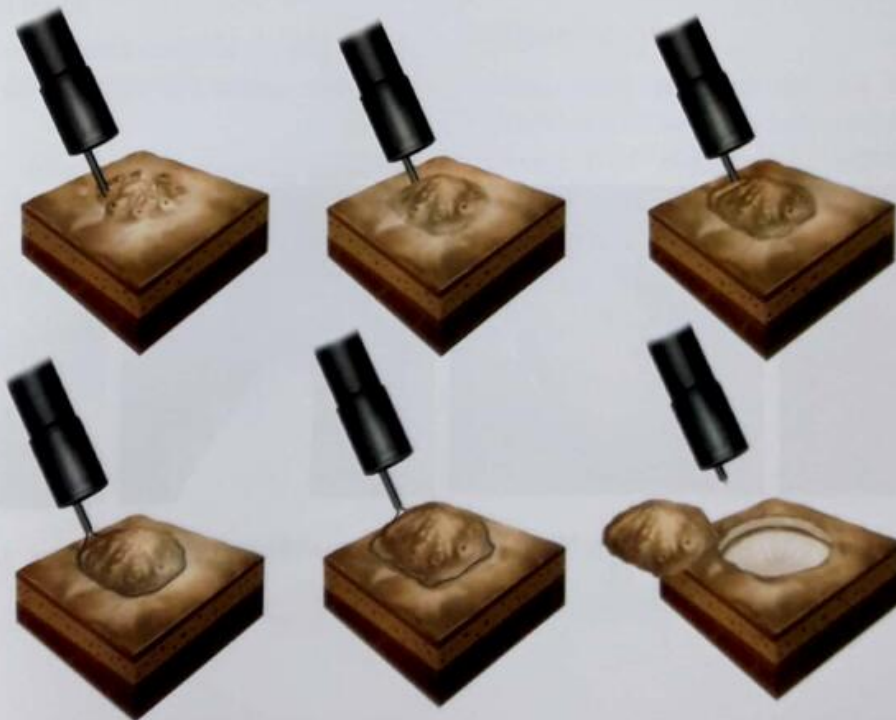
U tuyến dạ dày type IIa, ở bờ cong lớn phần dưới thân vị. Tiêm nhắc dưới niêm mạc. Tổn thương được hút vào trong đầu nhựa, dùng snare bán nguyệt để bắt tổn thương. Tổn thương được cắt toàn khối.

3) Cắt hút niêm mạc qua nội soi bằng vòng thắt (Endoscopic mucosal resection with a ligation device (EMR-L))

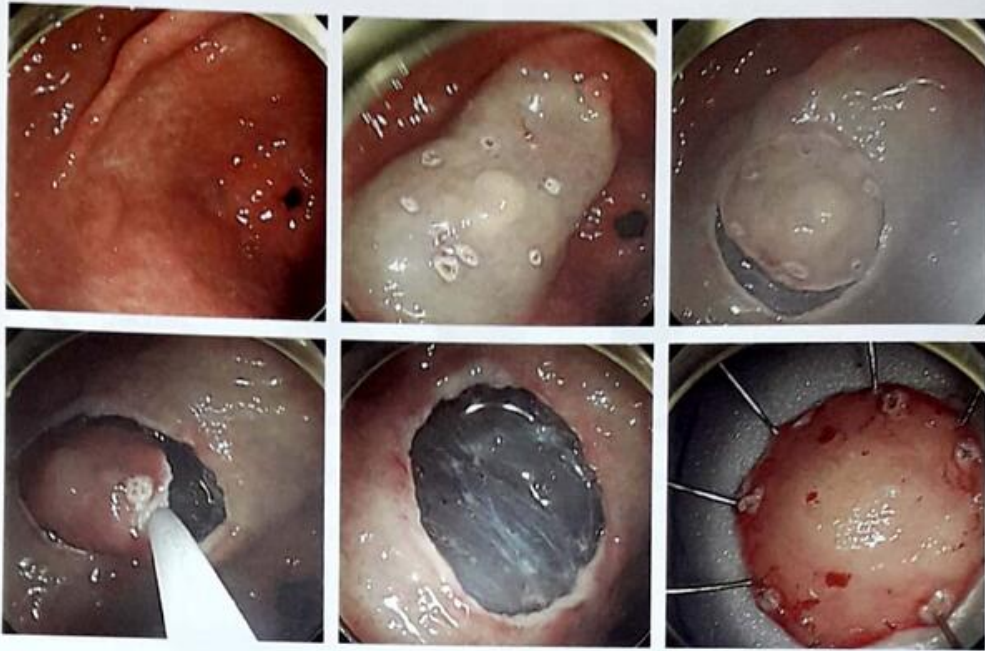


Đem nhấc dưới niêm mạc. Dùng bộ thắt tĩnh mạch thực quản, tổn thương được hút vào và thắt bằng vòng cao su. Tổn thương được cắt bằng snare ở phía dưới vòng cao su. Tiến hành cắt đốt. Lấy bệnh phẩm sau cắt.

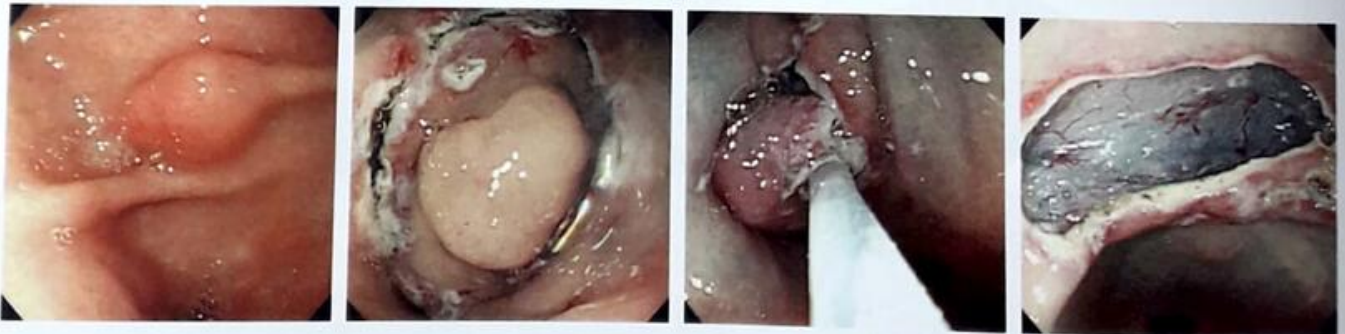
Cắt hút niêm mạc bằng dao precut (Endoscopic mucosal resection with precutting (EMR-P))



Đánh dấu xung quanh vùng tổn thương bằng dao kim. Tổn thương được tiêm nhấc dưới niêm mạc. Tổn thương được cắt xung quanh chu vi (360°) bằng dao kim. Sau khi bắt snare thì tiến hành cắt đốt. Lấy bệnh phẩm sau cắt.



Tổn thương ở vùng hang vị. Dùng dao kim để đánh dấu, tiêm dưới niêm mạc. Cắt xung quanh tổn thương bằng dao kim. Sau khi bắt snare vùng tổn thương thì tiến hành cắt đốt. Vị trí sau cắt đã sạch tổn thương và không chảy máu. Lấy bệnh phẩm sau cắt.



Ung thư dạ dày sớm type IIa ở bờ cong nhỏ hang vị. Tổn thương được cắt toàn khối bằng phương pháp EMR-P.

5. Tiêm dưới niêm mạc (Submucosal injection)

- Dung dịch nước muối hoặc hỗn hợp nước muối – epinephrine (–indigocarmine) thường được sử dụng nhiều nhất để tiêm dưới niêm mạc.
- Để có hình ảnh quan sát tốt, dung dịch được tiêm vào phía xa của tổn thương, sau đó mới tiêm ở phía gần.
- Sau khi tiêm tổn thương không nhấc lên được (non-lifting sign is positive) thì phải nghi ngờ khả năng xâm lấn lớp dưới niêm mạc của khối u, khi đó không nên tiếp tục làm thủ thuật. Nên làm thêm các xét nghiệm đánh giá như siêu âm nội soi, nội soi phóng đại hoặc phẫu thuật.

6. Bắt snare (Snaring)

- Tiêm đủ lượng dung dịch dưới niêm mạc và hút khí phù hợp trong lòng dạ dày, đại tràng là hai yếu tố quan trọng nhất trong khi làm thủ thuật cắt niêm mạc toàn khối (en bloc).
- Khi đóng snare, vỏ nhựa của snare được đẩy sát về phía tổn thương để thắt chân tổn thương một cách chính xác.
- Sau khi đã đóng snare nên nới lỏng nhẹ snare và đóng lại để tránh không thắt quá sâu vào lớp dưới niêm mạc.

7. Cắt đốt (Electrocautery)

- Sau khi đóng snare, tổn thương đổi màu, tiến hành cắt đốt, nhấn bàn đạp cách hồi, 1–2 giây/lần.
- Nhắc tổn thương lên trong quá trình cắt là động tác quan trọng để tránh biến chứng thủng.

8. Lấy bệnh phẩm

- Để lấy bệnh phẩm là polyp nhỏ, cần phải có lưới bắt bệnh phẩm đặt ở chỗ kênh hút. Có thể lấy bệnh phẩm là nhiều polyp.
- Với polyp lớn cần lấy bằng snare hay vợt bắt dị vật.

9. Biến chứng

1) Chảy máu (1–5%)

- Chảy máu tức thì: chảy máu trong khi làm thủ thuật.
- Chảy máu muộn: chảy máu sau khi đã kết thúc thủ thuật. Có thể xảy ra trong 7–10 ngày sau thủ thuật.

2) Thủng (0,5–1%)

- Thủng trong quá trình làm thủ thuật: có thể do tiêm không đủ hoặc bắt snare quá sâu vào vùng tổn thương. Bệnh nhân xuất hiện chướng bụng, chụp Xquang ổ bụng có khí tự do.
- Thủng sau khi làm thủ thuật: có thể do hoại tử vùng cắt sau khi đốt tổn thương quá mức. Chụp phim Xquang ngay sau thủ thuật khó phát hiện nhưng lúc đó có thể có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc.



Khi đóng snare, đẩy vỏ của snare về phía trước để tránh bị trượt.

10. Xử trí biến chứng

1) Chảy máu

- Ép điểm chảy máu bằng snare: trường hợp chảy máu sau cắt polyp có cuống, dùng snare bắt lại vào chân polyp rồi thắt chặt đến khi cầm máu.
- Tiêm dung dịch epinephrine: tiêm dung dịch epinephrine ở 3–4 điểm xung quanh vùng chảy máu. Chỗ tiêm sẽ phồng lên, chèn ép vào vùng chảy máu.
- Đốt bằng Argon Plasma (APC): có thể gây biến chứng tràn khí phúc mạc khi đầu đốt APC tiếp xúc trực tiếp với vùng cắt.
- Hemoclip: vùng cắt dễ bị tổn thương nên tốt nhất là kẹp clip cả vào phần niêm mạc lành xung quanh để cầm máu.

2) Thủng trong quá trình làm thủ thuật

- Đầu tiên, phải hút tối đa lượng dịch, thức ăn trong dạ dày hoặc thay đổi tư thế bệnh nhân để tránh dịch, thức ăn vào chỗ thủng.
- Với vết thủng nhỏ, dùng kẹp clip để kẹp vết thủng, hạn chế tối đa việc bơm khí.
- Sau khi đóng lỗ thủng bằng kẹp, theo dõi bệnh nhân chặt chẽ các dấu hiệu như sốt, chướng bụng, cảm ứng phúc mạc để kịp thời chuyển phẫu thuật.

3) Thủng do tác dụng nhiệt xuyên thành (Perforation from transmural thermal injury)

- Trường hợp thủng do tác dụng nhiệt xuyên thành, nếu trong dạ dày có nhiều dịch, thức ăn thì dễ gây viêm phúc mạc nặng nề. Cần phải mổ cấp cứu.

11. Lấy bệnh phẩm

1) Bệnh phẩm là polyp có cuống

- Bệnh phẩm được cố định trong dung dịch formalin.
- Đánh giá mô bệnh học cuống polyp có ý nghĩa trong việc xác định xem tổn thương có được cắt hoàn toàn hay không, nếu cuống polyp bị cong thì dùng ghim để ghim lại chân polyp cho thẳng.

2) Bệnh phẩm không có cuống

- Gắn bệnh phẩm vào tấm xốp phẳng, nên đánh dấu phần gần và phần xa của tổn thương.

12. Diễn giải kết quả giải phẫu bệnh

1) Mô bệnh học

- Tổn thương nên được phân loại như u tuyến, ung thư sớm khu trú ở niêm mạc, hay ở dưới niêm mạc.

2) Bờ diện cắt

- Tổn thương được cắt hoàn toàn khi không tìm thấy tế bào ung thư ở bờ diện cắt và diện cắt đáy.
- Khi có tế bào ung thư ở diện cắt đáy thì phải cho bệnh nhân phẫu thuật.
- Khi có tế bào ung thư ở bờ diện cắt thì phải cho bệnh nhân phẫu thuật hoặc cắt lại tổn thương qua nội soi. Khi bờ tổn thương chỉ có u tuyến (adenoma) và tổn thương được cắt hoàn toàn thì phải theo dõi chặt chẽ vì vùng hoại tử ở rìa u có thể làm chết tế bào ung thư.

3) Chỉ định phẫu thuật sau khi cắt ung thư dưới niêm mạc qua nội soi

- Tế bào ung thư đã xâm lấn sâu, diện cắt đáy có tế bào ung thư.
- Tế bào ung thư đã xâm lấn sâu qua lớp dưới niêm mạc $\geq 500 \mu\text{m}$.
- Tế bào ung thư đã xâm lấn hạch lympho và mạch máu.

3 Cắt dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic submucosal dissection (ESD))

1. Chỉ định tuyệt đối

- Ung thư biệt hóa, khu trú ở lớp niêm mạc, kích thước < 2 cm, không có loét.

2. Chỉ định mở rộng

- Ung thư biệt hóa khu trú ở lớp niêm mạc không có loét, không giới hạn kích thước.

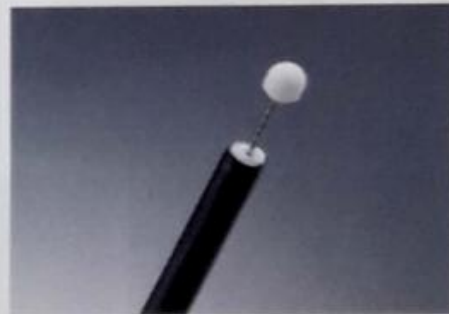
Ung thư biệt hóa khu trú ở lớp niêm mạc có loét, kích thước nhỏ hơn 3 cm.

Ung thư không biệt hóa khu trú ở lớp niêm mạc không có loét, kích thước nhỏ hơn 2 cm

Ung thư dưới niêm mạc, đã xâm lấn sâu nhưng dưới 500 μ m, không có di căn hạch lympho và mạch máu.

3. Dụng cụ

- 1) Dao cắt
- 2) Nguồn cắt đốt
- 3) Dụng cụ cầm máu
 - Kim cầm máu
 - Argon plasma (APC)
- 4) Đầu nhựa trong



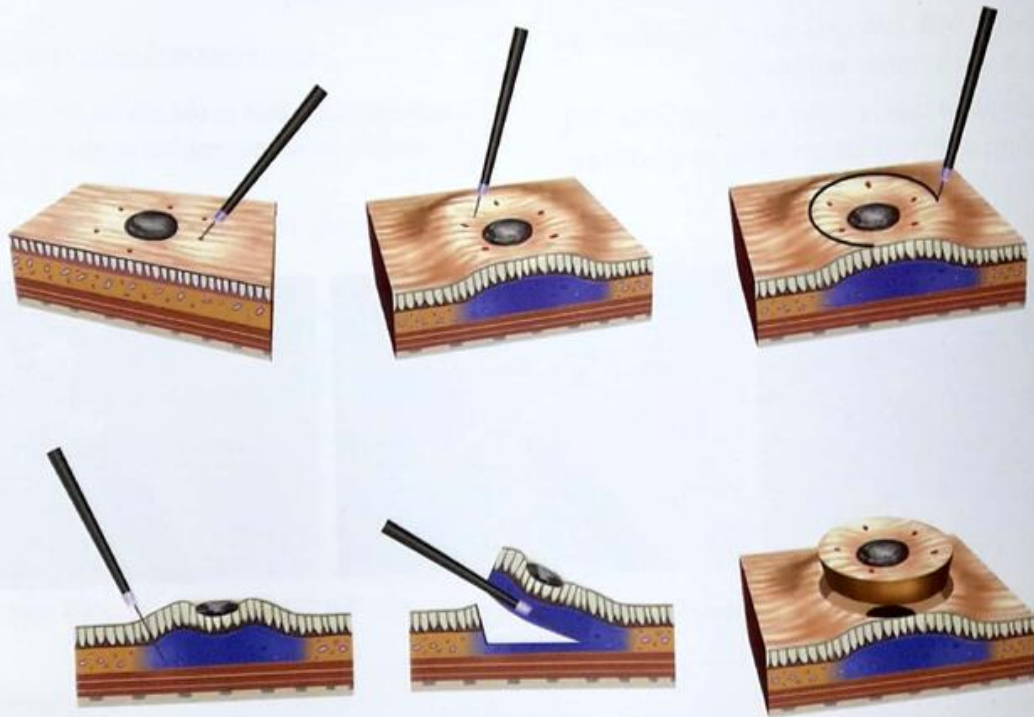
ác loại dao dùng cho ESD: từ trái qua phải là dao Flex, dao Hook và dao IT



Các dụng cụ dùng trong ESD: từ trái qua phải gồm đầu nhựa trong, đầu chụp, kim cầm máu.

4. Kỹ thuật

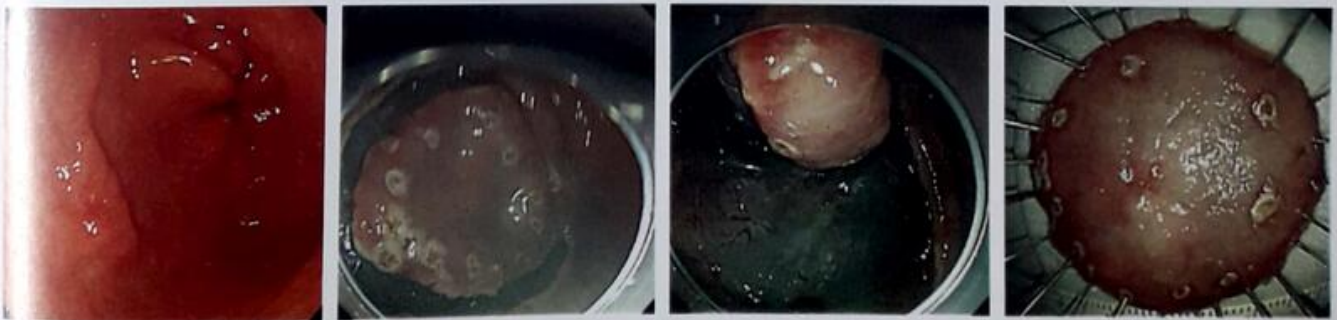
- Tiêm dưới niêm mạc: dùng Hyaluronic acid hoặc glycerol để niêm mạc được nhấc lên trong thời gian dài. Với tổn thương 2–3 cm thì có thể dùng nước muối sinh lý.
- Đánh dấu xung quanh tổn thương: dùng dao Flex hoặc IT.
- Cắt hút dưới niêm mạc: dùng đầu nhựa trong gắn vào đầu dây soi, khi cắt nhìn trực tiếp mô dưới niêm mạc. Cắt song song với lớp cơ để giảm nguy cơ thủng.
- Cầm máu dự phòng và lấy bệnh phẩm: các mạch máu bị lộ ra trong quá trình cắt được cầm máu dự phòng bằng kim cầm máu chuyên dụng. Động tác này sẽ giúp giảm chảy máu, nhìn rõ vùng tổn thương và giảm thời gian làm thủ thuật.



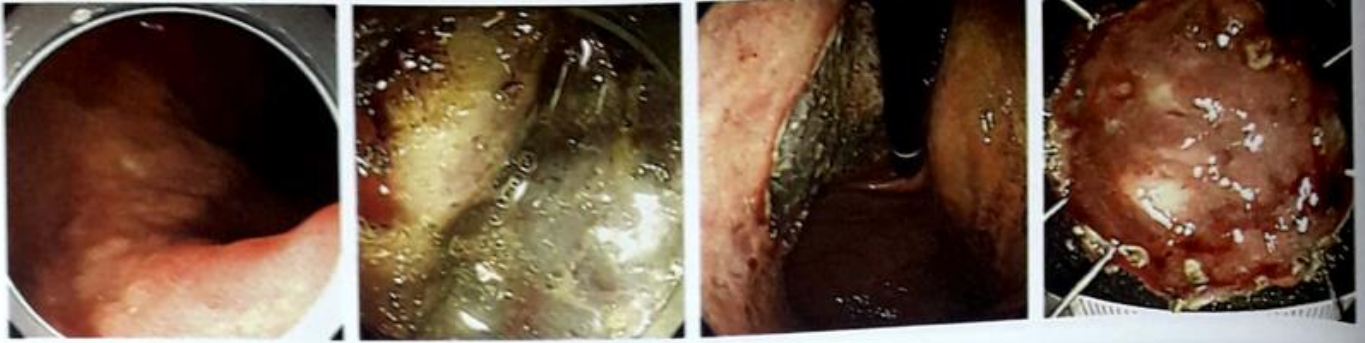
Đánh dấu bằng dao đốt cách rìa tổn thương ít nhất 5 mm. Tiêm nhấc dưới niêm mạc vào chỗ niêm mạc lành, cách rìa tổn thương 2–3 mm. Dùng dao hook hoặc loại dao khác để cắt trước (pre-cut). Sau đó, bóc tách dưới niêm mạc bằng dao IT hoặc dao khác. Sau khi kiểm tra rìa tổn thương và cầm máu thì lấy bệnh phẩm ra ngoài.



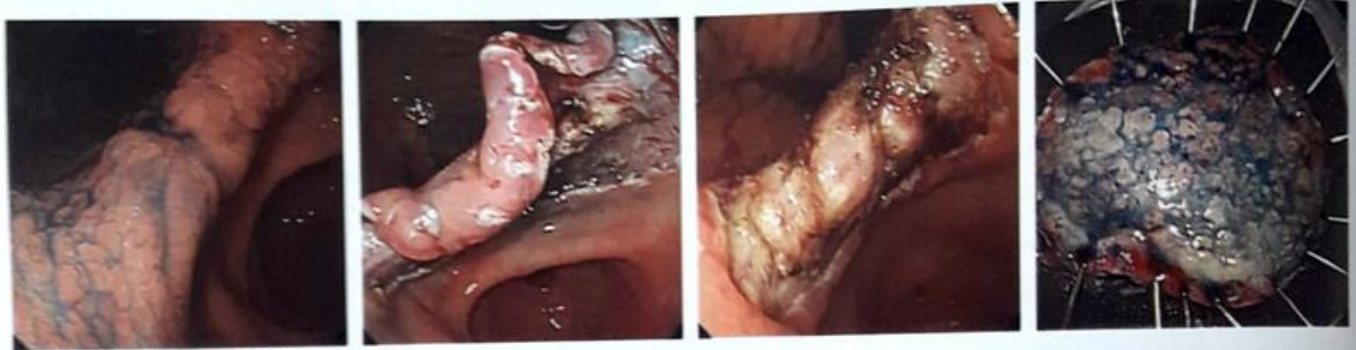
Ung thư dạ dày sớm type IIb, kích thước 3 cm (ung thư biệt hóa, xâm lấn lớp cơ niêm), ở mặt sau hang vị. Đánh dấu xung quanh tổn thương bằng chế độ coagulation. Sau khi tiêm nhắc dưới niêm mạc, cắt xung quanh tổn thương bằng dao hook và dao IT. Cắt toàn khối. Lấy bệnh phẩm ra ngoài.



Ung thư sớm type IIa+IIc, kích thước 3 cm (ung thư biệt hóa, xâm lấn lớp cơ niêm), ở mặt trước hang vị. Đánh dấu xung quanh tổn thương, tiêm nhắc dưới niêm mạc, cắt xung quanh tổn thương. Dùng dao IT và cắt tách dưới niêm mạc để cắt toàn khối. Lấy bệnh phẩm ra ngoài.



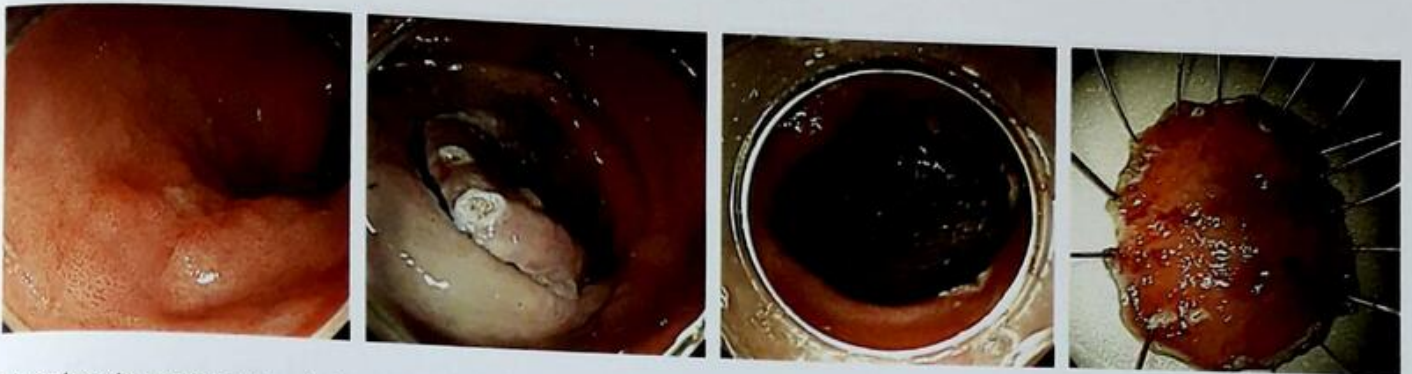
Ung thư sớm type IIb, kích thước 3 cm (ung thư biệt hóa, xâm lấn lớp mô đệm), ở thành sau phía trên thân vị. Đánh dấu xung quanh tổn thương, cắt xung quanh tổn thương, tiêm nhắc dưới niêm mạc, dùng dao IT cắt dưới niêm mạc. Cắt toàn khối tổn thương. Lấy bệnh phẩm ra ngoài và ghim lên mặt tấm xốp.



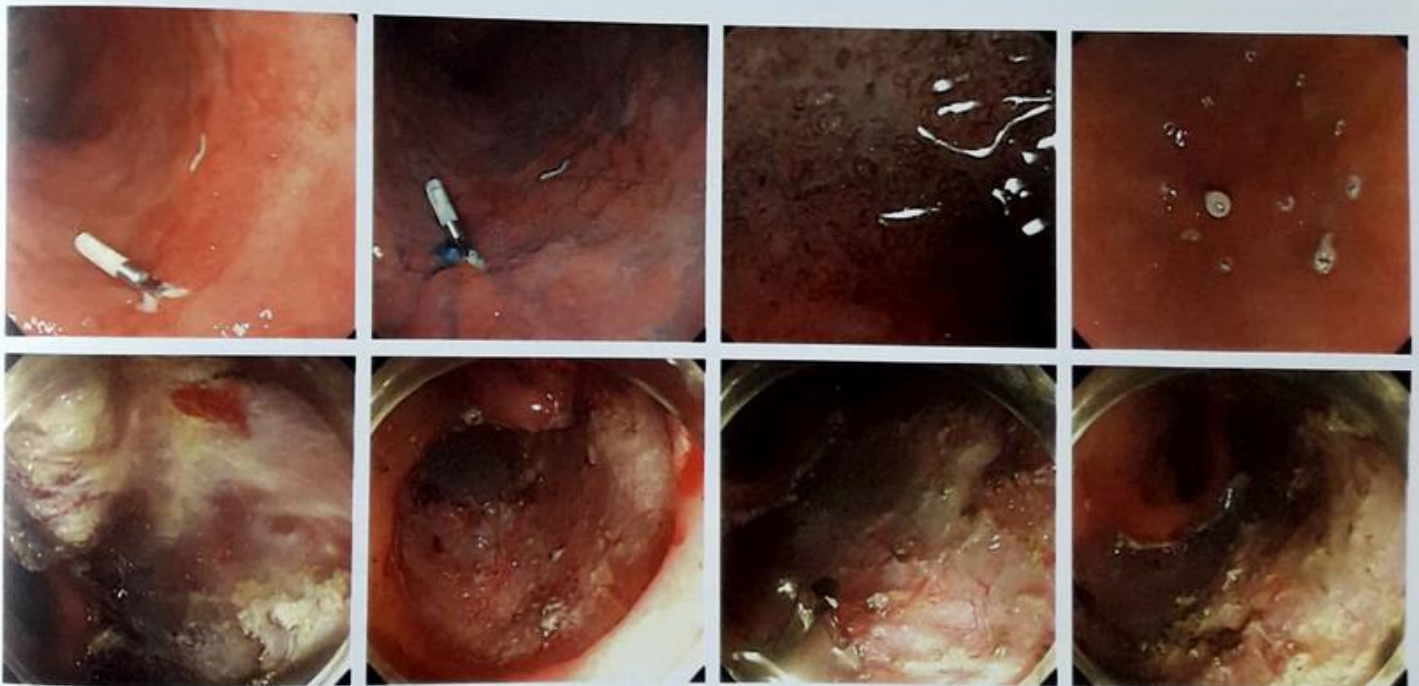
Ung thư sớm type IIIb, ở góc bờ cong nhỏ. Sau khi đánh dấu xung quanh tổn thương, tiêm nhắc dưới niêm mạc và cắt xung quanh tổn thương, dùng dao IT cắt tách dưới niêm mạc. Vùng tổn thương sau cắt đã sạch, không có chảy máu. Kết quả mô bệnh học là: bệnh phẩm 5,5 x 4,5 cm, ung thư dạ dày không biệt hóa, kích thước tổn thương ung thư 2,7 x 2,7 cm. Vì bờ diện cắt dương tính nên bệnh nhân phải phẫu thuật.



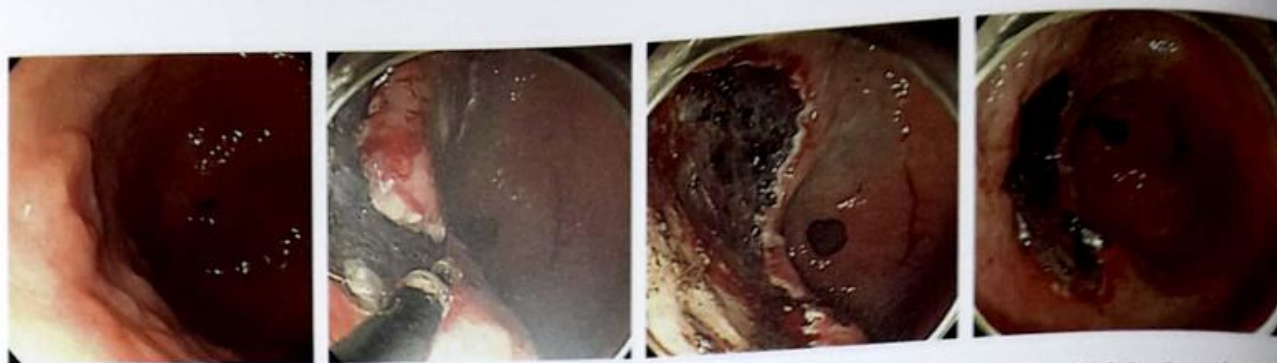
Ung thư sớm type IIc, ở góc bờ cong nhỏ, kích thước 1,2 cm, ở phía bờ cong nhỏ hang vị. Sau khi đánh dấu xung quanh tổn thương, tiêm nhắc dưới niêm mạc và cắt xung quanh tổn thương. Cắt toàn khối tổn thương. Kết quả mô bệnh học là ung thư biệt hóa, xâm lấn cơ niêm.



Ung thư sớm type IIa+IIc, cắt hai thì, ở thành trước hang vị, kích thước 1,5 cm. Có một sẹo loét từ lần cắt ESD trước gần kề với tổn thương này. Sau khi đánh dấu xung quanh tổn thương, tiêm nhắc dưới niêm mạc và cắt xung quanh tổn thương, tiến hành cắt tách dưới niêm mạc. Cắt toàn khối tổn thương. Kết quả mô bệnh học là ung thư biệt hóa, xâm lấn dưới niêm mạc 400 μ m.



Ung thư sớm type IIb, có kẹp clip, ở bờ cong lớn hang vị, kích thước 3 cm. Có một ổ loét nhỏ ở gần clip. Quan sát dưới NBI và nội soi phóng đại cho thấy mạch máu không đều. Đánh dấu xung quanh tổn thương. Trong khi cắt tách dưới niêm mạc thấy có xơ sẹo do lần sinh thiết trước. Cắt toàn khối tổn thương. Mạch máu nhỏ bị lộ ra đã được cầm máu bằng kim cầm máu chuyên dụng.



Ung thư sớm type IIa+IIc, ở thành trước hang vị, kích thước 1,3 cm. Tổn thương được cắt ESD toàn khối. Chảy máu ở rìa vùng cắt. Cầm máu bằng kẹp clip.

5. Chế độ cắt đốt nền áp dụng trong cắt ESD

Các bước thủ thuật	Dao	ICC 200		VIO 300D	
		Mode	Setting	Mode	Setting
Đánh dấu	Dao kim	Forced	20–40 W	Forced	20–40 W
Cắt xung quanh	Dao IT	Endocut	effect 3, 80–120 W	Endocut Q Dry cut	effect 3, duration 3, interval 2, effect 4, 50 W
	Dao Flex	Endocut	effect 3, 80 W	Endocut I or Q Dry cut	effect 2–3, duration 3, interval 2, effect 4, 40 W
	Dao Hook	Autocut	effect 3, 60 W	Dry cut	effect 3, 60 W
	Dao Fork	Endocut	effect 3, 120 W	Endocut	effect 2, 80 W
Cắt tách	Dao IT	Endocut Forced	effect 3, 80–120 W 40–50 W	Endocut Q Swift	effect 3, duration 3, interval 2, effect 4, 80 W
	Dao Flex	Endocut Forced	effect 3, 80 W 40–50 W	Endocut Q Forced Swift	effect 3, duration 3, interval 2, 40–50 W effect 4, 40–50 W
	Dao Hook	Autocut Forced	effect 3, 60 W 60 W	Dry cut	effect 3, 60 W
	Dao Fork	Forced	60 W	Swift	effect 4, 40 W
Cầm máu	Kẹp cầm máu chuyên dụng	Soft	80 W	Soft	effect 4–5, 80 W
		Forced	60 W	Forced	effect 4–5, 60 W

6. Biến chứng

- Chảy máu (5–10%)
- Thủng (1–5%)

7. Hướng dẫn xử trí sau khi có kết quả giải phẫu bệnh

CẮT DƯỚI NIÊM MẠC (ESD)					
Cắt hoàn toàn	Cắt không hoàn toàn				
Theo dõi chặt chẽ để phát hiện tổn thương mới	Bờ diện cắt (+)		Xâm lấn hạ niêm mạc $\geq 500 \mu\text{m}$ Diện cắt đáy (+) Xâm lấn bạch mạch (+)		
	Làm lại ESD	Phẫu thuật	Đốt tổn thương (ablation)	Phẫu thuật	Đốt tổn thương + Cắt hạch qua phẫu thuật nội soi (LLND)? Khoét đa dày (EFTGR) hoặc cắt hạch qua phẫu thuật nội soi (LLND)?

Sau khi cắt tổn thương triệt để, bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ nhằm phát hiện tổn thương ở vị trí khác. Nếu tổn thương chưa được cắt triệt để, cần phải tiếp tục xử trí để đảm bảo loại trừ hết tổn thương.

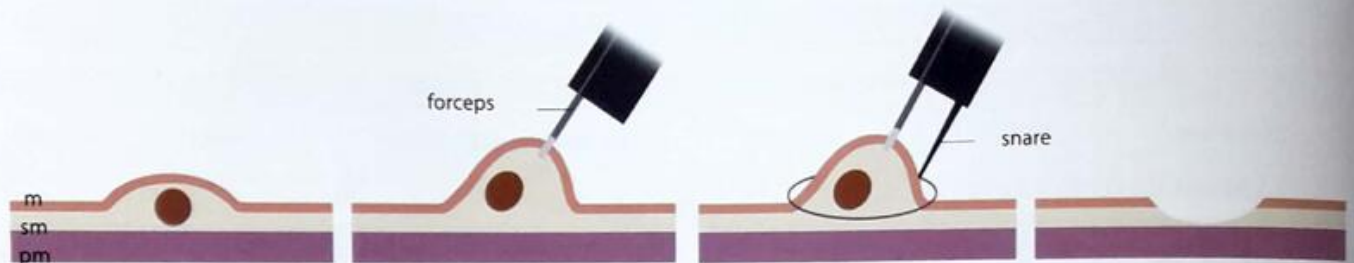
ESD: Endoscopic submucosal dissection, EFTGR: Endoscopic full-thickness gastric resection, LLND: Laparoscopic lymph node dissection.

4 Cắt khối u dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic resection of subepithelial tumors)

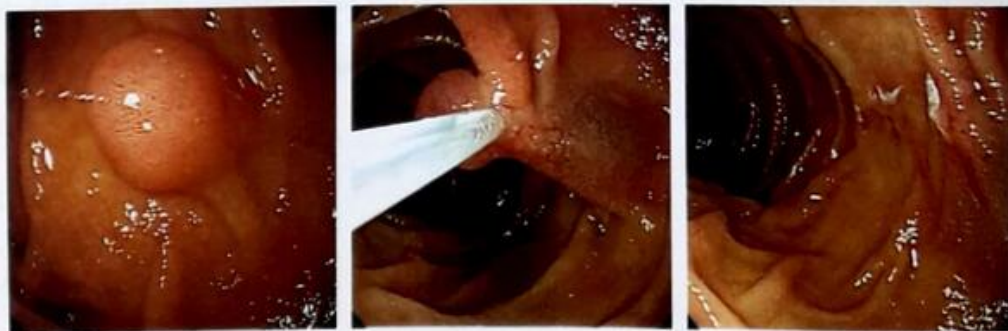
Các phương pháp cắt khối u dưới niêm mạc qua nội soi gồm: cắt polyp truyền thống, strip biopsy, EMR-C,

EMR-L, bóc lộ khối u (unroofing technique) và lấy nhân khối u bằng snare hay các loại dao khác.

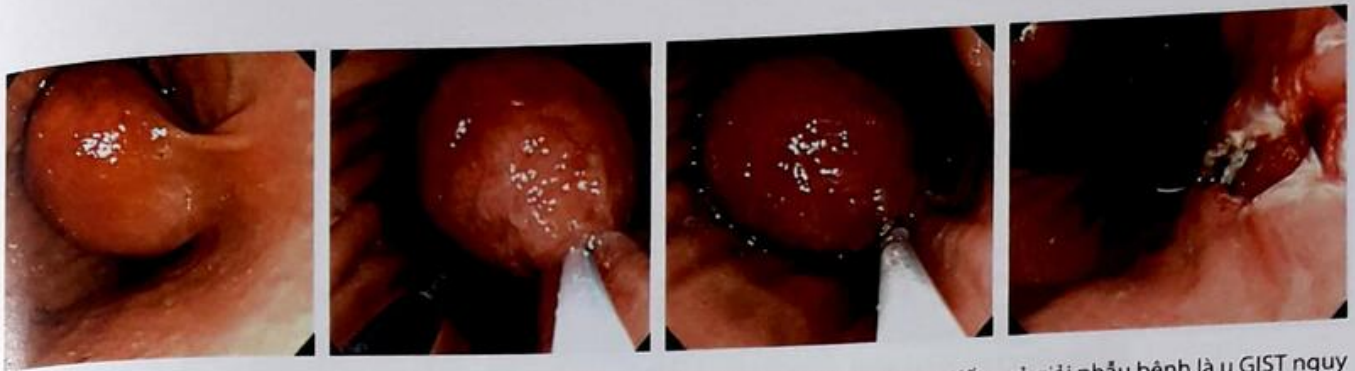
1) Kiểu cắt bằng snare kết hợp forcep (Snare polypectomy)



Dùng dây soi có 2 kênh, đưa kim forcep vào để nhắc khối u lên. Cho snare qua kênh còn lại, lồng vào khối u rồi đóng snare ở chân khối u. Tiến hành cắt đốt khối u.



Khối u dưới niêm mạc ở D11 tá tràng. Sau khi bắt snare và cắt đốt, lấy khối u ra ngoài. Kết quả mô bệnh học là tuyến Bruner quá phát.



ở dưới niêm mạc có cuống, ở bờ cong nhỏ thân vị. Nhấc khối u lên bằng kim, sau đó lồng snare. Kết quả giải phẫu bệnh là u GIST nguy cơ thấp.

Kiểu cắt bằng snare kết hợp tiêm nhắc (Strip biopsy using saline and a snare device)

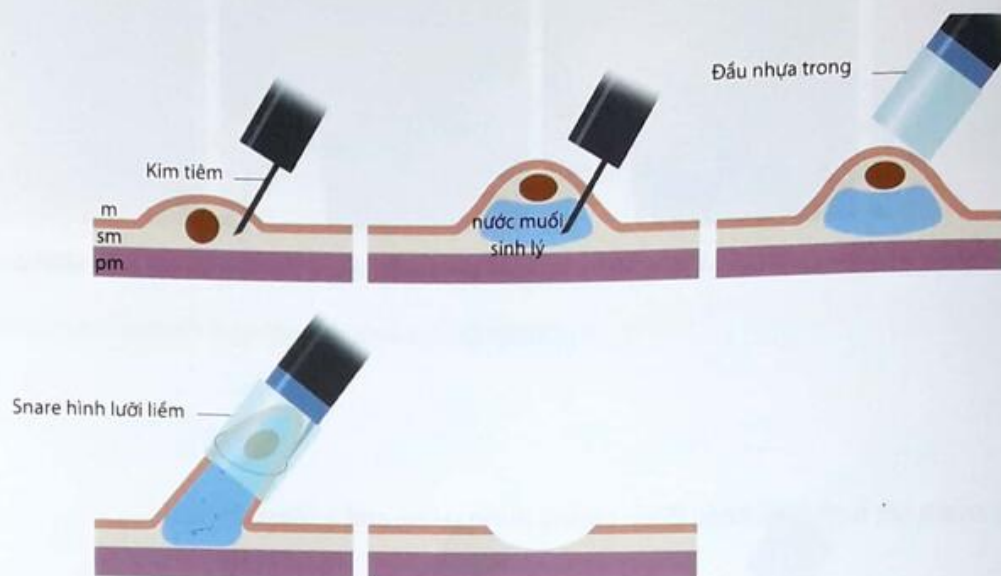


êm dưới niêm mạc để nhấc tổn thương lên cao khỏi lớp cơ. Sau khi bắt snare vào chân u thì tiến hành cắt đốt. Khối u đã được cắt và bệnh phẩm ra ngoài.



U carcinoid ở thành sau thân vị trên. Khối u được cắt bằng phương pháp sinh thiết mảnh. Cầm máu vị trí cắt bằng kẹp hemoclip.

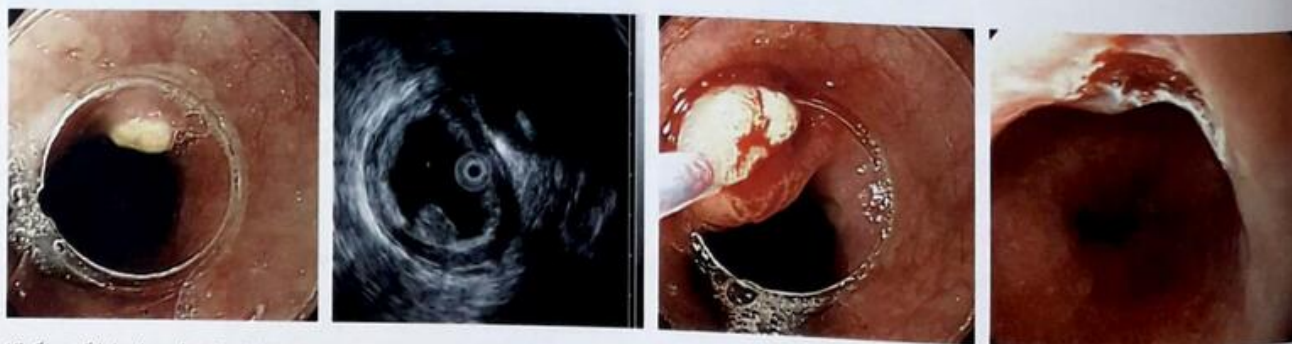
3) Cắt u dưới niêm mạc bằng phương pháp cắt dưới niêm mạc có snare kết hợp đầu nhựa trong (Endoscopic submucosal tumor resection with a cap (ESMR-C))



Tiêm dưới niêm mạc để nhấc tổn thương lên khỏi lớp cơ. Đầu nhựa được đặt lên trên đỉnh khối u, khối u được hút vào trong. Khi tổn thương được hút vào trong đầu nhựa thì đưa snare qua đầu nhựa, tiến hành cắt. Khối u đã được cắt.



Khối u dưới niêm mạc ở bờ cong lớn hang vị, được cắt bằng phương pháp ESMR-C. Kết quả mô bệnh học là tụy lạc chỗ.

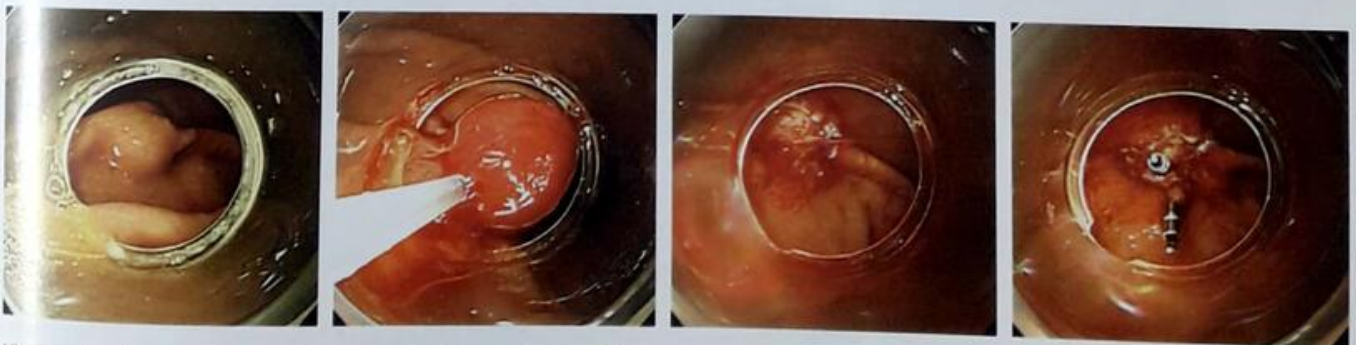




Khối u dưới niêm mạc ở 1/3 dưới thực quản, được cắt bằng phương pháp ESMR-C. Kết quả mô bệnh học là nang vùi (inclusion cyst).

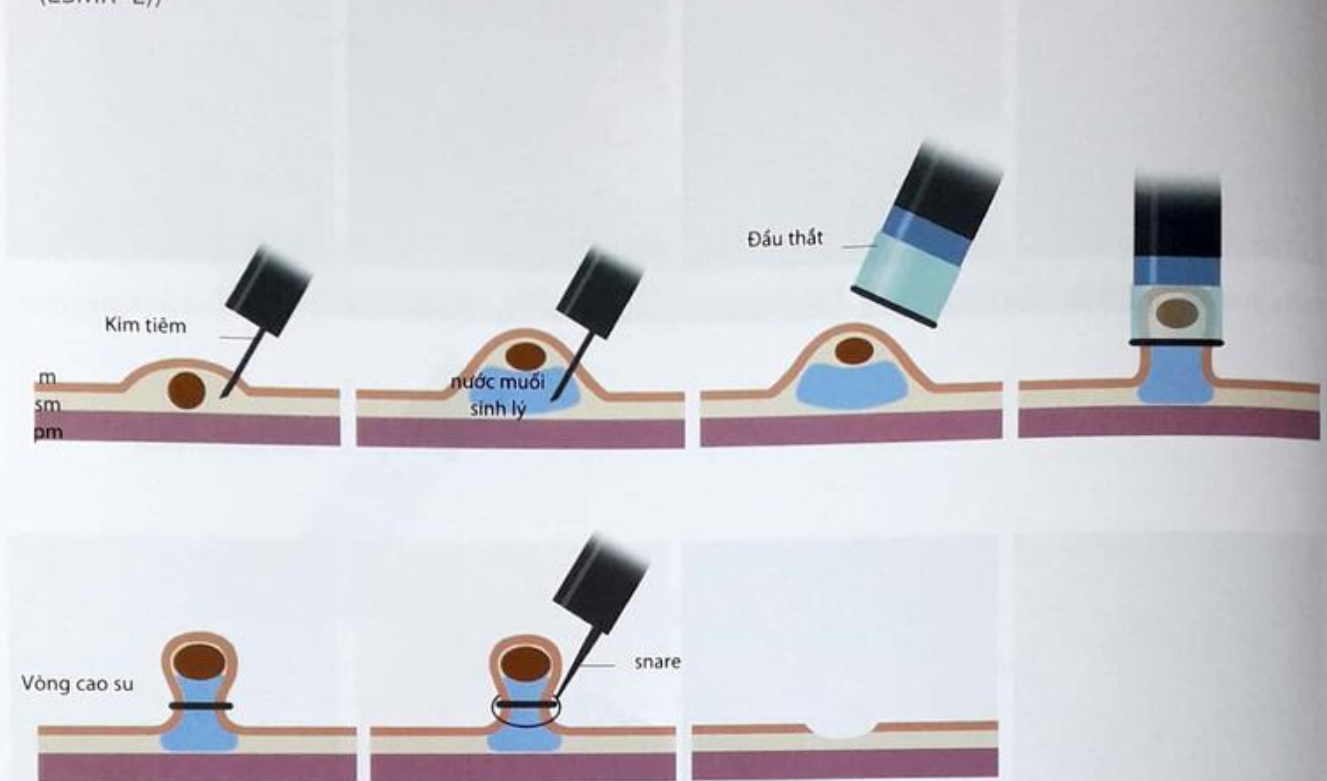


Khối u dưới niêm mạc 1,2 cm ở bờ cong nhỏ phần giữa thân vị. Khối u được cắt bằng phương pháp ESMR-C. Kết quả mô bệnh học là u NST nguy cơ rất thấp.



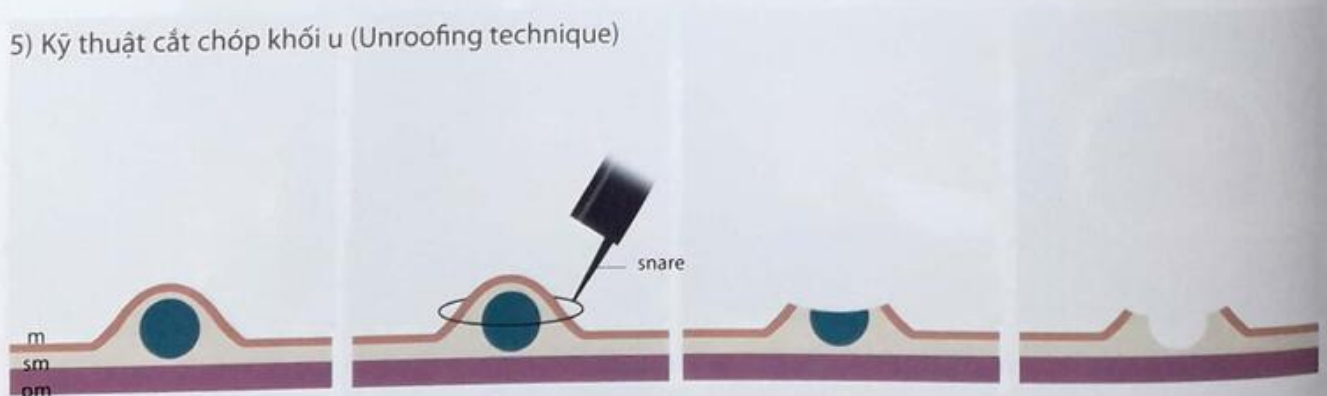
Khối u dưới niêm mạc 1,7 cm ở bờ cong lớn thân vị, được cắt bằng phương pháp ESMR-C. Máu phun ra ở vị trí cắt, cầm máu bằng hai kẹp clip. Kết quả mô bệnh học là viêm dạ dày thể nang (gastritis cystic profunda).

4) Cắt u dưới niêm mạc bằng thắt vòng cao su (Endoscopic submucosal tumor resection with a ligating device (ESMR-L))

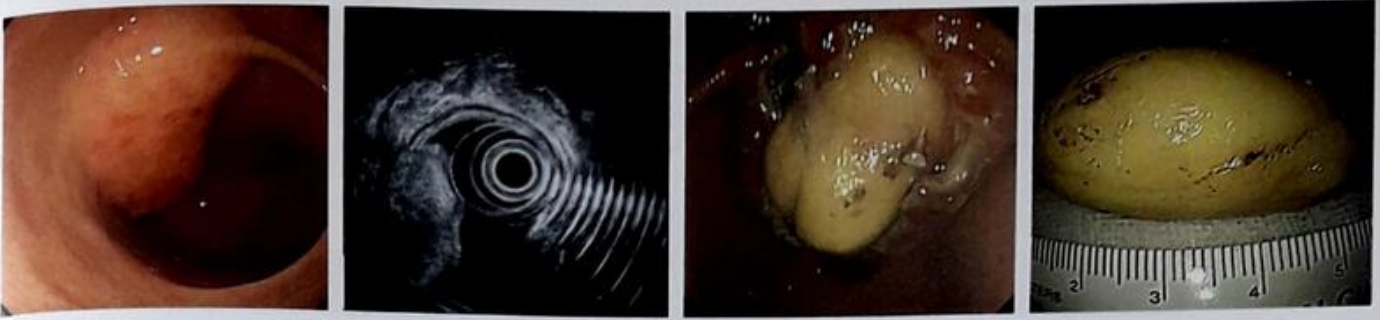


Tiêm dưới niêm mạc để nhấc tổn thương lên khỏi lớp cơ. Dùng bộ thắt, khối u được hút vào trong đầu nhựa và thắt bằng vòng cao su. Lồng snare vào chân khối u, thắt và cắt. Khối u đã được cắt.

5) Kỹ thuật cắt chóp khối u (Unroofing technique)

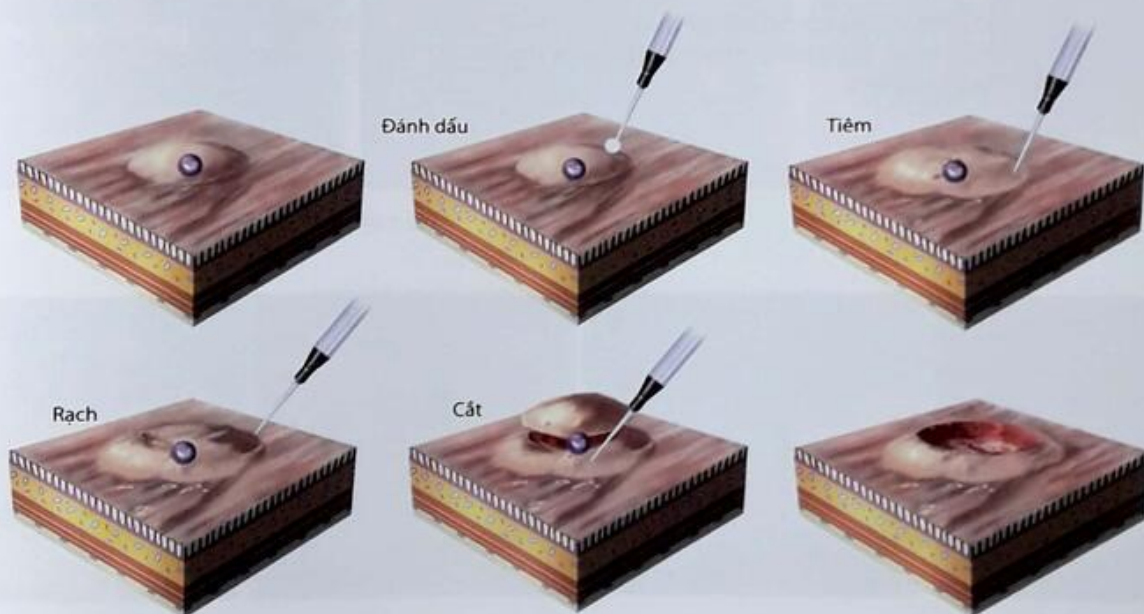


Dùng kim để nhấc khối u lên, lồng snare vào 1/2 trên của khối u, cắt khối u. Sau đó tiêm nhấc dưới niêm mạc để nhấc khối u còn lại. Phần u còn lại được hút vào đầu nhựa, sau đó bắt bằng snare. Sau khi thắt bằng snare thì cắt bỏ khối u.

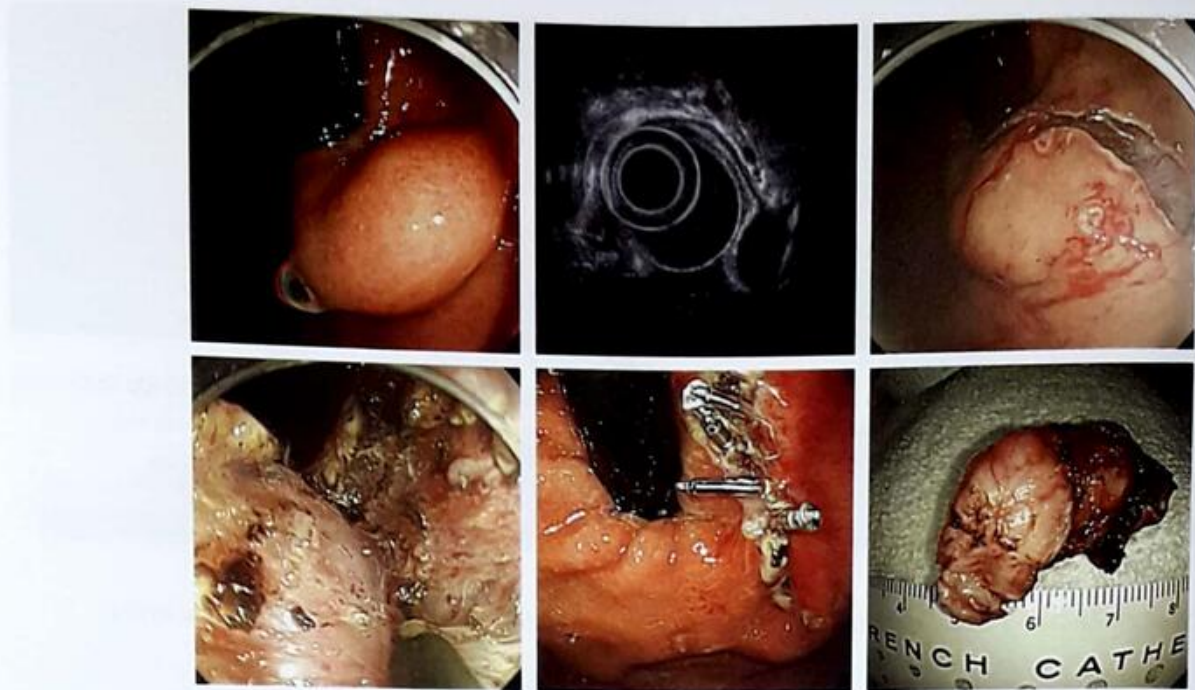


Khối u dưới niêm mạc 4,5 cm ở góc bờ cong nhỏ phần hang vị. Trên siêu âm nội soi thấy khối u tăng âm, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc. Khối u được cắt chóp bằng snare. Sau đó lấy nhân khối u bằng dao IT.

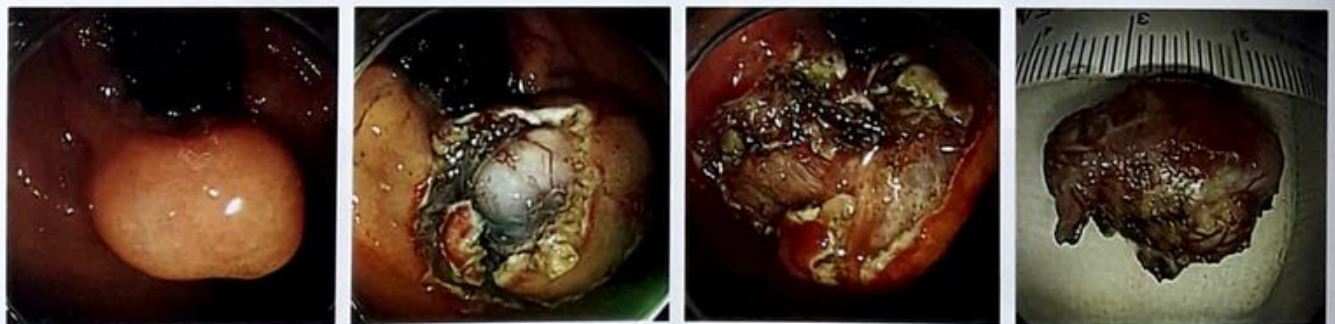
6) Kỹ thuật khoét nhân bằng dao điện qua nội soi (Endoscopic enucleation using electrosurgical knife)



Đánh dấu xung quanh khối u. Tiêm nhắc dưới niêm mạc. Cắt niêm mạc xung quanh khối u bằng dao điện. Cắt phần chân khối u. Kiểm tra vùng rìa tổn thương sau cắt và lấy bệnh phẩm.



Khối u dưới niêm mạc ở vùng tâm vị. Siêu âm nội soi cho thấy khối u giảm âm, kích thước 3 cm, xuất phát từ lớp cơ. Sau khi tiêm dưới niêm mạc, tiến hành cắt xung quanh tổn thương bằng dao Flex. Khối u được cắt. Vùng mép tổn thương sau cắt được khép lại bằng kẹp clip. Kết quả mô bệnh học là u cơ.



Khối u dưới niêm mạc ở vùng tâm vị. Sau khi tiêm dưới niêm mạc, tiến hành cắt xung quanh tổn thương bằng dao Flex. Khối u được cắt và khoét nhân. Kết quả mô bệnh học là u cơ.

2. Xử trí chảy máu đường tiêu hóa trên qua nội soi (Endoscopic hemostasis of upper gastrointestinal bleeding)

1. Chỉ định

- Loét dạ dày chảy máu.
- Chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch.
- Chảy máu do mạch máu (loạn sản mạch, tổn thương Dieulafoy).
- Hội chứng Mallory-Weiss.
- Chảy máu do khối u.

2. Dụng cụ

- Kim, dụng dịch tiêm.
- Kẹp clip, vòng cao su.
- Bộ đốt argon plasma (APC).
- Nguồn cắt đốt.



Kim tiêm



Kẹp clip



Bộ thắt vòng cao su



Bộ đốt APC



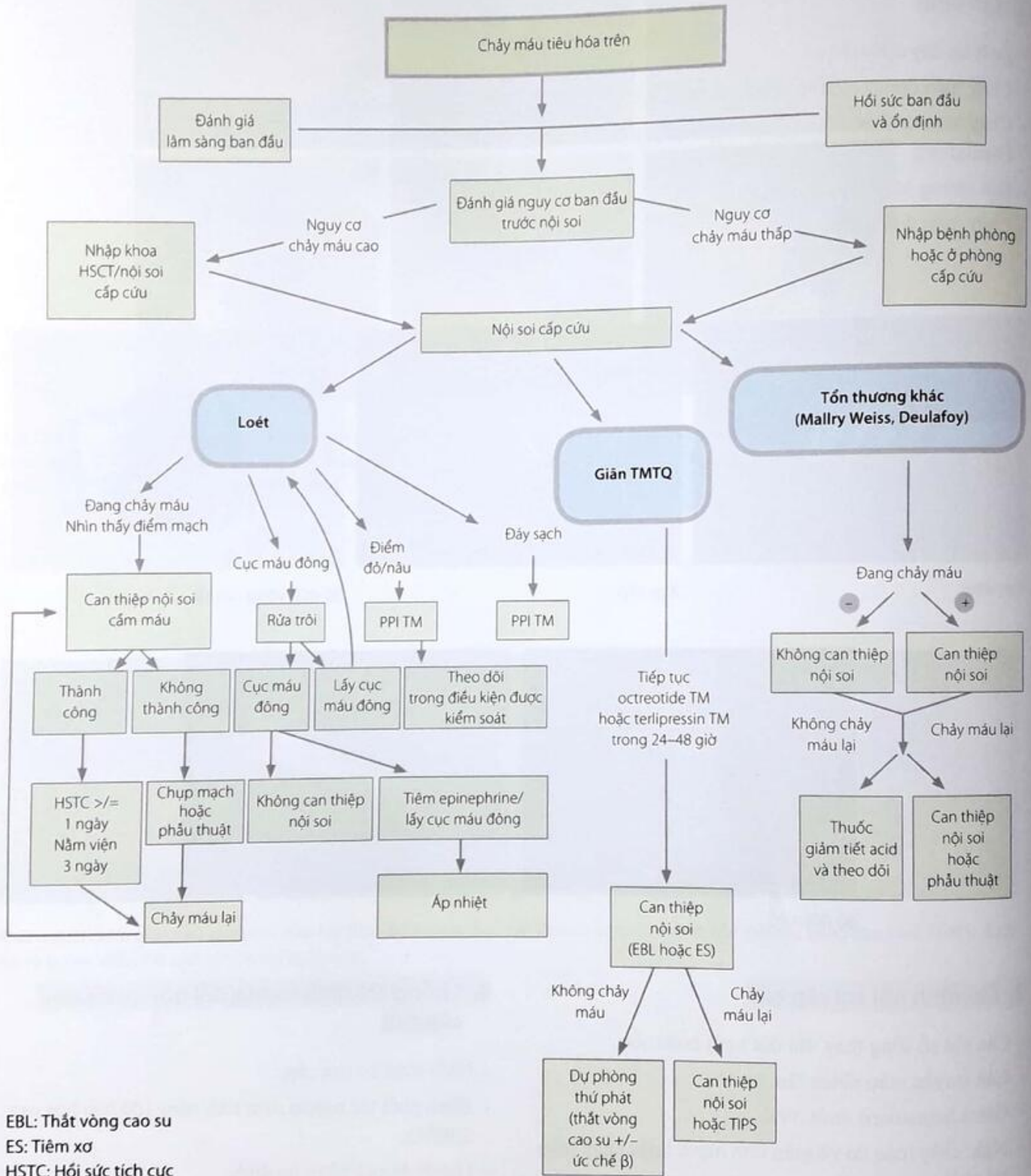
3. Chỉ định nội soi cấp cứu

- Các chỉ số sống thay đổi đột ngột hoặc sốc.
- Cần truyền máu nhiều lần.
- Giảm hematocrit dưới 30%.
- Nghi chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch hoặc chảy máu tái phát.
- Trước phẫu thuật hoặc chụp mạch.

4. Chống chỉ định tương đối nội soi dạ dày cấp cứu

- Nhồi máu cơ tim cấp.
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng (độ bão hòa oxy $\leq 90\%$).
- Huyết động không ổn định.
- Bệnh nhân lơ lửng.

5. Sơ đồ xử trí chảy máu đường tiêu hóa trên



EBL: Thất vòng cao su
 ES: Tiêm xơ
 HSTC: Hồi sức tích cực
 PPI: Thuốc ức chế bơm proton
 TIPS: Đặt cầu nối cửa - chủ
 TM: Tĩnh mạch
 TMTQ: Tĩnh mạch thực quản

6. Các phương pháp cầm máu qua nội soi

1) Tiêm cầm máu

- Chỉ định: Tất cả các tổn thương chảy máu.
- Ưu điểm: Dễ thực hiện và chi phí thấp. Tỷ lệ biến chứng thấp.
- Nhược điểm: Có thể cầm máu không triệt để và hình thành loét.



Ố loét hành tá tràng 10 mm chảy máu. Tiêm dung dịch nước muối sinh lý và epinephrine vào ổ loét. Sau 3 ngày kiểm tra lại không thấy hở điểm mạch ở ổ loét.

2) Kẹp cầm máu bằng clip

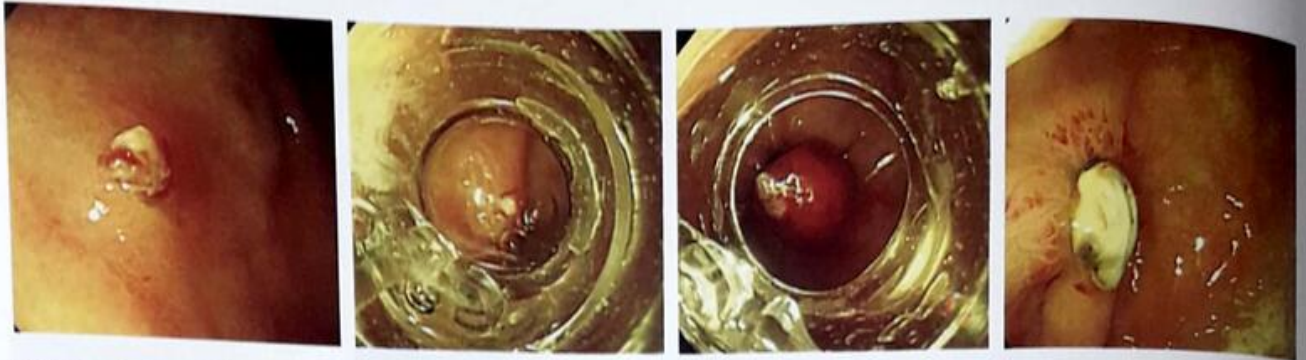
- Chỉ định: Tất cả các tổn thương chảy máu, trừ chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch.
- Ưu điểm: An toàn. Có thể cầm máu triệt để mạch máu bị lộ ra.
- Nhược điểm: Bác sỹ làm thủ thuật cần có kỹ năng và kinh nghiệm để cầm máu hiệu quả. Khó thực hiện ở một số vị trí chảy máu do khó tiếp cận.



Tổn thương Mallory-Weiss ở đường Z. Mạch máu hở và phần niêm mạc rách đã được kẹp lại bằng clip.

3) Thắt bằng vòng cao su

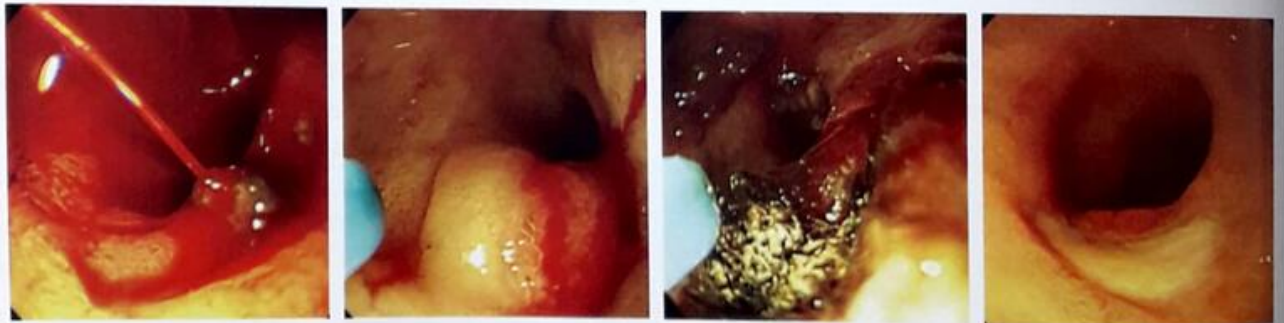
- Chỉ định: Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, hội chứng Mallory–Weiss, tổn thương Dieulafoy.
- Ưu điểm: Đơn giản, nhanh, dễ thực hiện ở tất cả các vị trí.
- Nhược điểm: Có khả năng tuột vòng cao su sớm và loét muộn.



Điểm mạch 4 mm (tổn thương Dieulafoy) đã được thắt bằng vòng cao su. Kiểm tra sau 3 ngày thấy không còn điểm mạch.

4) Đốt bằng argon plasma APC (Argon plasma coagulation)

- Chỉ định: Tất cả các tổn thương chảy máu, trừ chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch.
- Ưu điểm: Dễ thực hiện, có thể cầm máu không tiếp xúc, ít bị hạn chế bởi vị trí tổn thương.
- Nhược điểm: Chi phí mua máy móc cao. Có thể gây thủng nếu tiếp xúc trực tiếp với vùng đốt.



Ố loét hành tá tràng đang phun máu. Cầm máu ban đầu bằng tiêm tại chỗ để dễ quan sát. Sau đó, dùng APC để cầm máu hoàn toàn. Soi kiểm tra lại sau 3 ngày thấy không còn mạch máu.



Cầm máu Đơn phương pháp so với Đa phương pháp kết hợp. Cách nào tốt hơn?

Hiệu quả của các phương pháp cầm máu được các bác sỹ nội soi rất quan tâm. Từ kết quả của các nghiên cứu cho thấy, cầm máu cơ học như kẹp clip là cách cầm máu đơn phương pháp tốt nhất. Tuy nhiên, kết hợp tiêm cầm máu và kẹp clip cầm máu lại cho kết quả tốt hơn.

Các phương pháp cầm máu qua nội soi

Tiêm cầm máu (Injection therapy)

Epinephrine và nước muối sinh lý

Tiêm xơ (Sclerotherapy)

Thrombin

Keo fibrin (Fibrin sealant)

Keo cyanoacrylate (Cyanoacrylate glue)

Áp nhiệt (Ablative therapy)

Phương pháp tiếp xúc (Contact methods)

Áp nhiệt (Thermocoagulation-heater probe)

Electrocoagulation-BICAP, traditional Gold probe, ERBE*

Áp lạnh (Cryotherapy)

Phương pháp không tiếp xúc (Noncontact methods)

Quang đông - YAG laser (Photocoagulation-Nd: YAG laser)

Đốt argon plasma (Argon plasma coagulation (APC))

Biện pháp cơ học

Kẹp clip (Endoclips)

Thòng lọng (Detachable snare-endoloop)

Vòng cao su (Bands)

Dụng cụ khâu (Suturing device)

Dụng cụ kết hợp (Combined therapy devices)

Đầu dò kết hợp đầu đốt và kim tiêm (Probe combining electrocautery with needle injection)

Dụng cụ kết hợp đầu đốt với phương pháp cơ học (Device combining electrocautery with mechanical therapy)

*ERBE Elektromedizin, Tübingen, Germany.

Viết tắt: BICAP, bipolar electrocoagulation probe;

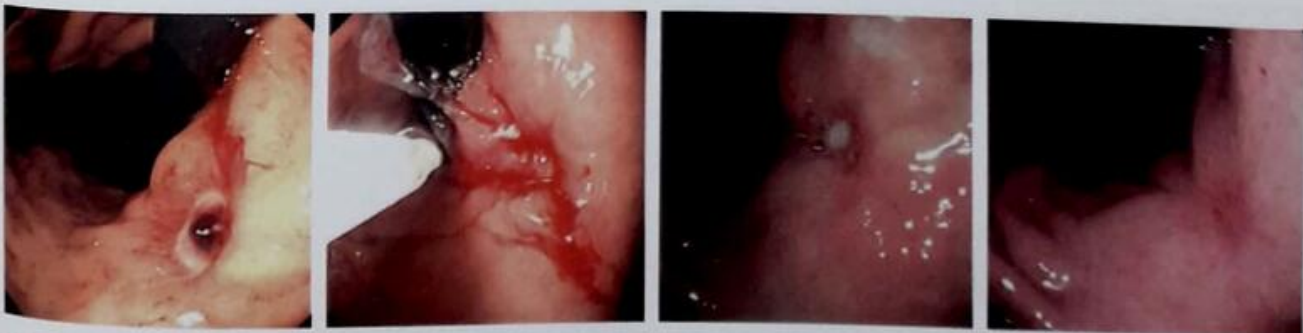
Nd: YAG, neodymiumdoped yttrium aluminum garnet.

7. Những lưu ý khi làm kỹ thuật cầm máu qua nội soi

1) Tiêm cầm máu

- Tiêm cầm máu dựa trên tác dụng chèn ép mạch máu của vùng mô phù nề xung quanh, nên tiêm đủ lượng dung dịch vào vùng niêm mạc xung quanh hoặc trực tiếp vào mạch máu.

- Khi khó tiếp cận và hạn chế quan sát tổn thương thì nên dùng đầu nhựa trong gắn vào đầu dây soi để dễ thực hiện.



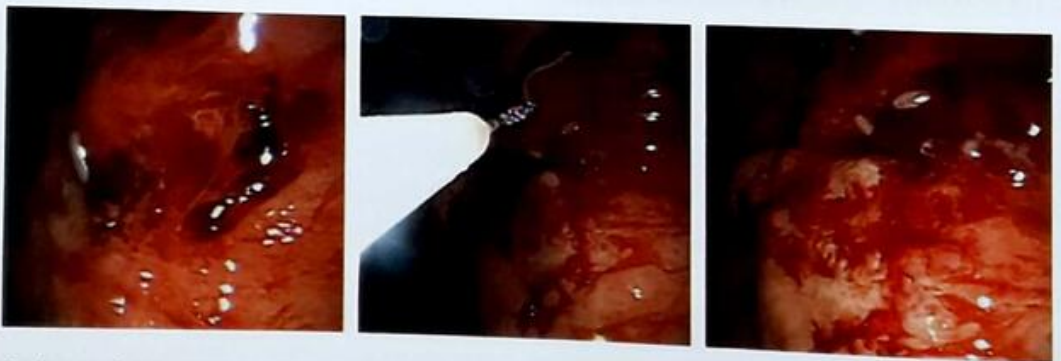
Đáy ổ loét có điểm mạch. Tiêm trực tiếp dung dịch vào điểm mạch. Nội soi kiểm tra sau 3 ngày không thấy còn điểm mạch. Kiểm tra sau 2 tháng, ổ loét đã liền sẹo hoàn toàn.



Không nhìn rõ vùng tổn thương do chảy nhiều máu. Tiêm đủ vào xung quanh tổn thương. Tác dụng cầm máu do chèn ép mạch máu



Điểm mạch đã cầm máu. Tiêm trực tiếp vào mạch máu. Kỹ thuật này có tác dụng co thắt mạch máu và làm mất điểm mạch. Nên làm cẩn thận vì có thể gây chảy máu nhiều hơn trong trường hợp chảy máu do tổn thương Dieulafoy.



Tiêm tại chỗ có tác dụng tốt, là lựa chọn hàng đầu. Tổn thương đang chảy máu ở vị trí khó tiếp cận đã được cầm máu bằng phương pháp tiêm. Sau đó có thể thực hiện biện pháp cầm máu khác dễ dàng hơn.

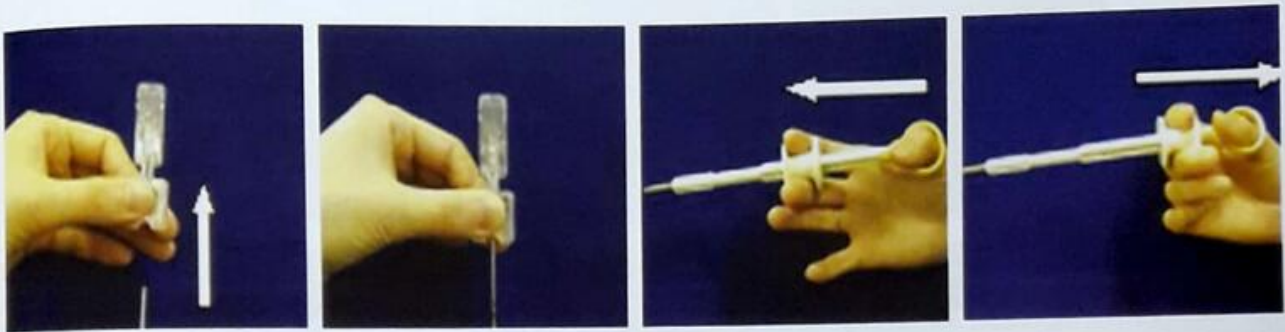


Có cần thiết phải nội soi lại lần thứ hai không?

Không cần thiết phải nội soi kiểm tra lại trong vòng 24 giờ sau khi cầm máu. Cách này không hiệu quả kinh tế vì bệnh nhân đã bắt đầu được điều trị giảm tiết acid dạ dày, bao gồm thuốc ức chế bơm proton. Do đó, chỉ nội soi kiểm tra lại khi bệnh nhân có triệu chứng và dấu hiệu chảy máu tái phát.

2) Kẹp bằng clip (Clipping)

- Khi có vài điểm mạch thì nên kẹp clip ở điểm mạch xa nhất để có trường quan sát tốt
- Với ổ loét có đáy không bị xơ cứng thì dùng clip to để kẹp điểm mạch cùng với niêm mạc lành xung quanh.
- Với ổ loét có đáy xơ cứng thì dùng clip nhỏ để kẹp riêng trực tiếp vào điểm mạch.
- Khả năng cầm máu hoàn toàn tốt hơn khi kẹp clip vuông góc với mạch máu.
- Vị trí kẹp clip cuối cùng ở phía gần của tổn thương, do vậy cần chú ý trong khi chọn vị trí để kẹp clip.
- Khi khó có thể kẹp mạch máu ở vị trí vuông góc hoặc khó quan sát tổn thương thì dùng đầu nhựa trong gắn vào đầu dây soi sẽ giúp thực hiện thủ thuật dễ dàng hơn.



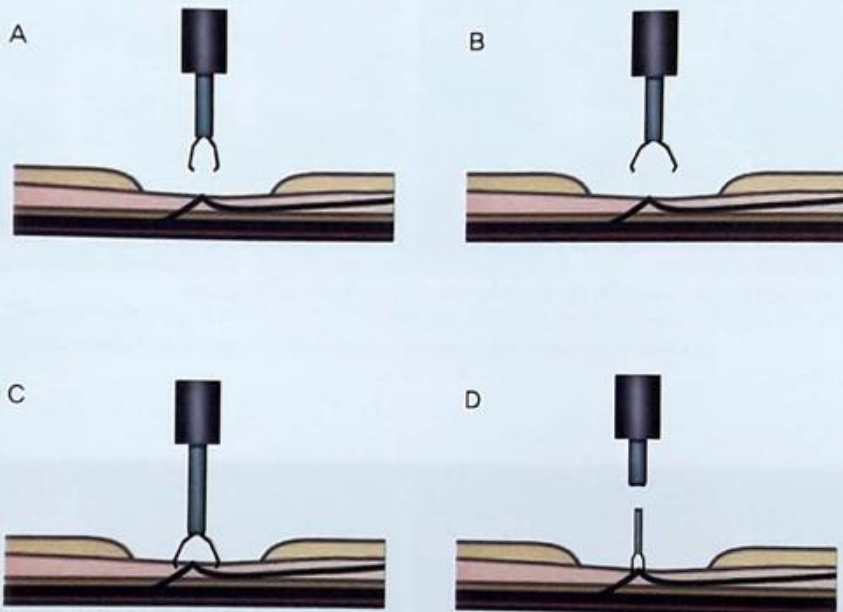
Các bước thao tác kẹp clip: từ trái qua phải gồm lấy kẹp, lắp vào cán, mở kẹp và đóng kẹp.



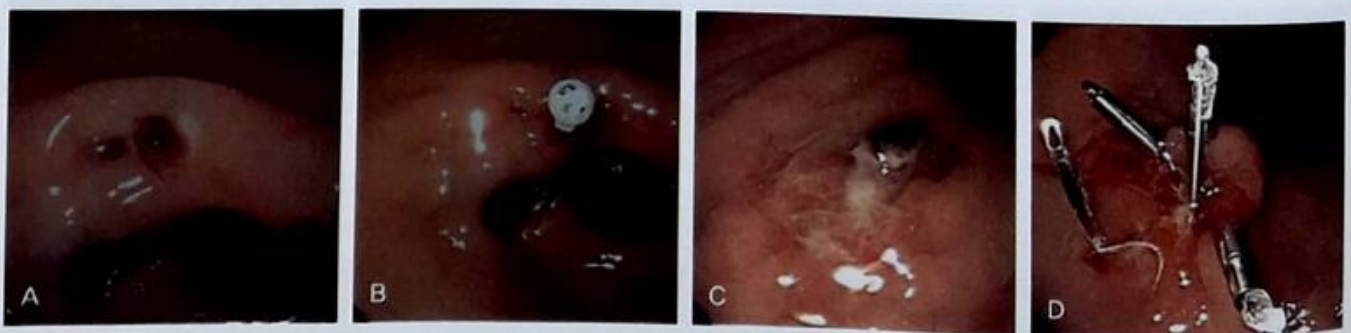
Kẹp clip tổn thương Dieulafoy ở thành trước thân vị. Tổn thương đã được cầm máu hoàn toàn (A-D). Dùng hai clip (hemoclip) để cầm máu tổn thương ở bờ cong nhỏ phần thân vị (E-H).



Máu đang phun có thể làm che lấp tổn thương. Dùng 3 kẹp clip để cầm máu. Phần niêm mạc xung quanh phù nề hạn chế việc tiếp cận với mạch máu.



Trường hợp loét có xơ sẹo thì dùng clip nhỏ để kẹp trực tiếp vào mạch máu.



Kẹp clip tối ưu nhất là kẹp mạch máu cùng với mô xung quanh (A, B). Điều quan trọng là trước tiên phải bắt kẹp được hoàn toàn vào điểm mạch. Thông thường, vùng mô xung quanh cũng được kẹp theo các góc khác nhau với điều kiện là mạch máu chạy theo chiều song song với thành dạ dày (C, D).



Hình ảnh ở hàng trên: chảy máu liên tục từ ổ loét có xơ chai. Kẹp clip nhưng vẫn bị chảy máu vì clip không kẹp được vào đúng góc tối ưu hoặc vị trí phù hợp. Nên xem xét phương pháp cầm máu khác.

Hình ảnh ở hàng dưới: Đang chảy máu ở tá tràng. Clip đã làm tổn thương mạch máu, làm cho chảy máu nhiều hơn. Kẹp thêm clip nhưng không cầm máu thành công. Tiêm cầm máu lại cho kết quả tốt.



Vì khó có thể tiếp cận clip vuông góc với mạch máu nên phải dùng đầu nhựa trong, sau đó đã kẹp clip cầm máu thành công.

3) Thất vòng cao su qua nội soi

- Đặt mép của đầu nhựa vào phía gần của tổn thương. Sau khi hút, thì bắn vòng thất.
- Nên làm cẩn thận, tránh va chạm đầu nhựa vào mạch máu. Đầu nhựa va chạm vào mạch máu có thể làm chảy máu nặng hơn.
- Nếu hút quá nhiều tổ chức mô (có cả lớp cơ) thì có nguy cơ thủng. Nếu hút quá ít tổ chức mô thì có thể bị tuột vòng cao su.

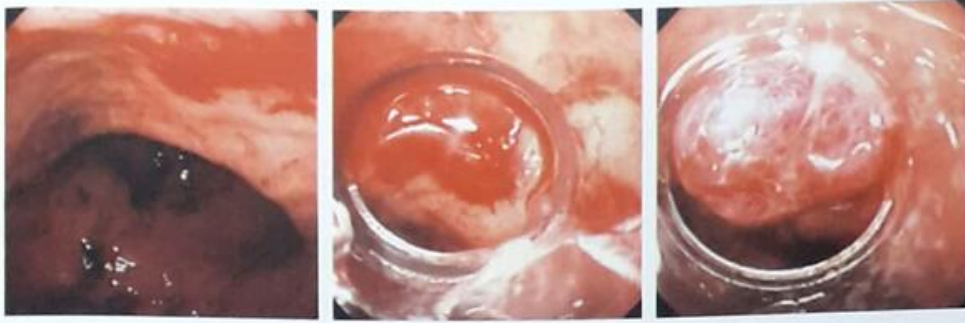


Các loại vòng thất cao su dùng trong nội soi



Có nên điều trị diệt vi khuẩn Hp sau khi đã cầm máu thành công?

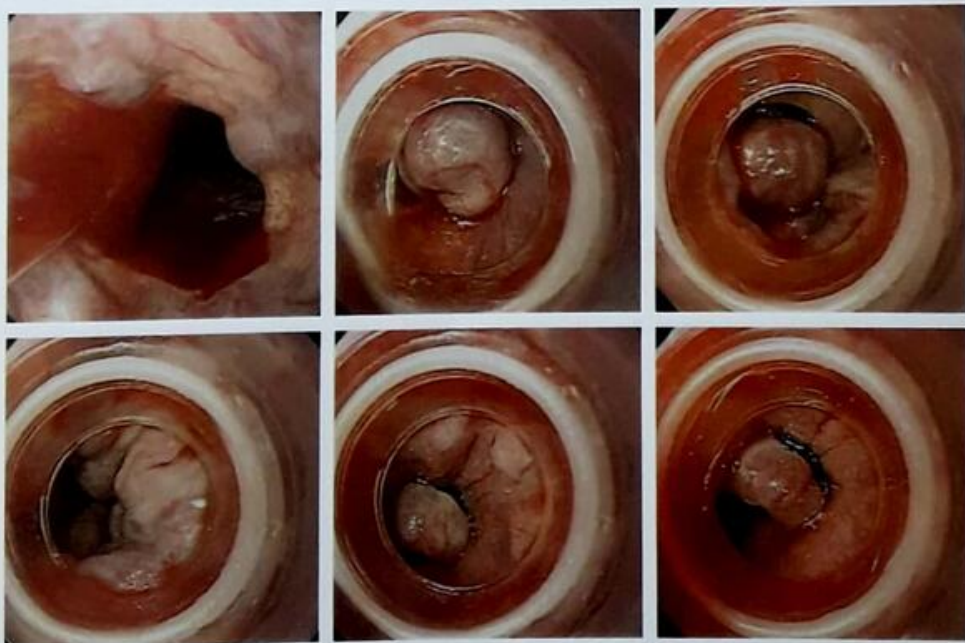
Đối với bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét và viêm dạ dày do vi khuẩn Hp thì điều trị diệt vi khuẩn Hp là phương pháp tốt nhất để hạn chế chảy máu tái phát. Vì thế nên điều trị diệt vi khuẩn Hp cho những bệnh nhân này. Dùng thuốc chống viêm NSAIDs liên tục sẽ làm tăng nguy cơ chảy máu tái phát mặc dù diệt vi khuẩn Hp thành công. Nếu cần phải dùng NSAIDs thì cho bệnh nhân dùng ức chế bơm proton (PPI) hoặc thay thế NSAID bằng ức chế COX-2 chọn lọc.



Rỉ máu từ điểm mạch ở bờ cong nhỏ phần trên thân vị. Mép dấu nhựa đặt vào phần gần (mép trên) của vùng mô xung quanh tổn thương. Sau khi hút tổn thương, bắn vòng cao su. Tổn thương đã được cầm máu hoàn toàn.



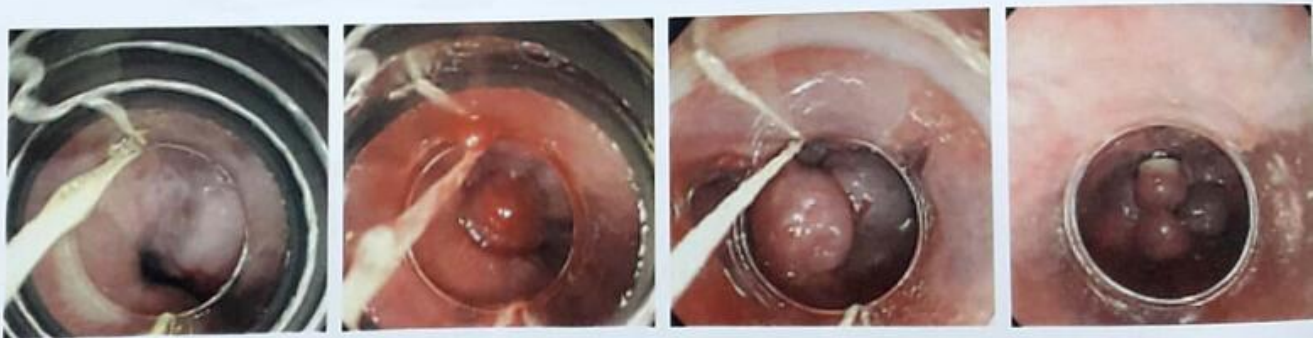
Tổn thương Mallory-Weiss chảy máu. Thắt điểm rách bằng một vòng cao su. Nền thắt vòng cao su cho tổn thương Mallory-Weiss vì vòng cao su sẽ thắt nhiều mạch máu cùng một lúc.



Chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Thắt búi giãn bằng vòng cao su. Thắt búi giãn bằng nhiều vòng. Thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản để dự phòng chảy máu thứ phát.



Bộ thắt nhiều vòng sẽ khắc phục được nhược điểm của bộ thắt đơn vòng vì phải đưa máy soi vào ra nhiều lần. Thời gian làm thủ thuật sẽ ngắn hơn và giảm sự khó chịu cho bệnh nhân.



Giãn tĩnh mạch thực quản có dấu hiệu vằn đỏ. Thắt búi giãn bằng vòng cao su từ phần thấp lên phần cao theo ngược chiều kim đồng hồ. Cách thắt này sẽ đảm bảo quan sát dễ dàng và cầm máu hoàn toàn.



Các búi thắt to nhỏ khác nhau, kết quả là đã cầm máu thành công. Loét ở vùng rìa quanh búi thắt. Vùng thắt xơ chai sẽ xóa được búi giãn.

4) Đốt điểm chảy máu bằng argon plasma (APC)

- Đầu đốt APC không chạm trực tiếp vào tổn thương, nên để ở khoảng cách bề mặt tổn thương 1–2 mm. Nên đốt cách quãng, sau 1–2 giây.
- Khi đốt mạch máu vùng tổn thương để cầm máu, có thể bỏ sót điểm mạch ở những vị trí kín đáo, làm cho tình trạng chảy máu nặng hơn.
- Trong khi đốt, nếu đầu đốt APC tiếp xúc trực tiếp với niêm mạc, có thể gây thủng do tác dụng nhiệt sâu trong thành dạ dày.



A, B. Rỉ máu ở bờ ổ loét. Đầu đốt APC cầm máu nhưng không tiếp xúc với bề mặt tổn thương. C, D. Trong khi cầm máu, đầu đốt APC không nên tiếp xúc trực tiếp với niêm mạc. Điểm mạch được kẻ sạt vào đầu đốt.



Chảy máu từ điểm mạch. Cầm máu ban đầu bằng APC nhưng không thành công, làm cho chảy máu mạnh hơn. Tiếp tục cầm máu bằng APC làm cho vị trí chảy máu bị che lấp.



Hình ảnh tràn khí phúc mạc sau khi cầm máu bằng APC. Đầu APC tiếp xúc trực tiếp với niêm mạc có thể gây khí tự do trong ổ bụng. Có thể điều trị bảo tồn các trường hợp tràn khí phúc mạc trừ khi có lỗ thủng hở.

5) Keo cầm máu (Sealant)

- Có nhiều chất liệu xịt lên tổn thương để cầm máu như keo fibrin (fibrin glue), kháng acid (antacid) và chất phủ bề mặt (coating agent).
- Phương pháp này có thể hiệu quả với tổn thương rỉ máu mà không có điểm chảy máu rõ ràng, bị chảy

máu tái phát mặc dù đã cầm máu nhiều lần bằng biện pháp khác.

- Keo cầm máu thường dùng phối hợp với các phương pháp cầm máu khác.



Chảy máu từ ổ loét dạ dày. Chảy máu điểm mạch. Sau khi kẹp clip tổn thương vẫn bị rỉ máu. Xịt keo fibrin vào chỗ chảy máu để cầm máu.

8. Kế hoạch xử trí dựa vào kết quả nội soi

1) Chỉ định

- Dựa vào kết quả nội soi để quyết định việc cầm máu cho bệnh nhân.
- Tất cả các tổn thương đang chảy máu.

2) Các yếu tố tiên lượng chảy máu tái phát sau khi cầm máu qua nội soi

- Các yếu tố này bao gồm kết quả nội soi, xét nghiệm và lâm sàng.

Các yếu tố tiên lượng chảy máu tái phát

Lâm sàng và xét nghiệm

Tuổi > 65.

Chảy máu trên bệnh nhân nội trú.

Hạ huyết áp hoặc shock.

Đi ngoài phân máu.

Có bệnh nặng kèm theo.

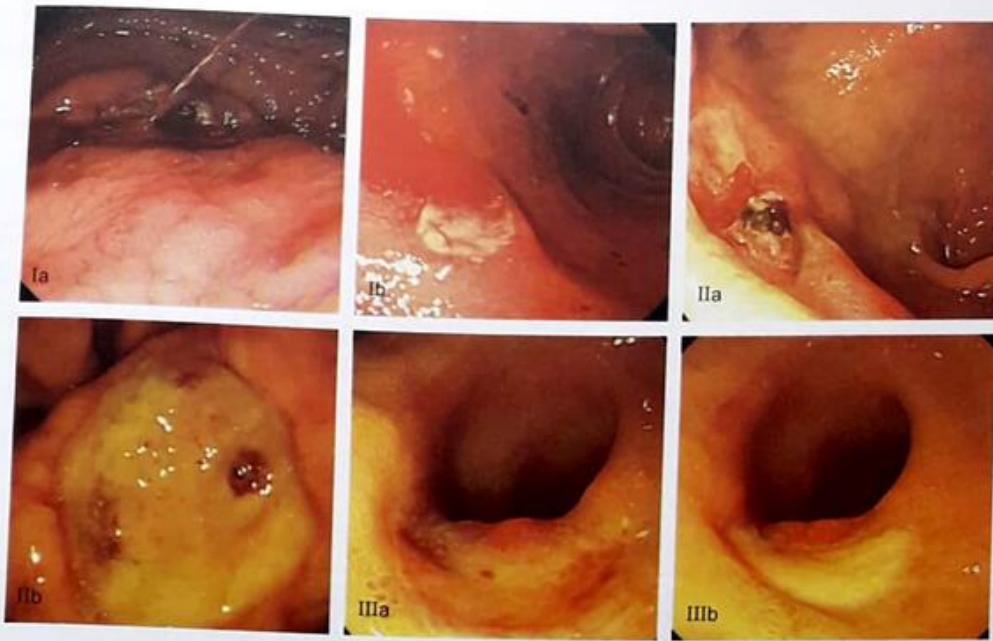
Rối loạn đông máu nặng.

Nội soi

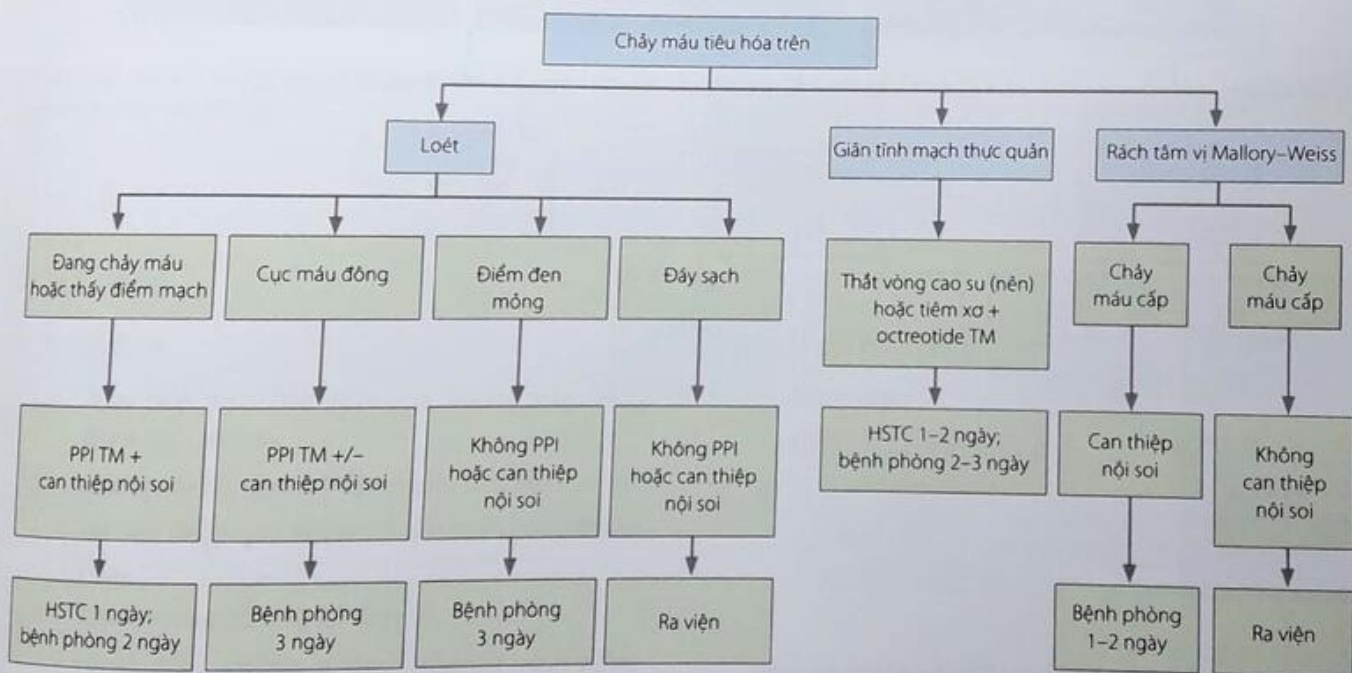
Có dấu hiệu chảy máu

(đang chảy máu hoặc thấy điểm mạch)

Ổ loét lớn (> 2 cm)

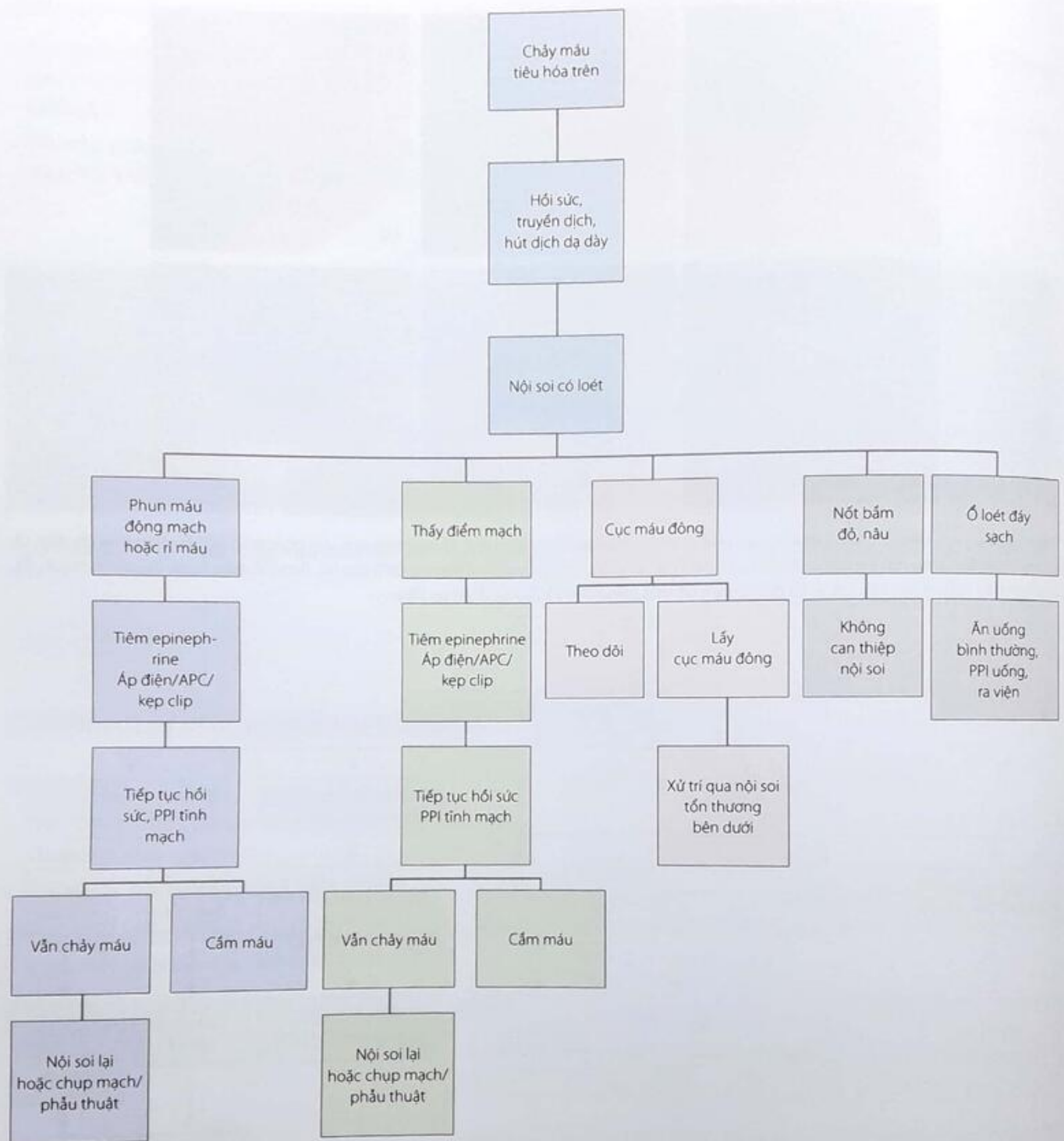


Phân loại Forrest. Đây là phân loại được sử dụng nhiều nhất để tiên lượng tình trạng chảy máu tái phát trên bệnh nhân loét dạ dày, tá tràng. Phân loại trên nội soi được chia thành: đang phun máu, tức chảy máu động mạch (type Ia), đang rỉ máu (type Ib), điểm mạch đã ngừng chảy máu (type IIa), cục máu đông bám bề mặt (type IIIa) và đáy sạch (type IIIb).



HSTC: Hồi sức tích cực
TM: Tĩnh mạch

Sơ đồ chiến lược điều trị chảy máu đường tiêu hóa trên



Sơ đồ xử trí cấp cứu chảy máu tiêu hóa trên do loét

9. Các biện pháp xử trí khi cầm máu qua nội soi thất bại

1) Can thiệp mạch

(1) Chỉ định

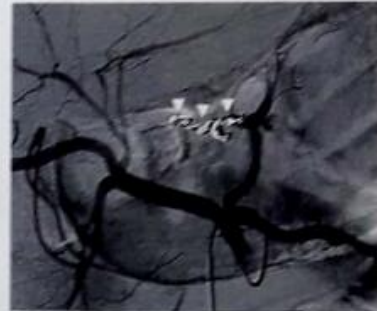
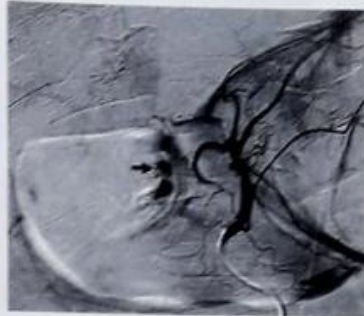
- Không tìm thấy điểm chảy máu trên nội soi.
- Không cầm được máu trên nội soi.
- Bệnh nhân chảy máu tiêu hóa không kiểm soát được và có nguy cơ phải phẫu thuật.
- Duy trì huyết động ổn định cho đến khi có phương pháp điều trị triệt để.

(2) Các phương pháp

- Đầu tiên chụp mạch để xác định vị trí chảy máu, sau đó nút mạch máu tổn thương bằng gelfoam hoặc coils để cầm máu.

(3) Biến chứng

- Thiếu máu ruột non.
- Tắc ruột ở tá tràng thứ phát.
- Nhồi máu ở dạ dày, gan và/hoặc lách.



Chảy máu sau làm ESD nhưng không thể cầm máu trên nội soi. Chụp mạch cho thấy điểm chảy máu. Đã cầm máu thành công bằng phương pháp gây tắc mạch.

2) Phẫu thuật

(1) Chỉ định

- Vẫn tiếp tục chảy máu mà không cầm máu được qua nội soi.
- Cầm máu bằng can thiệp mạch thất bại.
- Đã can thiệp qua nội soi 3 lần mà không thành công.
- Truyền máu đã quá 20 đơn vị.
- Huyết động không ổn định mặc dù bệnh nhân đã được hồi sức tích cực.
- Cần phải phẫu thuật để giải quyết nguyên nhân chảy máu.
- Có thủng kèm theo.

(2) Các phương pháp

- Cắt dạ dày.
- Cắt dây thần kinh phế vị.

3. Điều trị hẹp đường tiêu hóa trên qua nội soi (Endoscopic treatment of upper gastrointestinal strictures)

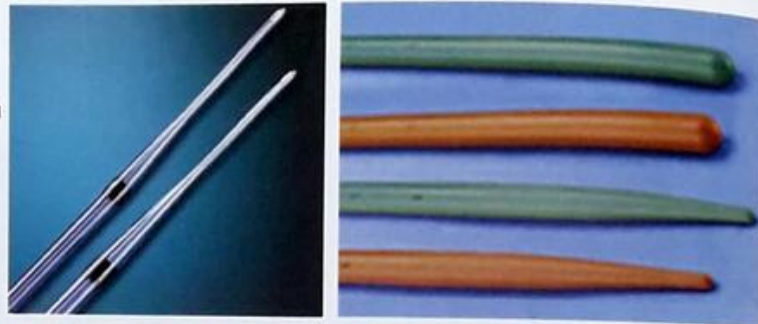
1 Nong tổn thương hẹp lành tính bằng ống nong cứng (Bougienage for treatment of benign stricture)

1. Chỉ định

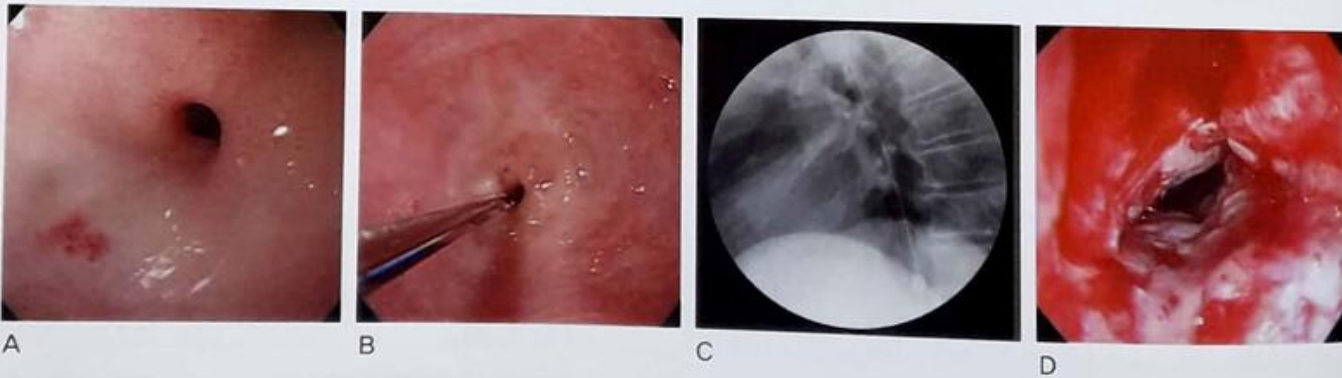
- Hẹp thực quản (trào ngược dạ dày–thực quản mạn tính).
- Hẹp sau phẫu thuật (hẹp miệng nối).

2. Dụng cụ

- Bộ nong Savary–Gillard, đường kính 5–20 mm
- Bộ nong Eder–Puestow.
- Các loại dụng cụ nong khác.



3. Kỹ thuật



- Thăm khám trên nội soi để xác định tình trạng hẹp (A).
- Đưa guidewire qua nội soi hoặc dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang tăng sáng (B).
- Sử dụng màn huỳnh quang tăng sáng để xác định vị trí guidewire.
- Dùng ống nong có đường kính thích hợp để đưa qua chỗ hẹp có guidewire dẫn đường (C).
- Nội soi để kiểm tra hiệu quả nong và tình trạng rách của chỗ hẹp (D).
- Tăng dần đường kính của dụng cụ nong nhưng mỗi lần chỉ tăng 1 mm.
- Trong mỗi lần nong, không nên làm quá 3 ống nong (quy tắc số 3).
- Có thể nong từ từ, đường kính ống nong lên tới 14 mm.
- Đường kính nong 12,8 mm là đã có thể giải quyết tình trạng khó nuốt.



A. Dùng dây soi trẻ em để đi qua chỗ hẹp, đưa guidewire vào hang vị. Sau đó rút dây soi. B. Nếu chỗ hẹp < 5 mm thì đưa guidewire qua chỗ hẹp dưới màn huỳnh quang tăng sáng. C. Đưa que nong qua chỗ hẹp.

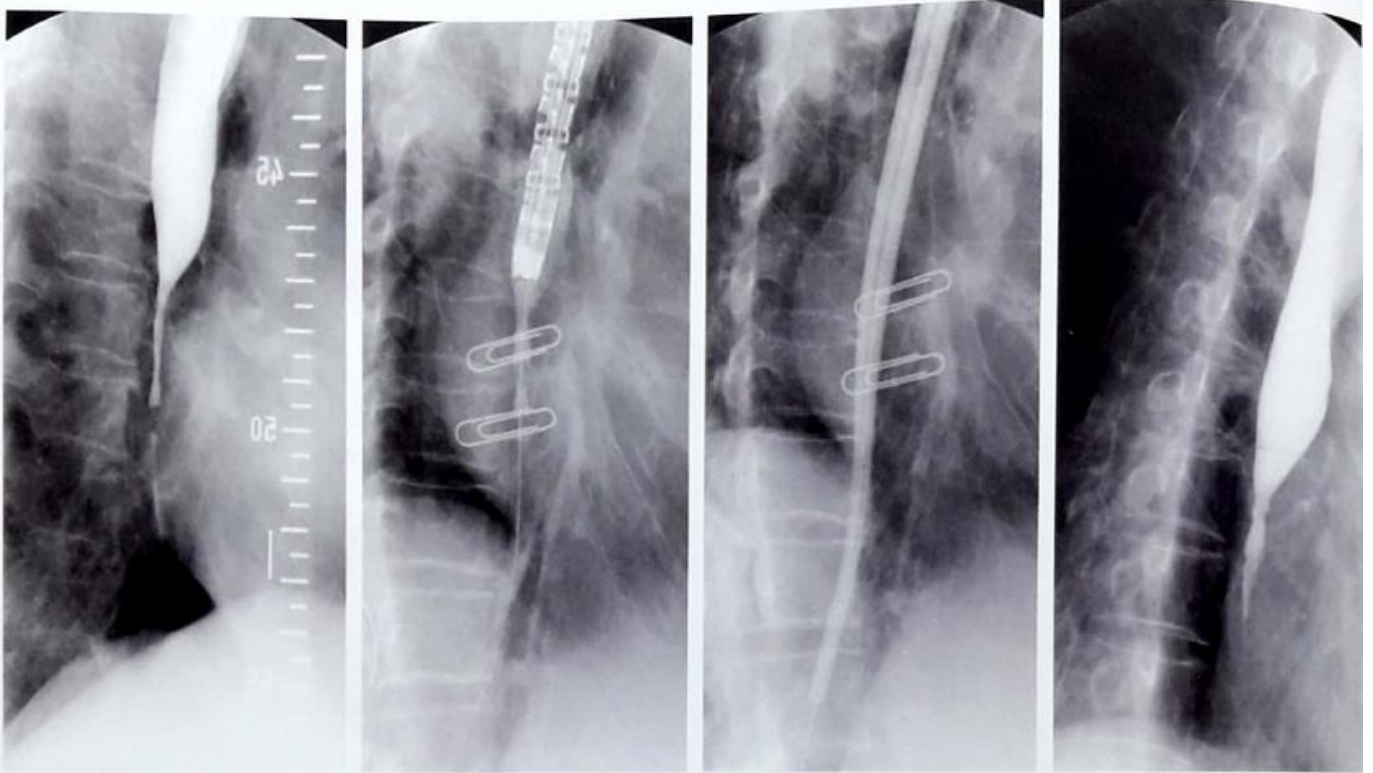
4. Biến chứng

- Thủng.
- Chảy máu.

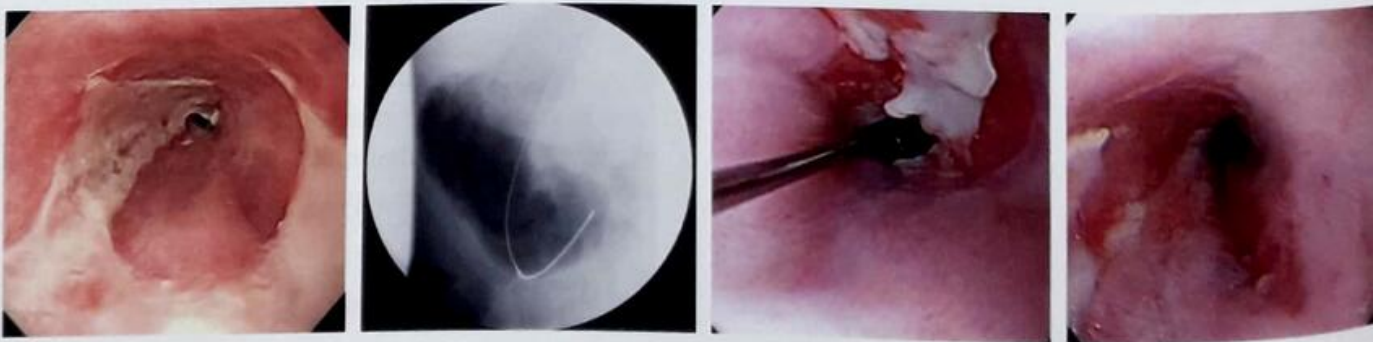
5. Quy tắc số 3

Trong một lần nong, không sử dụng quá 3 ống nong, tăng dần đường kính mỗi ống nong, nên tăng mỗi lần 1 mm. Nong chỗ hẹp mạn tính do hóa chất ăn mòn hoặc trên bệnh nhân đau nhiều hoặc có chảy máu thì mỗi lần không nên dùng quá 2 ống nong.

6. Hình ảnh nội soi



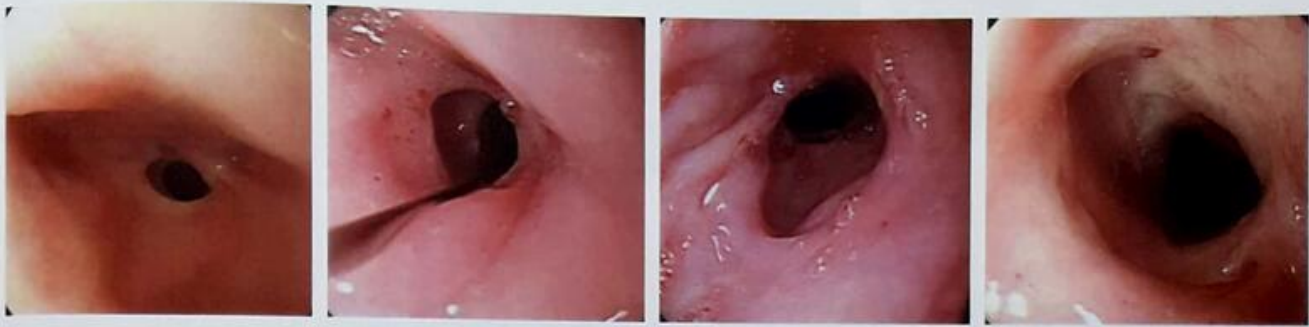
Hẹp ở thực quản 1/3 dưới. Đặt cái ghim giấy trên cơ thể để đánh dấu vị trí hẹp. Đưa guidewire qua dây soi. Sau đó tiến hành nong. Chụp phim có cản quang sau thủ thuật thấy tình trạng hẹp đã cải thiện.



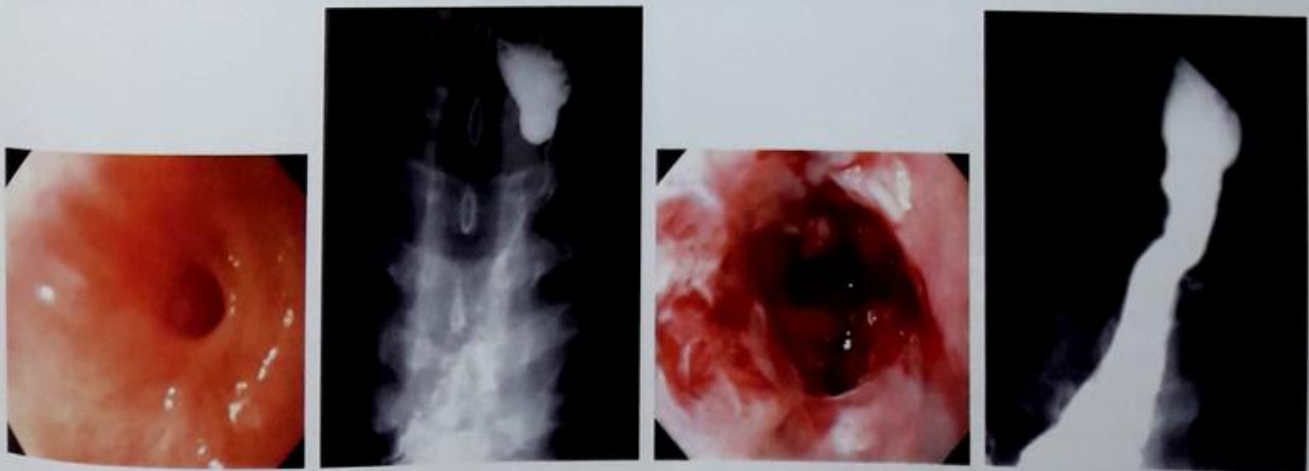
Hẹp thực quản ở 1/3 dưới do viêm thực quản trào ngược trong thời gian dài. Bệnh nhân đã được nong chỗ hẹp.



Hẹp do viêm thực quản hóa chất ăn mòn (bệnh nhân uống kiểm). Đã tiến hành nong chỗ hẹp.



Hẹp lành tính ở miệng nối dạ dày – thực quản. Bệnh nhân đã được nong. Kiểm tra lại sau 2 tháng không thấy hẹp tái phát.



Hẹp do hóa chất ăn mòn. Tổn thương được nong bằng bộ nong bougienage. Không có biến chứng đáng kể, chỉ có chảy máu nhẹ. Trên phim chụp cản quang cho thấy vùng tổn thương đã hết hẹp.

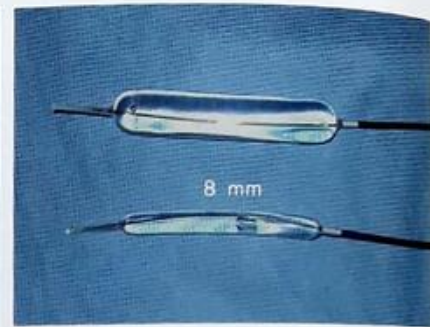
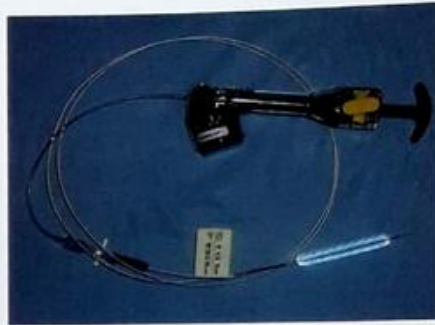
2 Nong tổn thương hẹp lành tính bằng bóng (Balloon dilation for benign stricture)

1. Chỉ định

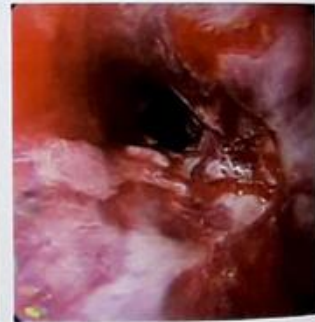
- Hẹp do co thắt tâm vị (achalasia).
- Hẹp môn vị lành tính mà không nong được bằng ống nong.
- Một số trường hợp hẹp do tổn thương ác tính.

2. Dụng cụ

- Bóng nong các loại.
- Guidewire.



3. Kỹ thuật



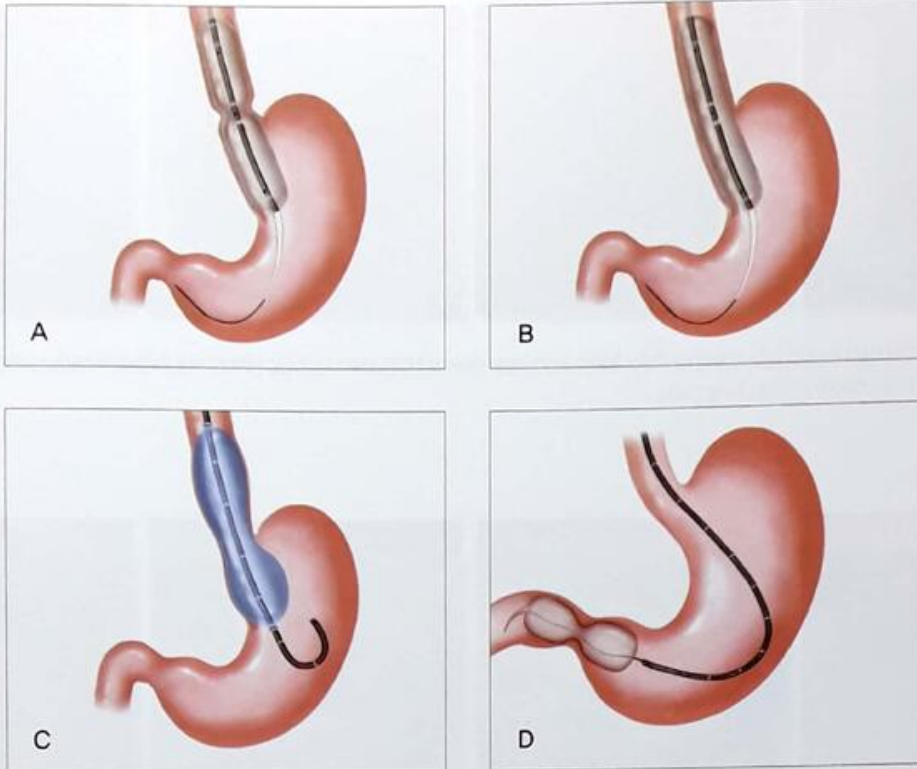
1) Ba phương pháp hay áp dụng nhất

- Đưa guidewire qua dây soi vào chỗ tổn thương, sau đó rút dây soi ra ngoài. Bóng nong được đưa đến chỗ hẹp bằng guidewire, rồi bơm bóng. Áp dụng phương pháp này khi bóng nong to quá, không cho vừa qua kênh thủ thuật của dây soi.
- Sau khi đưa guidewire, bóng nong được đưa qua kênh thủ thuật của dây soi, rồi bơm hơi (Cách đưa qua dây soi: through-the-scope; TTS).

- Bóng nong được gắn trực tiếp với dây soi. Dây soi gắn bóng nong được đưa qua chỗ hẹp và nong chỗ hẹp.

4. Biến chứng

- Thủng.
- Chảy máu.

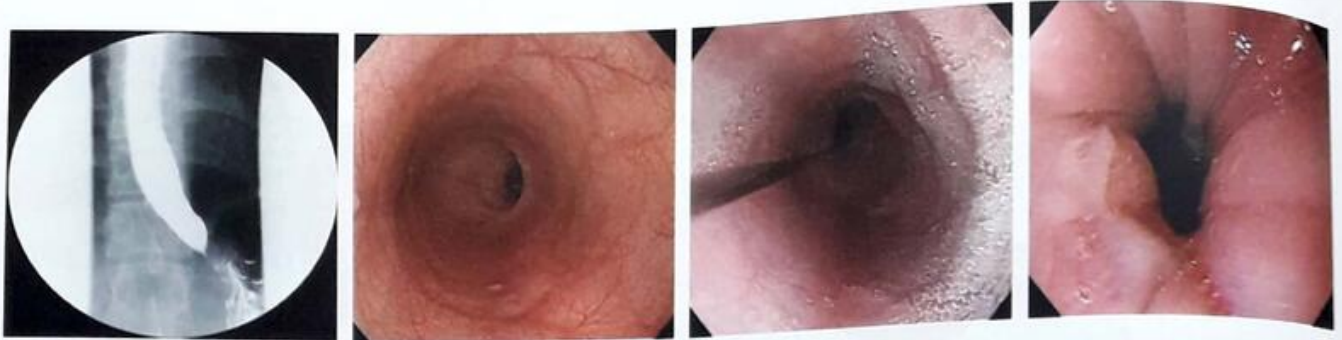


A, B. Nong chỗ hẹp ở tâm vị bằng bóng. Đưa guidewire qua dây soi vào dạ dày. Bóng được đưa vào chỗ hẹp qua guidewire. Bơm hơi vào bóng. Ban đầu, ta nhìn thấy eo (A). Thủ thuật nong thành công, ta không nhìn thấy eo nữa (B). C. Nong bằng bóng co thắt tâm vị. Bóng được đưa vào qua dây soi. Dưới hình ảnh quét ngược, tiến hành bơm bóng. D. Nong hẹp môn vị lành tính bằng bóng. Bóng được đưa vào qua kênh thủ thuật của dây soi rồi bơm bóng.

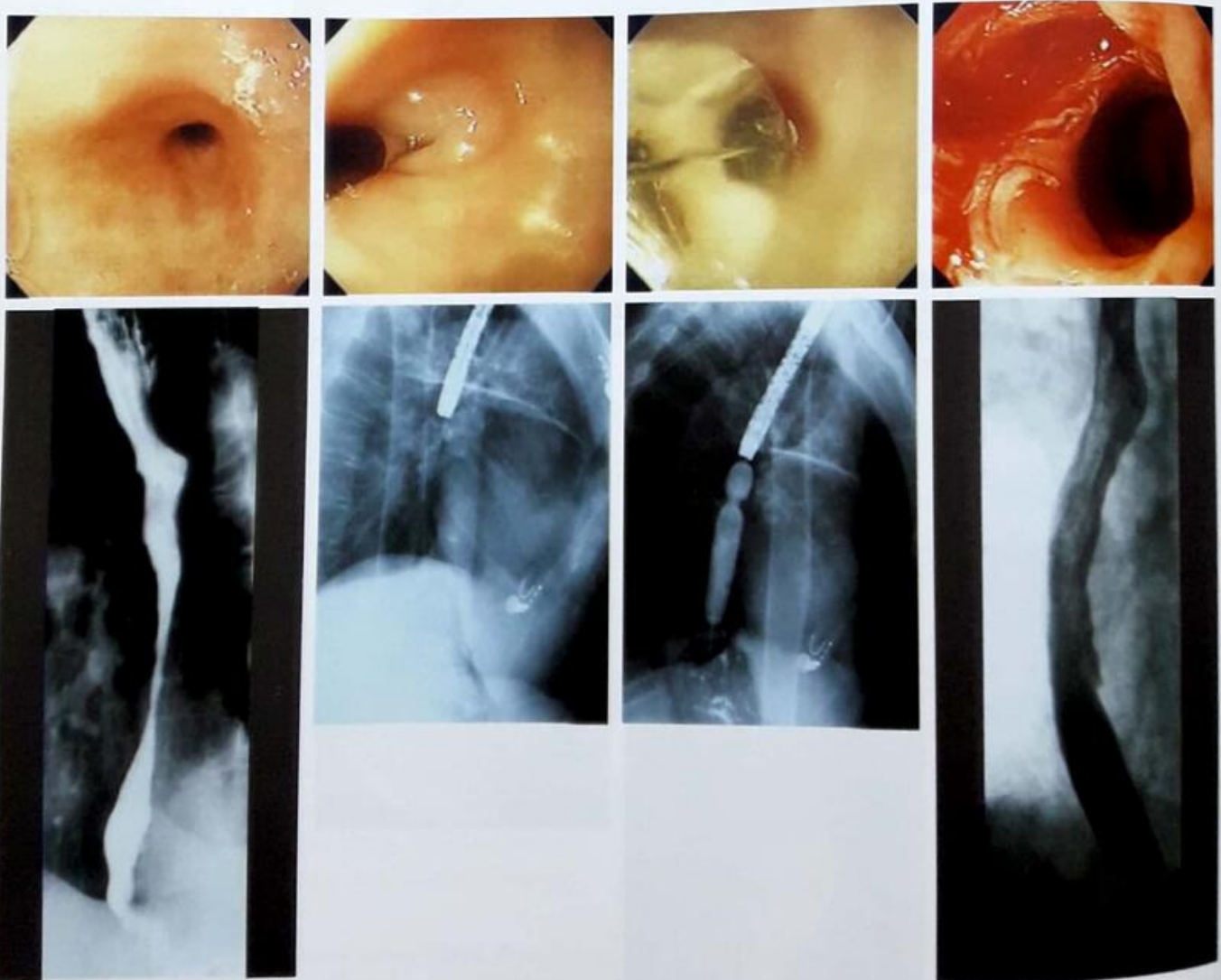
5. Hình ảnh nội soi



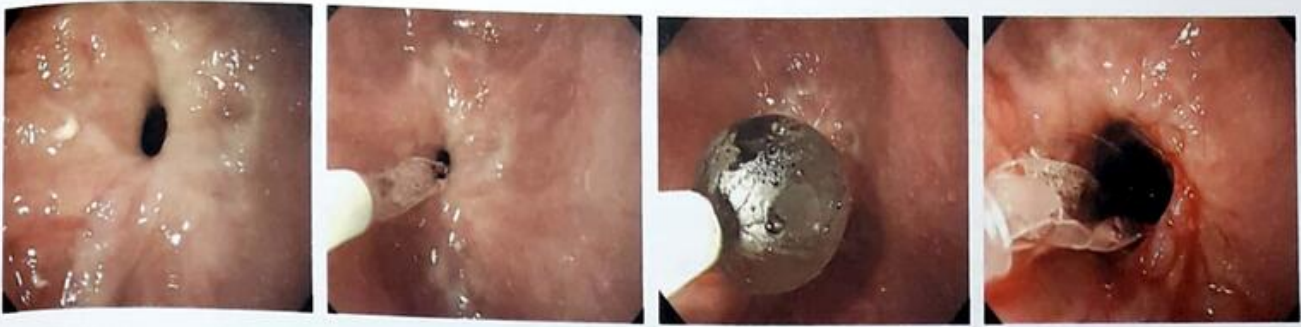
Hẹp do co thắt tâm vị achalasia. Dưới màn huỳnh quang tăng sáng, tiến hành nong bằng bóng. Vùng hẹp đã được nong rộng.



Kết quả chụp phim cản quang và nội soi cho thấy hình ảnh hẹp do co thắt tâm vị. Sau khi nong bằng bóng, vùng hẹp đã được giãn rộng, không thấy có biến chứng như chảy máu.



Hẹp do uống kiếm. Chỗ hẹp đã được nong bằng bóng.



Hẹp miệng nối. Chỗ hẹp đã được nong bằng bóng. Không có biến chứng đáng kể, chỉ có chảy máu nhẹ.



Hẹp môn vị do uống hóa chất. Sau khi nong bằng bóng, chỗ hẹp đã được nong rộng.

3 Đặt stent cho những tổn thương hẹp ác tính (Stent insertion for malignant stricture)

1. Chỉ định

- Khó nuốt do ung thư thực quản, dạ dày ở vùng tâm vị không còn chỉ định phẫu thuật.
- Rò khí quản – thực quản do ung thư thực quản.
- Hẹp do tổn thương ác tính đường tiêu hóa trên mà không thể phẫu thuật điều trị triệu chứng.

2. Dụng cụ

1) Các loại stent



Stent không phủ



Stent phủ



Stent phủ hai lớp

(1) Stent không phủ

- Đây là loại stent kim loại cơ bản, được sử dụng rộng rãi

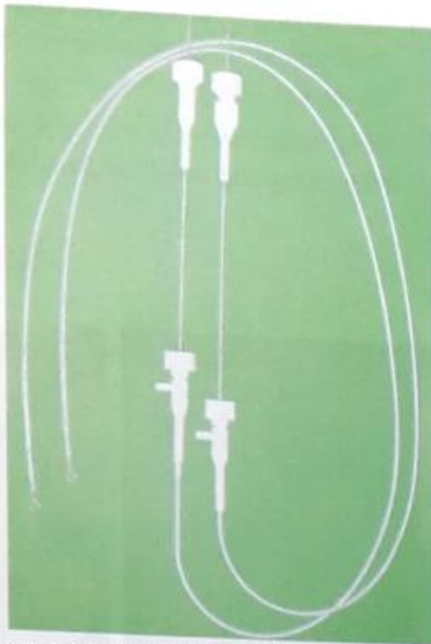
(2) Stent phủ

- Phần lưới kim loại được phủ bởi một lớp màng, ví dụ polyurethane.
- Ưu điểm chính là phòng tránh khối u phát triển xuyên qua stent. Tuy nhiên, tỷ lệ di lệch lại cao hơn so với stent không phủ.

(3) Stent phủ hai lớp

- Một lớp stent kim loại khác được bọc ngoài stent phủ.
- Cách này sẽ giúp phòng tránh được sự xâm lấn của khối u vào lòng stent và hạn chế di lệch.

2) Các dụng cụ hỗ trợ đặt stent (delivery system)



Hệ thống Không đi qua dây soi (Non-TTS delivery system)



Hệ thống Đi qua dây soi (TTS delivery system)

(1) Không đi qua dây soi

- Đưa guidewire qua dây soi. Sau đó rút dây soi. Dưới màn tăng sáng, đưa dụng cụ hỗ trợ đặt stent qua guidewire. Đây là cách làm cơ bản trước khi phương pháp đưa qua dây soi ra đời.

(2) Đi qua dây soi (Through the scope delivery system)

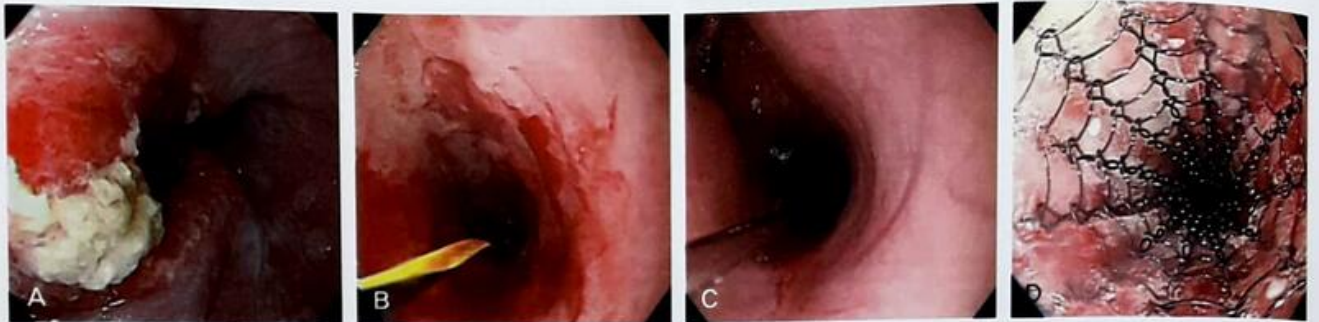
- Dụng cụ hỗ trợ đặt stent được đưa qua kênh thủ thuật của dây soi. Không cần phải rút dây soi ra.
- Phương pháp này dễ thực hiện, ít gây khó chịu cho bệnh nhân. Ngày nay được sử dụng rộng rãi.

3. Kỹ thuật

- 1) Ba phương pháp được áp dụng tùy theo loại bóng
- Guidewire được đưa qua dây soi đến vị trí tổn thương, sau đó rút dây soi. Bóng nong được đưa vào qua guidewire và bơm bóng. Cách này được áp dụng khi bóng nong quá lớn không đưa qua được kênh thủ thuật của dây soi (through-the channel; TTC).

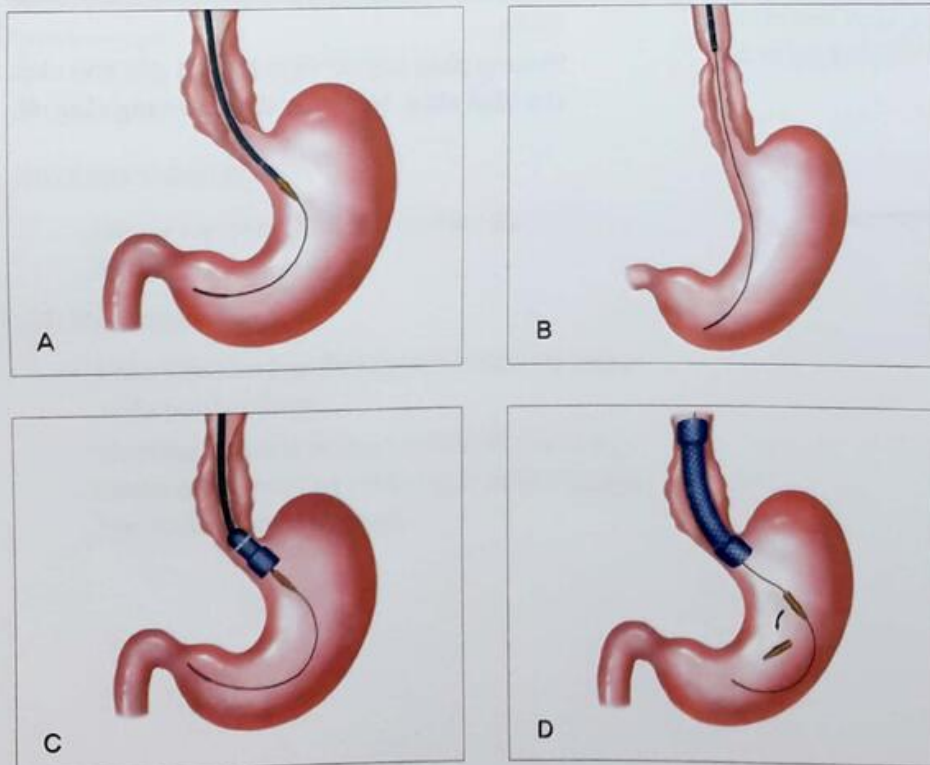
- Sau khi đưa guidewire, đưa bóng nong qua kênh thủ thuật vào vị trí tổn thương và bơm bóng (through-the-scope; TTS).
- Bóng nong được gắn trực tiếp vào dây soi. Kết hợp bóng nong-dây soi được đưa đến chỗ hẹp để nong.

2) Nong bằng bóng qua nội soi



- Hẹp do ung thư thực quản ở 1/3 giữa (A).
- Chỗ hẹp được nong bằng ống nong lên đến 10 mm.
- Đưa guidewire vào qua dây soi và qua chỗ hẹp (B).

- Xác định được bờ gần và bờ xa của tổn thương.
- Rút dây soi ra ngoài.
- Đưa dụng cụ hỗ trợ đặt stent vào qua guidewire (C).
- Bơm stent (D).

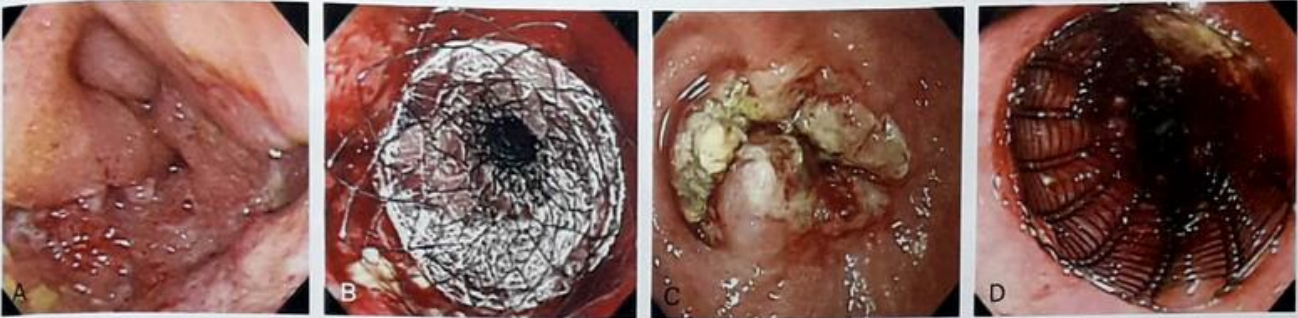


- A. Dưới màn tăng sáng, dụng cụ hỗ trợ đặt stent được đưa qua guidewire.
 B. Có thể quan sát trên nội soi để đưa guidewire qua.
 C. Bơm stent bằng cách rút từ từ vỏ (sheath) của dụng cụ hỗ trợ đặt stent.
 D. Stent đã bơm.

4. Biến chứng

- Đau ngực.
- Không bung được stent.
- Khối u phát triển vào trong lòng stent.
- Khối u phát triển quá mức vượt qua 2 đầu stent.
- Di lệch stent.
- Khối u phát triển đè ép vào stent.

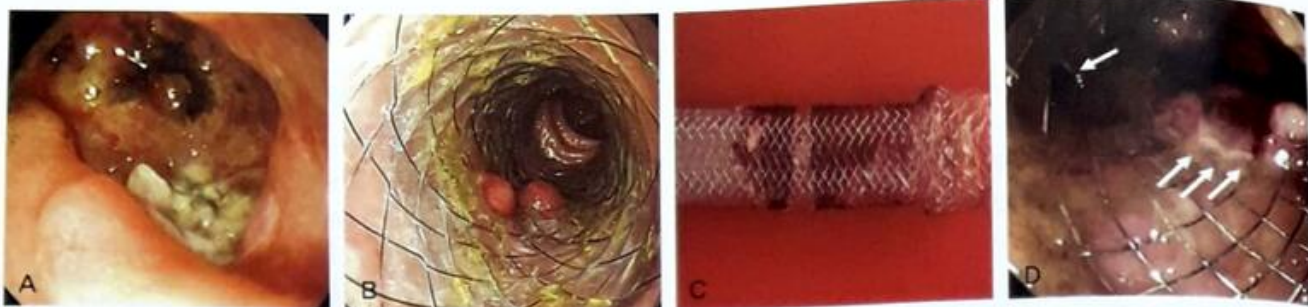
5. Hình ảnh nội soi



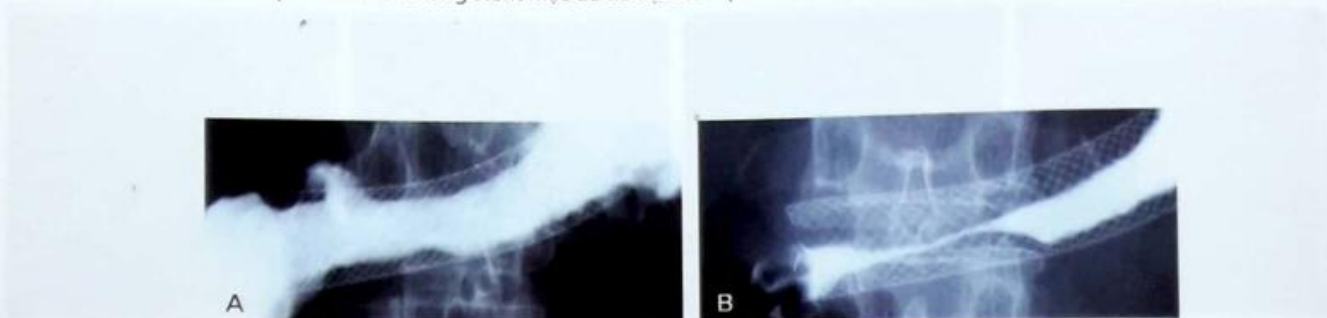
A, B. Tắc ruột ở dạ dày do ung thư. Bệnh nhân đã được đặt stent phủ. C, D. Hẹp thực quản 1/3 giữa do ung thư. Bệnh nhân được đặt stent không phủ.



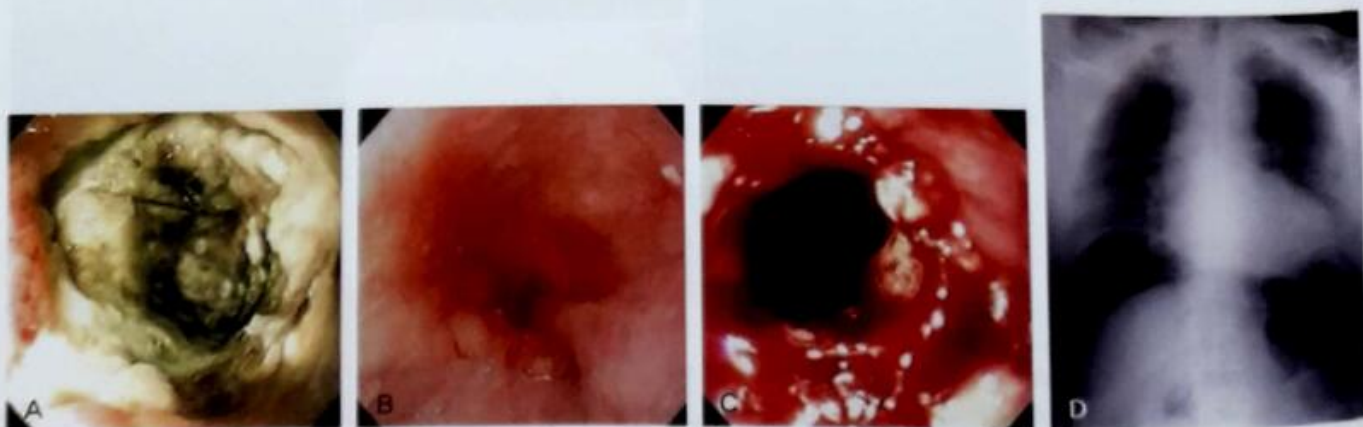
Rò khí quản-thực quản. Bệnh nhân được đặt stent phủ. Chụp thực quản sau khi đặt stent, không còn thấy hình ảnh rò.



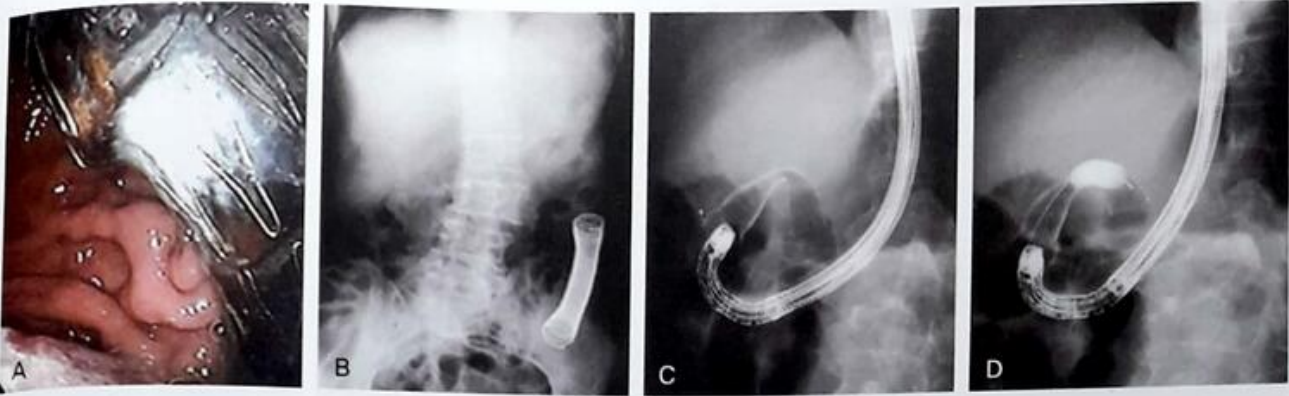
A, B. Hẹp dạ dày do ung thư vùng hang vị. Sau khi đặt stent, kiểm tra thấy khối u phát triển vào trong lòng stent. C. Rách màng polyurethane. D. Khối u phát triển vào lòng stent mặc dù đã đặt stent phủ.



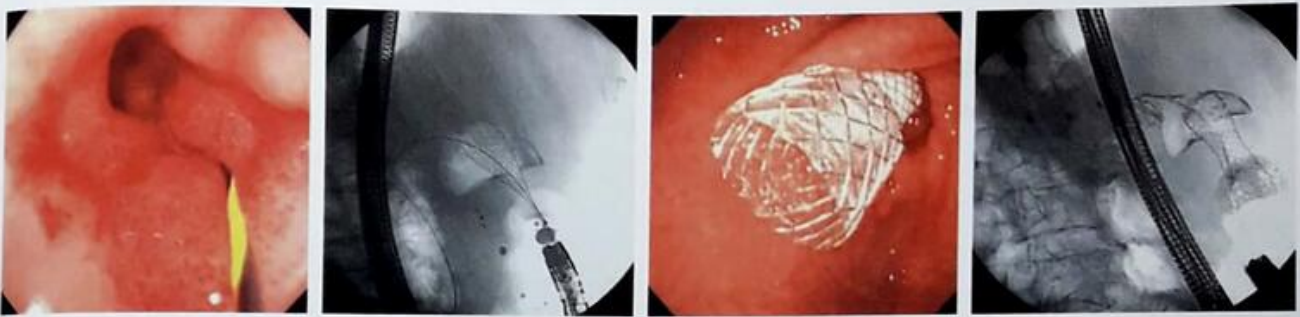
A, B. Stent kim loại không phủ đặt trên bệnh nhân ung thư dạ dày có hẹp nghẽn. Chụp phim phản quang sau 2 tuần thấy khối u phát triển vào trong lòng stent. C, D. Tắc nghẽn stent do khối u phát triển quá mức ở phía đầu xa của stent.



A. Tắc nghẽn stent do động thức ăn. B, C, D. Thủng thực quản dưới sau khi đặt stent. Các hình tương ứng là rách niêm mạc thực quản, chảy máu và tràn khí phúc mạc.

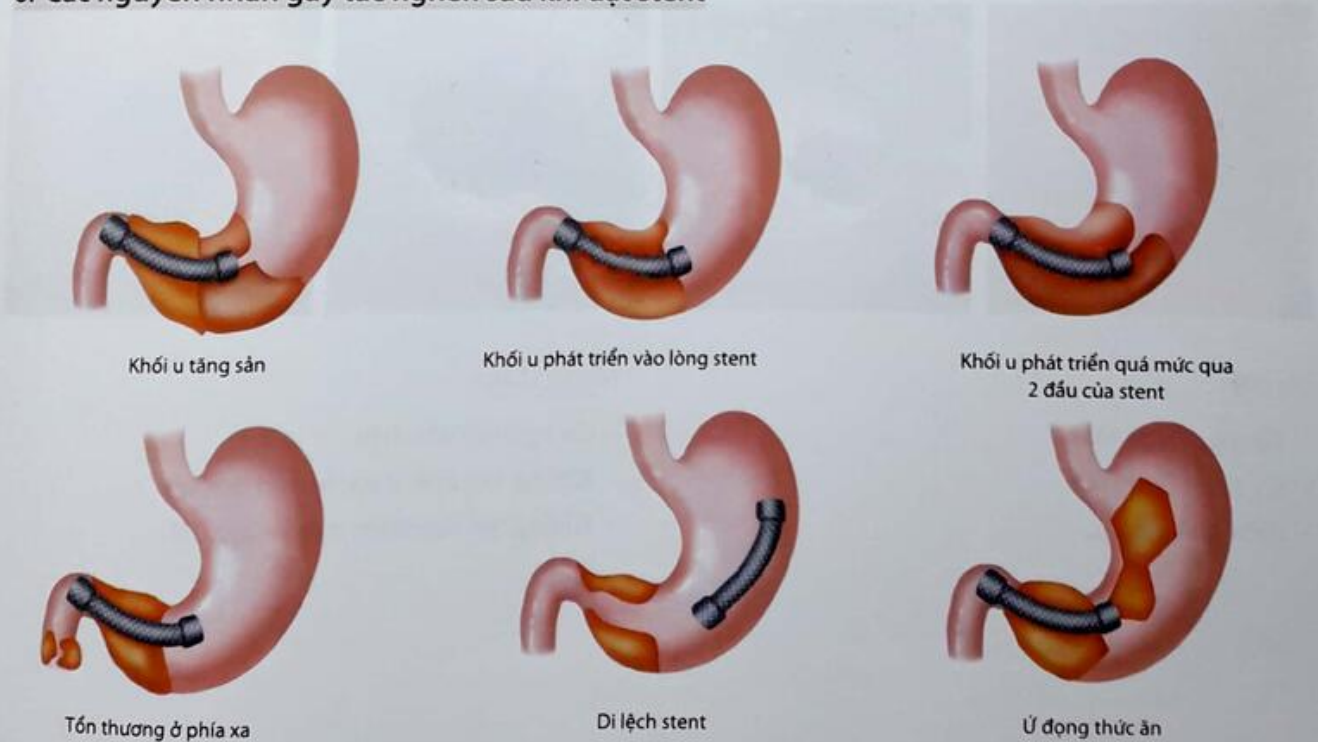


A. Di lệch stent xuống dạ dày. B. Di lệch stent xuống ruột non. C, D. Stent kim loại không bung thành công vì bị gấp góc đột ngột. Bệnh nhân được nong bằng bóng.



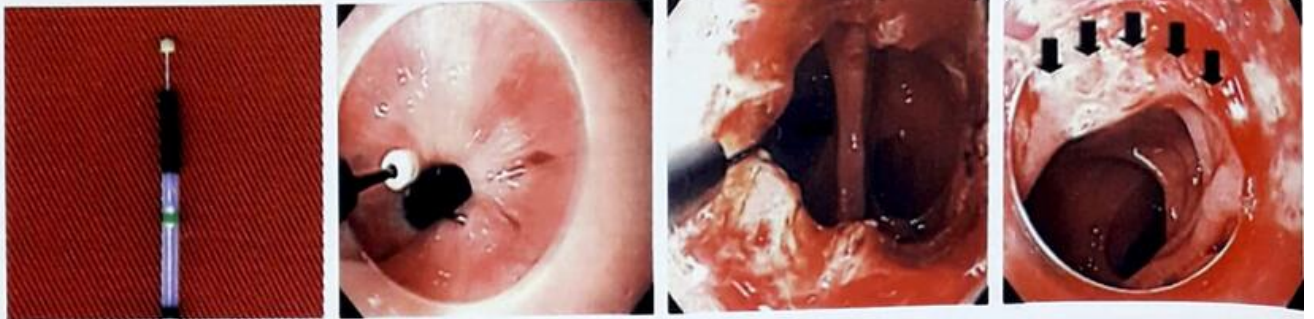
Hẹp môn vị do loét. Bệnh nhân được đặt stent kim loại có phủ trong 6 tuần để giải quyết tắc nghẽn.

6. Các nguyên nhân gây tắc nghẽn sau khi đặt stent



7. Các phương pháp nong khác qua nội soi

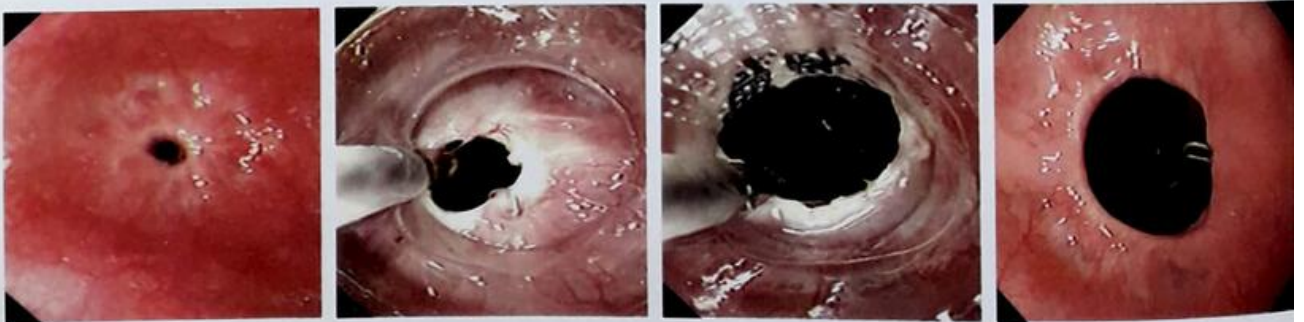
1) Cắt chỗ hẹp bằng dao IT và đầu nhựa trong (Endoscopic incision using Iso-Tome and transparent hood)



Ưu điểm

- Có thể tránh được nguy cơ cắt sâu không mong muốn.
- Dễ tiếp cận với tổn thương.
- Dễ xác định mép cắt an toàn.

2) Cắt đốt bằng sóng siêu âm qua nội soi (Endoscopic microwave coagulation therapy)



Ưu điểm:

- Tương đối an toàn.
- Kỹ thuật đơn giản.
- Hiệu quả tức thì.

Nhược điểm:

- Có nguy cơ sốc điện.
- Không xác định được bờ tổn thương.
- Không thể làm được ở đoạn hẹp dài.

3) Cắt chỗ hẹp và tiêm steroid vào vùng tổn thương (Incision and intralesional steroid injection)



Hẹp ở thực quản 1/3 giữa. Sau khi cắt chỗ hẹp qua nội soi, tiêm steroid vào vùng tổn thương để hạn chế hẹp tái phát.

4. Lấy dị vật qua nội soi (Foreign body extraction)

- Hầu hết dị vật đường tiêu hóa ở thực quản và dạ dày.
- Có đến 80–90% dị vật tự đào thải, trung bình trong vòng 1 tuần. Chỉ có 10–20% trường hợp cần phải lấy qua nội soi.
- Tỷ lệ thành công lấy dị vật qua nội soi là khoảng 95%.

1. Chỉ định

- Dị vật có nguy cơ gây suy hô hấp, thủng, tắc nghẽn thực quản hoàn toàn.
- Vật sắc nhọn.
- Dị vật có đường kính lớn hơn 2,5 cm.
- Dị vật dài (trẻ em ≥ 6 cm, người lớn ≥ 13 cm).
- Cục pin.
- Dị vật ở dạ dày trên 48–72 giờ.

2. Chuẩn bị

1) Máy nội soi dạ dày thông thường

2) Dụng cụ

- Kim răng chuột và kim cá sấu, snare cắt polyp, kim gấp dị vật, kim 3 chân (grasping tripod).
- Rọ (Dormia basket), lưới lấy bệnh phẩm (retrieval net), đầu nhựa trong (overtube), đầu nhựa bảo vệ (protective hood).

3. Lâm sàng

- Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào kích thước, loại, vị trí dị vật, mức độ kích ứng niêm mạc và biến chứng do dị vật.
- Nếu lâm sàng có sưng vùng cổ, phù nề, căng cứng thì nên nghi ngờ thủng thực quản trên. Nên kiểm tra dấu hiệu cảm ứng phúc mạc và tắc ruột.



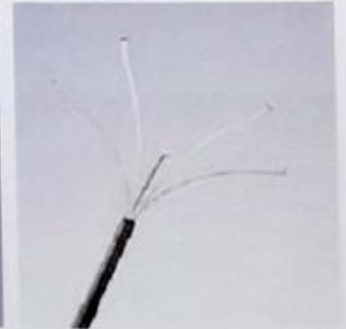
Kim răng chuột



Kim cá sấu



Snare cắt polyp



Dụng cụ bắt polyp



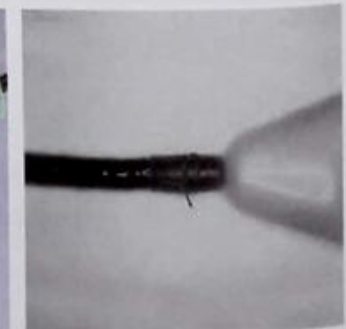
Rọ



Lưới bắt bệnh phẩm



Overtube



Chụp dị vật

4. Chẩn đoán

- Chụp Xquang tìm phổi: tư thế thẳng đứng, tư thế nghiêng phải, trái.
- Chụp CLVT hoặc chụp dạ dày cản quang nếu cần.
- Nội soi dạ dày, tá tràng: xét nghiệm quan trọng nhất.

5. Biến chứng

- Biến chứng chiếm dưới 5% số ca thực hiện. Tỷ lệ biến chứng phụ thuộc vào loại dị vật, vị trí và thời gian từ khi nuốt dị vật. Biến chứng do dị vật thực quản thường gặp hơn, gồm rách thực quản, loét, thủng, trợt và chảy máu.
- Sau khi loại bỏ dị vật, cần nội soi lại để đánh giá biến chứng và nguyên nhân gây dị vật ví dụ như hẹp.

6. Chẩn đoán nguyên nhân sau khi lấy dị vật

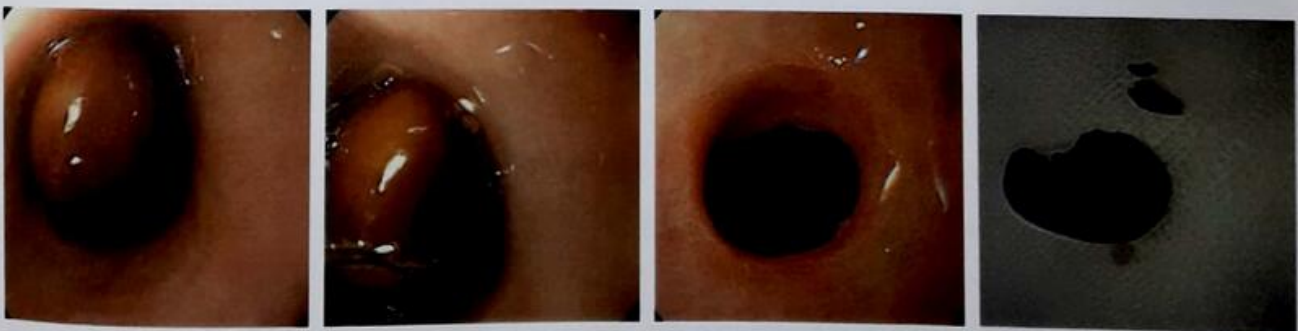
- Ung thư thực quản.
- Hẹp thực quản do tổn thương ăn mòn và do trào ngược.
- Hẹp do phẫu thuật hoặc tia xạ.
- Viêm thực quản do tăng bạch cầu ưa acid.
- Đái tháo đường.

7. Hình ảnh nội soi

1) Mắc kẹt thức ăn

- Nội soi ban đầu để xác định vị trí thức ăn bị mắc kẹt. Tiếp theo, lấy dị vật qua nội soi một lần hoặc nhiều lần. Vì phải đưa dây soi vào nhiều lần do đó

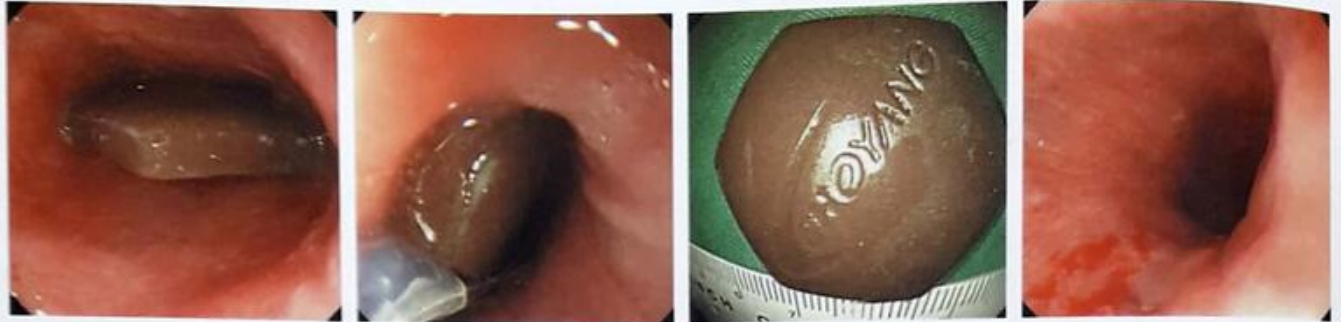
nên dùng đầu nhựa trong (overtube). Khi kích thước dị vật thức ăn nhỏ đi, phần còn lại có thể đẩy xuống dạ dày.



Có một hạt đậu bị mắc kẹt ở chỗ hẹp 1/3 dưới thực quản. Dùng dụng cụ bắt 3 chân (Grasping tripod) để lấy dị vật. Sau khi lấy dị vật thì thấy vùng thực quản bị hẹp.

2) Dị vật cùn, tù

- Hầu hết dị vật đồng xu có thể lấy bằng kim răng chuột hoặc kim cá sấu, snare và lưới bắt dị vật. Những vật tròn, mềm có thể lấy bằng rọ hoặc snare lưới.



Ở thực quản 1/3 giữa, dị vật bằng đồng hình lục giác bị mắc kẹt. Lấy dị vật bằng rọ. Sau khi lấy dị vật thì chỉ thấy có ít máu ở vị trí mắc kẹt dị vật.

3) Dị vật dài

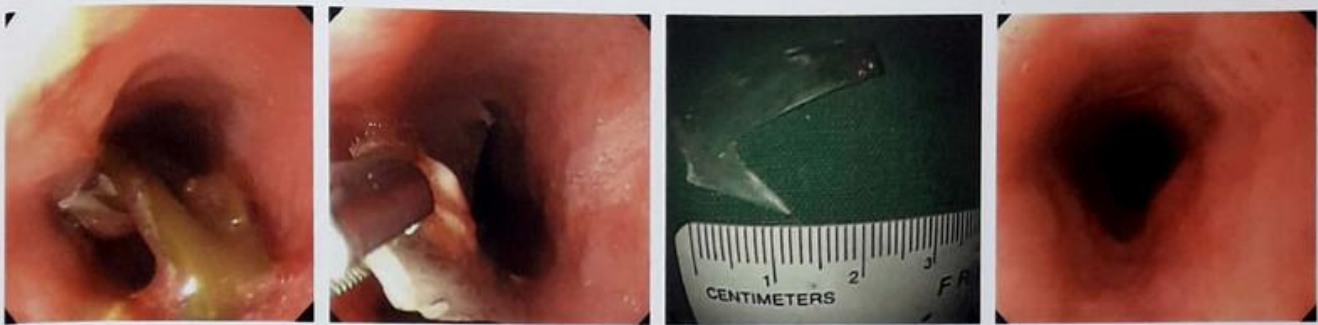
- Dị vật dài được lấy bằng thông lọng (snare) hoặc kéo ra có overtube hỗ trợ. Sau đó kéo tất cả dây soi, overtube, dị vật và dụng cụ hỗ trợ ra ngoài. Thắt chặt dị vật cần được bắt để tránh bị trượt.



Chụp phim Xquang ngực tư thế nghiêng cho thấy hình ảnh dị vật dài. Một cái bàn chải đánh răng ở thực quản 1/3 dưới. Sau khi lấy bàn chải bằng thông lọng, bàn chải được đưa vào trong overtube. Sau đó, tập hợp overtube, dị vật, snare và dây soi được kéo đồng thời ra ngoài.

4) Dị vật sắc nhọn

- Dị vật sắc nhọn nên được lấy bằng kim bắt dị vật (retrieval forcep) hoặc thông lọng (snare). Trong quá trình rút dị vật ra, đầu sắc nhọn nên để ở phía xa để giảm nguy cơ gây tổn thương niêm mạc thực quản. Nếu không được thì dùng overtube hoặc đầu bảo vệ (protective hood). Nếu không có đầu bảo vệ thì có thể dùng đầu găng phẫu thuật.



Dị vật xương cá hình chữ V có mép sắc ở 1/3 giữa thực quản. Dùng kim cá sấu để lấy xương cá. Sau khi gắp xương cá, nội soi lại thấy vị trí mắc dị vật có phù nề nhẹ.



Dụng cụ nha khoa sắc nhọn đâm xuyên thành của DII tá tràng. Dị vật được lấy cẩn thận bằng snare. Nội soi sau khi lấy dị vật thấy sưng nề ở vị trí bị đâm xuyên.

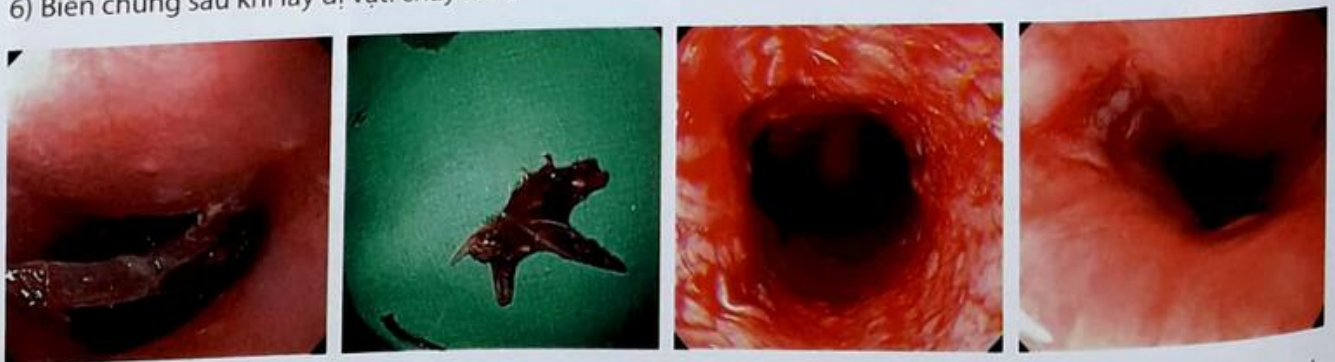
5) Cục pin

- Cục pin có thể lấy bằng rọ Dormia hoặc lưới bắt dị vật. Nếu cục pin không lấy được từ thực quản thì có thể đẩy xuống dạ dày sau đó lấy bằng dụng cụ bắt dị vật. Vì dị vật là cục pin có thể gây ra hoại tử và thủng rất nhanh nên cần phải lấy dị vật cấp cứu. Sau khi lấy dị vật, cần theo dõi biến chứng.



Dị vật cục pin bị mắc ở thực quản 1/3 trên. Niêm mạc xung quanh phù nề mạnh. Không thể gấp dị vật trực tiếp từ thực quản. Cục pin được đẩy nhẹ nhàng xuống dạ dày và lấy bằng lưới bắt dị vật. Nội soi sau khi lấy dị vật thấy có vùng phù nề và loét hoại tử ở niêm mạc thực quản.

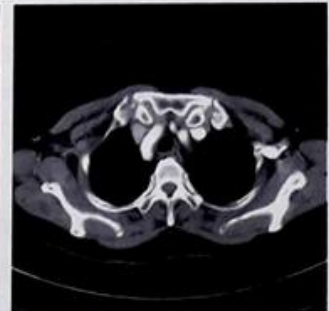
6) Biến chứng sau khi lấy dị vật: chảy máu



Xương cá sắc nhọn bị mắc ở thực quản 1/3 giữa. Dị vật được lấy bằng kim cá sấu. Nội soi sau khi gấp dị vật thấy chảy máu ở vị trí mắc dị vật. Cầm máu bằng tiêm dung dịch epinephrine.

7) Biến chứng sau khi lấy dị vật: thủng

- Khi lấy dị vật phải cảnh giác nguy cơ thủng thực quản. Nếu lấy dị vật gặp khó khăn và mất nhiều thời gian thì nên chụp cản quang hoặc CLVT.
- Trong thời gian theo dõi, cần kiểm soát chặt chẽ các dấu hiệu thủng như sốt, tim nhanh, suy hô hấp, đau ngực, đau bụng và dấu hiệu tràn khí dưới da vùng cổ.



Dị vật xương cá bị mắc ở thực quản 1/3 trên. Dùng đầu nhựa trong và kim cá sấu để lấy dị vật. Thủng ở vị trí mắc dị vật. Nhìn thấy bóng hơi ở trung thất.

5. Mở thông dạ dày qua da dưới nội soi (Percutaneous endoscopic gastrostomy – PEG)

1. Chỉ định

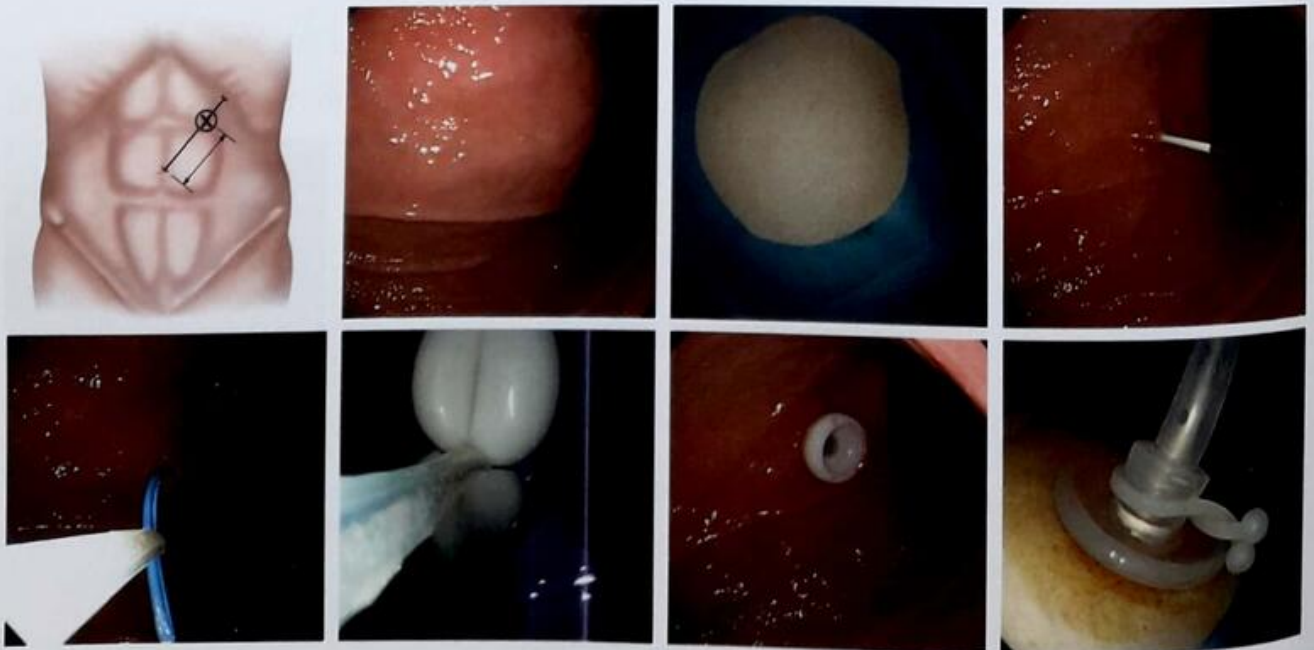
- Khó nuốt do tình trạng mất tinh táo (tai biến mạch máu não, tổn thương não, u não).
- Bệnh nhân có tổn thương vùng mặt, thủng thực quản, hẹp vùng họng, thực quản và rối loạn thần kinh cơ.

2. Chống chỉ định

- Hẹp hoàn toàn vùng thực quản và hầu họng.
- Dịch ổ bụng có kèm theo viêm phúc mạc hoặc không.
- Rối loạn đông máu không kiểm soát được.
- Tiền sử cắt dạ dày bán phần.
- Giảm tĩnh mạch thực quản.
- Hẹp môn vị (ung thư dạ dày).

3. Kỹ thuật

- Vị trí chọc ở trên thành bụng thường nằm ở 2/3 ngoài đường nối giữa rốn và điểm giữa bờ sườn trái.
- Sau khi đưa ống soi vào dạ dày, bơm căng dạ dày. Xác định vị trí tối ưu để chọc qua thành bụng, dùng một ngón tay ấn vào thành bụng và quan sát điểm ấn tương ứng trong dạ dày lõm xuống.
- Sau khi đã xác định được vị trí chọc, tiến hành sát khuẩn da bằng cồn và povidone iodine, có sẵn che xung quanh.
- Gây tê tại chỗ vùng mở thông, chọc kim xuyên qua thành bụng, đi vào thành trước của dạ dày.
- Đưa guidewire qua kim, dùng snare để bắt guidewire, kéo guidewire ra ngoài cùng với dây soi.
- Ống thông được cố định với guidewire. Sau đó kéo guidewire ngược trở lại từ miệng, thực quản, dạ dày và thành bụng.
- Ống thông được giữ cố định phía trong bằng một cái hãm có hình mũ (mushroom bumper).
- Ống thông được cố định bên ngoài ở thành bụng.



4. Biến chứng

1) Nhiễm trùng vị trí mở thông

- Đây là biến chứng hay gặp nhất, chiếm 5–40%. Điều trị bằng dinh dưỡng đường tĩnh mạch và kháng sinh. Một số trường hợp phải rạch, dẫn lưu và tháo ống thông.

2) Viêm hoại tử chân ống thông (Necrotizing fasciitis)

- Là biến chứng nặng nhất, có tỷ lệ tử vong là 30–50%. Điều trị bằng mổ mở, lấy hết tổ chức hoại tử và kháng sinh đường tĩnh mạch.

3) Xuất huyết tiêu hóa

4) Tràn khí phúc mạc

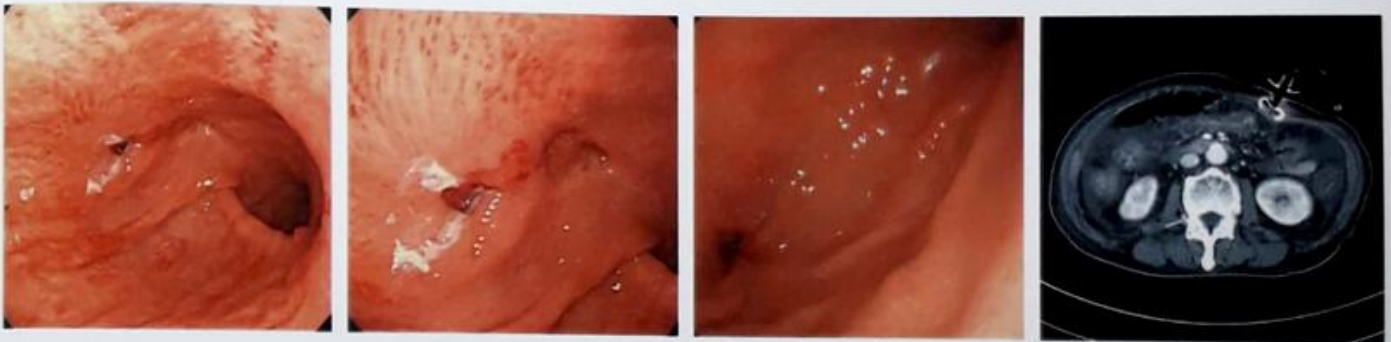
- Xuất hiện ở 50–60% trường hợp. Hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng và bệnh tự khỏi trong 1 tuần.

5) Rò dạ dày–đại tràng

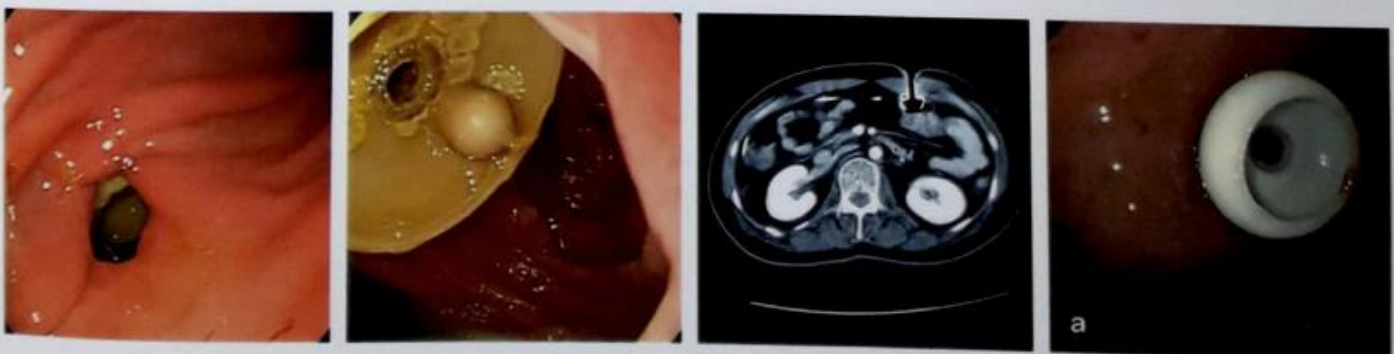
6) Hội chứng vùi lấp chân ống thông

- Do kéo giãn quá mức hãm trong – ngoài và niêm mạc dạ dày phát triển che phủ hãm trong ống thông. Ống thông bị tụt vào trong dạ dày có thể lấy qua nội soi.

7) Viêm phổi do trào ngược



Hội chứng vùi lấp chân ống thông. Do kéo ống thông quá mức và do sự phát triển của niêm mạc dạ dày, không nhìn thấy hãm ống thông phía trong dạ dày. Chỉ nhìn thấy một cái lỗ nhỏ. Phim CLVT cho thấy hãm chân ống thông nằm trong thành dạ dày.



Rò dạ dày–hỗng tràng: nhìn từ trong lòng dạ dày chỉ thấy một phần hãm ống thông. Nhìn thấy một cái lỗ to. Đưa đầu dây soi qua lỗ, thấy hãm chân ống thông mắc ở hỗng tràng. Trên phim CLVT cho thấy hãm chân ống thông ở trong hỗng tràng. Khối máu tụ: Khối máu tụ dưới niêm mạc ở vùng quanh chân ống thông (a).

5. Chăm sóc sau mổ thông

- Không cho bệnh nhân ăn qua đường dạ dày trong 24 giờ sau khi mổ thông. Nếu bệnh nhân có đầy tháo đường hoặc nguy cơ nhiễm khuẩn cao thì phải dùng kháng sinh dự phòng trong 4–5 ngày.
- Sau 24 giờ mới bắt đầu cho ăn qua ống thông. Ban đầu, cho 50 ml nước ấm x 4 lần, mỗi lần cách nhau 30 phút. Nếu không có vấn đề gì thì bắt đầu cho ăn lỏng. Thường cho 100 ml thức ăn lỏng x 4–6 lần, cách nhau 4 giờ. Sau đó tăng dần mỗi lần 50 ml cho tới tối đa tổng mỗi lần ăn là 300–500 ml. Cho bệnh nhân ăn lỏng 2–4 lần/ngày tùy theo nhu cầu năng lượng của mỗi người.
- Khi cho bệnh nhân ăn qua ống thông, không nên bơm dung dịch quá mạnh. Nên cho bệnh nhân nằm

đầu cao khoảng 30° để dự phòng trào ngược dạ dày – thực quản, giữ nguyên tư thế này từ 30–60 phút sau ăn. Sau mỗi bữa ăn, bơm qua ống thông khoảng 50 ml nước lọc để làm sạch ống và tránh đọng thức ăn.

- Từ ngày thứ hai, vị trí mổ thông thành bụng được vệ sinh thay băng 2–3 lần/ngày. Sau 3 ngày, nới lỏng một chút điểm cố định ngoài thành bụng tránh kéo căng quá mức.
- Nên thay mới ống thông sau 6 tháng. Tuy nhiên, có thể sử dụng lâu hơn (trên 1 năm) nếu chức năng ống thông vẫn còn đảm bảo. Rút ống thông có thể được thực hiện bằng cách kéo qua thành bụng bên ngoài hoặc lấy qua nội soi bằng snare.