

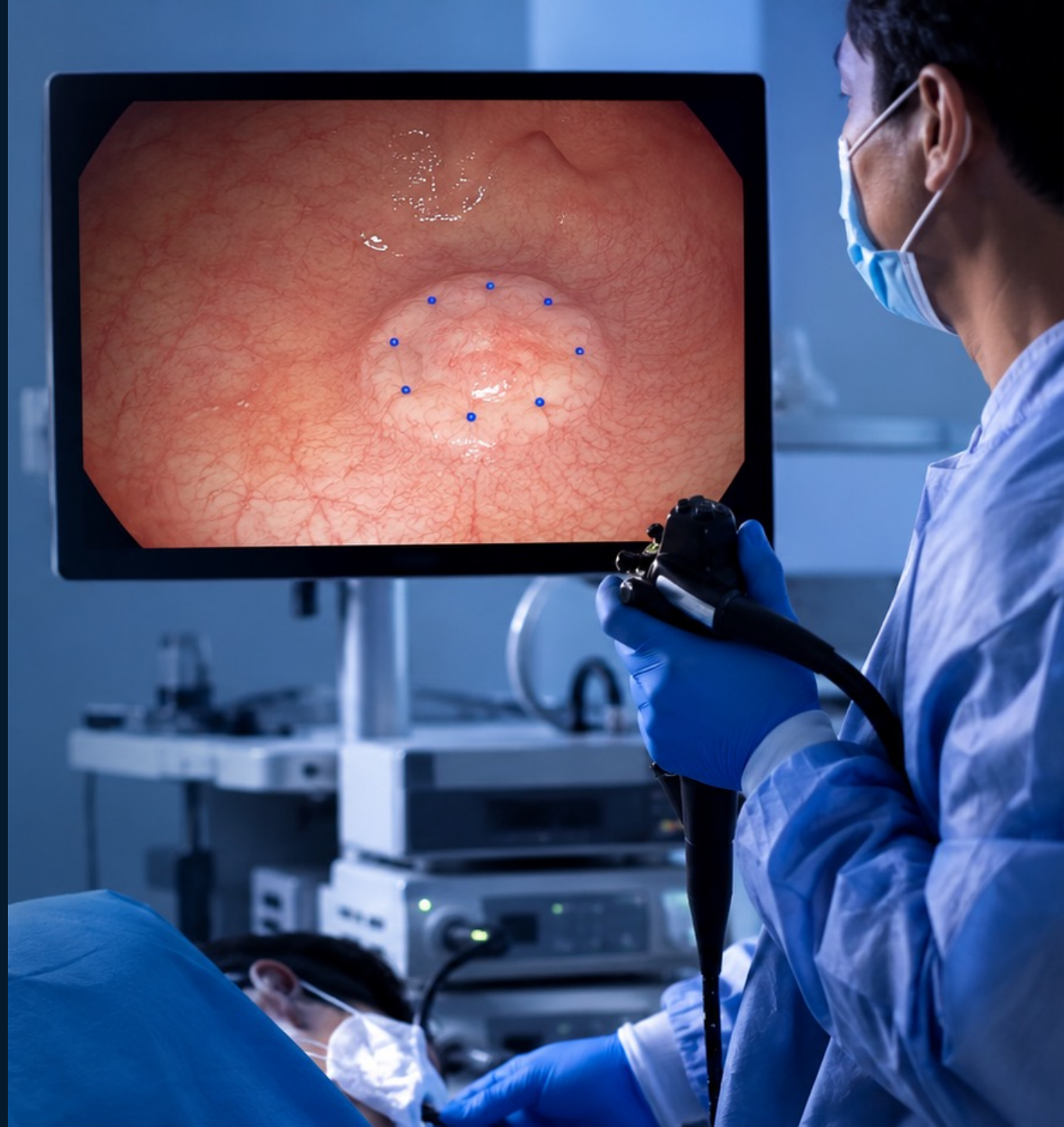


EMR VÀ ESD

trong điều trị ung thư dạ dày sớm

Bs. LÂM CẨM TÚ
Nội soi tiêu hóa

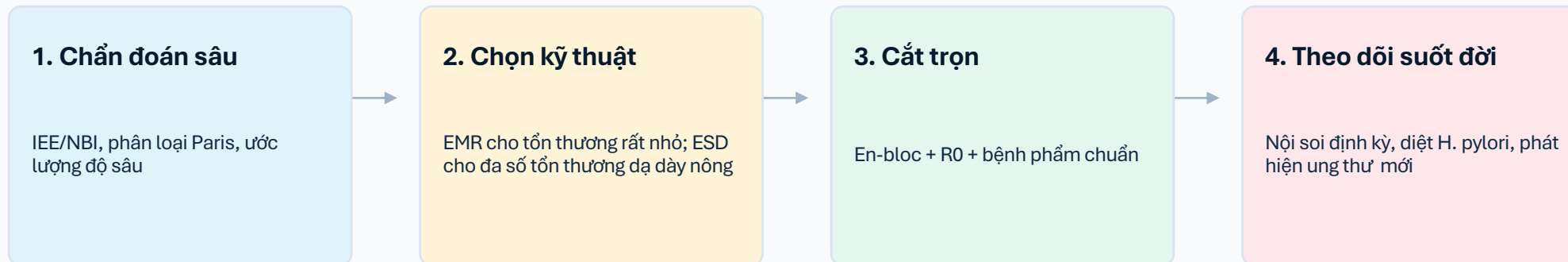
2026



Ung thư dạ dày sớm là “cửa sổ vàng” của nội soi điều trị.

Câu hỏi không phải là “EMR hay ESD tốt hơn?”

Câu hỏi đúng là: tổn thương này có thể được cắt trọn, đánh giá chính xác và an toàn bằng nội soi hay không?



Tổng quan về Ung thư dạ dày tại việt nam

Điểm nhấn tại Việt Nam là phát hiện muộn, chứ không phải thiếu kỹ thuật điều trị.

968.784

ca ung thư dạ dày mới trên thế giới năm 2022

16.277

ca mới tại Việt Nam năm 2022

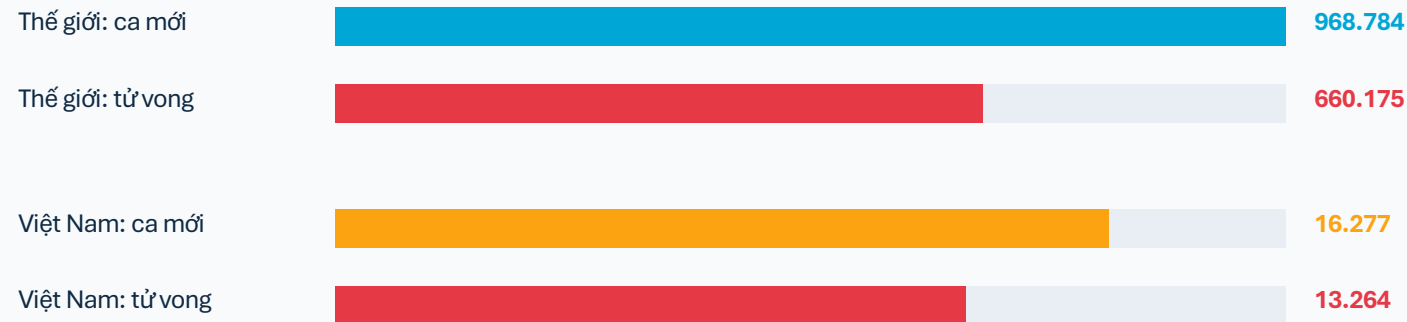
13.264

ca tử vong tại Việt Nam năm 2022

≈4%

EGC trong một nghiên cứu tại TP.HCM

Khi được phát hiện ở giai đoạn sớm, người bệnh có thể được điều trị bảo tồn cơ quan bằng EMR/ESD thay vì cắt dạ dày.

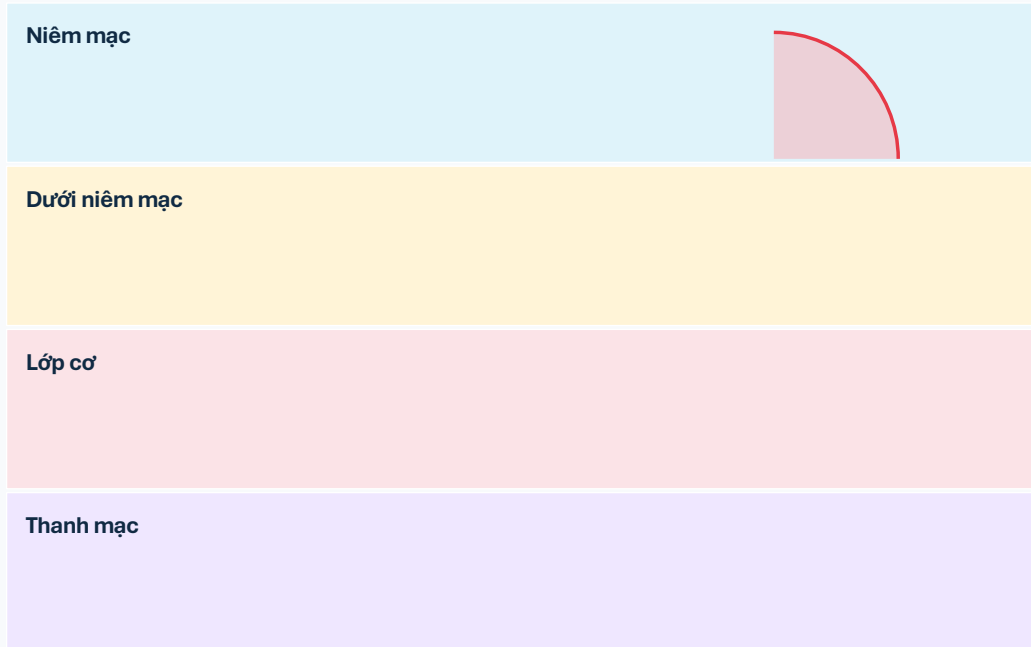


Thách thức chuyên môn

- Tăng chất lượng nội soi chẩn đoán.
- Chuẩn hóa chỉ định cắt nội soi.
- Chuẩn hóa kết quả mô bệnh học.
- Theo dõi sau cắt nội soi có hệ thống.

Ung thư dạ dày sớm: định nghĩa quyết định điều trị

EGC = ung thư còn giới hạn ở niêm mạc hoặc dưới niêm mạc, bất kể tình trạng hạch.



Tư duy nội soi can thiệp

- Điều trị nội soi phù hợp khi nguy cơ di căn hạch rất thấp.
- Mục tiêu kỹ thuật: cắt nguyên khối, diện cắt âm tính, không xâm lấn sâu.
- Mục tiêu sau thủ thuật: xác định triệt căn và lập kế hoạch theo dõi.

Trước khi cắt: chẩn đoán phải “đủ sâu”

ESD bắt đầu bằng một cuộc nội soi chẩn đoán chất lượng cao.

01

Chuẩn bị niêm mạc

Rửa bọt, chất nhầy; quan sát đủ thời gian; ghi hình toàn bộ dạ dày.

02

Ánh sáng trắng HD

Định vị tổn thương, kích thước, Paris classification, dấu hiệu loét/xơ.

03

IEE / NBI / chromo

Xác định ranh giới, cấu trúc vi mạch – vi bề mặt, nghi ngờ xâm lấn.

04

Sinh thiết có chiến lược

Không sinh thiết quá nhiều gây xơ; ưu tiên vùng nghi ngờ nhất.

05

Staging khi cần

CT/EUS khi nghi xâm lấn sâu hoặc nguy cơ hạch; không dùng thường quy cho mọi tổn thương nông.

Nguyên tắc thực hành

Không cắt nội soi khi chưa tự tin về ranh giới, độ sâu và khả năng lấy bệnh phẩm nguyên khối.

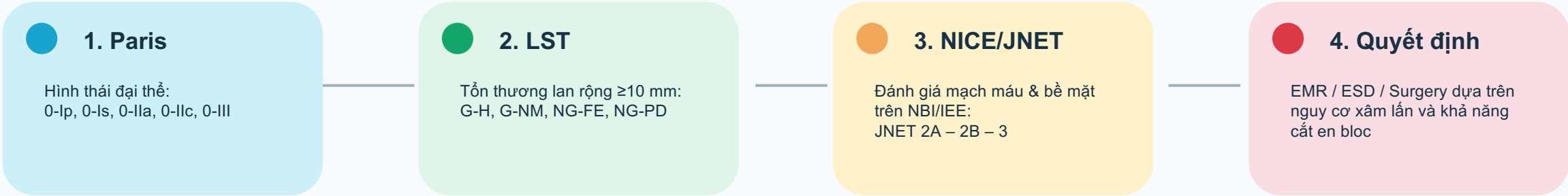
ESGE khuyến nghị đánh giá bằng nội soi HD và chromoendoscopy/virtual chromoendoscopy bởi bác sĩ nội soi kinh nghiệm.



Bổ sung chẩn đoán: chuẩn hóa mô tả tổn thương

Không chọn EMR/ESD bằng kích thước đơn thuần — phải “đọc tổn thương” theo cùng một ngôn ngữ.

SITE + SIZE + PARIS + LST + NICE/JNET + INVASION SIGNS



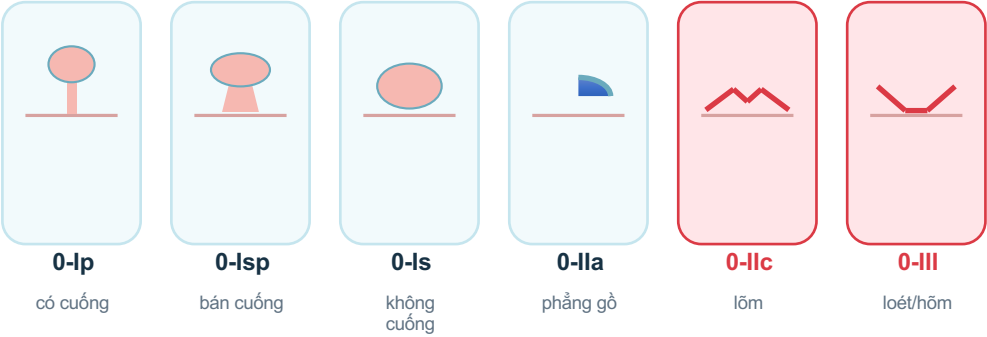
Thông điệp: Mô tả đúng → chọn đúng kỹ thuật → bệnh phẩm đủ chuẩn → đánh giá triệt căn chính xác

Paris – LST: hình thái nói gì về nguy cơ?

Hình thái lõm, loét hoặc LST không hạt giả lõm là dấu hiệu cần cảnh giác trước khi quyết định EMR piecemeal.

Paris Classification

Đánh giá hình thái đại thể của tổn thương nông



Cảnh báo: 0-IIc / 0-III / 0-IIa+IIc → nghĩ đến xâm lấn dưới niêm mạc

LST Classification

Áp dụng cho tổn thương lan rộng bên ≥10 mm

LST-G-H Granular homogeneous thấp hơn	LST-G-NM Granular nodular-mixed nốt lớn → cần soi kỹ
LST-NG-FE Nongranular flat/elevated bề mặt phẳng, khó nhận diện	LST-NG-PD Nongranular pseudodepressed nguy cơ cao

LST-NG-PD hoặc vùng lõm rõ → ưu tiên đánh giá xâm lấn và cắt en bloc



Mô tả chuẩn đưa đến quyết định: EMR → ESD → Surgery

Một tổn thương được đọc đúng sẽ tự dẫn đến chiến lược điều trị. đúng



Ví dụ cách đọc một tổn thương

Trực tràng 35 mm · **Paris 0-IIa+IIc** · **LST-NG-PD** · **JNET 2B** → ưu tiên **ESD en bloc**; nếu JNET 3/SM sâu → **Surgery/MDT**

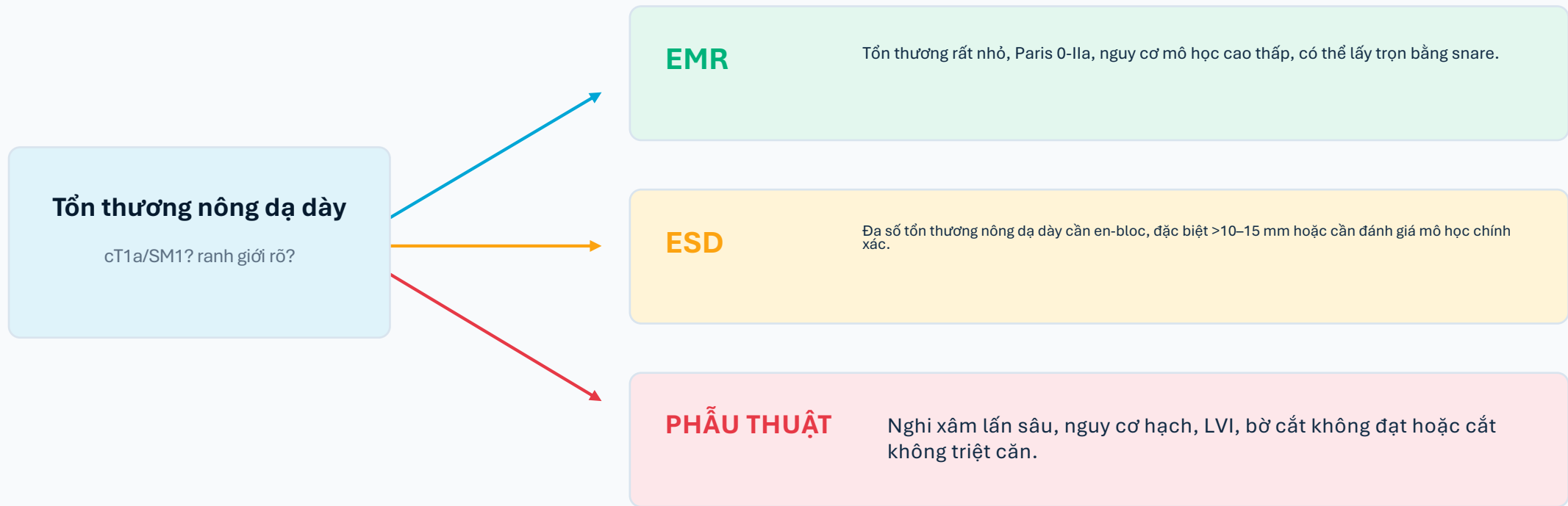
Quy tắc thực hành: “nghi xâm lấn nông” cần en bloc; “nghi xâm lấn sâu” không cố cắt nội soi.

Chọn đúng kỹ thuật

EMR và ESD không cạnh tranh — mỗi kỹ thuật có “vùng an toàn” riêng.

Ngã rẽ điều trị: EMR – ESD – phẫu thuật

Lựa chọn dựa trên nguy cơ hạch, kích thước, sẹo/xơ, ranh giới và năng lực trung tâm.



EMR: nhanh, hiệu quả — nhưng cần đúng chỉ định

Điểm mạnh của EMR là đơn giản và an toàn; điểm yếu là khó bảo đảm en-bloc ở tổn thương lớn.

Khi nào EMR hợp lý?

- Tổn thương rất nhỏ, nông, ranh giới rõ.
- Không loét/xơ; nâng tốt sau tiêm.
- Có thể cắt trọn bằng snare trong một mẫu.
- Nhu cầu đánh giá mô bệnh học không quá phức tạp.

Giới hạn cần nhớ

- Cắt nhiều mẫu làm tăng khó khăn khi đọc bờ cắt.
- Nguy cơ sót mô và tái phát tại chỗ cao hơn ESD.
- Không phù hợp khi nghi xâm lấn dưới niêm mạc hoặc có sẹo xơ.
- Trong dạ dày, ESD thường được ưu tiên nếu cần en-bloc.

Thông điệp: EMR không phải kỹ thuật “kém hơn”, nhưng phải được dùng ở vùng an toàn của EMR.

ESGE: EMR chấp nhận được cho tổn thương <10–15 mm, Paris 0-IIa, xác suất mô học tiến triển rất thấp.

Kỹ thuật EMR: 3 bước

Lift – snare – resect; luôn nghĩ đến chất lượng bệnh phẩm.

01

1. Tiêm nâng

Tiêm dưới niêm mạc để tách tổn thương khỏi lớp cơ; quan sát non-lifting sign.

02

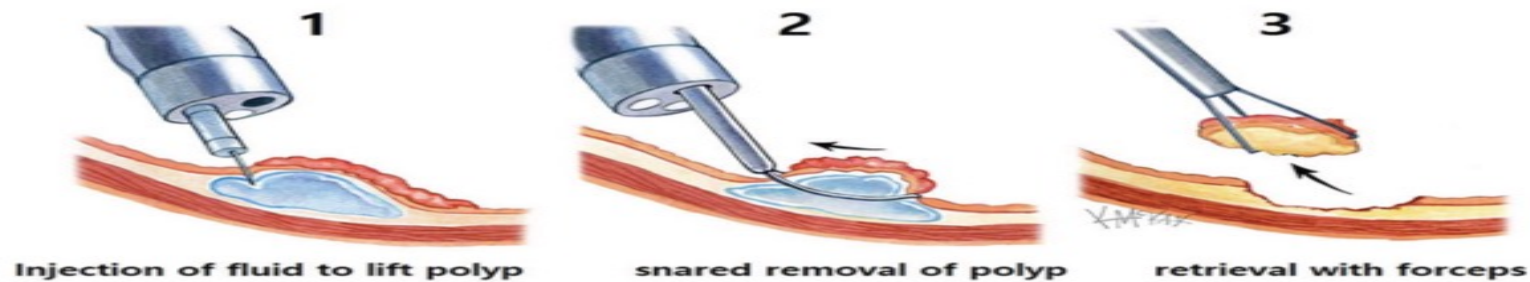
2. Bắt snare

Mở thông lòng ôm tròn tổn thương với rìa an toàn; kiểm soát vị trí trước khi siết.

03

3. Cắt và thu bệnh phẩm

Dòng điện cao tần; cầm máu; trải bệnh phẩm trên nền phẳng và ghim định hướng.



Các bước thực hiện EMR

ESD: kỹ thuật cao tạo nên “bệnh phẩm để quyết định điều trị”

ESD không chỉ cắt khối u; ESD tạo bệnh phẩm nguyên khối để đánh giá triệt căn.

Vì sao ESD mạnh hơn?

- En-bloc gần như trọn vẹn tổn thương.
- Bờ ngang và bờ dọc đọc chính xác hơn.
- Tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp hơn.
- Bảo tồn dạ dày và chất lượng sống.

Cái giá phải trả

- Đòi hỏi đào tạo chuyên sâu.
- Thời gian thủ thuật lâu hơn.
- Chảy máu và thủng cao hơn EMR.
- Cần đội ngũ gây mê – hồi sức – ngoại khoa hỗ trợ.

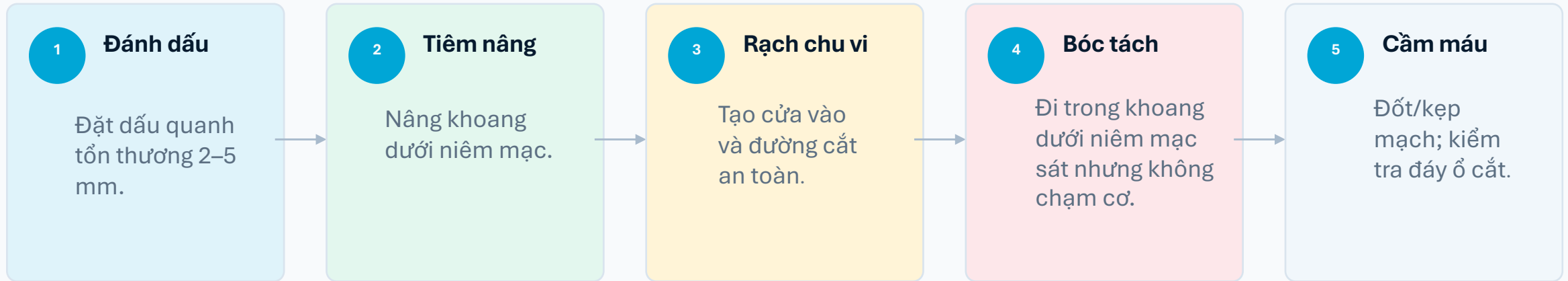
Khi không nên ESD

- Nghi xâm lấn cơ/thanh mạc.
- Có hạch/di căn trên hình ảnh.
- Rối loạn đông máu không kiểm soát.
- Bệnh nền không chịu được thủ thuật kéo dài.

ESGE: ESD là lựa chọn điều trị ưu tiên cho đa số tổn thương nông của dạ dày.

Kỹ thuật ESD: 5 bước

Mỗi bước đều hướng tới một mục tiêu: kiểm soát ranh giới, kiểm soát lớp cắt, kiểm soát mạch máu.



Dao ESD luôn đi theo “mặt phẳng an toàn”: đủ sâu để lấy trọn tổn thương, đủ nông để không thủng.

Chỉ định cắt nội soi ung thư dạ dày sớm

Dưới đây là khung thực hành; quyết định cuối cùng cần hội chẩn theo mô bệnh học và năng lực trung tâm.

Nhóm tổn thương	Điều kiện chính	Gợi ý kỹ thuật
Differentiated, T1a, UL(-)	Không xâm lấn dưới niêm mạc; không LVI; ranh giới rõ	ESD ưu tiên; EMR nếu rất nhỏ
Differentiated, T1a, UL(+)	≤3 cm, không LVI	ESD
Differentiated, SM1	≤3 cm, xâm lấn dưới niêm mạc rất nông, không LVI	ESD + đánh giá curability
Undifferentiated, T1a	≤2 cm, UL(-), không LVI	ESD ở trung tâm kinh nghiệm
Ngoài tiêu chuẩn / nghi xâm lấn sâu	Bờ không rõ, non-lifting, nghi cơ/thanh mạc, hạch/di căn	Hội chẩn ngoại khoa/ung bướu

Nguyên tắc: tổn thương càng lớn hoặc càng cần đánh giá mô học chính xác, ESD càng có lợi thế so với EMR.

Tóm tắt từ ESGE 2022 và JGCA 2021/2025. UL: ulceration; LVI: lymphovascular invasion; SM1: xâm lấn dưới niêm mạc rất nông.

Đánh giá triệt căn sau cắt

Giá trị của EMR/ESD nằm ở bệnh phẩm: đọc đúng bệnh phẩm để chọn bước tiếp theo.

Bệnh phẩm phải trả lời được 7 câu hỏi

Không có kết quả mô bệnh học chuẩn thì không thể kết luận cắt triệt căn.

1

En-bloc hay piecemeal?

En-bloc giúp đánh giá bờ cắt và độ sâu chính xác.

2

Kích thước u?

Kích thước liên quan tiêu chuẩn chỉ định và curability.

3

Độ sâu xâm lấn?

T1a / SM1 / SM2 là điểm quyết định nguy cơ hạch.

4

Bờ ngang & bờ dọc?

HM0/VM0 là điều kiện quan trọng để theo dõi thay vì mổ.

5

Biệt hóa mô học?

Differentiated vs undifferentiated ảnh hưởng tiêu chuẩn điều trị.

6

LVI?

Có LVI thường chuyển sang nhóm không triệt căn.

7

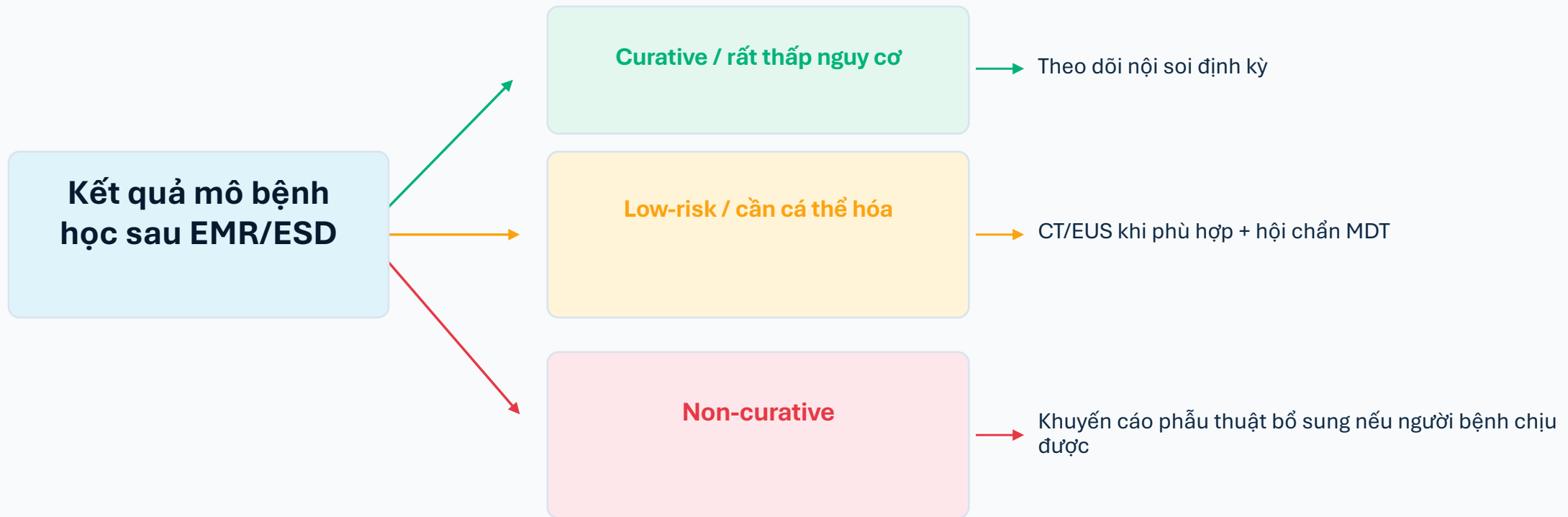
Loét/viêm/xơ?

Giúp giải thích kỹ thuật khó và nguy cơ sau cắt.

Kết luận sau ESD = kỹ thuật + mô bệnh học + hội chẩn đa chuyên khoa.

Sau cắt: phân tầng triệt căn quyết định bước tiếp theo

Không dừng ở “cắt xong”; phải phân loại curative / low-risk / non-curative.



Điểm then chốt: cắt en-bloc R0 giúp giảm “vùng xám” khi quyết định theo dõi hay phẫu thuật.



EMR và ESD: so sánh cho bác sĩ nội soi

Không nhìn theo “kỹ thuật nào cao hơn”, mà nhìn theo câu hỏi lâm sàng cần giải quyết.

Tiêu chí	EMR	ESD
Tổn thương phù hợp	Rất nhỏ, nông, nâng tốt	Đa số tổn thương nông dạ dày cần en-bloc
Cách cắt	Snare; có thể piecemeal	Dao ESD; en-bloc
Giá trị mô bệnh học	Hạn chế nếu cắt nhiều mảnh	Cao: đọc bờ và độ sâu tốt
Tái phát tại chỗ	Cao hơn khi piecemeal	Thấp hơn
Độ khó / thời gian	Thấp hơn / ngắn hơn	Cao hơn / dài hơn
Biến chứng	Thấp hơn	Cao hơn, cần kiểm soát chủ động

Quy tắc nhớ: EMR tối ưu cho tổn thương nhỏ; ESD tối ưu khi cần en-bloc, R0 và quyết định triệt căn chính xác.

An toàn thủ thuật và quản lý biến chứng

Một ca ESD tốt là ca đã dự phòng biến chứng trước khi biến chứng xuất hiện.

Biến chứng: dự phòng, nhận diện sớm, xử trí ngay

Biến chứng thường kiểm soát được nếu chuẩn bị dụng cụ và quy trình đầy đủ.



Chảy máu trong thủ thuật

Rửa – nhận diện nguồn – coagrasper/dao – clip khi cần



Chảy máu muộn

PPI, hướng dẫn báo động; nội soi lại nếu nôn máu/đi cầu đen/Hb giảm



Thủng

Nhận diện ngay; clip/OTSC; kháng sinh; hội chẩn ngoại khoa



Hẹp sau cắt rộng

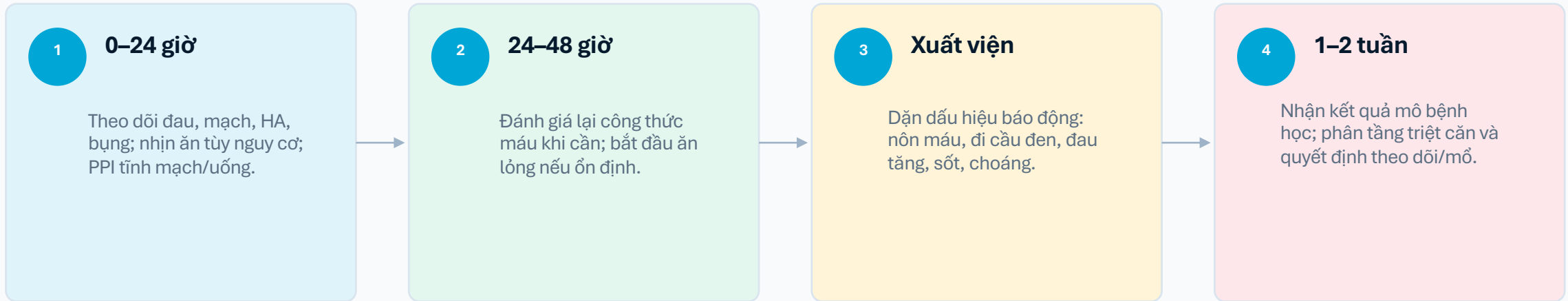
Dự phòng steroid/giãn bóng; nguy cơ cao khi tổn thương chiếm chu vi lớn

Checklist an toàn trước

kháng đông/kháng kết tập tiểu cầu • Hb/đông máu • gây mê • clip/OTSC • dao/cầm máu • ngoại khoa dự phòng

Chăm sóc sau EMR/ESD: chuẩn hóa để giảm tái nhập viện

Đường đi sau thủ thuật phải rõ như đường đi trong thủ thuật.

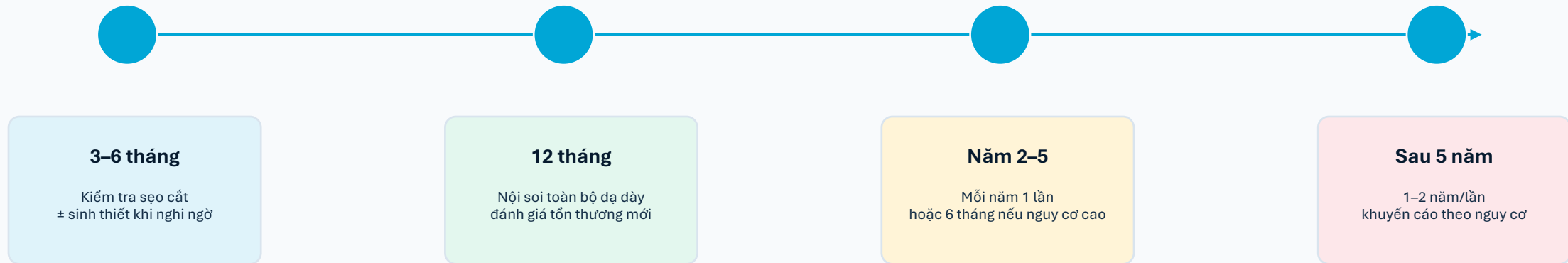


Nên có mẫu “phiếu ra viện sau ESD/EMR”

bao gồm thuốc, chế độ ăn, dấu hiệu báo động, số điện thoại liên hệ và lịch tái khám và nhận mô bệnh học.

Theo dõi sau cắt: không chỉ tìm tái phát tại sẹo

Người bệnh sau ESD/EMR vẫn có nguy cơ ung thư dạ dày ở vị trí khác .



Luôn đánh giá và điều trị H. pylori nếu có chỉ định

diệt H. pylori giúp giảm nguy cơ ung thư dạ dày khác sau cắt nội soi ở nhiều nghiên cứu.

Triển khai ESD/EMR chất lượng cao tại Việt Nam

Năng lực trung tâm quan trọng không kém năng lực cá nhân của bác sĩ nội soi.

1

Con người

Đào tạo theo bậc thang; quan sát – mô phỏng – proctoring – audit ca khó.

2

Thiết bị

Máy HD/IEE, dao ESD, injector, cap, CO₂, clip/OTSC, dụng cụ cầm máu.

3

Quy trình

Checklist trước ca, gây mê, kháng đông, xử trí thủng/chảy máu, hồi sức.

4

Mô bệnh học

Bệnh phẩm ghim định hướng, kết quả chuẩn hóa, hội chẩn khi không triệt căn.

5

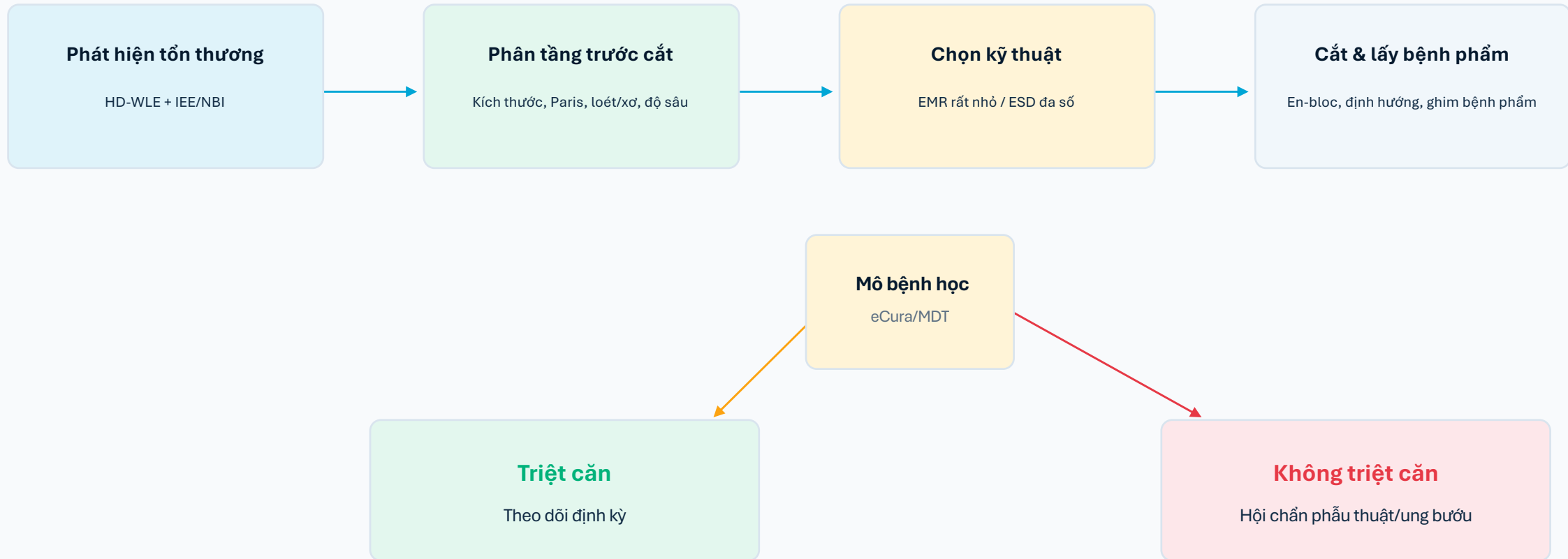
MDT

Nội soi – ngoại tiêu hóa – giải phẫu bệnh – ung bướu – gây mê phối hợp.

Mục tiêu của trung tâm: tăng phát hiện sớm, tăng R0/en-bloc, giảm biến chứng, giảm phẫu thuật không cần thiết.

Quy trình thực hành một ca nghi EGC

Một sơ đồ nhanh để thống nhất quyết định trong phòng nội soi và hội chẩn.



10 thông điệp mang về

- 1 EGC là cơ hội điều trị bảo tồn cơ quan.
- 2 Nội soi chẩn đoán chất lượng cao quyết định 50% thành công.
- 3 EMR chỉ nên dùng trong “vùng an toàn” của EMR.
- 4 ESD là lựa chọn ưu tiên cho đa số tổn thương nông dạ dày cần en-bloc.
- 5 Mục tiêu không chỉ là lấy khối u, mà là tạo bệnh phẩm đọc được.
- 6 R0/en-bloc/LVI/độ sâu là ngôn ngữ chung giữa nội soi và mô bệnh học.
- 7 Không triệt căn sau ESD cần hội chẩn MDT, không theo dõi thụ động.
- 8 Biến chứng ESD cần checklist, dụng cụ và tuyến ngoại khoa hỗ trợ.
- 9 Theo dõi sau cắt là lâu dài; đừng quên H. pylori.
- 10 Chương trình phát hiện sớm quyết định tác động cộng đồng lớn nhất.

“Cắt đẹp” chưa đủ — cần chọn đúng, đọc đúng và theo dõi đúng.

Tài liệu tham khảo:

- World Cancer Research Fund / IARC GLOBOCAN 2022. Stomach cancer statistics; Viet Nam cancer statistics.
- Pimentel-Nunes P, et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: ESGE Guideline – Update 2022. Endoscopy. 2022;54:591–622.
- Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021, 6th edition. Gastric Cancer. 2023;26:1–25.
- Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2025, 7th edition. Gastric Cancer. 2026.
- Ono H, Yao K, Fujishiro M, et al. Guidelines for ESD and EMR for early gastric cancer, second edition. Digestive Endoscopy. 2021;33:4–20.
- Hatta W, Gotoda T, Oyama T, et al. eCura system for curability after ESD for early gastric cancer. American Journal of Gastroenterology. 2017;112:874–881.
- Tran TLT, et al. Prevalence, endoscopic and histopathological characteristics of early gastric cancer among Vietnamese patients. Medical and Pharmaceutical Research. 2023.
- Fukase K, et al. H. pylori eradication after endoscopic resection of early gastric cancer. Lancet. 2008; Choi IJ, et al. NEJM. 2018.



XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN

EMR & ESD trong điều trị ung thư dạ dày sớm

Bs. LÂM CẨM TÚ | Nội soi tiêu hóa