HỘI NGHỊ NỘI SOI TIÊU HÓA TOÀN QUỐC LẦN THỨ 5

The 5th Vietnamese Gastrointestinal Endoscopy Conference

VGEC 2021

KỶ YẾU
PROCEEDINGS

Ngày: 3-4/12/2021

Date: December 3rd-4th, 2021

Hình thức tổ chức: trực tuyến

Venue: Virtual Conference

MỤC LỤC

Lời ngỏ 4

Ban tổ chức 6

Báo cáo viên nước ngoài 7

Nhà tài trợ 8

Chương trình tổng thể 9

Chương trình dành cho bác sĩ 21

Phiên 1: Chủ đề ung thư sớm ống tiêu hóa & AI 32

Phiên 2: Video Case Demonstration 38

Phiên 3: Chủ đề ERCP, nội soi siêu âm 44

Phiên 4: Tiến bộ trong nội soi can thiệp 53

Chương trình dành cho điều dưỡng 64

Phiên 1 65

Phiên 2 74

LỜI NGỎ

Thay mặt Liên Chi hội Nội soi Tiêu hóa Việt Nam (VFDE), chúng tôi xin trân trọng cảm ơn và chào mừng Quý đồng nghiệp đến với Hội nghị Nội Soi Tiêu hóa Toàn Quốc Lần thứ 5 năm 2021. VGEC 2021 được phối hợp tổ chức bởi Liên chi hội Nội soi Tiêu hóa Việt Nam và Trường Đại học Y Dược Huế vào ngày 3 đến ngày 4 tháng 12 năm 2021. Do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19, để đảm bảo sức khỏe và an toàn cho Quý đồng nghiệp, VGEC 2021 sẽ được tổ chức bằng hình thức trực tuyến hoàn toàn với điểm cầu trung tâm tại Trường Đại học Y Dược Huế.

Được sự cho phép của Hội Khoa học Tiêu hoá Việt Nam, từ năm 2018 Hội Nghị Nội Soi Tiêu Hóa Toàn Quốc được tổ chức định kỳ hàng năm với mong muốn chia sẻ, cập nhật các phương pháp, kỹ thuật mới trong chẩn đoán và điều trị nội soi các bệnh lý đường tiêu hóa, góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh cũng như góp phần vào sự phát triển của chuyên ngành nội soi tiêu hóa trong cả nước.

Chương trình Hội nghị được thiết kế hết sức sinh động bao gồm chương trình dành cho Bác sĩ và chương trình dành cho Điều dưỡng với các hoạt động đào tạo đa dạng như: Chương trình Đào tạo y khoa liên tục, chương trình Hội nghị chính và Hội thảo vệ tinh.

Bên cạnh các chuyên gia trong nước, VGEC 2021 vinh dự có sự góp mặt của các chuyên gia nội soi tiêu hóa nổi tiếng đến từ nhiều nước như: Nhật Bản, Hồng Kông, Singapore. Các chuyên gia sẽ trình bày các chủ đề nội soi tiêu hóa đang được quan tâm nhất hiện nay, chắc chắn sẽ mang đến cho Quý đồng nghiệp những kiến thức và kinh nghiệm quý giá.

Thay mặt Ban tổ chức Hội nghị, Ban chấp hành Liên Chi Hội Nội Soi Tiêu Hóa Việt Nam, chúng tôi xin chân thành cảm ơn Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam, Trường Đại học Y Dược Huế, Sở Y Tế Thừa Thiên Huế, các công ty tài trợ và toàn thể Quý đồng nghiệp đã quan tâm và góp phần vào sự thành công của VGEC 2021.

WELCOME MESSAGE

On behalf of the Vietnamese Federation for Digestive Endoscopy (VFDE), we would like to express our sincere thanks and welcome you to The 5th Vietnamese Gastrointestinal Endoscopy Conference - VGEC 2021. VGEC 2021 is organized by the Vietnamese Federation for Digestive Endoscopy in collaboration with Hue University of Medicine and Pharmacy, which will be held on December 3rd – 4th 2021. Due to the impact of the COVID-19 pandemic, to ensure health and safety for colleagues, VGEC 2021 will be held virtually with the central conference bridge at Hue University of Medicine and Pharmacy.

With the permission of the Vietnam Association of Gastroenterology, from 2018 the Vietnamese Gastrointestinal Endoscopy Congress is held annually with the desire to share, update new methods and techniques in endoscopic diagnosis and treatment of gastrointestinal diseases, contribute to improving the quality of healthcare services for patients as well as the development of gastrointestinal endoscopy in Viet Nam.

The VGEC 2021 program is designed extremely vividly, including the program for Doctors and the program for Nurses with diverse training activities such as: Continuing Medical Education, Main Conference program and Satellite Conference.

Besides leading experts from hospitals in the country, VGEC 2021 is honored to have the participation of overseas faculties in the field of gastrointestinal endoscopy from Japan, Hong Kong, Singapore. Faculties will present many emerging topics about gastrointestinal endoscopy, will certainly bring valuable knowledge and experience to colleagues.

On behalf of the Organizing Committee, the Executive Board of VFDE, we would like to sincerely thank The Vietnam Association of Gastroenterology, Hue University of Medicine and Pharmacy, Thua Thien Hue Department of Health, the sponsors and all colleagues to your attention, contribution for the success of The 5th Vietnamese Gastrointestinal Endoscopy Conference - VGEC 2021.

BAN TỔ CHỨC

Chủ tịch Hội nghị

TS.BS. Hồ Đăng Quý Dũng

Chủ tịch LCH Nội Soi Tiêu Hóa Việt Nam

Ban tổ chức:

Trưởng Ban:

GS.TS Trần Văn Huy - *Phó Chủ tịch LCHNSTHVN*

Phó Trưởng ban:

PGS.TS Vũ Văn Khiên - *Phó Chủ tịch LCHNSTHVN*

PGS.TS Quách Trọng Đức - *Tổng thư ký LCHNSTHVN*

TS.BS Vũ Trường Khanh - *Ban thường trực LCHNSTHVN*

PGS.TS. Nguyễn Minh Tâm - *Phó Hiệu trưởng Trường ĐHYD Huế*

Ủy viên:

PGS.TS. Nguyễn Khoa Hùng – *Phó Hiệu trưởng trường ĐHYD Huế*

PGS.TS. Hoàng Bùi Bảo – *Phó Hiệu trưởng trường ĐHYD Huế*

BSCKII. Trần Như Nguyên Phương - *Ban thường trực LCHNSTHVN*

TS.BS. Phan Trung Nam - *Trường ĐHYD Huế*

TS.BS. Phạm Hữu Tùng - *Bệnh viện Chợ Rẫy*

TS.BS. Đào Việt Hằng - *Trường Đại học Y Hà Nội*

TS.BS. Thái Doãn Kỳ - *Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

TS.BS. Vĩnh Khánh - *Trường ĐHYD Huế*

Ban Thư ký:

TS.BS. Vĩnh Khánh (Trưởng ban) - *Trường ĐHYD Huế*

CN. Nguyễn Thị Thảo - *Trường ĐHYD Huế*

ThS. Đặng Thị Khánh Thảo - *Trường ĐHYD Huế*

ThS. Cao Thị Hòa - *Thư ký Hội Khoa Học Tiêu Hóa Việt Nam*

CN. Nguyễn Phương Thảo - *Thư ký LCHNSTHVN*

Hội đồng khoa học

Chủ tịch:

GS.TS Mai Hồng Bàng

Phó chủ tịch:

GS.TS Tạ Long

GS.TS Đào Văn Long

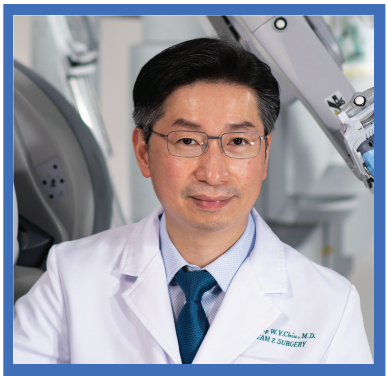
Ủy viên:

GS.TS Trần Văn Huy - PGS.TS Vũ Văn Khiên -
PGS.TS Quách Trọng Đức - PGS.TS Nguyễn Thúy Vinh -
TS.BS Vũ Trường Khanh - BSCKII. Trần Như Nguyên Phương -
TS.BS Lê Viết Nho - PGS.TS Nguyễn Quang Duật -
TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng - TS.BS Lê Quang Nhân -
BS.CKII. Bồ Kim Phương - TS.BS Nguyễn Lâm Tùng

BÁO CÁO VIÊN NƯỚC NGOÀI

Prof. Koichi Nonaka

Tokyo Women's Medical University Japan



Prof. Philip Chiu

The Chinese University of Hong Kong

Prof. Manabu Muto

Kyoto University Graduate School Medicine, Japan

Prof. Mitsuhiro Kida

Kitasato University, Japan

Prof. Christopher Khor

Singapore General Hospital, Singapore

Trân trọng cảm ơn

Các Nhà tài trợ đã đồng hành cùng VGEC 2021

Nhà tài trợ kim cương / Diamond sponsor

OLYMPUS

Nhà tài trợ vàng / Gold sponsor

FUJIFILM
Value from Innovation

Boston Scientific

Nhà tài trợ bạc / Silver sponsor

ETC
Luôn đồng hành cùng Nội Soi

Nhà tài trợ đồng / Bronze Sponsor

MINH LONG

ASP Advanced Sterilization Products

Đồng tài trợ / Co-sponsor

FERRING PHARMACEUTICALS

HAT

IPSEN
Innovation for patient care

Thông tin liên hệ

CN. Nguyễn Thị Thảo, SĐT: 0914.478.825
Email: thao.nt@huemed-univ.edu.vn hoặc thaonguyen11669@gmail.com
CN. Nguyễn Phương Thảo: 0945.846.479
Email: noisoivn@gmail.com

CHƯƠNG TRÌNH TỔNG THỂ
OVERALL PROGRAMME

Chương trình dành cho bác sĩ - Doctor's programme

Đào tạo y khoa liên tục: Chẩn đoán và điều trị ung thư sớm ống tiêu hóa
CME course: Diagnosis and treatment of early GI cancer

- Thời gian: 13.30 - 15.30 - Thứ sáu, 03/12/2021
  Date: Friday, December 3rd, 2021
- Hình thức: Hội thảo trực tuyến
  Venue: Virtual Conference

Hội thảo vệ tinh: Fujifilm Satellite Symposium

- Thời gian: 15.50 - 17.15 - Thứ sáu, 03/12/2021
  Date: Friday, December 3rd, 2021
- Hình thức: Hội thảo trực tuyến
  Venue: Virtual Conference

Chương trình hội nghị chính - Main conference's programme

- Thời gian: 07.30 - 16.30 - Thứ bảy, 04/12/2021
  Date: Saturday, December 4th, 2021
- Hình thức: Hội nghị trực tuyến
  Venue: Virtual Conference

Chương trình dành cho điều dưỡng - Nurse's programme

- Thời gian: 13.30 - 16.30 - Thứ bảy, 04/12/2021
  Date: Saturday, December 4th, 2021
- Hình thức: Hội nghị trực tuyến
  Venue: Virtual Conference

Chương trình dành cho bác sĩ - Doctor's programme

NGÀY 1 - THỨ SÁU, NGÀY 03/12/2021 - PRE-CONGRESS (13.30-17.15)

DAY 1: FRIDAY, DECEMBER 3rd, 2021

Thời gian *Time*	**Nội dung** *Contents*
13.30 - 13.50	**Giới thiệu chương trình Hội nghị - Giới thiệu của công ty tài trợ** *Opening remarks - Sponsor's introduction*

CME: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM ỐNG TIÊU HOÁ (13.50-15.30)

CME: DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EARLY GI CANCER (13.50-15.30)

Chủ tọa (Moderators): GS.TS Mai Hồng Bàng, GS.TS Trần Văn Huy, PGS.TS Vũ Văn Khiên

13.50 - 14.00	**Giới thiệu chương trình CME** *Introduction of CME programme* *GS.TS Trần Văn Huy - Trường Đại học Y Dược Huế*
14.00 - 14.20	**Tổng quan về điều trị ung thư sớm ống tiêu hoá** *Overview of Early GI Cancer treatment* *TS.BS Vũ Trường Khanh - Bệnh viện Bạch Mai*
14.20 - 14.40	**Chẩn đoán ung thư sớm dạ dày qua nội soi** *Endoscopic Diagnosis of Early Gastric Cancer* *PGS.TS Quách Trọng Đức - Trường Đại học Y Dược TP.HCM*

14.40 - 15.00 **Cập nhật chẩn đoán và điều trị polyp/ung thư sớm đại tràng qua nội soi**

Endoscopic diagnosis and treatment of colonic polyps/early cancer lesions

TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng – Bệnh viện Chợ Rẫy

15.00 - 15.30 **Thảo luận**

Discussion

FUJIFILM SATELLITE SYMPOSIUM (15.50 – 17.15)

Chủ tọa (Moderator): GS.TS. Trần Văn Huy

15.50 - 16.00 **Giới thiệu của công ty Fujifilm**

Fujifilm's introduction

Giới thiệu chương trình Hội thảo vệ tinh

Introduction of symposium programme

GS.TS Trần Văn Huy - Trường Đại học Y Dược Huế

16.00 - 16.20 **Ứng dụng BLI, LCI trong nội soi tiêu hóa**

Application of BLI, LCI in GI Endoscopy

TS.BS Nguyễn Công Long - Bệnh viện Bạch Mai

16.20 - 16.50 **Kinh nghiệm sử dụng CADEYE trong phát hiện và mô tả đặc điểm polyp đại tràng**

The experience using CADEYE for detection and characterization colonic polyp

Dr. Hathaiwan Moungthard, National Cancer Institute Phyathai, Thailand

16.50 - 17.15 **Thảo luận**

Discussion

NGÀY 2 - THỨ BẢY, NGÀY 04/12/2021

DAY 2: SATURDAY, DECEMBER 4TH, 2021

Thời gian *Time*	**Nội dung** *Contents*
07.30 - 07.45	**Giới thiệu của công ty tài trợ** *Sponsor's introduction*
07.45 - 08.00	**Khai mạc hội nghị** *Opening remarks* *TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng - Chủ tịch VFDE* **Phát biểu chào mừng** *Welcome speech* *GS.TS Mai Hồng Bàng - Chủ tịch Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam* *GS.TS Nguyễn Vũ Quốc Huy - Hiệu Trưởng Trường ĐH Y Dược Huế*

PHIÊN 1: CHỦ ĐỀ UNG THƯ SỚM ỐNG TIÊU HOÁ & AI (08.00 - 09.30)

SESSION 1: EARLY GI CANCER & AI (08.00 - 09.30)

Chủ tọa (Moderators): GS.TS Trần Văn Huy, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng, PGS.TS Vũ Văn Khiên

08.00 - 08.25	**Chẩn đoán và điều trị ung thư sớm thực quản và dạ dày** *Diagnosis and treatment of early esophageal and gastric cancer* *Prof. Manabu Muto, Kyoto University Graduate School Medicine, Japan*
08.25 - 08.50	**Chẩn đoán u đường tiêu hóa trên giai đoạn sớm bằng công nghệ IEE và AI** *Early Upper Gastrointestinal Neoplasia: Diagnosis with New Technologies in IEE and AI* *Prof. Philip Chiu, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong*

08.50 - 09.15 **Kinh nghiệm ban đầu trong ứng dụng trí tuệ nhân tạo (AI) hỗ trợ nội soi đại tràng**

Initial Experience in Artificial Intelligence (AI) Assisted Colonoscopy

Prof. Christopher Khor, Singapore General Hospital, Singapore

09.15 - 09.30 **Kết quả bước đầu ứng dụng trí tuệ nhân tạo trong nội soi đường tiêu hóa tại Việt Nam**

Preliminary results of AI application in GI endoscopy in Vietnam

TS.BS Đào Việt Hằng - Trường Đại học Y Hà Nội

09.30 - 09.45 **Giải lao – Giới thiệu của công ty tài trợ**

Tea break- Sponsor's introduction

PHIÊN 2: VIDEO CASE DEMONSTRATION (09.45 -11.45)

SESSION 2: VIDEO CASE DEMONSTRATION (09.45 -11.45)

Chủ tọa (Moderators): PGS.TS Vũ Văn Khiên, TS.BS Vũ Trường Khanh, PGS.TS Quách Trọng Đức

09.45 - 11.45

1. AI & new techniques in endoscopy imaging

- *AI trong phát hiện polyp đại tràng: CADEYE*

  AI in polyp detection: CADEYE

  TS.BS Đào Việt Hằng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

- *AI trong phát hiện polyp đại tràng: Endobrain*

  AI in polyp detection: Endobrain

  GS.TS Trần Văn Huy, ThS.BS Nguyễn Thị Huyền Thương và cs, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

- *Các kỹ thuật hình ảnh mới trong nội soi TXI, RDI, EDOF*

  New IEE techniques in GI Endoscopy

  TS.BS Trần Đình Trí, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng, Bệnh viện Chợ Rẫy

2. Therapeutic endoscopy

- *Endocuff trong nội soi đại tràng*
  Endocuff in colonoscopy
  GS.TS Trần Văn Huy, TS.BS Vĩnh Khánh, Trường Đại học Y Dược Huế

- *Cắt toàn bộ thành ống tiêu hóa*
  Full thickness resection
  TS.BS Trần Đình Trí, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng, Bệnh viện Chợ Rẫy

- *Clip cầm máu biến chứng chảy máu đại tràng*
  Clip in management of post polypectomy bleeding
  TS.BS Thái Doãn Kỳ, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

09.40 - 11.45
(Tiếp tục)

3. Early Cancer/polypectomy

- *Cắt polyp đại tràng dưới nước*
  Underwater polypectomy
  TS.BS Lê Quang Nhân, ThS.BS Lê Đình Quang, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

- *Endoloop trong cắt polyp ống tiêu hoá*
  The role of endoloop in polypectomy
  GS.TS Trần Văn Huy, ThS.BS Nguyễn Thị Huyền Thương, Trường Đại học Y Dược Huế

- *ESD dạ dày*
  Gastric ESD
  TS.BS Bùi Ánh Tuyết, ThS.BS Trần Đức Cảnh, Bệnh viện K Hà Nội

4. ERCP/EUS

- *Dẫn lưu mật dưới hướng dẫn của nội soi siêu âm*
  EUS-guided Biliary Drainage
  TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng, Bệnh viện Chợ Rẫy

- *Dẫn lưu nang giả tụy/nang hoại tử tụy dưới nội soi siêu âm*

  EUS-guided Pancreatic Pseudocyst/WON drainage

  TS.BS Phạm Hữu Tùng, ThS.BS Ngô Phương Minh Thuận, Bệnh viện Chợ Rẫy

- *Nong bằng bóng lớn kèm tán sỏi trong ERCP*

  Large balloon dilation in ERCP

  BSCKII. Trần Như Nguyên Phương, Bệnh viện Trung ương Huế

- *SpyGlass trong bệnh lý đường mật*

  Cholangioscopy using Sypglass in biliary diseases

  TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng, Bệnh viện Chợ Rẫy

11.45 - 12.00 **Giải lao – Giới thiệu của công ty tài trợ**

Tea break- Sponsor's introduction

OLYMPUS SATELLITE SYMPOSIUM (12.00 – 13.00)

Chủ tọa (Moderator): TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng

12.00 - 12.20 **Cập nhật trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày sớm của Hội Nội soi Nhật Bản**

Japanese guidelines on diagnosis and treatment of Early Gastric Cancer

TS.BS Trần Thanh Bình, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng - Bệnh viện Chợ Rẫy

12.20 - 13.00 **Quản lý ung thư sớm dạ dày tốt hơn "hiện nay"**

Manage Early Gastric cancers to surpass "now"

Prof. Koichi Nonaka - Tokyo Women's Medical University, Japan

13.00 - 13.30 **Giải lao - Giới thiệu của công ty tài trợ**

Tea break - Sponsor's introduction

PHIÊN 3: CHỦ ĐỀ ERCP, NỘI SOI SIÊU ÂM (13.30 - 14.45)

SESSION 3: ERCP, EUS (13.30 - 14.45)

Chủ tọa (Moderators): TS.BS Lê Quang Nhân, TS.BS Đào Việt Hằng, TS.BS Nguyễn Lâm Tùng

13.30 - 14.00

Cập nhật vai trò của nội soi siêu âm trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý đường mật

Update on EUS roles in diagnosis and treatment of biliary diseases

Prof. Mitsuhiro Kida, Kitasato University, Japan

14.00 - 14.15

Cập nhật vai trò nội soi trong xử trí sỏi mật

Update on the role of endoscopy management of biliary stones

ThS.BS Hoàng Tuấn Vũ, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng - Bệnh viện Chợ Rẫy

14.15 - 14.30

Nội soi siêu âm hướng dẫn dẫn lưu nang giả tụy/nang hoại tử tụy

EUS-guided pancreatic pseudocyst/WON drainage

ThS.BS Ngô Phương Minh Thuận - Bệnh viện Chợ Rẫy

14.30 - 14.45

Đánh giá hiệu quả nội soi siêu âm kết hợp với nội soi mật tụy ngược dòng trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tắc nghẽn đường mật tụy

The efficacy of combination of EUS evaluation before ERCP in obstructive pancreaticobiliary diseases

ThS.BS. Nguyễn Văn Duy - Bệnh viện Trung Ương Huế

14.45 - 15.00

Giải lao - Giới thiệu của công ty tài trợ

Tea break - Sponsor's introduction

PHIÊN 4: TIẾN BỘ TRONG NỘI SOI CAN THIỆP (15.00 - 16.30)

SESSION 4: ADVANCES IN GI THERAPEUTIC ENDOSCOPY (15.00 - 16.30)

Chủ tọa (Moderators): TS.BS Vũ Trường Khanh, PGS.TS Quách Trọng Đức, BSCKII. Trần Như Nguyên Phương

15.00 - 15.25

Cập nhật điều trị nội soi xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch

Update on endoscopic management of non-variceal upper GI bleeding

GS.TS Trần Văn Huy, TS.BS Vĩnh Khánh - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

15.25 - 15.40

Bước đầu đánh giá kết quả điều trị bệnh co thắt tâm vị bằng phương pháp cắt cơ thắt thực quản dưới qua nội soi tại Khoa TDCN - Bệnh viện Bạch Mai từ 2018-2019

Initial results of application of POEM in treatment of Achalasia in Bach Mai Hospital from 2018 to 2019

BS. Trần Tuấn Việt - Bệnh viện Bạch Mai

15.40 - 15.55

Cập nhật điều trị xuất huyết do giãn tĩnh mạch phình vị

Update on the treatment of gastric variceal bleeding

PGS.TS Vũ Văn Khiên - Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

15.55 - 16.10

Tổng quan về Third space Endoscopy - kinh nghiệm triển khai tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Third space Endoscopy - experiences in University Medical Center HCMC

TS.BS Lê Quang Nhân - Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

16.10 - 16.25 **Tổng quan cắt toàn bộ thành ống tiêu hóa qua nội soi**

Overview of Endoscopic Full-Thickness Resection (EFTR)

TS.BS Trần Đình Trí, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng - Bệnh viện Chợ Rẫy

16.25 - 16.30 **Bế mạc**

Closing ceremony

GS.TS Trần Văn Huy - Trưởng Ban tổ chức Hội nghị

Chương trình dành cho điều dưỡng - Nurse's programme

THỨ 7, NGÀY 04/12/2021

DAY 2: SATURDAY, DECEMBER 4TH, 2021

Thời gian *Time*	**Nội dung** *Contents*
13.30 - 13.50	**Giới thiệu của công ty tài trợ** *Sponsor's introduction*
13.50 - 14.00	**Khai mạc hội nghị** *Opening remarks* *TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng - Chủ tịch VFDE*

PHIÊN 1 – Chủ tọa: ThS.ĐD Bạch Thanh An, CN.ĐD Phan Thị Hồng Quý

SESSION 1 – Moderators: Bach Thanh An, Phan Thi Hong Quy

14.00 - 14.15

Cập nhật qui trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ và ống nội soi trong thời kỳ COVID

Updates of the endoscope disinfection, accessories sterilization in COVID-19 pandemic

ThS. ĐD. Bạch Thanh An – Bệnh viện Chợ Rẫy

14.15 - 14.30

Vai trò của điều dưỡng trong nội soi can thiệp lấy dị vật ống tiêu hóa

The role of endoscopy nurses in endoscopic foreign body removal

CN.ĐD Phan Thị Hồng Quý – Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

14.30 - 14.45

Vai trò của Điều dưỡng trong nội soi can thiệp XHTH

The role of endoscopy nurses in endoscopic management of gastrointestinal bleeding

ĐD. Lê Ngọc Hoàng – Bệnh viện C Đà Nẵng

14.45 - 15.00

Hướng dẫn chuẩn bị bệnh nhân và dụng cụ trong nội soi chẩn đoán ung thư sớm ống tiêu hóa

Patient and accessories preparation in endoscopic diagnosis of early GI cancers

ĐD. Lê Thị Bích Thảo – Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

15.00 - 15.15

Giải lao - Giới thiệu của công ty tài trợ

Tea break - Sponsor's introduction

PHIÊN 2 - Chủ tọa: ThS.ĐD Đào Viết Quân, ThS.ĐD Phạm Quốc Thông

SESSION 2 – Moderators: Dao Viet Quan, Pham Quoc Thong

15.15 - 15.30	**Kỹ thuật và vai trò của Điều dưỡng trong EUS-BD** *Techniques and role of endoscopy nurse in EUS-BD* *ThS.ĐD. Phạm Quốc Thông – Bệnh viện Chợ Rẫy*
15.30 - 15.45	**Vai trò của điều dưỡng trong EUS-FNA tại Bệnh viện Việt Đức** *Role of endoscopy nurse in EUS-FNA at Viet Duc Hospital* *ĐD. Nguyễn Anh Quân – Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*
15.45 - 16.00	**Vai trò của Điều dưỡng trong nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - lấy sỏi đường mật** *Role of endoscopy nurses in ERCP for removal of bile duct stone* *ĐD. Hà Văn Tuân – Bệnh viện Trung Ương Huế*
16.00 - 16.15	**Đánh giá kết quả làm sạch đại tràng với ứng dụng hỗ trợ chuẩn bị trên điện thoại** *Evaluation of bowel preparation with the support of smartphone application* *ThS.ĐD Đào Viết Quân - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
16.15 - 16.30	**Vai trò của điều dưỡng trong nội soi can thiệp cắt polyp khó tại BVĐK Trung Ương Cần Thơ** *Role of endoscopy nurses in endoscopic difficult polypectomy at Can Tho Central General Hospital* *CN.ĐD Huỳnh Tuấn Kiệt - BVĐK Trung Ương Cần Thơ*
16.30	**Bế mạc** *Closing ceremony* *TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng*

VGEC 2021

Thứ Sáu & Thứ Bảy, ngày 3-4/12/2021

Friday & Saturday, December 3rd-4th, 2021

CHƯƠNG TRÌNH DÀNH CHO BÁC SĨ

DOCTOR'S PROGRAMME

ABSTRACT BOOK

CME: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM ỐNG TIÊU HOÁ (13.50-15.30)

CME Course: Diagnosis and treatment of early GI cancer

Chủ tọa (Moderators): GS.TS Mai Hồng Bàng, GS.TS Trần Văn Huy, PGS.TS Vũ Văn Khiên

Báo cáo viên / Speakers

- TS.BS Vũ Trường Khanh - Bệnh viện Bạch Mai
- PGS.TS Quách Trọng Đức - Trường Đại học Y Dược TP.HCM
- TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng – Bệnh viện Chợ Rẫy

TỔNG QUAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Vũ Trường Khanh
Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Ung thư đường tiêu hóa hay gặp bao gồm ung thư dạ dày, ung thư đại trực tràng và ung thư thực quản. Theo thống kê của tổ chức Ung thư Toàn cầu GLOBALCAN: số bệnh nhân mắc mới ung thư đại trực tràng đứng thứ 3, ung thư dạ dày đứng hàng thứ 6 và ung thư thực quản đứng hàng thứ 10 trong các loại ung thư [1]. Số ca tử vong do ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 2, ung thư dạ dày đứng thứ 4 và ung thư thực quản đứng thứ 6 trong các loại ung thư. Tại Việt Nam, số ca tử vong do ung thư dạ dày đứng hàng thứ 3, ung thư đại trực tràng đứng thứ 4 và ung thư thực quản đứng hàng thứ 10 trong các loại ung thư [2] . Ở các nước châu Á ung thư thực quản chiếm hơn 90% là ung thư biểu mô tế bào vảy [3] liên quan tới uống rượu và hút thuốc lá. Ung thư biểu mô tuyến ít gặp nhưng có chiều hướng gia tăng và hay gặp ở các nước châu Âu và bắc Mỹ liên quan tới trào ngược dạ dày thực quản và Barrett thực quản [3]. Cắt niêm mạc qua nội soi có hiệu quả điều trị cao với ung thư thực quản sớm, thời gian sống sau 5 năm 85 - 95% [4]. Ung thư dạ dày hay gặp là ung thư không phải tâm vị, có tỉ lệ mắc cao ở châu Á và các nước đang phát triển. Ung thư thường gặp chủ yếu ở các nước Phương Tây là ung thư tâm vị liên quan đến trào ngược. Ung thư dạ dày nếu phát hiện giai đoạn sớm thì cắt niêm mạc qua nội soi có thể khỏi hoàn toàn, thời gian sống sau 5 năm là 99,9% với thể biệt hóa và 97,5% với thể không biệt hóa [5]. Ung thư đại trực tràng thường xuất phát từ polyp, khoảng 70% ung thư đại trực tràng xuất phát từ polyp tuyến và 25 - 30% là từ polyp răng cưa [6, 7]. Polyp hay xuất hiện ở người từ 45- 50 tuổi trở lên, vì vậy tầm soát phát hiện và cắt polyp giúp ngăn ngừa tới 69% ung thư đại trực tràng và giảm tử vong tới 68% [8]. Như vậy, ung thư sớm đường tiêu hóa có thể điều trị khỏi bằng cắt qua nội soi.

OVERVIEW OF EARLY GASTROINTESTINAL CANCER

Vu Truong Khanh
Bach Mai Hospital

Abstract:

Common gastrointestinal cancers include esophageal, gastric and colorectal cancer. According to GLOBOCAN 2020, the numbers of new cases of colorectal, gastric, and esophageal cancer were 3rd, 6th and 10th respectively. The numbers of new deaths caused by colorectal, gastric, and esophageal cancer were 2nd, 4th and 6th respectively. The new death figures of gastric, colon rectal, and esophageal cancer were 3rd, 4th and 10th respectively. Squamous cell carcinoma accounts for more than 90% of esophageal cancer in with respect to alcohol drinking and smoking. Adenocarcinoma accounts for only a small percentage of patients with esophageal carcinoma, but the disease is increasing in Europe and North America, accounting for about more than half of all the cases of esophageal carcinoma in relation to Barrett's epithelium and Gastroesophageal reflux disease (GERD). Endoscopic resection for early esophageal cancer is effective with 5-year overall survival rates being reported to be 85 - 95%. Non-cardia gastric cancer is more frequently reported in Asia and developing countries. Cardia gastric cancer is more common in Western countries in relation to with GERD. Early gastric cancer can be cured by endoscopic resection with the 5-year overall survival rate being 99,9% of differentiated cases and 97,5% of undifferentiated cases. Colorectal cancer (CRC) usually originates from polyp, about 70% of which is adenomatous and 20 - 30% serrated lesion. The colonic polyp is more common among patients over 45 - 50 years of age, so colonic polyp screening can reduce up to 69% of CRC and 68% CRC mortality. Conclusion: endoscopic resection can cure early gastrointestinal cancer.

CHẨN ĐOÁN UNG THƯ DẠ DÀY SỚM

Quách Trọng Đức
Đại học Y Dược TP HCM

Tóm tắt:

Chẩn đoán ung thư dạ dày sớm vẫn là một thách thức lớn cho các bác sĩ nội soi tại Việt Nam. Để phát hiện tổn thương ung thư dạ dày sớm, nội soi cần được tiến hành một cách chuẩn mực, bao gồm việc chuẩn bị dạ dày trước khi nội soi bằng thuốc tan bọt và tan nhầy, thực hiện quan sát tổn thương trên nội soi theo qui trình chuẩn để quan sát dạ dày toàn diện và cần dành đủ thời gian để quan sát tổn thương. Kiến thức về các dấu hiệu để nhận diện các trường hợp có nguy cơ ung thư dạ dày cao cần được nắm vững: bao gồm các dấu hiệu nhiễm H. pylori trên nội soi và các dấu hiệu khu trú gợi ý tổn thương ung thư dạ dày sớm. Phương pháp nội soi nhuộm màu giúp tăng độ chính xác trong chẩn đoán ung thư dạ dày sớm. Tiêu chuẩn CS (Colour & Surface) có độ nhạy và độ chuyên biệt lần lượt là 81% và 88%. Yếu điểm của nội soi nhuộm màu khi đánh giá các tổn thương dạng phẳng và tổn thương nhỏ < 5mm được khắc phục bằng các phương pháp nội soi tăng cường hình ảnh khác, trong đó NBI có nhiều bằng chứng nhất. Tiêu chuẩn VS (Vascular + Surface) dựa trên nội soi NBI phóng đại giúp chẩn đoán ung thư dạ dày sớm với độ nhạy và độ chuyên biệt được cải thiện đáng kể lần lượt là 95% và 97%.

Tuy vậy, phương pháp này vẫn không giúp ích trong chẩn đoán các tổn thương dạng phẳng hoặc lõm nhẹ nhạt màu nên vẫn khó khăn khi phân tích các tổn thương dạng phẳng hoặc lõm nhẹ, nhạt màu. Một số trường hợp ung thư dạ dày sớm dạng biệt hóa kém có thể do các hình ảnh NBI phóng đại hướng đến lành tính và việc xác lập chẩn đoán cần dựa trên sinh thiết làm mô bệnh học. Trí tuệ nhân tạo là một công nghệ tiên tiến hứa hẹn một cuộc cách mạng hỗ trợ cho việc chẩn đoán ung thư dạ dày sớm.

ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF EARLY GASTRIC CANCER

Quach Trong Duc
University of Medicine and Pharmacy at Hochiminh City

Abstract:

Diagnosis of early gastric cancer (EGC) remains a major challenge for endoscopists in Vietnam. In order to detect EGC, gastroscopy should be prepared and carried out in a proper way, including pre-endoscopic preparation with defoamers and mucolytics, following a standard procedure for complete gastric visualization and spending adequate time to observe minute lesions. Knowledge of endoscopic findings which suggest subjects with high-risk gastric cancer should be mastered, which includes endoscopic findings of H. pylori infection and local findings suggesting of EGC.

Chromoendoscopy could help to increase the accuracy of EGC diagnosis. Using the CS (Colour & Surface) criteria, the sensitivity and specificity for EGC diagnosis were 81% and 88%, respectively. The weakness of this method when evaluating flat or small lesions (i.e., < 5mm in diameter) is overcome by other enhanced endoscopic methods, of which NBI has the highest evidence. The VS (Vascular + Surface) criteria based on magnified NBI for diagnosis of EGC has significantly improved sensitivity and specificity compared to chromoendoscopy (95% and 97%, respectively). However, this method is not helpful in diagnosing pale, flat or mildly concave lesions. Some poorly differentiated EGC lesions may show benign characteristics on magnified NBI and the diagnosis should be confirmed by histopathology. Artificial intelligence is an advanced technology that promises to revolutionize the diagnosis of EGC in the near future.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG U TUYẾN/UNG THƯ SỚM ĐẠI TRÀNG QUA NỘI SOI

Hồ Đăng Quý Dũng
Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Những tiến bộ mới trong nội soi đã giúp cho việc tầm soát ung thư đại trực tràng (CRC) và điều trị polyp được hiệu quả hơn, qua đó làm giảm tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư đại trực tràng.

Để phân loại các u tân sinh đại tràng, phân loại NICE (The NBI International Colorectal Endoscopic (NICE) classification) đã được áp dụng bằng cách đánh giá màu sắc, mạch máu và bề mặt tổn thương dựa vào hình ảnh nội soi không phóng đại. Tuy nhiên, bác sĩ nội soi thường gặp khó khăn với các trường hợp được phân loại là NICE 2, vì loại này bao gồm nhiều loại bệnh lý khác nhau, từ loạn sản mức độ thấp (LGD) đến ung thư xâm lấn dưới niêm mạc. Vào năm 2014, nhóm chuyên gia NBI Nhật Bản (JNET) đã thiết lập một hệ thống phân loại NBI mới để chẩn đoán tổn thương đại trực tràng nhằm khắc phục những hạn chế của hệ thống phân loại NICE. Phân loại JNET sử dụng hình ảnh NBI phóng đại tập trung vào đánh giá kiểu hình mạch máu và kiểu hình bề mặt và xếp thành JNET týp 1, 2A, 2B và 3. Phân loại này giúp việc lựa chọn phương pháp điều trị tổn thương polyp đại tràng một cách hợp lý hơn.

Trong bài tổng quan này, tôi xin giới thiệu các kỹ thuật cắt polyp khác nhau tương ứng với các loại tổn thương khác nhau về kích thước và mô bệnh học, lựa chọn dụng cụ và kỹ thuật cắt tối ưu cho mỗi loại tổn thương. Nhiều kỹ thuật cắt polyp mới đang được áp dụng như cắt polyp bằng cold/hot snare, EMR/ESD, EMR dưới nước (U-EMR) và cắt toàn bộ thành đại tràng. Sự tiến bộ của các kỹ thuật về hình ảnh nội soi cũng như các kỹ thuật cắt polyp đã giúp cải thiện đáng kể khả năng chẩn đoán và điều trị các tổn thương u tuyến/ung thư sớm ở đại tràng và từ đó giúp làm giảm tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong do ung thư đại tràng.

ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COLONIC ADENOMATOUS OR EARLY CANCER LESIONS

Ho Dang Quy Dung
Cho Ray Hospital

Abstract:

Advances in endoscopic technology have led to increased success in colorectal cancer (CRC) screening and polyp management, with reduction of CRC incidence and mortality.

For classifying the neoplastic polyps in colon, The NBI International Colorectal Endoscopic (NICE) classification, published by the Colon Tumor NBI Interest Group (CTNIG), uses the colors, vessels, and surface patterns observed during endoscopy to classify the results of nonmagnifying evaluations. However, colonoscopists often encounter difficulties with cases classified as NICE Type 2, as this category includes a variety of pathologies ranging from low-grade dysplasia (LGD) to shallow submucosal invasive cancer (SM-s). In 2014, The Japan NBI Expert Team (JNET) established a new NBI classification system for colorectal tumor diagnosis that would overcome the limitations of the NICE classification system. The JNET classification uses magnifying NBI observations with a focus on vessel and surface patterns to diagnose colorectal tumors as Types 1, 2A, 2B, and 3, thereby, to help choose the suitable resection methods.

In this review, I have described varying endoscopic resection techniques for colorectal polyps, considering which tools are optimal for any given lesion. Many new polypectomy techniques are applying such as cold/hot snare polypectomy, EMR/ESD, underwater EMR (U-EMR) and full-wall thickness resection. The parallel advancement of endoscopic imaging and resection techniques, along with the recent integration of AI, will expectantly improve our polyp management and ultimately improve our efforts of CRC prevention.

FUJIFILM SATELLITE SYMPOSIUM (15.50 – 17.15)

Chủ tọa (Moderator): GS.TS. Trần Văn Huy

Báo cáo viên / Speakers

- TS.BS Nguyễn Công Long - Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội
- Dr. Hathaiwan Moungthard, National Cancer Institute Phyathai, Thailand

VAI TRÒ CỦA LCI VÀ BLI TRONG PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Nguyễn Công Long
Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai

Mục tiêu chính của nội soi đường tiêu hóa là phát hiện các tổn thương ung thư sớm ở thực quản, dạ dày và đại tràng. Tuy nhiên, các tổn thương ở giai đoạn sớm thường có thể bị bỏ qua bằng phương pháp nội soi ánh sáng trắng thông thường. Hình ảnh màu kết hợp (LCI) và BLI (hình ảnh ánh sáng xanh) sử dụng tia laser, đã được phát triển gần đây. Với hình ảnh LCI thu được bằng cách chiếu đồng thời với ánh sáng trắng và ánh sáng dải tần hẹp bước sóng ngắn ở một tỷ lệ thích hợp, có thể đạt được sự mở rộng và thu hẹp đồng thời của màu sắc để tăng cường độ đậm nhạt của cả màu đỏ và trắng, cho bác sĩ lâm sàng dễ dàng nhận ra sự khác biệt rõ nét về màu niêm mạc. Chính vì vậy LCI và BLI cải thiện khả năng phát hiện các tổn thương ung thư sớm trong đường tiêu hóa.

ROLE OF LINKED COLOR IMAGING AND BLUE LASER IMAGING ON NEOPLASM DETECTION IN THE GASTROINTESTINAL TRACT

Nguyen Cong Long
Gastroenterology & Hepatology Center, Bach Mai Hospital, Hanoi, Vietnam

The primary goal of gastrointestinal (GI) endoscopic examination is to detect neoplastic lesions in the esophagus, stomach and colon. However, early stage lesions may frequently be overlooked by conventional white light endoscopy. New linked color imaging (LCI) technology and BLI (blue light imaging) that use a laser, has been developed. With LCI images captured by simultaneous irradiations with white light and short-wavelength narrow band light at an appropriate ratio, simultaneous expansion and shrinkage of colors can be achieved to intensify shades of both red and white, allowing users to easily recognize subtle differences in mucosal color. LCI and BLI improve the detection rate of neoplastic lesions in the GI tract.

KINH NGHIỆM SỬ DỤNG CADEYE ĐỂ PHÁT HIỆN VÀ XÁC ĐỊNH ĐẶC ĐIỂM CỦA POLYP ĐẠI TRÀNG

Hathaiwan Moungthard
National Cancer Institute Phyathai, Thailand

Tóm tắt:

Tỷ lệ bỏ sót u tuyến được xem là có liên quan đến tăng nguy cơ ung thư đại trực tràng sau nội soi. Phát hiện polyp đại tràng là yếu tố quan trọng để ngăn ngừa ung thư trong tương lai. Gần đây, CADEYE của FUJIFILM đã được phát triển và cho thấy hiệu quả trong việc phát hiện và xác định đặc điểm của các tổn thương đại tràng theo thời gian thực. Do đó, CADEYE có thể được áp dụng trong thực hành nội soi như một trợ lý trực quan để ngăn ngừa tỷ lệ bỏ sót tổn thương u tuyến và cải thiện khả năng phát hiện polyp.

THE EXPERIENCE USING CADEYE FOR DETECTION AND CHARACTERIZATION COLONIC POLYP

Hathaiwan Moungthard MD
National Cancer Institute Phyathai, Thailand

Abstract:

Adenoma miss rate is found to be related to post colonoscopy colorectal cancer. Detection of colonic polyp is an important factor to prevent cancer in the future. Recently, CADEYE by FUJIFILM has been developed and shown successfully to detect and characterize colonic lesions in real time. Therefore, CADEYE can be implemented in our endoscopy practice as visual assistant to prevent adenoma miss rate and improve polyps detection.

Phiên 1
Session 1

CHỦ ĐỀ UNG THƯ SỚM ỐNG TIÊU HOÁ & AI (08.00 - 09.30)

EARLY GI CANCER & AI

Chủ tọa (Moderators): GS.TS Trần Văn Huy, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng, PGS.TS Vũ Văn Khiên

Báo cáo viên / Speakers

- Prof. Manabu Muto, Kyoto University Graduate School Medicine, Japan
- Prof. Philip WY CHIU, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong
- Prof. Christopher Khor, Singapore General Hospital, Singapore
- TS.BS Đào Việt Hằng – Trường Đại học Y Hà Nội

U TÂN SINH ỐNG TIÊU HÓA TRÊN: CHẨN ĐOÁN BẰNG CÁC KỸ THUẬT HÌNH ẢNH TĂNG CƯỜNG MỚI VÀ TRÍ TUỆ NHÂN TẠO

Prof. Philip WY CHIU
The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong

Tóm tắt:

Nội soi trở thành phương pháp chính trong việc phát hiện và xác định đặc điểm của u tân sinh đường tiêu hóa trên ở giai đoạn sớm [1]. Các phân tích hệ thống và phân tích gộp cho thấy nội soi bằng ánh sáng trắng đã bỏ sót khoảng 8 đến 10% trường hợp ung thư đường tiêu hóa trên [2]. Điều này có thể do bác sĩ nội soi không được đào tạo đầy đủ trong việc phát hiện những tổn thương này, hình ảnh nội soi không rõ ràng, quan sát không đầy đủ đường tiêu hóa trên trong quá trình nội soi, cũng như tư duy định kiến của bác sĩ trong quá trình nội soi chẩn đoán khi mà họ chỉ tìm kiếm các bệnh lý liên quan đến biểu hiện lâm sàng, bỏ sót tất cả các u tân sinh đường tiêu hóa sớm. Asian Novel Bio-Imaging and Intervention Group (ANBIIG) đã xuất bản các hướng dẫn về tiêu chuẩn thực hiện nội soi chẩn đoán đường tiêu hóa trên, bao gồm khuyến cáo chuẩn bị trước nội soi, các vị trí quan sát tiêu chuẩn và chụp hình cũng như sử dụng hình ảnh nội soi nâng cao (IEE) và nội soi phóng đại [3,4].

Gần đây, có sự cải tiến đáng kể trong kỹ thuật hình ảnh nội soi nâng cao (IEE) với sự phát triển của hệ thống chiếu sáng LED, hình ảnh 4K cũng như sử dụng hình ảnh dải hẹp (NBI) và tăng cường cấu trúc và màu sắc (TXI) [5]. Việc mở rộng độ sâu trường nhìn của ảnh (EDOF) cho phép lấy nét và hình ảnh tốt hơn cho toàn bộ hình ảnh nội soi, giúp cải thiện một trường nhìn và cải thiện hiệu quả chẩn đoán. Trí tuệ nhân tạo (AI) là một trong những lĩnh vực phát triển nhanh nhất nhằm nâng cao tiêu chuẩn và chất lượng của nội soi chẩn đoán, cũng như cải thiện tỷ lệ phát hiện và xác định đặc điểm cho ung thư sớm đường tiêu hóa trên. Trong tương lai, tiến bộ công nghệ sẽ nâng cao chất lượng và tiêu chuẩn của nội soi đường tiêu hóa trên với tỷ lệ phát hiện tổn thương ung thư sớm cao hơn. Điều này sẽ trực tiếp làm tăng ứng dụng lâm sàng của phương pháp nội soi cắt niêm mạc ung thư dạ dày và thực quản sớm, giúp tiên lượng và chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân.

EARLY UPPER GASTROINTESTINAL NEOPLASIA: DIAGNOSIS WITH NEW TECHNOLOGIES IN IEE AND AI

Prof. Philip WY CHIU
The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong

Abstract:

Endoscopy becomes the main stay in detection and characterization of early upper GI neoplasia [1]. Systematic review and meta-analysis showed that ordinary white light endoscopy missed around 8 to 10% of upper GI cancers [2]. This could be due to inadequate training for endoscopist in recognizing these lesions, an uncleared endoscopic view, an incomplete examination of the whole upper GI tract for the detection, as well as a fixed mind-set for endoscopist during the diagnostic procedure where they can only identify pathology related to the clinical presentation, missing all early GI neoplasia which seldom accountable to clinical symptoms. The Asian Novel Bio-Imaging and Intervention Group (ANBIIG) published guidelines on standards for performance of diagnostic upper GI endoscopy, including recommendation for pre-endoscopic preparation, standard examination locations and photo capturing as well as use of image enhanced endoscopy (IEE) and magnifying endoscopy [3,4].

Recently, there is significant improvement in image enhanced endoscopy (IEE) with the development of LED illumination, 4K imaging system as well as use of narrow band imaging (NBI) and texture and color enhancement (TXI) [5]. The provision of extended depth of field (EDOF) allowed better focus and imaging for the whole endoscopic image, hoping to cover a wider field and improve diagnostic yield. Artificial intelligence (AI) is one of the fastest developing area to enhance the standards and quality of diagnostic endoscopy, as well as improvement in detection and characterization rate for early UGI neoplasia. In future, technological advancement will improve the quality and standards of upper GI endoscopy with higher detection rate for early UGI neoplasia. This will directly increase the clinical application of endoscopic resection for early esophageal and gastric cancers, which translates into a better prognosis and quality of life for patients.

KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG HỆ THỐNG CAD-EYE

Christopher Khor
Senior Consultant / Department of Gastroenterology & Hepatology
Singapore General Hospital
Clinical Associate Professor, Duke-NUS Medical School

Tóm tắt:

Trí tuệ nhân tạo (AI) học theo cách nhận thức của con người và là cuộc cách mạng trong nhiều lĩnh vực của y học. Sự gia tăng gần đây về sức mạnh máy tính, những tiến bộ trong kiến trúc chip bán dẫn và sự phát triển của các thuật toán học sâu (deep learning), đã tạo điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện của các ứng dụng AI trong nội soi tiêu hóa.

Bài báo cáo này sẽ tập trung vào cách phát hiện (CADe) và chẩn đoán (CADx) với sự hỗ trợ của máy tính, mà cụ thể là việc ứng dụng AI trong nội soi đại tràng có thể giúp tăng tỷ lệ phát hiện polyp và độ chính xác chẩn đoán của đánh giá polyp qua nội soi. Nền tảng phần cứng hệ thống nội soi và các chức năng của nó sử dụng trong quá trình nội soi sẽ được mô tả. Các nghiên cứu đã xuất bản về hệ thống này sẽ được cập nhật trong bài báo cáo.

INITIAL EXPERIENCE WITH THE CAD-EYE SYSTEM

Christopher Khor
Senior Consultant / Department of Gastroenterology & Hepatology
Singapore General Hospital
Clinical Associate Professor, Duke-NUS Medical School

Abstract:

Artificial intelligence (AI) mimics human cognitive process, and has revolutionized many aspects of medicine. Recent increases in computational power, advances in semiconductor chip architecture, and the development of deep learning algorithms, have facilitated the emergence of AI applications in GI endoscopy.

This talk will focus on how Computer-Aided Detection (CADe) and Computer-Aided Diagnosis (CADx) in a specific AI implementation for colonoscopy might help in increasing polyp detection rate and the diagnostic accuracy of endoscopic polyp evaluation. The endoscopic hardware platform, and how its features are applicable to everyday use are described. The published literature on this specific hardware platform will be reviewed.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG NỘI SOI ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI VIỆT NAM

Đào Việt Hằng[1,2,3]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội - [2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - [3]Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Tóm tắt:

Ứng dụng trí tuệ nhân tạo (AI) trong nội soi tiêu hóa đã bắt đầu phát triển và đạt được nhiều kết quả hứa hẹn trong những năm gần đây trên thế giới. Năm 2019, Hội nội soi tiêu hóa châu Âu trong khuyến cáo về đánh giá polyp đại tràng có nguy cơ ung thư hóa đã đưa ra một số đề xuất về ứng dụng của AI trong nội soi với vai trò hậu kiểm, đánh giá chất lượng hoặc sử dụng song song trực tiếp trong quá trình nội soi. Hiện tại trên thị trường cũng đã có các sản phẩm hoàn chỉnh được giới thiệu, ứng dụng trong một số nghiên cứu và bắt đầu được sử dụng trên thị trường như GI Genius, CADEYE, EndoBrain, chủ yếu trong phát hiện và phân loại polyp đại tràng. Tại Việt Nam, từ năm 2019 đã bắt đầu có một số báo cáo liên quan đến hướng đi mới này. Một khảo sát trong năm 2019 trên 101 nhân viên y tế (NVYT) cho thấy 97% NVYT có nhu cầu ứng dụng AI trong quá trình nội soi và tính năng được ưu tiên là tự động khoanh vùng nghi ngờ tổn thương (66,7%). Nhiều nghiên cứu ban đầu về xây dựng các thuật toán ứng dụng AI trong nội soi đường tiêu hóa tại Việt Nam đang được đặt ra nhằm đáp ứng nhu cầu thực tiễn giảm tỉ lệ bỏ sót tổn thương và tập trung chủ yếu vào các bài toán hỗ trợ phát hiện tổn thương. Các nghiên cứu này đều cho kết quả với độ chính xác cao từ 86% đến 92%. Đối với đường tiêu hóa trên, các thuật toán ứng dụng AI đã và đang được nghiên cứu phát triển bao gồm: thuật toán phát hiện bọt và đánh giá mức độ sạch trên hình ảnh nội soi; xây dựng công cụ bán tự động hỗ trợ khoanh vùng đường Z; thuật toán xác định các mốc vị trí giải phẫu đường tiêu hóa trên, thuật toán khoanh vùng tổn thương do trào ngược trên hình ảnh nội soi dựa trên đặc điểm về màu sắc và kết cấu hình ảnh. Đối với đường tiêu hóa dưới, các hướng nghiên cứu tập trung chủ yếu vào xây dựng thuật toán phát hiện polyp đại tràng, xây dựng thuật toán phân loại nhanh polyp và phát hiện tổn thương có nguy cơ ác tính. Ứng dụng AI là hướng nghiên cứu tiềm năng, đặt ra nhiều thách thức và cơ hội trong ứng dụng thực tế tại Việt Nam.

Từ khóa: *trí tuệ nhân tạo (AI), nội soi tiêu hóa, tổn thương đường tiêu hóa trên, polyp đại tràng.*

PRELIMINARY RESULTS OF THE APPLICATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY IN VIETNAM

Dao Viet Hang[1,2,3]

[1]Hanoi Medical University - [2]Hanoi Medical University Hospital - [3]Institute of Gastroenterology and Hepatology

Abstract:

The application of artificial intelligence (AI) in gastrointestinal endoscopy has achieved many promising results in recent years. In 2019, the guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) for the detection and differentiation of colorectal polyps provided some recommendations on AI application in colonoscopy as a tool for post-audit, quality assessment or real-time monitoring during endoscopy. Currently, AI-integrated products have been introduced, applied in some studies and started to be launched in the market such as GI Genius, CADEYE, EndoBrain, mainly in detecting and classifying colon polyps. In Vietnam, since 2019, there have been a number of reports related to this new direction. A survey in 2019 on 101 medical staff showed that 97% of health workers want to apply AI during endoscopy and the priority feature is automatically detecting suspected lesions (66.7 %). Many preliminary studies on building AI algorithms in gastrointestinal endoscopy in Vietnam are on-going with the aim to reduce the lesions missing rate and focus mainly on the task of lesions detection. All studies showed results with high accuracy from 86% to 92%. For the upper gastrointestinal tract, AI algorithms have been studied and developed including: bubble detection algorithm and assessment of cleanliness level on endoscopic images; building a semi-automatic tool to support Z line delineation; an algorithm for identifying anatomical landmarks of the upper gastrointestinal tract, an algorithm delineating reflux injury on endoscopic images based on the characteristics of color and image texture. For the lower gastrointestinal tract, the studies focus mainly on building the colon polyp detection algorithm, building a fast classification algorithm for polyps and detecting neoplasms. AI application is a potential research direction with many challenges and opportunities in clinical practice in Vietnam.

Keywords: *artificial intelligence (AI), gastrointestinal endoscopy, upper gastrointestinal lesions, colon polyps.*

Phiên 2
Session 2

VIDEO CASE DEMONSTRATION (09.45 -11.45)

Chủ tọa (Moderators): PGS.TS Vũ Văn Khiên, PGS.TS Quách Trọng Đức, TS.BS Vũ Trường Khanh

Báo cáo viên / Speakers

1. AI & new techniques in endoscopy imaging
- TS.BS Đào Việt Hằng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
- GS.TS Trần Văn Huy, ThS.BS Nguyễn Thị Huyền Thương và cs, Bệnh viện ĐHYD Huế
- TS.BS Trần Đình Trí, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng, Bệnh viện Chợ Rẫy

2. Therapeutic endoscopy
- GS.TS Trần Văn Huy, TS.BS Vĩnh Khánh, Trường ĐHYD Huế
- TS.BS Trần Đình Trí, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng, Bệnh viện Chợ Rẫy
- TS.BS Thái Doãn Kỳ, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

3. Early Cancer/polypectomy
- TS.BS Lê Quang Nhân, ThS.BS Lê Đình Quang, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
- GS.TS Trần Văn Huy, ThS.BS Nguyễn Thị Huyền Thương, Trường ĐHYD Huế
- TS.BS Bùi Ánh Tuyết, ThS.BS Trần Đức Cảnh, Bệnh viện K Hà Nội

4. ERCP/EUS
- TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng, Bệnh viện Chợ Rẫy
- TS.BS Phạm Hữu Tùng, ThS.BS Ngô Phương Minh Thuận, Bệnh viện Chợ Rẫy
- BSCKII. Trần Như Nguyên Phương, Bệnh viện Trung ương Huế
- TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng, Bệnh viện Chợ Rẫy

OLYMPUS SATELLITE SYMPOSIUM (12.00 – 13.00)

Chủ tọa (Moderator): TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng

Báo cáo viên / Speakers

- TS.BS Trần Thanh Bình, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng – Bệnh viện Chợ Rẫy
- Prof. Koichi Nonaka - Tokyo Women's Medical University, Japan

CẬP NHẬT TRONG HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY SỚM CỦA HỘI NỘI SOI NHẬT BẢN

Trần Thanh Bình, Hồ Đăng Quý Dũng
Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Chẩn đoán ung thư dạ dày sớm bằng nội soi là một phương pháp hiệu quả có độ chính xác cao và được sử dụng ngày càng rộng rãi. Gần đây, Hội Nội soi Tiêu hóa Nhật Bản đã xây dựng một hướng dẫn chính thức về chẩn đoán ung thư dạ dày sớm bằng nội soi dựa vào những phương pháp khoa học cụ thể. Hướng dẫn này nhằm giúp chẩn đoán ung thư dạ dày sớm chính xác hơn bằng nội soi và từ đó cải thiện tỉ lệ tử vong cũng như chất lượng sống cho người bị ung thư dạ dày. Hướng dẫn bao gồm các bước sau: [1] Phân tầng nguy cơ ung thư dạ dày trước nội soi, [2] Phát hiện tổn thương ung thư dạ dày giai đoạn sớm, [3] Chẩn đoán định tính của ung thư dạ dày sớm (chẩn đoán phân biệt ung thư và không ung thư), [4] Lựa chọn chiến lược điều trị ung thư dạ dày dựa vào chẩn đoán, [5] Phân tầng nguy cơ sau khi nội soi, và [6] Theo dõi ung thư dạ dày sớm bằng nội soi.

Một khi ung thư dạ dày sớm được chẩn đoán, lựa chọn điều trị có thể bằng nội soi hay phẫu thuật. Điều trị ung thư dạ dày sớm bằng nội soi bao gồm cắt niêm mạc qua nội soi (EMR) và cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) đã được chấp nhận nhanh chóng và sử dụng rộng rãi do tính ưu việt của nó. Hội Nội soi Tiêu hóa Nhật Bản cùng với Hội ung thư dạ dày Nhật Bản đã xuất bản hướng dẫn về điều trị ung thư dạ dày sớm bằng EMR và ESD lần đầu tiên năm 2014. Tuy nhiên, ở thời điểm này, nhiều tuyên bố còn dựa vào các đồng thuận do thiếu các chứng cứ ở mức độ cao trong lĩnh vực này. Gần đây, số lượng các nghiên cứu lâm sàng được thiết kế tốt hơn ngày càng nhiều đã cung cấp số lượng lớn các dữ liệu mới có chất lượng cao hơn. Vì vậy, Hội Nội soi Tiêu hóa Nhật Bản và Hội ung thư dạ dày Nhật Bản đã cho tái bản hướng dẫn lần thứ hai có sửa đổi và bổ sung năm 2021. Hướng dẫn này nhằm giúp bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng trong việc lựa chọn phương pháp quản lý bệnh ung thư dạ dày sớm một cách tối ưu nhất. Hướng dẫn điều trị hiện tại được chia thành bảy mục như: chỉ định, kỹ thuật chẩn đoán trước phẫu thuật, đánh giá khả năng cắt hoàn toàn tổn thương, biến chứng, theo dõi lâu dài sau phẫu thuật, và tế bào học.

JAPANESE GUIDELINES ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EARLY GASTRIC CANCER

Tran Thanh Binh, Ho Dang Quy Dung
Cho Ray Hospital

Abstract:

Endoscopy for the diagnosis of early gastric cancer (EGC) has been known as a useful and highly precise examination, and has been widely used. Recently, The Japan Gastroenterology Endoscopy Society developed the Guidelines for Endoscopic Diagnosis of early gastric cancer based on scientific methods. This guideline is aimed to facilitate the accurate diagnosis of early gastric cancer by endoscopy to improve mortality and quality of life of the gastric cancer patients. It consists of the following sections: [1] Risk stratification of gastric cancer before endoscopic examination, [2] Detection of early gastric cancer, [3] Qualitative diagnosis of early gastric cancer, [4] Diagnosis to choose the therapeutic strategy for gastric cancer, [5] Risk stratification after endoscopic examination, and [6] Surveillance of early gastric cancer.

Once early gastric cancer has been diagnosed, endoscopic or surgical treatment is recommended. The endoscopic treatments of endoscopic mucosal resection (EMR) and endoscopic submucosal dissection (ESD) have been rapidly accepted and worldwide used for the treatment of early gastric cancer because of their superiorities. The Japan Gastroenterological Endoscopy Society (JGES), in collaboration with the Japanese Gastric Cancer Association (JGCA), has published the 'Guidelines for ESD and EMR for Early Gastric Cancer', the first edition in 2014. However, at this time, some statements had to be established by expert consensus due to insufficient high evidence in this field. Most recently, many well-designed clinical studies have provided large new findings with high quality. Therefore, the JGES, and JGCA have issued the revised second edition of the above guidelines in 2021 in an attempt to assist patients and clinical practitioners in better making decisions about optimal healthcare. These Guidelines are divided into the following seven categories: Indications, Preoperative diagnosis, Techniques, Evaluation of curability, Complications, Long-term postoperative surveillance, and Histology.

QUẢN LÝ UNG THƯ SỚM DẠ DÀY TỐT HƠN "HIỆN NAY"

Kouichi Nonaka
Tokyo Women's Medical University, Japan

Ở Nhật Bản, hàng năm có 50.000 người chết vì ung thư dạ dày. 99% trong số các trường hợp này là do vi khuẩn Helicobacter pylori (H. pylori) gây ra. Những tiến bộ về nội soi dẫn đến sự phát triển của phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu được gọi là nội soi cắt dưới niêm mạc (ESD), đã nâng cao rõ rệt khả năng chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày. Tuy nhiên, khả năng chẩn đoán của bác sĩ nội soi vẫn rất quan trọng để phát hiện sớm tổn thương.

Bài báo cáo này nhấn mạnh những điểm quan trọng liên quan đến nội soi đánh giá tình trạng nhiễm H. pylori, chẩn đoán viêm teo dạ dày và chuyển sản ruột. Đây là những kiến thức cơ bản để phát hiện sớm ung thư dạ dày.

Đồng thời, kỹ thuật quan sát phóng đại NBI và thủ thuật ESD cơ bản cũng được giới thiệu trong bài báo cáo này để đề xuất một hệ thống đào tạo nâng cao kỹ thuật nội soi, chiến lược nhằm làm giảm tỷ lệ tử vong do ung thư dạ dày ở Việt Nam.

MANAGE EARLY GASTRIC CANCERS TO SURPASS "NOW"

Kouichi Nonaka
Tokyo Women's Medical University, Japan

In Japan, 50,000 people die of gastric cancer annually. Among cases, 99% are caused by Helicobacter pylori (H. pylori). Endoscopic improvements resulted in the development of minimally invasive treatment called endoscopic submucosal dissection (ESD), markedly enhancing the abilities to diagnose and treat gastric cancer. However, endoscopists' diagnostic abilities remain critical for early detection.

This lecture highlights the important points regarding endoscopic examination of H. pylori infection and the diagnoses of atrophic gastritis and intestinal metaplasia as basic knowledge for the early detection of gastric cancer.

Also, NBI magnifying observation and basic ESD procedures are introduced to propose a training system for improving the endoscopic techniques, planned to be introduced to reduce mortality due to gastric cancer in Vietnam.

Phiên 3
Session 3

CHỦ ĐỀ ERCP, NỘI SOI SIÊU ÂM (13.30 - 14.45)

ERCP, EUS

Chủ tọa (Moderators): TS.BS Lê Quang Nhân, TS.BS Đào Việt Hằng, TS.BS Nguyễn Lâm Tùng

Báo cáo viên / Speakers

- Prof. Mitsuhiro Kida, Kitasato University, Japan
- ThS.BS Hoàng Tuấn Vũ, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng – Bệnh viện Chợ Rẫy
- ThS.BS Ngô Phương Minh Thuận – Bệnh viện Chợ Rẫy
- ThS.BS. Nguyễn Văn Duy – Bệnh viện Trung Ương Huế

CẬP NHẬT VAI TRÒ NỘI SOI SIÊU ÂM VÀ ERCP BẰNG ỐNG NỘI SOI RUỘT NON TRONG BỆNH LÝ ĐƯỜNG MẬT

Mitsuhiro KIDA
Kitasato University, Japan

Ngày nay, EUS điều trị đã trở thành những lựa chọn không thể thiếu trong các lĩnh vực thực hành lâm sàng.

Dẫn lưu đường mật qua EUS (EUS-BD) được thực hiện lần đầu tiên bởi Giovannini vào năm 2001. Chỉ định của EUS-BD là khi ① không thể tiếp cận được nhú do hẹp u ác tính hoặc giải phẫu bị thay đổi, và ② ERCP thất bại, v.v. Mặt khác, nội soi ruột non bằng balloon có thể làm ERCP ở những bệnh nhân có giải phẫu bị thay đổi. Theo phân tích tổng hợp, thành công lâm sàng và các biến chứng của EUS-BD không tăng hơn đáng kể so với ERCP. Có 2 cách thực hiện EUS gồm dẫn lưu gan trái-dạ dày (HGS) và mở thông ống mật-tá tràng (CDS). EUS-HGS và EUS-CDS đều là dẫn lưu xuyên thành, dẫn lưu xuôi dòng và kỹ thuật rendezvous. Hiệu quả và biến chứng của EUS-HGS và EUS-CDS là tương tự nhau, nhưng diễn biến khác nhau. Đó là, viêm đường mật thường gặp ở EUS-CDS và di lệch stent thường gặp ở EUS-HGS. Điều trị sỏi ống mật chủ ở những bệnh nhân có giải phẫu thay đổi do phẫu thuật được chỉ định bằng nội soi ruột non-ERCP và kế đó là EUS-BD. Vì nội soi ruột non-ERCP có thể điều trị sỏi ống mật chủ trong một lần nội soi, nên ngay cả những viên sỏi lớn cũng có thể được điều trị bằng EHL dưới sự hướng dẫn của nội soi ruột non. Đối với sỏi OMC lớn, EUS-BD phải chọn xử lý 2 bước. Liên quan đến hẹp đường mật lành tính, đặt stent kim loại loa 2 đầu trong 6 tháng rất có hiệu quả. Stent kim loại này được đặt bằng đường Enteroscopy-ERCP và EUS-BD.

Dù sao tôi cũng sẽ chia sẻ kiến thức và kinh nghiệm của chúng tôi với các bạn tại Hội nghị Nội soi Tiêu hóa Việt Nam.

UP-DATE ON BILIARY TREATMENT WITH EUS AND ENTEROSCOPY-ERCP

Mitsuhiro KIDA
Kitasato University, Japan

Now therapeutic EUS have been indispensable options in the clinical fields.

First report on EUS-biliary drainage (EUS-BD) was done by Giovannini in 2001. The indication of EUS-BD are ① inaccessible papilla such as stenosis due to malignant tumor and surgically altered anatomy, and ② failed ERCP, etc. On the other hand, Balloon enteroscopy have been able to do ERCP in patients with surgically altered anatomy. According to the meta-analysis, clinical success and adverse events of EUS-BD are not significant with that of ERCP. There are 2 ways of EUS such as Hepatico-Gastorostomy (HGS) and Choledocho-Duodenostomy (CDS). And each EUS-HGS and EUS-CDS have included transmural drainage, antegrade drainage, and rendezvous technique. Efficacy and adverse events of EUS-HGS and EUS-CDS are similar, but spectrum is different. That is, cholangitis are frequent in EUS-CDS and migration in EUS-HGS. Treatment of bile duct stone in patients with surgically altered anatomy are firstly indicated to Enteroscopy-ERCP and secondly EUS-BD. Because Enteroscopy-ERCP can treat bile duct stone in one session, even large stone can be treated by EHL under enteroscopy guidance. For large BD stone, EUS-BD have to select 2 step treatment. Concerning about benign biliary stenosis, 6 month deployment of dumbbell type metallic stent are effective. This metal stent is inserted by Enteroscopy-ERCP and EUS-BD route.

Anyway I will share our knowledge and experience with you at the Vietnam Endoscopy congress.

CẬP NHẬT VAI TRÒ NỘI SOI TRONG XỬ TRÍ SỎI MẬT

Hoàng Tuấn Vũ, Hồ Đăng Quý Dũng
Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Sỏi mật là bệnh lý phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới, bao gồm sỏi đường mật trong gan, sỏi ống mật chủ (OMC) và sỏi túi mật. Về mặt bệnh sinh thì sỏi túi mật thường gặp ở các nước châu Âu và Mỹ, trong khi đó sỏi ống mật chủ lại phổ biến hơn ở các nước châu Á và Việt Nam. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh, trang thiết bị dụng cụ nhưng sỏi mật vẫn là một thách thức lớn trong chẩn đoán và điều trị tại Việt Nam.

Cho tới hiện nay, Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) được xem là phương pháp can thiệp đầu tay để điều trị các bệnh lý sỏi OMC với nhiều ưu điểm như ít xâm lấn, hiệu quả và bệnh nhân hồi phục sớm. Mặc dù vậy, ERCP vẫn có tỷ lệ tai biến 6-15% và tiềm ẩn nguy cơ thất bại. Do đó, để làm giảm các nguy cơ khi thực hiện ERCP, chúng ta cần phải có chiến lược chẩn đoán chính xác ở bệnh nhân nghi ngờ sỏi mật, nâng cao hiệu quả trong xử trí các trường hợp sỏi khó, phối hợp giữa nội soi và phẫu thuật trong quản lý bệnh nhân sỏi mật và cập nhật kỹ thuật mới, hứa hẹn mang lại nhiều lợi ích hơn cho bệnh nhân.

Năm 2019, Hiệp hội nội soi tiêu hóa Mỹ (ASGE) và Hiệp hội nội soi tiêu hóa châu Âu (ESGE) đã xuất bản các hướng dẫn về vai trò của nội soi trong xử lí bệnh lí sỏi mật. Các hướng dẫn này có cập nhật một cách có hệ thống và hoàn chỉnh về vai trò của nội soi siêu âm (EUS) trong chẩn đoán các trường hợp sỏi túi mật nghi ngờ có sỏi OMC, nong nhú bằng bóng lớn, tán sỏi cơ học, tán sỏi qua nội soi đường mật và ERCP trên bệnh nhân sau phẫu thuật đường tiêu hóa.

Từ khóa: *Sỏi mật, sỏi ống mật chủ, Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP).*

UPDATE THE ROLE OF ENDOSCOPY IN MANAGEMENT BILIARY STONES

Hoang Tuan Vu, Ho Dang Quy Dung
Cho Ray Hospital

Abstract:

Biliary stones are a common disease in Vietnam and over the world, including intrahepatic bile duct stones, common bile duct (CBD) stones and gallstones. In terms of pathogenesis, gallstones are popular in European countries and the US, while CBD stones are more common in Asian countries and Vietnam. Although there have been many advances in imaging, equipment, biliary stones are still a big challenge in diagnosis and treatment in Vietnam.

Up to now, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is the first-line intervention option for the treatment of CBD stones diseases with many advantages such as minimal invasive, efficiency and early postoperative recovery. However, a significant risk (6-15%) of adverse event rate and potential for failure associated with ERCP. Therefore, to reduce the risks when performing ERCP, we need to have an accurate diagnosis strategy in patients with suspected biliary stones, improve efficiency in the management of difficult stones, combination of endoscopy and surgery in the management of patients with biliary stones and updating new techniques that can bring more benefits to patients.

In 2019, the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) and the European Society of Gastrointestinal (ESGE) published guidelines on the role of endoscopy in the management of biliary stones. These guidelines provide a systematic and completed update on the role of endoscopic ultrasonography (EUS) in the diagnosis of gallstones with suspected CBD stones, large balloon dilation, and mechanical lithotripsy, endoscopic cholangioscopy-guided lithotripsy and ERCP in patients with altered gastrointestinal tract.

Keywords: *Biliary stones, Common bile duct stones, Endoscopy Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP).*

SIÊU ÂM NỘI SOI HƯỚNG DẪN DẪN LƯU NANG GIẢ TỤY/NANG HOẠI TỬ TỤY

Ngô Phương Minh Thuận, Hồ Đăng Quý Dũng, Phạm Hữu Tùng, Trần Đình Trí
Khoa Nội soi – Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Theo phân loại Atlanta cải tiến năm 2012 có định nghĩa ổ tụ dịch quanh tụy bao gồm: ổ tụ dịch quanh tụy cấp (APFC), ổ hoại tử cấp (ANC), nang giả tụy và nang hoại tử tụy (WON) là các biến chứng tại chổ thường gặp sau viêm tụy cấp (VTC). Trong đó, nang giả tụy và nang hoại tử tụy (WON) là ổ tụ dịch đã có vách nang bao bọc rõ, thường được hình thành ít nhất sau 4 tuần sau khi khởi phát VTC. Dẫn lưu nang giả tụy và WON có chỉ định khi BN có triệu chứng lâm sàng, nang nhiễm trùng, có triệu chứng chèn ép đường mật hoặc ống tiêu hóa hay khi nang gia tăng kích thước một cách nhanh chóng.

Nội soi đặt stent dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (SANS) đã được áp dụng một cách rộng rãi và đã được chứng minh là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, nội soi dẫn lưu nang hoại tử tụy bằng đặt nhiều stent kèm dẫn lưu mũi - nang không đem lại kết quả cao mặc dù tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật có thể đạt đến 100%. Do đó, nang hoại tử tụy cần phải được điều trị cắt mô hoại tử tụy qua nội soi. Hiện nay, một loại stent được thiết kế chuyên biệt cho dẫn lưu nang hoại tử tụy và nội soi cắt mô hoại tử đã được sử dụng một cách rộng rãi. Đây là stent có đường kính lớn với vành mở rộng ở hai đầu (còn gọi là Lumen Apposing Metal Stent - LAMS) giúp cho stent cố định thành ống tiêu hóa với nang, tạo đường hầm đủ lớn cho quá trình dẫn lưu và cắt mô hoại tử được thuận lợi. Dẫn lưu WON qua nội soi có sử dụng LAMS sẽ giúp cho việc can thiệp điều trị có hiệu quả hơn và giảm được số lần nội soi cắt mô hoại tử cũng như biến chứng xuất huyết do cắt mô hoại tử gây ra. Bài viết này nhằm mục đích tổng hợp các y văn và báo cáo kết quả của thủ thuật SANS dẫn lưu nang giả tụy/WON tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2017 - 2020.

Từ khóa: *Nang giả tụy, Nang hoại tử tụy, Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm nội soi, Nội soi cắt mô hoại tử, Double pigtails stent, LAMS.*

EUS-GUIDED PANCREATIC PSEUDOCYST/WON DRAINAGE

Ngo Phuong Minh Thuan, Ho Dang Quy Dung, Pham Huu Tung, Tran Dinh Tri
Cho Ray Hospital

Abstract:

The 2012 revised Atlanta classification defines pancreatic fluid collections (PFCs) as acute peripancreatic fluid collections (APFC), acute necrotic collections (ANC), pseudocysts (PPs), or walled-off necroses (WONs). Pseudocysts and WONs have an organized wall around the collection, which usually develops at least 4 weeks after the onset of acute pancreatitis. Drainage of pancreatic pseudocysts or WONs is necessary in patients who are symptomatic, infectious or have biliary or intestinal obstruction or if the size of the collection increases rapidly.

Pancreatic pseudocysts have been safely treated worldwide under endoscopic ultrasound (EUS) guidance, using transpapillary placement or transmural placement of a plastic stent. Walled-off necrosis, which contains necrotic tissue, has also been treated by EUS-guided drainage with the placement of multiple plastic stents and a nasocystic catheter. However, treatment success in WON is not always guaranteed even though the technical success rates are nearly 100%, and thus many cases additionally require an invasive treatment that includes repeated endoscopic necrosectomy. Recently, a novel fully covered biflanged metal stent - called Lumen Apposing Metal Stent (LAMS) - with anchoring flanges at both ends, has been developed specifically for the drainage of WON. Management of pancreatic WON with LAMS appears to have more efficacy and to decrease both the need for repeated necrosectomy procedures and the risk of intervention-related hemorrhage. This article reviews the literature and evaluates the results of EUS-guided pancreatic pseudocyst and WON drainage from 2017 to 2020 in Cho Ray hospital.

Keywords: *Pancreatic Pseudocyst (PP), Walled-off Necrosis (WON), EUS-guided drainage, Endoscopic Necrosectomy, Double pigtails stent, LAMS.*

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ NỘI SOI SIÊU ÂM KẾT HỢP NỘI SOI MẬT-TỤY NGƯỢC DÒNG TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG MẬT-TỤY

Nguyễn Văn Duy, Trần Như Nguyên Phương, Hồ Ngọc Sang, Lê Phước Anh, Phan Nhật Tân, Nguyễn Văn Trường, Hà Văn Tuân, Nguyễn Văn Hồng, Nguyễn Tấn Vinh, Phan Thị Mỹ Vân, Hoàng Thị Cẩm Túy

Bệnh viện Trung Ương Huế

Tóm tắt:

Mục tiêu nghiên cứu:

Đánh giá hiệu quả của EUS kết hợp với ERCP trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tắc nghẽn đường mật-tụy nhằm hai mục tiêu:

1. Đánh giá chỉ định đúng của ERCP sau khi thực hiện EUS.
2. Đánh giá mức độ phức tạp và khả năng thành công của ERCP sau khi thực hiện EUS.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng và cận lâm sàng nghi ngờ bệnh lý tắc nghẽn đường mật - tụy có chỉ định làm ERCP được nhập viện, chia thành 2 nhóm: Nhóm 1 có làm EUS chẩn đoán trước và nhóm 2 không làm EUS chẩn đoán trước. Chúng tôi ghi nhận các kết quả về tần suất bệnh lý, mức độ phức tạp, tỷ lệ thành công, tỷ lệ biến chứng của ERCP trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tắc nghẽn đường mật - tụy tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1/2018 – 6/2019.

Kết quả nghiên cứu

Nghiên cứu trên 134 bệnh nhân (BN), nam (42,5%) và nữ (57,5%), chủ yếu độ tuổi >60 (55,3%).

Nhóm 1: 56/134 (41,8%) BN làm EUS trước ERCP, có 12/56 (21,4%) BN sau khi làm EUS không cần chỉ định ERCP, có 7/15 (47%) bệnh nhân có thương tổn gây hẹp đường mật ác tính được làm ERCP.

Nhóm 2: 78/134 (58,2%) BN chỉ làm ERCP không làm EUS trước, có 5/78 (6,4%) chỉ định ERCP không phù hợp do không làm EUS trước.

Có sự gia tăng có ý nghĩa về hiệu quả chẩn đoán và can thiệp đối với những tình huống ERCP phức tạp khi có làm EUS. Tỷ lệ thành công ERCP của nhóm có làm EUS (98%) cao hơn nhóm không có EUS (94%) (P>0,05). Tỷ lệ biến chứng viêm tụy của ERCP có làm EUS (9,1%) cao hơn ERCP không có EUS (6,4%) (P>0,05).

Kết luận

Thực hiện EUS trước ERCP là hết sức quan trọng, nhằm sàng lọc để chỉ định đúng ERCP, tránh ERCP không cần thiết, nhằm hạn chế biến chứng. Đồng thời, kết hợp EUS trước ERCP giúp bác sĩ nội soi tự tin, tiên lượng tình huống phức tạp, cũng như chuẩn bị các phương tiện để có thái độ điều trị thích hợp, đem lại kết quả thành công cho bệnh nhân.

Từ khóa: Nội soi siêu âm và nội soi mật tụy ngược dòng.

EVALUATING THE EFFICACY OF EUS - ERCP COMBINATION IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OBSTRUCTIVE PANCREATOBILIARY DISEASES

Nguyen Van Duy, Tran Nhu Nguyen Phuong, Ho Ngoc Sang, Le Phuoc Anh, Phan Nhat Tan, Nguyen Van Truong, Ha Van Tuan, Nguyen Van Hong, Nguyen Tan Vinh, Phan Thi My Van, Hoang Thi Cam Tuy

Hue Central Hospital

Abstract:

Objectives:

Evaluating the efficacy of EUS in combination with ERCP in the diagnosis and treatment of obstructive pancreatobiliary diseases with two objectives:

1. Assess the property of ERCP indication after performing EUS.
2. Assess the complexity level and success rate of ERCP after EUS.

Subjects and Methods

This was a cross-sectional study. All hospitalized patients suspected of pancreatobiliary tract obstruction with ERCP indication were randomly divided into 2 groups: group 1 with prior EUS and group 2 without prior EUS. We recorded the results on the disease prevalence, complexity levels, the success rate, the complication rate of ERCP in the diagnosis and treatment of pancreatobiliary obstructive disease at Hue Central Hospital from January 2018 - June 2019.

Results

The study recruited 134 patients, men (42.5%) and women (57.5%), predominant age > 60 (55.3%).

Group 1: 56/134 (41.8%) patients with EUS before ERCP, there were 12/56 (21.4%) patients who did not need further ERCP after undergoing EUS, there were 7/15 (47%) patients with malignant biliary stenosis who were considered ERCP.

Group 2: 78/134 (58.2%) ERCP patients without prior EUS, there were 5/78 (6.4%) of patients with inappropriate ERCP indications due to no prior EUS.

There was a statistically significant increase in the diagnosis and intervention efficacy of complex ERCP resulting from prior EUS. The ERCP success rate of the group with EUS (98%) was higher than the group without EUS (94%) (P>0,05). The prevalence of post ERCP pancreatitis complication of ERCP with EUS (9.1%) was higher than ERCP without EUS (6.4%) (P>0,05).

Conclusion

EUS before ERCP is very important to indicate ERCP properly, avoiding unnecessary ERCP to limit the complications. Additionally, combining EUS before ERCP helps the endoscopist confidently, to predict complex situations, as well as prepare the accessories to have effective treatment strategies, leading to favorable outcomes for patients.

Keywords: *Endoscopic ultrasound and Endoscopic retrograde cholangiopancreatography.*

Phiên 4
Session 4

TIẾN BỘ TRONG NỘI SOI CAN THIỆP (15.00 - 16.30)
ADVANCES IN GI THERAPEUTIC ENDOSCOPY

Chủ tọa (Moderators): TS.BS Vũ Trường Khanh, PGS.TS Quách Trọng Đức, BSCKII. Trần Như Nguyên Phương

Báo cáo viên / Speakers

- GS.TS Trần Văn Huy, TS.BS Vĩnh Khánh - Bệnh viện Trường ĐHYD Huế
- BS. Trần Tuấn Việt – Bệnh viện Bạch Mai
- PGS.TS Vũ Văn Khiên – Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108
- TS.BS Lê Quang Nhân – Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
- TS.BS Trần Đình Trí, TS.BS Hồ Đăng Quý Dũng - Bệnh viện Chợ Rẫy

NỘI SOI ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN KHÔNG DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH

Trần Văn Huy, Vĩnh Khánh
Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt:

Quản lý xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch trướng thực quản ngày càng phức tạp do tuổi thọ của người dân ngày càng tăng cao. Tuy nhiên, những tiến bộ về kỹ thuật trong nội soi tiêu hóa đã giúp giảm tỷ lệ chảy máu tái phát, giảm chỉ định can thiệp mạch và phẫu thuật.

Chỉ định nội soi trong vòng 24h sau khi được hồi sức và điều trị nội khoa có liên quan đến cải thiện về lâm sàng đối với những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa. Can thiệp nội soi là bắt buộc đối với những trường hợp có các dấu hiệu chảy máu được phát hiện khi nội soi chẩn đoán. Phân loại Forrest vẫn là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá nguy cơ chảy máu tái phát sớm của ổ loét. Siêu âm nội soi và Doppler có thể giúp chẩn đoán các trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên. Điều trị nội soi trong xuất huyết tiêu hóa trên dựa vào 4 nhóm: tiêm cầm máu, nhiệt đông, cơ học và cầm máu tại chỗ. Nội soi điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét thường có hiệu quả cao khi kết hợp thêm phương pháp cầm máu thứ 2 tiêm epinephrine sau can thiệp nhiệt đông hoặc cơ học. Hiện nay cầm máu cơ học bằng kẹp clip vẫn được sử dụng thường quy nhất mặc dù có sự phát triển của OVESCO clip trong thời gian gần đây. Phương pháp nhiệt đông gồm có nhóm tiếp xúc và không tiếp xúc. Nhóm nhiệt đông tiếp xúc sử dụng các loại đầu điện đơn dòng, đa dòng và đầu nhiệt. Nhóm nhiệt đông không tiếp xúc có thể kể đến argon plasma. Tuy nhiên, phương pháp nhiệt đông không được thường xuyên áp dụng, còn kẹp clip đôi lúc lại gặp khó khăn do vị trí giải phẫu của điểm chảy máu. Tiêm các chất gây tắc mạch được xem là phương pháp cầm máu thay thế có hiệu quả. Argon plasma thường xuyên được sử dụng đối với các trường hợp dị dạng mạch máu ở ống tiêu hóa trên và dưới. Nội soi lặp lại sau can thiệp nên được chỉ định trong trường hợp xuất huyết tái phát. Đối với những bệnh nhân không cầm máu được khi sử dụng các phương pháp cầm máu qua nội soi thì cầm máu bằng phương pháp can thiệp mạch cần được cân nhắc chỉ định.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF NVUGIB

Tran Van Huy, Vinh Khanh
Hue University Hospital of Medicine and Pharmacy

Abstract:

The management of acute nonvariceal GI bleeding is complex in an increasingly ageing population. The management is being facilitated by different technical advances in gastrointestinal endoscopy, which are essential to reduce rebleeding rates, need of embolization, and surgery.

Appropriate timing of endoscopy within 24 hours, after resuscitation and medicaloptimisation, is associated with better clinical outcomes in patients presenting with acute upper gastrointestinal bleeding. Endoscopic treatment is mandatory when high risk stigmata of bleeding are found. Forrest classification continues to be the gold standard for classifying peptic ulcer bleeding. Endoscopy ultrasound and the Doppler effect might help diagnosis in upper GIB. Endoscopic treatment for upper GIB is based on four pillars: injection, thermal coagulation,mechanical therapy, and topical therapy. The most effective endoscopic treatment to achieve hemostasis in peptic ulcer bleeding is adding a second method (thermal or mechanical) to epinephrine injection. Mechanical treatment refers to through-the-scope clips (endoclips), although some new advices like over-the-scope clips have been developed recently. Thermal therapy includes contact and non-contact methods. Several probes are available for contact therapy such as multipolar, heater probe, and monopolar probes. Non-contacts therapy can be applied by argon plasma. However, thermal therapy is not always available, and clips are sometimes difficult to shoot depending on the anatomic situation of the bleeding point. Sclerosant agent injection could be a good alternative therapy. Argon plasma therapy is more frequently used for angioectasias in both the upper and lower gastrointestinal tracts. Repeat endoscopy is suggested for recurrent bleeding. in patients with persistent bleeding refractory to all modalities of endoscopic hemostasis, transcatheter angiographic embolization should be considered.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ BỆNH CO THẮT TÂM VỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT CƠ THẮT THỰC QUẢN DƯỚI QUA NỘI SOI

Trần Tuấn Việt
Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mở đầu: Co thắt tâm vị là một bệnh do rối loạn nhu động của cơ thắt thực quản dưới. Nguyên nhân chưa rõ ràng, lâm sàng biểu hiện nuốt khó, trào ngược, đau ngực, gầy sút. Tỷ lệ bệnh gặp 1/10.000 người. Cắt cơ thắt thực quản dưới qua nội soi là phương pháp điều trị mới. Mục đích làm giảm áp lực vùng thực quản tâm vị, giúp thức ăn đi xuống dạ dày dễ dàng, tỷ lệ thành công có thể đến 100%, thời gian hồi phục ngắn.

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá kết quả cắt cơ thắt thực quản dưới qua nội soi trong điều trị co thắt tâm vị.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu

Kết quả: Từ tháng 7/2018 đến tháng 10/2020, tại bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã thực hiện cho 17 bệnh nhân. Tuổi trung bình là 40, thấp nhất là 21, cao nhất 57, tỷ lệ nam/nữ là 1/1.28. Thời gian mắc bệnh trung bình là 3.5 năm, lâu nhất là 30 năm, sớm nhất là 12 tháng. BMI trung bình trước can thiệp là 18. Tỷ lệ achalasia type II là 50%. Trước can thiệp điểm eckardt trung bình là 11 điểm, IRP4s là 28,85 mmHg. Thời gian làm thủ thuật trung bình là 150 phút, độ dài đường hầm là 10,5cm. Biến chứng tràn khí là 25%, đau ngực là 62.5%, không có bệnh nhân can thiệp ngoại hay tử vong. Thời gian bệnh nhân nằm viện là 4 ngày. Sau thủ thuật 1 tháng điểm eckardt trung bình là 2 điểm, IRP4s là 15mmHg. Sau 1 năm tỷ lệ GERD là 20%, BMI trung bình là 20, điểm eckardt là 3.

Kết luận: Kỹ thuật POEM phổ biến hiện nay, an toàn và hiệu quả trong điều trị bệnh co thắt tâm vị.

Từ khóa: *Cắt cơ thắt thực quản dưới qua nội soi, Achalasia, GERD, BMI.*

INITIAL RESULTS OF PER ORAL ENDOSCOPIC MYOTOMY FOR TREATMENT OF ACHALASIA

Tran Tuan Viet
Bach Mai Hospital

Abstract:

Background: Achalasia is a disease caused by peristaltic disorders of the lower esophageal sphincter. The cause is not clear, clinical symptoms are dysphagia, regurgitation, chest pain, weight loss. The rate of the disease is 1/10.000 people. Per oral endoscopic myotomy (poem) is a new treatment. The purpose is to reduce the pressure in the lower esophageal region, lead to food go down to the stomach easily, the success rate can be 100%, the recovery time is short.

Aims: Initial results of per oral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia.

Methods: Prospective study.

Results: From July 2018 to october 2020, at Bach Mai hospital we performed for 17 patients. The mean age was 40 (range 21-57 years). Male/female ratio is 1/1.28. The average duration of the disease is 3,5 years, the longest is 30 years, the earliest is 12 months. Pre-operate mean BMI was 18. The rate of type II achalasia was 50%. The pre-POEM mean eckardt score was 11 points, IRP4s was 28.85 mmHg. The mean procedure time was 150 minutes and myotomy length was 10.5cm. Complicate subcutaneous emphysema was 25%, chest pain was 62.5%, There were no patients with surgery or deaths. The hospital stay was 4 days. One month post-POEM mean eckardt score was 2 points, IRP4s was 15 mmHg. One year follow-up, 20% patients had clinical reflux, mean BMI was 20, eckardt score was 3 point.

Conclusion: The POEM technique is popular today, safe and effective method of treatment in patient of achalasia.

Keywords: *per oral endoscopic myotomy (POEM), Achalasia, GERD, BMI.*

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO GIÃN VỠ TĨNH MẠCH DẠ DÀY

Mai Hồng Bàng, Nguyễn Tiến Thịnh, Vũ Văn Khiên
Bệnh viện TWQĐ 108

Tóm tắt:

Tĩnh mạch dạ dày (TMDD) thường được phân loại theo phân loại của Sarin, dựa trên vị trí và hướng đi của mạch máu: Tĩnh mạch dạ dày thực quản (Gastro-Oesophageal Varices: GOV1) chiếm tỷ lệ cao nhất (74% trong tổng số búi giãn TMDD) chạy dọc theo bờ cong nhỏ dạ dày. GOV2 là búi giãn chạy theo bờ cong lớn vùng phình vị dạ dày. IGV1 (Isolated gastric varices) là búi giãn tĩnh mạch đơn độc vùng phình vị, không có liên kết với búi giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ).

Giãn mạch dạ dày chiếm 18-70% ở bệnh nhân có tăng áp tĩnh mạch cửa (TALTMC) và nguy cơ gây CMTH chiếm 10-36% trong tổng số bệnh nhân CMTH do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản-dạ dày. Giãn tĩnh mạch dạ dày đơn độc gây CMTH chiếm tỷ lệ thấp hơn, khoảng 5-12% trong số bệnh nhân TALTMC. Có nhiều hướng điều trị CMTH do giãn vỡ TMDD, bao gồm hướng dẫn của Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ năm 2016, hướng dẫn năm 2015 của Hiệp hội tiêu hóa Anh quốc (BSG) và tuyên bố đồng thuận Quốc tế năm 2015- Baveno VI và Baveno VII (2021). Nội soi can thiệp vẫn là phương pháp điều trị chính cho tất cả bệnh nhân nghi ngờ CMTH nặng sau khi đã được hồi sức tích cực hoặc khi tình trạng bệnh nhân ổn định trong 24 giờ.

Từ khóa: *tĩnh mạch dạ dày, tĩnh mạch dạ dày thực quản, chảy máu tiêu hóa, tăng áp lực tĩnh mạch cửa.*

UPDATE ON MANAGEMENT OF GASTRIC VARICEAL BLEEDING

Mai Hong Bang, Nguyen Tien Thinh, Vu Van Khien
108 Military Central Hospital

Abstract:

Gastric varices (GV) are commonly classified according to Sarin's classification based on location and direction of blood flow: GOV1 (gastro-oesophageal varices) are the most common (74% of all GV) and consist of the esophageal varices extending along the lesser curvature of stomach; GOV2 are the extension of the esophageal varices along the greater curvature near the fundus; IGV1 are isolated gastric varices localized to fundus, without any associated esophageal varices.

GVs may be seen in 18-70% of the patients with portal hypertension (PHT) and are probable source of bleeding in 10-36% of patients with acute variceal bleeding (AVB). Isolated GVs (IGVs), without EVs, are seen in 5-12% of patients with PHT. Multiple guidelines are available that discuss the management of active variceal bleeding, these include the American Association for the Study of Liver Disease 2016 guidelines, the British Society of Gastroenterology (BSG) 2015 guidelines, and the 2015 International consensus statement (Baveno VI). Endoscopy intervention is still the main stay of treatment and should be offered to all patients with suspected severe variceal bleed immediately after resuscitation or for more stable patients within 24h.

Keywords: *gastric varices, gastro-oesophageal varices, GI bleeding, portal hypertension.*

KẾT QUẢ BAN ĐẦU CỦA MỞ CƠ QUA NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ CO THẮT TÂM VỊ

Lê Quang Nhân[3], Lê Quang Nghĩa[1], Hoàng Danh Tấn[1,5], Quách Trọng Đức[2], Phạm Minh Hải[4], Lê Đình Quang[2], Vũ Quang Hưng[1], Trần Thái Ngọc Huy[4], Đặng Minh Luân[2], Võ Phạm Phương Uyên[2], Trần Lý Thảo Vy[3], Trần Lê Thanh Truc[3]

[1]Bộ môn Ngoại Tổng Quát, Đại học Y Dược TP.HCM
[2]Bộ môn Nội, Đại học Y Dược TP.HCM
[3]Khoa Nội soi, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
[4]Khoa Ngoại gan mật tụy, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
[5]Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Tóm tắt:

Mở đầu: Co thắt tâm vị gây ra tình trạng nuốt nghẹn và làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh. Hiện nay, mở cơ qua nội soi đường miệng (POEM) là một kỹ thuật xâm lấn tối thiểu mới trong điều trị co thắt tâm vị. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu về kỹ thuật POEM tại Việt Nam.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của POEM trong điều trị co thắt tâm vị.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca. Chúng tôi thu thập và phân tích số liệu từ 18 trường hợp được POEM trong thời gian từ 06/2018 đến 10/2021 tại Khoa nội soi, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM.

Kết quả: Có 18 bệnh nhân bị co thắt tâm vị được điều trị POEM. Trước khi thực hiện POEM, các trường hợp đều có co thắt tâm vị týp I và II (phân loại Chicago), thang điểm Eckardt từ 7 đến 10 điểm. Sau khi thực hiện POEM, có 18/18 (100%) trường hợp có thang điểm Eckardt giảm còn 2 điểm. Không thấy có biến chứng áp xe trung thất, chảy máu, hoại tử niêm mạc thực quản. Kết quả qua theo dõi 18 trường hợp trong 40 tháng không thấy có co thắt tâm vị tái phát.

Kết luận: Những kết quả của chúng tôi cho thấy POEM hiệu quả và an toàn trong điều trị co thắt tâm vị.

Từ khóa: *Nuốt nghẹn, co thắt tâm vị, mở cơ qua nội soi đường miệng (POEM).*

INITIAL RESULTS OF PERORAL ENDOSCOPIC MYOTOMY FOR ESOPHAGEAL ACHALASIA

Le Quang Nhan[3], Le Quang Nghia[1], Hoang Danh Tan[1,5], Quach Trong Duc[2], Pham Minh Hai[4], Le Dinh Quang[2], Vu Quang Hung[1], Tran Thai Ngoc Huy[4], Dang Minh Luan[2], Va Pham Phuong Uyen[2], Tran Ly Thao Vy[3], Tran Le Thanh Truc[3]

[1]Bộ môn Ngoại Tổng Quát, Đại học Y Dược TP.HCM
[2]Bộ môn Nội, Đại học Y Dược TP.HCM
[3]Khoa Nội soi, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
[4]Khoa Ngoại gan mật tụy, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
[5]Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Abstract :

Background: Esophageal achalasia is the leading cause of dysphagia and poor quality of patient's life. Nowadays, peroral endoscopic myotomy (POEM) is the new minimally invasive procedure for achalasia. Up till now, no study on the outcomes of POEM was performed in Viet Nam.

Objectives: To assess the initial results of POEM for esophageal achalasia.

Methods: This is a case series study of 18 patients. These patients were treated by POEM from June 2018 to Oct 2021 in the GI endoscopy department of University Medical Center, Ho Chi Minh city.

Results: There were 18 cases of esophageal achalasia who were treated by POEM. Before POEM, these cases were type I and II achalasia (Chicago classification), Eckardt score was from 7 to 10. After POEM, the Eckardt score of 18/18 (100%) cases decreased to 2. There were no complications such as mediastinal abscess, bleeding, mucosal damage. 18 POEM's cases have been followed up in 40 months without any recurrence of esophageal achalasia.

Conclusions: Our study showed that POEM was the effective and safe treatment modalities for achalasia.

Keywords: *Dysphagia, esophageal achalasia, peroral endoscopic myotomy (POEM).*

TỔNG QUAN CẮT TOÀN BỘ THÀNH ỐNG TIÊU HÓA QUA NỘI SOI

Trần Đình Trí, Hồ Đăng Quý Dũng
Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Cắt polyp, cắt niêm mạc qua nội soi (EMR), cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) là những kĩ thuật nội soi cắt u ống tiêu hóa (OTH) và đã trở thành thường qui để điều trị các tổn thương ở lớp niêm mạc, dưới niêm mạc, trong khi vẫn giữ nguyên lớp cơ để duy trì tính toàn vẹn của thành OTH. Tuy nhiên, một số tổn thương u xâm lấn sâu hơn hoặc u ở lớp cơ thì không thể cắt hết và/ hoặc an toàn với kĩ thuật này.

Với sự phát triển của kĩ thuật và dụng cụ đóng niêm mạc qua nội soi (các loại clip, OTSC, dụng cụ khâu niêm mạc) thì kĩ thuật cắt toàn bộ thành OTH qua nội soi (eFTR) đã trở thành một phương pháp điều trị cứu cánh được chọn lựa cho các tổn thương đầy thách thức này.

Cắt toàn bộ thành OTH qua nội soi cũng được xem là một phương pháp điều trị ít xâm lấn hơn so với phương pháp phẫu thuật ở những bệnh nhân ung thư T1 có nguy cơ phẫu thuật cao.

eFTR bao gồm các phương pháp: (1) eFTR "có bộc lộ tổn thương" (Exposed eFTR) gồm: (i) eFTR mở không đường hầm (Nontunneled exposed eFTR) tương tự ESD đầu tiên cắt đến dưới niêm mạc quanh tổn thương sau đó cắt trọn khối u xuyên qua lớp cơ và vào thanh mạc đạt nguyên khối (en-bloc) và sau đó đóng vùng niêm mạc khuyết bằng clip, vòng thắt và clip hoặc dụng cụ khâu nội soi. Chỉ định cho những tổn thương ở niêm mạc hay xâm lấn sâu hơn (non-lifting) hoặc u dưới niêm. (ii) eFTR mở có đường hầm (Tunneled exposed eFRT) là tạo đường hầm dưới niêm đến tổn thương và cắt tổn thương sau đó đóng đường hầm tượng tự như STER (Submucosal tunnel endoscopic resection). Chỉ định cho u dưới niêm <3,5cm; (2) eFTR "không bộc lộ tổn thương" (Non-exposed eFTR) là sử dụng dụng cụ đóng toàn bộ thành OTH có tổn thương trước và sau đó cắt trọn khối. Chỉ định những tổn thương non-lifting (u xâm lấn sâu hơn niêm mạc, xơ hóa nhiều, sẹo loét, u còn sót hay tái phát) hoặc u ở các vị trí khó như: túi thừa hay ruột thừa hoặc u dưới niêm < 2cm.

Mỗi kỹ thuật eFTR có những ưu điểm và khuyết điểm khác nhau. Do đó việc chọn kỹ thuật eFTR để đạt hiệu quả và an toàn cao phải dựa vào loại tổn thương, vị trí, kích thước của tổn thương cũng như dụng cụ nội soi hiện có và kinh nghiệm bác sĩ nội soi.

Từ khóa: *Cắt toàn bộ thành ống tiêu hóa (eFTR), eFTR "có bộc lộ tổn thương", eFTR "không bộc lộ tổn thương".*

OVERVIEW OF ENDOSCOPIC FULL-THICKNESS RESECTION

Tran Đinh Tri, Ho Dang Quy Dung
Cho Ray Hospital

Abstract:

Polypectomy, endoscopic mucosal resection (EMR) and Endoscopic submucosal dissection (ESD) were established techniques that facilitate the resection of neoplasia involving the mucosal and superficial submucosal layers while leaving the muscularis propria intact to maintain the integrity of the bowel wall. However, some neoplastic lesions, including those involving the muscularis propria, cannot be adequately and/or safely treated with these techniques.

With the development of reliable endoscopic closure techniques and tools (clips, OTSC, Endoscopic suturing devices), endoscopic full-thickness resection (EFTR) is emerging as a therapeutic option for the treatment of these challenging lesions.

eFTR may offer a less invasive treatment alternative relative to surgical approaches in selected patients.

eFTR may be categorized as 02 types: (1) Exposed eFTR included: (i) Non-tunneled exposed eFTR: This technique uses a similar approach to ESD, which involves fluid expansion of the submucosal layer and dissection in the submucosal plane to achieve en-bloc resection. Then, the mucosal defect will be closure by clip, loop and clip or endoscopic suturing device (Cut then close). This technique is indicated for mucosal lesions or deeper invasive (non-lifting sign) or subepithelial lesions. (ii) Tunneled exposed eFTR: In submucosal tunnel endoscopy, a mucosal incision is made some distance from the therapeutic target, and a submucosal tunnel toward that site is created by dissecting the submucosal. Endoscopic clips or endoscopic suturing are typically used to close the mucosal defect after submucosal tunnel endoscopy (as STER). This technique is indicated for subepithelial lesions < 3.5cm; (2) Non-exposed eFTR: using device close the bowel segment containing the target lesion first, then en bloc resection (close and cut). This technique is indicated for non-lifting lesions (epithelial neoplasia extending deeper than the mucosa or associated with significant fibrosis, scar or residual/recurrent lesions) or difficult approach lesions (diverticulum, appendiceal orifice) or subepithelial lesions < 2cm.

Each eFTR technique has different advantages and disadvantages. Therefore, the choice of eFTR technique in order to achieve high efficiency and safety should be based on the type of lesion, location, size of the lesion as well as available endoscopic devices and experience of the endoscopist.

Keywords: *Endoscopic full thickness resection (EFTR), Exposed eFTR, Non-exposed eFTR.*

VGEC 2021

Thứ Bảy, ngày 4/12/2021
Saturday, December 4th, 2021

CHƯƠNG TRÌNH DÀNH CHO ĐIỀU DƯỠNG
NURSE'S PROGRAMME

ABSTRACT BOOK

Phiên 1
Session 1

Chủ tọa (Moderators): ThS.ĐD. Bạch Thanh An, CN.ĐD Phan Thị Hồng Quý

Báo cáo viên / Speakers

- ThS. ĐD. Bạch Thanh An – Bệnh viện Chợ Rẫy
- CN.ĐD. Phan Thị Hồng Quý – Bệnh viện Đại học Y Dược Huế
- ĐD. Lê Ngọc Hoàng – Bệnh viện C Đà Nẵng
- ĐD. Lê Thị Bích Thảo – Bệnh viện ĐHYD Huế

CẬP NHẬT QUY TRÌNH KHỬ KHUẨN, TIỆT KHUẨN DỤNG CỤ VÀ ỐNG NỘI SOI TRONG THỜI KỲ COVID-19

Bạch Thanh An
Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Kể từ khi bùng phát dịch Covid-19, có nhiều biện pháp khác nhau được tiến hành thực hiện nhằm bảo vệ ngăn ngừa quá trình lây nhiễm. Trong đợt bùng phát dịch lần thứ 4 của Covid-19 tại Việt Nam, TP. Hồ Chí Minh là một trong những nơi chịu hậu quả nặng nề nhất; Bệnh viện Chợ Rẫy nói chung cũng như khoa Nội soi Bệnh viện Chợ Rẫy nói riêng cũng đã tiến hành nhiều biện pháp đối phó trong suốt thời gian dịch bùng phát và thu được nhiều kinh nghiệm trong việc phòng ngừa và kiểm soát Covid-19. Con đường lây nhiễm chính của Covid-19 là thông qua việc tiếp xúc trực tiếp và qua các giọt bắn, chính vì vậy mà các đơn vị nội soi được xem là nơi có nguy cơ cao phơi nhiễm với Covid-19. Hiện tại, chưa có các guideline đồng thuận về qui trình xử lí dụng cụ và ống soi trên những bệnh nhân bị nhiễm Covid-19. Trong phạm vi bài viết này, tôi xin trình bày, cập nhật các guideline về quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ và ống soi cơ bản cũng như chia sẻ quan điểm, kinh nghiệm trong quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ và ống soi sau khi thực hiện thủ thuật trên những bệnh nhân nhiễm Covid-19.

Từ khóa: *Covid-19; SARS-CoV-2; khử khuẩn; nội soi.*

UPDATE ON DISINFECTION, STERILIZATION PROCESSES OF ENDOSCOPES AND INSTRUMENTS DURING COVID-19 PANDEMIC

Bach Thanh An
Cho Ray Hospital

Abstract:

Since the outbreak of The Covid-19 pandemic, various measures have been taken to protect against the infection. During the 4th outbreak of Covid-19 in Vietnam, Ho Chi Minh city is a place suffered the most severe consequences. Cho Ray hospital in general and Endoscopy Department of Cho Ray hospital have undertaken many countermeasures during the pandemic and have gained significant experience in terms of prevention and control of Covid-19. Main routes of Covid-19 infection are via aerosol and contact transmission, thus endoscopic procedures are at high-risk to exposure to Covid-19. Recently, no consensus guideline existed about which procedures should be performed to disinfect endoscopes and instruments after Covid-19 patients undergone endoscopy. In this paper, I will update the guidelines on the basic disinfection, sterilization processes of endoscopes and instruments as well as share the perspectives, experiences on the disinfection, sterilization processes of endoscopes and instruments after performing endoscopic procedures on Covid-19 infected patients.

Keywords: *Covid-19; SARS-CoV-2; disinfection; endoscopy.*

VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG NỘI SOI CAN THIỆP LẤY DỊ VẬT ỐNG TIÊU HÓA

Phan Thị Hồng Quý
Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt:

Dị vật đường tiêu hóa (DVĐTH) trên là cấp cứu nội soi khá phổ biến ở Việt Nam cũng như các nước trên thế giới. Tình huống cấp cứu, tính đa dạng của dị vật, thời gian đến khám muộn cũng như mức độ phức tạp, nguy cơ biến chứng trong và sau thủ thuật là các thách thức lớn. Bên cạnh chỉ định và kỹ năng của bác sĩ, việc chuẩn bị và theo dõi bệnh nhân cũng như chuẩn bị dụng cụ nội soi có vai trò quan trọng giúp nâng cao hiệu quả can thiệp và hạn chế biến chứng. Hiện nay, với sự phát triển của các trang thiết bị và dụng cụ, nội soi ống mềm giúp việc lấy dị vật trở nên nhẹ nhàng, an toàn, hiệu quả cao hơn. Chuẩn bị bệnh nhân bao gồm việc thu thập các thông tin về hoàn cảnh nuốt dị vật, tiền sử tâm lý tâm thần, chế độ ăn, ghi nhận các thông tin về huyết động, tư vấn cho bệnh nhân và gia đình về thủ thuật và theo dõi sau thủ thuật... Bên cạnh đó, các thông tin về bệnh sử sẽ giúp định hướng cho việc chuẩn bị dụng cụ nội soi phù hợp và tập trung hơn. Việc chuẩn bị dụng cụ có vai trò rất quan trọng cho thành công và độ an toàn của thủ thuật. Sắp xếp các dụng cụ theo thứ tự ưu tiên và có thể dự phòng cho việc lấy dị vật như: thòng lọng, Roth Net, Tri-pod, kìm sinh thiết, over-tube... cho đến các dụng cụ xử trí biến chứng như tiêm cầm máu, endoclip... Cuối cùng, việc theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật, tư vấn cho bệnh nhân và gia đình theo dõi, và phát hiện các biến chứng muộn cũng rất quan trọng nhằm dự phòng và phát hiện sớm các biến chứng.

VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG NỘI SOI CAN THIỆP XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Lê Ngọc Hoàng
Bệnh viện C Đà Nẵng

I. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết đường tiêu hóa: do tổn thương ở thực quản, dạ dày, tá tràng, ruột non và đại tràng.
Biểu hiện lâm sàng: nôn ra máu hoặc đi ngoài máu tươi, phân đen. Mức độ biểu hiện mất máu khác nhau, thậm chí chưa nhìn thấy chất nôn có máu, phân có màu đen nhưng mất máu gây ra các triệu chứng toàn thân rất nặng.
Nguy cơ tử vong cao nếu xử trí muộn và thiếu tích cực.
Cần phối hợp các biện pháp hồi sức, điều trị cầm máu và điều trị nguyên nhân. Trong các biện pháp điều trị xuất huyết tiêu hóa thì nội soi can thiệp cầm máu có vai trò rất quan trọng để chẩn đoán và điều trị cho người bệnh.
Các phương pháp nội soi can thiệp cầm máu: tiêm chích cầm máu, kẹp Clip, thắt dãn TMTQ, tiêm Histoacryl.....
Việc điều dưỡng nội soi nắm bắt quy trình và nguyên lý có tầm ảnh hưởng lớn đến thành công khi thực hiện kỹ thuật.

II. CHUẨN BỊ TRƯỚC NỘI SOI

1. Chuẩn bị người bệnh

• ***Nhận định:***
- Người bệnh đã được dặn dò nhịn ăn trước giờ soi 4-6 giờ.
- Tình trạng người bệnh phụ thuộc vào thể tích và tốc độ mất máu.
- Tụt HA, sốc, vã mồ hôi, mạch nhanh.
- Da, niêm mạc xanh nhợt.
- Rối loạn ý thức, hôn mê do tụt HA.
- Đảm bảo hô hấp: khai thông đường thở nếu có sốc nặng, có rối loạn ý thức: hút đờm họng, đặt canuyn miệng, tư thế nằm nghiêng an toàn (đề phòng sặc khi bệnh nhân nôn).

• ***Phần hành chính:***
- Kiểm tra đối chiếu thông tin người bệnh, hồ sơ bệnh án; người bệnh có ăn uống gì trước đó?
- Giải thích, động viên cho người bệnh và người nhà biết tình trạng của người bệnh và kỹ thuật chuẩn bị thực hiện có thể xảy ra tai biến.
- Hướng dẫn người nhà viết giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

2. Chuẩn bị người thực hiện:

• 01 bác sĩ, 02 điều dưỡng

3. Chuẩn bị phương tiện:

• ***Chuẩn bị máy nội soi:***

- Dàn máy nội soi
- Dây nội soi có kênh thủ thuật
- Máy hút đờm nhớt
- Máy cắt đốt
- Máy SPO2
- Hệ thống máy vi tính
- Dung dịch khử trùng và tiệt trùng

4. Chuẩn bị thuốc và dụng cụ can thiệp

- Lidocain 38g (xịt tê)
- Xylocaine 30g
- Adrenaline 1mg
- Histocryl
- Lipiodol
- Natriclorua 10% và 0,9% (và 01-Natriclorua 0,9% lạnh)
- Atropin 0,25mg
- Các loại thuốc gây mê, tiền mê

• ***Vật tư, dụng cụ:***

- Bộ thắt dãn tĩnh mạch thực quản (Tay cầm và Vòng thắt)
- Bộ kẹp Clip (Tay cầm và Clip)
- Kim tiêm cầm máu
- Kềm sinh thiết nóng
- Bơm tiêm (50ml-20ml-10ml-5ml)
- Dây thông oxy
- Chuẩn bị bộ đặt nội khí quản nếu bệnh nhân suy hô hấp nặng

III. VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG CÁC BƯỚC THỰC HIỆN THỦ THUẬT

• ***Vai trò điều dưỡng trong nội soi can thiệp cầm máu do vỡ tĩnh mạch thực quản (Thắt tĩnh mạch thực quản)***

- Chuẩn bị các dụng cụ thiết yếu. Khi thực hiện cùng bác sĩ, điều dưỡng phải phối hợp nhịp nhàng trong từng bước, mỗi bước phải là một kỹ thuật nhanh chóng và chính xác.
- Gắn vòng thắt và tay cầm cũng là bước rất quan trọng để vòng thắt không bị tụt và hỏng.
- Gắn dây cáp vào tay cầm phải chắc chắn để trong khi thắt không bị tuột, nếu không thì sẽ gây ra vỡ tĩnh mạch khi thắt.
- Trong khi thắt phải theo dõi, động viên người bệnh phối hợp, chịu khó, nếu để người bệnh kích thích sẽ làm tĩnh mạch thực quản rất dễ vỡ.

• ***Vai trò của điều dưỡng trong tiêm cầm máu và kẹp clip ở người bệnh xuất huyết do tổn thương loét***

- Tiêm cầm máu:
  + Điều dưỡng phải nắm vững thông số dụng cụ: chuẩn bị kim tiêm cầm máu có đầu kim dài 4mm và đường kính 23G, phải sử dụng phù hợp với kênh dụng cụ 2.8mm.

+ Trong khi tiến hành, phải phối hợp nhịp nhàng lúc ra kim và thu kim để không gây tổn thương thêm cho người bệnh và làm hư hỏng dây soi.
+ Điều dưỡng phải pha thuốc theo đúng tỉ lệ 1/10.000, thông thường tiêm số lượng thuốc 1 lần # 2ml và quan trọng là cảm giác của người điều dưỡng khi tiêm thuốc vào vị trí tiêm.
+ Kết quả nghiên cứu " Điều trị xuất huyết tiêu hóa trên: chích cầm máu qua nội soi" của Võ Xuân Quang, Y học TP Hồ Chí Minh năm 2002 tiêm cầm máu trong XHTH ban đầu đạt hiệu quả 100% và tỉ lệ tái phát XH là 12,2%

- Kẹp Clip cầm máu
+ Kẹp Clip cầm máu là biện pháp cầm máu cơ học thông dụng và hiệu quả, trong kỹ thuật này người điều dưỡng cần phải có kinh nghiệm.

- Để thủ thuật thành công, điều dưỡng nội soi cần phải được đào tạo bài bản và nắm rõ nguyên lý.

- Các loại clip: có 3 nhóm
+ Có thể xoay mở rộng được 8mm và 12mm
+ Có 3 cánh và độ mở rộng 12mm
+ Không xoay nhưng đóng mở được nhiều lần, độ mở rộng 11mm

- Lắp Clip vào tay cầm phải chính xác, nhanh chóng và không để hỏng Clip.

- Cần phải mở clip trong dạ dày ở nơi có khoảng trống và để clip mở ra 1 góc tối đa là 1350 khi thu hồi, chỉnh ống soi vuông góc với ổ loét, xoay nhẹ các clip đến khi đạt được vị trí tối ưu.

- Bấm kẹp Clip vào ổ loét phải dứt khoát.

- Tuy nhiên việc kẹp clip kém trong XHTH có ổ loét xơ chai, vị trí bờ cong nhỏ và mặt sau hành tá tràng
+ Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tuấn và đồng nghiệp Y học Tp Hồ Chí Minh năm 2012 kẹp clip cầm máu thành công cao (94,7%) và tỉ lệ thất bại thấp (5,3%)

**Ngoài XHTH do loét dạ dày hay hội chứng Mallory Weiss, XHTH còn có thể xảy ra khi cắt polyp ống tiêu hóa hay khi làm thủ thuật ERCP (cắt cơ vòng Oddi). Người điều dưỡng khi làm các thủ thuật này cũng phải chuẩn bị trước các dụng cụ can thiệp cầm máu để xử trí kịp thời khi có biến chứng xảy ra.*

IV. THEO DÕI TAI BIẾN

- Người bệnh khi được nội soi can thiệp trong tình trạng cấp cứu có nguy cơ rối loạn chức năng tuần hoàn, hô hấp. Luôn phải theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình làm thủ thuật.
- Theo dõi các biến chứng khác của nội soi tiêu hóa. Đặc biệt là thủng ống tiêu hóa.

V. KẾT LUẬN

- Chảy máu tiêu hóa là một cấp cứu rất hay gặp.
- Nội soi can thiệp xuất huyết tiêu hóa có vai trò quan trọng quyết định trong cầm máu.
- Vậy Điều dưỡng nội soi trong can thiệp cầm máu cần nắm vững chỉ định và quy trình kỹ thuật để chuẩn bị và sử dụng dụng cụ cấp cứu hợp lý, nhanh chóng và chính xác để thủ thuật được hiệu quả và an toàn.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

• Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tuấn và đồng nghiệp Y học Tp Hồ Chí Minh.
• Nghiên cứu " Điều trị xuất huyết tiêu hóa trên: chích cầm máu qua nội soi của Võ Xuân Quang Y học TP Hồ Chí Minh năm 2002 tiêm cầm máu trong XHTH.
• Tạp chí Y học thực hành.

HƯỚNG DẪN CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN VÀ DỤNG CỤ TRONG NỘI SOI CHẨN ĐOÁN UNG THƯ SỚM ỐNG TIÊU HÓA

Lê Thị Bích Thảo
Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

Nội soi chẩn đoán ung thư sớm ống tiêu hoá có vai trò quan trọng giúp nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện tiên lượng và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân. Bên cạnh chỉ định và kỹ thuật nội soi của bác sĩ, việc chuẩn bị bệnh nhân và dụng cụ của các điều dưỡng nội soi có vai trò rất quan trọng giúp nâng cao chất lượng chẩn đoán của các ekip nội soi. Chuẩn bị bệnh nhân bao gồm tư vấn cho bệnh nhân về: tâm lý, chế độ ăn, kiểm tra các thông số huyết động cũng như uống các loại thuốc giảm bọt (simethicone) trước thủ thuật đối với nội soi ống tiêu hoá trên và tư vấn, hướng dẫn chu đáo về cách uống thuốc làm sạch đại tràng (PEG, Picosulfate Na...) đối với nội soi đại tràng. Việc theo dõi và tư vấn cho bệnh nhân sau thủ thuật, nhất là các thủ thuật có gây mê cũng rất quan trọng. Bên cạnh đó, chuẩn bị dụng cụ đòi hỏi kiến thức, kinh nghiệm về mỗi kỹ thuật đặc thù, từ các dàn máy nội soi, bộ xử lý hình ảnh, kiểm tra các thiết bị nội soi ảo (NBI, FICE...), các nút phóng đại cho đến các loại thuốc nhuộm chuyên dụng (indigocarmin, blue methylen, lugol...) với độ pha loãng phù hợp. Cuối cùng, thảo luận và thống nhất với các bác sĩ cũng như cùng nhau rà soát trang thiết bị lần cuối ngay trước thủ thuật là cần thiết để tránh mọi thiếu sót không đáng có. Một quy trình đào tạo bài bản và thường xuyên được cập nhật là điều kiện tiên quyết giúp điều dưỡng làm tốt công việc chuẩn bị bệnh nhân và trang thiết bị trong chẩn đoán ung thư sớm ống tiêu hoá.

Phiên 2
Session 2

Chủ tọa (Moderators): ThS.ĐD Đào Viết Quân, ThS.ĐD Phạm Quốc Thông

Báo cáo viên / Speakers

- ThS. ĐD. Phạm Quốc Thông – Bệnh viện Chợ Rẫy
- ĐD. Nguyễn Anh Quân - BV Việt Đức Hà Nội
- ĐD. Hà Văn Tuân – Bệnh viện Trung Ương Huế
- ThS.ĐD Đào Viết Quân – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
- CN.ĐD Huỳnh Tuấn Kiệt - Bệnh viên ĐK Trung Ương Cần Thơ

VAI TRÒ VÀ KỸ THUẬT CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG EUS-BD

Phạm Quốc Thông
Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt:

Hiện nay, nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) vẫn được xem là lựa chọn can thiệp đầu tiên để điều trị những trường hợp bệnh nhân bị vàng da tắc mật với tỷ lệ thành công cao và biến chứng thấp. Mặc dù vậy, ERCP tiềm ẩn nguy cơ thất bại có thể là do biến đổi về giải phẫu thứ phát sau phẫu thuật, không thể tiếp cận được nhú Vater vì các khối u ác tính xâm lấn hoặc thông nhú không thành công. Chọn lựa thay thế trong các trường hợp ERCP thất bại là dẫn lưu mật xuyên gan qua da (PTBD) hoặc phẫu thuật tuy nhiên không sinh lý hoặc nặng nề cho bệnh nhân.

Dẫn lưu mật dưới sự hướng dẫn của nội soi siêu âm (EUS-BD) do Giovannini mô tả lần đầu tiên vào năm 2001 và dần được chấp nhận rộng rãi trên thế giới là phương pháp điều trị thay thế cho PTBD hoặc phẫu thuật để xử trí các trường hợp bệnh nhân cần được dẫn lưu đường mật nhưng ERCP không thành công. Ở Việt Nam, EUS-BD là một kỹ thuật mới và chỉ được triển khai ở một vài cơ sở tuyến trung ương. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, EUS-BD bắt đầu được thực hiện từ 2018 đến nay. Vì đây là thủ thuật tương đối phức tạp đòi hỏi sự phối hợp tốt giữa bác sĩ và điều dưỡng nên tôi xin chia sẻ kinh nghiệm về vai trò và kỹ thuật của điều dưỡng trong kỹ thuật EUS-BD từ chuẩn bị bệnh nhân cho đến các giai đoạn trong quá trình thủ thuật

Từ khóa: *Dẫn lưu mật dưới hướng dẫn nội soi siêu âm (EUS-BD).*

VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG EUS-FNA TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

I. Đại cương

- EUS cho phép đánh giá các tổn thương ở thành tiêu hóa (thực quản, dạ dày) và các cơ quan lân cận (trong trung thất ổ bụng).
- EUS-FNA:
  - Chẩn đoán: u tụy, u trung thất, u lympho, hạch di căn...
  - Can thiệp: dẫn lưu nang giả tụy...
- Thực hiện lần đầu tại bệnh viện Việt Đức năm 2010. Đến nay, hàng năm thực hiện >500 EUS với các thủ thuật nhằm mục đích chẩn đoán và can thiệp (EUS-FNA, dẫn lưu nang giả tụy).

II. Nhân lực

- 2 bác sĩ (1 bác sĩ nội soi, 1 bác sĩ gây mê).
- 2 điều dưỡng, kĩ thuật viên.

III. Phương tiện, dụng cụ

- Máy siêu âm nội soi có đầu dò radial 360 và đầu dò linear để chọc hút
- Kim chọc hút: 19G, 22G, 25G (tùy từng tổn thương).

Các dụng cụ khác: lam kính, bơm và kim tiêm, lọ đựng bệnh phẩm.

III. Chuẩn bị bệnh nhân trước thủ thuật

A. Giải thích cho bệnh nhân và người nhà về thủ thuật

- Bệnh nhân bị gì?
- Các phương pháp điều trị
- Thủ thuật được tiến hành như thế nào?
- Các nguy cơ tai biến có thể xảy ra?
- Chi phí thủ thuật.
- Sau khi ra viện cần chú ý những gì?
- Sau khi nghe bác sĩ giải thích, cho bệnh nhân và người nhà ký cam kết làm thủ thuật.

B. Chuẩn bị bệnh nhân

- Kiểm tra, đối chiếu mã định danh bệnh nhân với hồ sơ bệnh án.
- Bệnh nhân được khám gây mê trước.
- Bệnh nhân phải được dặn nhịn ăn trước 24h.
- Xem hồ sơ có đầy đủ xét nghiệm và thủ tục hành chính không.
- Cho bệnh nhân tháo bỏ các đồ cá nhân.
- Bệnh nhân nằm nghiêng bên trái, đầu và ngực hơi cao, chân phải gập ra trước.
- Lắp monitor theo dõi điện tim, M, HA, SpO2.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, lắp bơm tiêm điện chuẩn bị gây mê.
- Cho bệnh nhân thở oxy qua mũi 3L/phút.

V. Các bước tiến hành

Gây mê tĩnh mạch bằng propofol 500mg với liều từ 1-2mg/cân nặng.

Kiểm tra dụng cụ:

- Chắc chắn kim và stylet được vặn chặt với tay cầm.
- Chắc chắn kim không kéo ra khỏi vỏ nhựa
- Khi bác sĩ chọc kim vào tổn thương, rút từ từ stylet ra khỏi kim và dùng bơm tiêm áp lực âm để lấy bệnh phẩm vào trong lòng kim. Lấy bệnh phẩm bằng cách đẩy nòng stylet qua kim chọc hút sau đó bơm nước muối sinh lý.
- Gửi xét nghiệm tế bào học.

VI. Theo dõi bệnh nhân sau làm thủ thuật

- Sau làm thủ thuật bệnh nhân được chuyển qua phòng hồi tỉnh để theo dõi.
- Những biến chứng của gây mê (suy hô hấp, tụt huyết áp).
- Biến chứng hô hấp: viêm phổi do trào ngược, tràn khí trung thất.
- Biến chứng khi chọc hút dưới siêu âm nội soi khoảng 2-6%.
- Khi bệnh nhân ổn định cho chuyển về khoa điều trị.
- Dặn bệnh nhân nhịn ăn 24h.
- Hẹn bệnh nhân khám lại sau 1 tháng ra viện.

VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG CAN THIỆP – LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT

Hà Văn Tuân
Bệnh Viện Trung Ương Huế

Tóm tắt:

Giới thiệu:
• Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là thủ thuật để chẩn đoán và điều trị các bệnh lý đường mật – tụy.
• Hiện nay, thủ thuật ERCP đã chứng tỏ được tính ưu việt và thay thế được phần lớn các loại phẫu thuật trong điều trị sỏi ống mật chủ (OMC).
• ĐD, KTV nội soi nắm vững quy trình thủ thuật, tính năng của dụng cụ, chuẩn bị tốt máy móc cũng như người bệnh để mang lại thành công cao trong kỹ thuật này.

Chuẩn bị:
• Chuẩn bị phương tiện và dụng cụ: Dàn nội soi có ống soi tá tràng, máy cắt đốt, máy C-arm X-quang tăng sáng truyền hình. Các dụng cụ chuyên dụng, như: dao cung, guidewire, dao kim, bóng nong, rọ lấy sỏi, ballon kéo sỏi, stent, bộ tán sỏi cơ học và các dụng cụ cầm máu .... thuốc cản quang, thuốc tiền mê, chống co thắt...
• Chuẩn bị BN: Thủ tục hành chính, xét nghiệm tiền phẫu, nhịn ăn uống 6 giờ trước thủ thuật.

Quy trình và theo dõi BN sau thủ thuật:
• Đặt tư thế BN nghiêng trái, gắn máy theo dõi dấu hiệu sinh tồn. BN được tiền mê hoặc mê NKQ.
• Ống soi bọc lộ rõ nhú sẽ dùng dao cung kèm guidewire để thông nhú vào OMC. ĐD phụ co duỗi dao cung để dây guidewire vào OMC dễ dàng hơn, bơm thuốc cản quang chụp đánh giá sỏi OMC.
• Cắt cơ vòng vào đường mật, có thể dùng bóng để nong cơ vòng tùy thuộc vào OMC và kích thước sỏi.
• Tiến hành lấy sỏi bằng rọ hoặc bằng ballon, chụp kiểm tra đường mật đánh giá hết sỏi.
• Sau TT theo dõi sát mạch, nhiệt độ, huyết áp, kết quả xét nghiệm. Phát hiện sớm các tai biến có thể có sau TT.

Kết luận:
• Hiện nay, kỹ thuật ERCP được thực hiện nhiều ở nước ta, giúp người bệnh tránh cuộc phẫu thuật lớn, rút ngắn được thời gian điều trị.
• ĐD, KTV nội soi chuẩn bị đầy đủ trang thiết bị, dụng cụ, nắm bắt đúng quy trình, hỗ trợ tốt cùng bác sĩ để tạo nên thành công cao trong TT và an toàn cho người bệnh.

KẾT QUẢ ỨNG DỤNG HỖ TRỢ CHUẨN BỊ TRÊN ĐIỆN THOẠI ĐỂ LÀM SẠCH ĐẠI TRÀNG TRONG QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đào Viết Quân
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt:

Tại Việt Nam, ung thư đại tràng là một trong 5 loại ung thư phổ biến nhất, nội soi đại tràng là phương pháp thăm dò quan trọng trong chẩn đoán các bệnh lý của đường tiêu hóa dưới, đặc biệt là polyp và ung thư đại tràng các giai đoạn. Nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá kết quả ứng dụng hỗ trợ chuẩn bị trên điện thoại để làm sạch đại tràng trong quản lý người bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 07/2020 đến tháng 07/2021. Ứng dụng hỗ trợ chuẩn bị đại tràng (CBĐT) là một ứng dụng trên điện thoại thông minh cung cấp các bước hướng dẫn uống thuốc CBĐT, tự động nhắc nhở, cảnh báo những tác dụng phụ, hướng dẫn đánh giá tình trạng phân bằng hình ảnh và thông báo cho người bệnh khi đã sẵn sàng nội soi đại tràng. Tổng số 432 người bệnh được phân ngẫu nhiên thành hai nhóm, một nhóm có kết hợp sử dụng ứng dụng trên điện thoại thông minh và một nhóm được hướng dẫn thông thường, sau đó ghi nhận kết quả của việc chuẩn bị làm sạch đại tràng bằng thang điểm BBPS và đánh giá khả năng ứng dụng trong CBĐT. Kết quả bước đầu cho thấy điểm trung bình BBPS (7,41±1,15) của cả ba đoạn đại tràng ở nhóm can thiệp là cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê đối với nhóm chứng. Hướng dẫn bằng phần mềm trên điện thoại đã giúp cho bệnh nhân tuân thủ thời gian uống thuốc và thời gian chuẩn bị dẫn đến việc người bệnh có thể vào nội soi được sớm hơn là 4,04±1,0 giờ so với nhóm chứng là 4,19±1,01 giờ. Nghiên cứu cho thấy tính khả thi trong quá trình triển khai và sự cải thiện mức độ sạch cho quá trình nội soi vì thế có thể cân nhắc triển khai rộng rãi ở nhiều đơn vị y tế.

Từ khóa: *Ứng dụng, điện thoại thông minh, chuẩn bị đại tràng...*

VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG THỦ THUẬT CẮT POLYP KHÓ TẠI BVĐK TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Huỳnh Tuấn Kiệt
BVĐK Trung ương Cần Thơ

Tóm tắt:

- Khái quát lại kiến thức cơ bản về Polyp giúp Điều dưỡng (ĐD) nội soi hiểu rõ hơn về khái niệm, bản chất, phân loại Polyp... từ đó có cái nhìn khái quát nhất về thủ thuật cắt ployp qua nội soi.
- Định nghĩa về polyp khó và các phân độ của nó.
- Vai trò của người ĐD trong thủ thuật cắt polyp khó, những điểm cần lưu ý trong quá trình thực hiện thủ thuật và theo dõi Người bệnh (NB) sau khi làm thủ thuật.
- Chia sẻ một số thông tin thêm về thủ thuật cắt polyp.