

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ CẮT BÁN PHẦN DƯỚI DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH GIAI ĐOẠN 2020-2023

Nguyễn Hoàng¹, Vũ Ngọc Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình giai đoạn 2020-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là một nghiên cứu mô tả tiến cứu gồm các bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D₂ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ năm 2020 đến 2023. **Kết quả:** Nghiên cứu 26 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật nội soi hỗ trợ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 6 năm 2023. Tuổi trung bình 63,45 ± 6,39 tuổi, nam chiếm tỷ lệ 57%, nữ là 43%. BMI trung bình 20,3 ± 2,37 kg/m². Thời gian phẫu thuật trung bình 185,77 ± 15,98 (phút) ngắn nhất 160 phút, dài nhất là 230 phút. Số lượng hạch vét được trung bình 17,73 ± 0,96 (hạch), nhiều nhất 19 hạch, ít nhất 16 hạch. Không có tai biến trong mổ. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình 73,38 ± 10,9 giờ, thời gian rút dẫn lưu sau mổ trung bình 5,12 ± 1,17 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 10,5 ± 2,01 ngày, nằm viện lâu nhất là 15 ngày và ra viện sớm nhất 7 ngày. Một trường hợp biến chứng chảy máu sau mổ (3,8%) điều trị bảo tồn không phải mổ lại, biến chứng sau mổ theo thang điểm của Claven-dindo mức độ I chiếm 3,8%, mức II, III, IV là 0%. Xác suất sống thêm trung bình của nhóm nghiên cứu là 41,65 ± 1,31 tháng. **Kết luận:** Kết quả bước đầu áp dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình là phương pháp an toàn, ít tai biến và biến chứng.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày, ung thư dạ dày.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC-ASSISTED DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA

Objective: This study evaluates the outcomes of laparoscopic-assisted distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy in the treatment of gastric adenocarcinoma at Thai Binh Provincial General Hospital from 2020 to 2023. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on patients with

gastric cancer treated by laparoscopic-assisted distal gastrectomy and D2 lymphadenectomy at Thai Binh Provincial General Hospital between 2020 and 2023.

Results: A total of 26 patients underwent laparoscopic-assisted distal gastrectomy for gastric adenocarcinoma treatment at Thai Binh Provincial General Hospital from January 2020 to June 2023. The mean age was 63.45 ± 6.39 years, with a male-to-female ratio of 57% to 43%. The average operative time was 185.77 ± 15.98 minutes (range: 160 to 230 minutes). The mean number of harvested lymph nodes was 17.73 ± 0.96 (range: 16 to 19 nodes). There were no intraoperative complications. The average time to postoperative flatus was 73.38 ± 10.9 hours, and the average duration of postoperative drainage was 5.12 ± 1.17 days. The mean length of postoperative hospital stay was 10.5 ± 2.01 days (range: 7 to 15 days). One patient experienced postoperative bleeding, which was successfully managed conservatively. Postoperative complications were categorized according to the Clavien-Dindo classification as follows: grade I: one patient (3.8%), grades II to IV: none reported. The mean survival time was 41.65 ± 1.31 months. **Conclusion:** The initial results suggest that laparoscopic-assisted gastrectomy for gastric adenocarcinoma at Thai Binh Provincial General Hospital is a safe procedure with a low rate of intraoperative and postoperative complications. **Keywords:** Laparoscopic-assisted gastrectomy, gastric adenocarcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là bệnh ung thư khá phổ biến theo Globocan 2020 ung thư dạ dày đứng hàng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới và đứng hàng thứ 4 về nguyên nhân gây tử vong của tất cả các bệnh lý ung thư ở cả hai giới. Tại Việt Nam cũng theo tổ chức ung thư thế giới thì năm 2020 có 17.906 ca mắc mới và 14.615 ca tử vong do ung thư dạ dày [1].

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng ung thư dạ dày vẫn có tiên lượng xấu. Các nhà khoa học đã thống nhất phát hiện sớm và phẫu thuật triệt để là 2 biện pháp kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân UTDD [2]. Các nghiên cứu về hệ thống bạch huyết, đặc điểm di căn hạch của UTDD, các giới hạn đường cắt dạ dày, kỹ thuật nạo vét hạch, điều trị hóa chất xạ trị trước và sau mổ, điều trị trúng đích đã có những giá trị thiết thực góp phần nâng cao chất lượng điều trị và cải thiện tiên lượng, kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân trong đó phải kể đến tiến bộ về kỹ thuật nạo vét

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

hạch D₂ (vết hoàn toàn chằng N1, N2) [3].

Kỹ thuật cắt dạ dày nạo vét hạch D₂ được xây dựng ở Nhật Bản từ những năm 1960, được coi là điều trị chuẩn trong ung thư dạ dày [4]. Nhờ sự tiến bộ của khoa học công nghệ năm 1991, Kitano [5] phẫu thuật thành công cắt dạ dày nội soi cho bệnh nhân ung thư dạ dày sớm. Kể từ đó đến nay phẫu thuật nội soi được thực hiện ở nhiều trung tâm y tế trên thế giới, lúc đầu phẫu thuật này được áp dụng cho ung thư dạ dày sớm, sau đó được áp dụng cho ung thư dạ dày tiến triển xâm lấn T2, T3. Nhật Bản, Hàn Quốc, Trung Quốc PTNS cắt DD vét hạch D2 ngày càng rộng rãi. Các tác giả đều cho rằng, PTNS điều trị ung thư dạ dày là phương pháp can thiệp tối thiểu với những ưu điểm giảm đau sau mổ, ít nhiễm khuẩn, thẩm mỹ và nhanh chóng bình phục, nhưng không làm giảm đi mục tiêu điều trị triệt căn ung thư, kết quả có thể so với mổ mở [6].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày đã được áp dụng tại một số Bệnh viện lớn như: Bệnh viện Việt Đức, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, bệnh viện Trung ương Quân đội 108, bệnh viện Quân y 103, bệnh viện Trung ương Huế, bệnh viện Chợ Rẫy. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình bắt đầu triển khai kỹ thuật này từ năm 2020 bước đầu mang lại hiệu quả rất tích cực cho bệnh nhân. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D₂ điều trị ung thư dạ dày vẫn còn nhiều tranh cãi và để đánh giá hiệu quả của phương pháp này khi áp dụng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D₂ điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình giai đoạn 2020-2023" với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được mổ nội soi cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D₂.

2. Đánh giá kết quả sớm sau mổ của nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 26 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D₂ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ năm 2020 đến 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân chẩn đoán là ung thư biểu mô 1/3 giữa, 1/3 dưới dạ dày: được xác định trên mô bệnh học trước mổ qua nội soi dạ dày sinh thiết và sau mổ. Chẩn đoán giai đoạn trước mổ cTN +, hoặc cT2, cT3,

cT4a theo TNM của UICC 2010. Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt bán phần dưới dạ dày + vét hạch D₂ (các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày, nạo vét hạch, mở nhỏ dưới 8cm thực hiện miệng nối).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi, gây mê. Ung thư dạ dày tái phát, ung thư xâm lấn cơ quan khác hoặc ung thư khác kèm theo. Các bệnh mãn tính nặng chức năng không hồi phục: suy gan, suy tim, suy thận...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu

2.2.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, BMI, triệu chứng cơ năng, nội soi dạ dày, chụp cắt lớp vi tính, thời gian phẫu thuật, số hạch vét được, số hạch di căn, vị trí khối u, kích thước khối u, tai biến trong mổ, thời gian trung tiện, thời gian vận động trở lại, thời gian rút dẫn lưu, tai biến theo thang điểm Clavendindo xác suất thời gian sống thêm sau mổ...

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm spss 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 26 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày, được phẫu thuật nội soi cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D₂, tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2023, chúng tôi thu được các kết quả sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi	63,45 ± 6,39 tuổi	
Giới	Nam chiếm tỷ lệ 57%, nữ là 43%.	
BMI	20,3 ± 2,37	
Đau bụng là triệu chứng chủ yếu	88.5%	
Nội soi dạ dày	U hang vị	38.5%
	U bờ cong lớn	11.5%
	U bờ cong nhỏ	30.8%
	U môn vị	19.2%
Chụp cắt lớp vi tính	Phát hiện thấy khối u: 65,4%, thấy hạch 0%	
Siêu âm	Phát hiện thấy khối u 7,7%	

Nhận xét: Đau bụng là triệu chứng chủ yếu chiếm tỷ lệ cao nhất 88.5%, Nội soi thấy u ở hang. chiếm tỷ lệ cao nhất 38.5%.

Bảng 3.2. Kết quả trong mổ

Thời gian phẫu thuật trung bình	185.77±15.98 (phút), min 160 phút, max 230 phút
Số hạch vét được trung bình	17.73±0.96(hạch)
Lập lại lưu thông	Roux en y 38,5%,

tiêu hóa	Finsterer 61.5%	
Tai biến trong mổ	Không	
Giai đoạn sau mổ	Ib	53.8%
	IIa	30.8%
	IIIa	15.4%

Nhận xét: Giai đoạn Ib chiếm tỷ lệ cao nhất 53.8%.

Bảng 3.3. Kết quả sau mổ

Thời gian trung tiện trung bình	73,38 ± 10,9 giờ	
Thời gian vận động sau mổ trung bình	2,36 ± 0,65 ngày	
Thời gian nằm viện trung bình	10,5 ± 2,01 ngày	
Chảy máu sau mổ	1BN (3.8%)	
Đau sau mổ	Đau nhẹ	7.7%
	Đau vừa	69.2%
	Đau nhiều	23.1%
Rò mủ tá	0%	
Rò miệng nối	0%	
Xuất huyết tiêu hóa	0%	
Rò tụy sau mổ	0%	
Rò bạch huyết, rò đường chấp	0%, 0%	
Điểm Claven-dindo	Độ I chiếm 3,8%, độ II, III, IV là 0%	
Xác suất sống thêm trung bình	41,65 ± 1,31 tháng	

Nhận xét: Tỷ lệ tai biến sau mổ rất thấp

IV. BÀN LUẬN

Trong 26 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi nam chiếm tỷ lệ 57%, nữ chiếm tỷ lệ 43%. Tỷ lệ nam/nữ: 1,32. Tuổi trung bình là 63,45 ± 6,39 tuổi. Tuổi thấp nhất là 55 tuổi, tuổi cao nhất là 76 tuổi. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả Hồ Chí Thanh (nghiên cứu 98 bệnh nhân PTNS cắt dạ dày) là 57,0 ± 11,98 [7], 59.2% nam, 40.8% nữ, Lee (2019) 59.8 ± 11.1 tuổi [8], 72.1 nam, 27.9% nữ 98.2%.

Triệu chứng lâm sàng của UTDD thường nghèo nàn, không đặc hiệu. Trong 26 BN UTDD, triệu chứng đau bụng vùng thượng vị gặp 88,5%. Đây là lý do để bệnh nhân đi khám bệnh, tỷ lệ này tương tự tỷ lệ của các giả trong nước. Các triệu chứng đau bụng vùng thượng vị, chán ăn và sút cân chiếm tỷ lệ cao ở các tác giả: Phạm Văn Nam[9] nghiên cứu 74 bệnh nhân PTNS cắt dạ dày thấy đau bụng vùng thượng vị 100% chán ăn 85.14%; sút cân 68.92%; Hồ Chí Thanh là 97,9%, 91,8% và 61,2% [7]. Chúng tôi đặc biệt quan tâm đến vấn đề dinh dưỡng trước mổ cho bệnh nhân, đây được coi là yếu tố làm giảm các biến chứng sau mổ, nhất là biến chứng

xì rò miệng nối, chúng tôi hội chẩn cùng khoa dinh dưỡng để cung cấp cho bệnh nhân khẩu phần dinh dưỡng phù hợp, theo tác giả Huang chỉ số BMI là yếu tố nguy cơ độc lập ảnh hưởng rò miệng nối [10]. Thể trạng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu theo chỉ số BMI trung bình là: 20,3 ± 2,37 kg/m² tương đương với tác giả Hồ Chí Thanh [7], thấp hơn các tác giả nước ngoài, Chen K. và cs., là 22,7 ± 3,0.

Nội soi dạ dày là phương pháp chẩn đoán chính xác nhất, có giá trị chẩn đoán cao nhất. Càng sinh thiết nhiều mảnh, độ chính xác càng lớn. Nội soi dạ dày, xác định vị trí u, kích thước u, các dạng tổn thương đại thể và được sinh thiết làm chẩn đoán MBH. 26 bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu, chẩn đoán MBH trước mổ là UTBM dạ dày (100%), qua nội soi dạ dày chúng tôi thấy tỷ lệ khối u gặp ở hang vị chiếm tỷ lệ cao nhất 38,5% vị trí ít gặp nhất là bờ cong lớn. Các nghiên cứu của các tác giả trong nước và nước ngoài đều soi dạ dày cho BN ung thư dạ dày, sinh thiết làm MBH trước mổ. Hồ Chí Thanh [7], ... cũng như chúng tôi, chỉ định PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 khi có chuẩn đoán MBH là UTBM dạ dày.

Chụp cắt lớp vi tính có 26 BN được làm chiếm tỷ lệ 100%. Trong đó 17 BN (65,4%) xác định được khối u dạ dày, không trường hợp nào xác định được có hạch trong ổ bụng. Không có trường hợp nào phát hiện di căn gan, phúc mạc, dịch ổ bụng. Hồ Chí Thanh chụp cắt lớp xác định được khối u là 89,1%, xác định được tình trạng hạch trong ổ bụng là 41,3% [7]. Cũng như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính là một tiêu chuẩn để lựa chọn BN trước mổ. Các BN không có di căn xa được chỉ định PTNS cắt dạ dày, vét hạch D2.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 185,77 ± 15,98 phút, phù hợp với Hồ Chí Thanh là 186,1 ± 48,49 phút [7], ngắn hơn tác giả Đỗ Văn Tráng là 211,1 ± 47,22 phút. Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi không có trường hợp nào tổn thương mạch máu lớn phải chuyển mổ mở và phải truyền máu. Đỗ Văn Tráng, Hồ Chí Thanh [7] cũng không có trường hợp nào, tổn thương mạch máu lớn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như tác giả khác, trong mổ mất máu ít. Chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào vỡ lách, thủng đại tràng, thủng ống mật chủ.

Kết quả nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày. Số hạch vét được trung bình của chúng tôi là 17,73 ± 0,96 hạch, nhiều nhất 19 hạch/BN, ít nhất 16 hạch/BN, của tác giả Đỗ Văn Tráng, trung bình vét được 15,3 ± 7,34 hạch/BN, Nguyễn Minh Hải và cs. vét được 16,5

hạch. Trong phẫu thuật mổ mở: Trịnh Hồng Sơn vét được trung bình là 17,6 hạch/BN; Nguyễn Minh Hải là $19 \pm 7,7$, tác giả Lee jon Huck là $46,6 \pm 17,9$ hạch [8] như vậy số hạch vét được của chúng tôi cũng tương tự các tác giả trong nước nhưng thấp hơn tác giả Hàn Quốc có thể kinh nghiệm của chúng tôi trong phẫu thuật nội soi chưa nhiều và nhóm bệnh nhân tác giả Lee lựa chọn là ung thư dạ dày tiến triển lên số lượng hạch nhiều hơn.

Hạch bạch huyết là con đường di căn chính của UTDD. Có hay không có di căn hạch là yếu tố quan trọng trong tiên lượng UTDD, do đó vét hạch là cần thiết. Theo Trịnh Hồng Sơn trong nhóm UTBM dạ dày còn có thể cắt được thì có đến 81,8% đã di căn hạch. Di căn hạch có thể xảy ra cả ở giai đoạn sớm, di căn hạch không phụ thuộc vào lứa tuổi, chúng tôi phân tích mối liên quan giữa số lượng hạch di căn và tồn thương đại thể của khối u thấy rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thể, thể loét chiếm đa số 17 bệnh nhân và có đến 7 hạch di căn, trung bình số hạch di căn này là $0,41 \pm 1,17$ hạch. Chúng tôi cũng phân tích mối liên quan giữa số lượng hạch vét được với vị trí khối u, chúng tôi thấy sự khác biệt giữa trung bình số hạch vét được ở các vị trí u là không có ý nghĩa thống kê.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh số lượng tuyệt đối của hạch di căn là một yếu tố tiên lượng độc lập, đáng tin cậy và khách quan, có ý nghĩa tiên lượng trong UTDD. Nghiên cứu của chúng tôi có 19 BN (88,5%) không di căn hạch (N0), nhưng lại có 7 bệnh nhân có di căn hạch chằng 2 chiếm 11,5%. Mức độ xâm lấn liên quan chặt chẽ với di căn hạch, độ xâm lấn càng lớn thì di căn hạch càng nhiều. Theo Vũ Hải, mức độ xâm lấn T1 tỷ lệ di căn hạch là 66%, T2 là 49,2%, T3 là 71,9%, T4 là 99,2%. Tác giả Trịnh Hồng Sơn cũng thấy di căn hạch tỷ lệ theo độ xâm lấn.

Đánh giá mức độ giảm đau sau mổ, chúng tôi thấy đa số BN đau vừa và đau ít; chỉ có 6 BN (23,1%) đau nhiều, phải dùng thuốc giảm đau dạng gây nghiện. Việc đánh giá này mang tính chất chủ quan, vì không có nhóm mổ mở để so sánh. Với một vết rạch thành bụng 5cm hầu hết các tác giả đều thống nhất PTNS là phẫu thuật xâm hại tối thiểu, BN đỡ đau hơn mổ mở. Thời gian vận động được sau mổ trung bình là $2,36 \pm 0,65$ ngày. Thời gian trung tiện trung bình là $73,38 \pm 10,9$ giờ, tương đương Nguyễn Minh Hải và cs. Trung tiện sau mổ là đánh giá sự hoạt động của cơ quan tiêu hóa, BN có thể ăn sớm, sức khỏe nhanh phục hồi. Thời gian nằm viện

trung bình của chúng tôi là $10,5 \pm 2,01$ ngày, dài hơn tác giả Hồ Chí Thanh [7] $7,1 \pm 1,75$ ngày tuy nhiên đây là thời gian nằm viện sau mổ, theo tác giả Lee thời gian nằm viện trung bình là $8,1 \pm 6,5$ ngày [8]. Các tác giả đều khẳng định đỡ đau, hồi phục nhanh là ưu điểm của PTNS.

Sau mổ chúng tôi gặp 1 trường hợp chảy máu sau mổ, chảy máu trong ổ bụng, máu chảy qua dẫn lưu 200ml/ ngày sảy ra ngày thứ 1 sau mổ, bệnh nhân điều được điều trị nội khoa, ổn định ngay ngày thứ 2 sau mổ. Chúng tôi không gặp áp xe tồn dư, rò mòm tá tràng, rò miệng nối, tắc ruột sớm. Chúng tôi tiến hành xét nghiệm sinh hóa dịch dẫn lưu ngày thứ 3 sau mổ không thấy có rò dưỡng chấp và bạch huyết sau mổ, theo kinh nghiệm của chúng tôi sử dụng dao hàn mạch trong quá trình nạo vét hạch giúp hàn cả các ống bạch huyết hạn chế rò bạch huyết và dưỡng chấp sau mổ. Không có trường hợp nào tử vong sau mổ, tính theo thang điểm của Claven-dindo mức độ I chiếm 3,8%, mức II, III, IV là 0%. Hồ Chí Thanh gặp biến chứng sau mổ là 4 BN chiếm tỷ lệ 4,08% [7], gồm 1 BN nhiễm trùng vết mổ, 1 BN viêm phế quản, 1 áp xe tồn dư và 1 suy hô hấp sau mổ bệnh nhân tử vong ngày thứ 6 sau mổ. Kitano S. và cs., gặp biến chứng sau mổ là 12,7% gồm chảy máu 1,09%, hẹp miệng nối 2,95%, rò miệng nối 2,10%, áp xe dư 1,43% và nhiễm trùng vết mổ 1,35% [5], Lee jon Huck (2019) có tỉ lệ chảy máu sau mổ là 0,4%, rò dưỡng chấp sau mổ 2,5% [8]. Như vậy có thể thấy phẫu thuật nội soi rất ít biến chứng sau mổ, là phẫu thuật an toàn, hiệu quả với bệnh nhân nằm trong chỉ định.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật mổ nội soi hỗ trợ cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2 là an toàn có thể áp dụng ở cơ sở có đủ trang thiết bị và có đội ngũ phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., J. Ferlay, and R.L. Siegel** (2021), Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.. 71(3): p. 209-249.
2. **Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4)**. Gastric Cancer, 2017. 20(1): p. 1-19.
3. **Trịnh Hồng Sơn and Đặng Tiến Ngọc**, Cắt đoạn dạ dày cực dưới với miệng nối kiểu Pean điều trị ung thư 1/3 dưới dạ dày ở người cao tuổi. Tạp chí nghiên cứu y học, 2023. 162(1): p. 101.
4. **Japanese Gastric Cancer, A.**, Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). Gastric Cancer, 2023. 26(1): p. 1-25.
5. **Kitano, S., K. Yasuda, and N. Shiraishi**, Laparoscopic surgical resection for early gastric

- cancer. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2006. 18(8): p. 855-61.
6. **Li, Z., et al.**, [Efficacy comparison of laparoscopic versus open distal gastrectomy with D2 lymph dissection for advanced gastric cancer]. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi, 2016. 19(5): p. 530-4.
 7. **Thanh, H.C.**, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tại Bệnh viện Quân y 103. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội, 2016.
 8. **Lee, H.J., et al.**, Short-term Outcomes of a Multicenter Randomized Controlled Trial Comparing Laparoscopic Distal Gastrectomy With D2 Lymphadenectomy to Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer (KLASS-02-RCT). Ann Surg, 2019. 270(6): p. 983-991.
 9. **<tailieuxanh_2_tom_tat_luan_an_tiang_viet_24_trang_1975_3723.pdf>**
 10. **Huang, C.M., et al.**, Comparison of modified and conventional delta-shaped gastroduodenostomy in totally laparoscopic surgery. World J Gastroenterol, 2014. 20(30): p. 10478-85.

ĐÁNH GIÁ CỦA NGƯỜI BỆNH TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Cao Như Quỳnh¹, Lê Thị Hồng Phương¹,
Ngô Thị Huệ¹, Trần Hữu Thắng²

TÓM TẮT

Việc đánh giá kết quả trải nghiệm của người bệnh sẽ đưa ra cho nhà quản lý những thông tin quan trọng để cải tiến chất lượng trong bệnh viện và đem đến sự hài lòng cho người bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả trải nghiệm của người bệnh về khía cạnh trong quá trình điều trị và khi làm thủ tục thanh toán khi điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 208 người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức theo bộ công cụ được xây dựng và phát triển bởi Cơ quan Nghiên cứu Sức khỏe Hoa Kỳ CAHPS có sẵn phiên bản tiếng Việt đã được chuẩn hóa. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có trải nghiệm tích cực về khía cạnh trong quá trình điều trị là 67,5%, tỷ lệ bệnh nhân có trải nghiệm tích cực về khía cạnh làm thủ tục thanh toán là 97,6%. Những khó khăn mà bệnh nhân gặp phải khi làm thủ tục xuất viện là: thời gian chờ thanh toán viện phí lâu, thời gian chờ giấy xuất viện lâu và nơi thanh toán viện phí xa hoặc khó khăn. **Kết luận:** Bệnh nhân có trải nghiệm tích cực chiếm tỉ lệ cao ở cả 2 khía cạnh trong quá trình điều trị và khi làm thủ tục thanh toán, tuy nhiên còn một số khó khăn khi làm thủ tục xuất viện. **Từ khóa:** trải nghiệm người bệnh, bệnh viện, điều trị nội trú, CAHPS.

SUMMARY

PATIENT EXPERIENCE REGARDING ASPECTS OF THE TREATMENT PROCESS AND PAYMENT PROCEDURES DURING INPATIENT TREATMENT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Evaluating patient experience outcomes provides managers with important information to improve

hospital quality and patient satisfaction. **Objective:** To describe patient experience regarding aspects of the treatment process and payment procedures during inpatient treatment at Viet Duc University Hospital in 2023. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study of 208 inpatients at Viet Duc University Hospital using a tool developed by the United States Agency for Healthcare Research and Quality CAHPS with an available standardized Vietnamese version. **Results:** The percentage of patients with a positive experience regarding aspects of the treatment process was 67.5%, while the percentage of patients with a positive experience regarding payment procedures was 97.6%. Difficulties faced by patients during discharge procedures included long waiting times for payment, long waiting times for discharge papers, and distant or difficult payment locations. **Conclusion:** Patients reported a high percentage of positive experiences in both aspects of the treatment process and payment procedures; however, there were still some difficulties during discharge procedures.

Keywords: patient experience, hospital, inpatient treatment, CAHPS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trải nghiệm của người bệnh là các tương tác giữa người bệnh và hệ thống chăm sóc sức khỏe, bao gồm các quy trình, thực hành chăm sóc của nhân viên, môi trường vật chất của cơ sở y tế cũng như các thông tin có liên quan đến quá trình chăm sóc người bệnh. [8][9]. Hiện nay, đời sống kinh tế ngày càng phát triển, ý thức của người dân về tầm quan trọng của chăm sóc, bảo vệ sức khỏe ngày một nâng cao và chú trọng vào chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe và trải nghiệm sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Bằng cách xem xét các khía cạnh khác nhau của trải nghiệm người bệnh, chúng ta có thể đánh giá mức độ mà người bệnh đang được chăm sóc, tôn trọng và đáp ứng với sở thích, nhu cầu và giá trị của từng người bệnh.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trung tâm Y tế quận Cầu Giấy

Chịu trách nhiệm chính: Cao Như Quỳnh

Email: bsquynh1311@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024