

- T. T., Taylor W., et al., "Clinical characteristics and outcome of Penicillium marneffei infection among HIV-infected patients in northern Vietnam". AIDS Res Ther, 2012, 9 (1), pp. 24.
6. **Thuy Le Marcel Wolbers, Nguyen Huu Chi, Vo Minh Quang, Nguyen Tran Chinh, Nguyen Phu Huong Lan, Pham Si Lam, Michael J. Kozal, Cecilia M. Shikuma, Jeremy N. Day and Jeremy Farrar**, "Epidemiology, Seasonality, and Predictors of Outcome of AIDS-Associated Penicillium marneffei Infection in Ho Chi Minh City, Viet Nam". Clin Infect Dis, 2011, 52 (7), pp. 945-952.
7. **V.T. Son, P.M. Khue., M. Strobel**, "Penicilliosis and AIDS in Haiphong, Vietnam: Evolution and predictive factors of death". Médecine et maladies infectieuses 44 (2014) 495-501, 2014.
8. **Thu NTM, Chan JFW, Hien HTA, Tung NLN, Thanh NT, et al.**, Clinical Performance of the Mp1p Immunoassay for Rapid Diagnosis of Talaromyces marneffei Infection, in Conference of Retroviruses and Opportunistic Infections Feb 13-16, 2017: Seattle, WA, USA

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT ESD TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN SỚM: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN TẠI TÂY NGUYÊN

Nguyễn Đức Vượng¹, Võ Minh Thành¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Ung thư đường tiêu hoá nói chung, hay ung thư dạ dày, đại trực tràng, là nhóm nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh lý ung thư. Việt Nam nằm trong khu vực có tỷ lệ mắc cao ung thư dạ dày cao nhất thế giới. Nội soi cắt hết niêm mạc tiêu hóa là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu để loại bỏ ung thư khỏi đường tiêu hóa của bệnh nhân mà không cần phải cắt bỏ cơ quan có liên quan. **Đôi tượng và phương pháp:** Mô tả ca lâm sàng. **Kết quả:** Trường hợp bệnh nhân nam, có tổn thương mặt sau hang vị type 0-II ac (Phân loại Paris). Kết quả giải phẫu bệnh sau can thiệp: Loạn sản nặng biểu mô tuyến dạ dày. Diện cắt bên và diện cắt đáy không có u. Bệnh nhân sau can thiệp ngày thứ 03 ra viện. Tái khám sau 30 ngày ra viện qua kết quả nội soi dạ dày cho thấy diện vết cắt đang liền sẹo tốt. **Kết luận:** Phương pháp nội soi cắt tách dưới niêm mạc (ESD) có nhiều ưu điểm trong điều trị bệnh lý ung thư sớm đường tiêu hóa.

Từ khóa: nội soi cắt tách dưới niêm mạc (Endoscopic Submucosal Dissection-ESD)

SUMMARY

APPLICATION OF ESD TECHNIQUE IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH EARLY GASTRIC CANCER: THE FIRST CASE IN THE CENTRAL HIGHLANDS

Background: Gastrointestinal cancer in general, or stomach and colorectal cancer, is the leading cause of death among cancer pathologies. Vietnam is located in the region with the highest incidence of stomach

cancer in the world. Endoscopic gastrointestinal mucosal resection is a minimally invasive procedure to remove cancer from a patient's gastrointestinal tract without the need to remove the relevant organ.

Subjects and methods: Describe the clinical case.

Results: In the case of male patients, there are posterior facial lesions of the gastric cavity type 0-II ac (Paris Classification). Anatomical results after the intervention: Severe dysplasia of the gastric gland epithelium. The lateral cross-section and basal cross-section have no tumors. The patient after the intervention on the 3rd day was discharged from the hospital. The patient was re-examined after 30 days of discharge from the hospital through the results of gastroscopy, which showed that the cut area was healing well. **Conclusion:** Endoscopic submucosal dissection (ESD) has many advantages in the treatment of early gastrointestinal cancers.

Keywords: Endoscopic Submucosal Dissection-ESD

I. TỔNG QUAN

Ung thư ống tiêu hóa là loại ung thư hay gặp. Theo tổ chức GLOBOCAN, năm 2020 trên thế giới ung thư đại trực tràng, ung thư dạ dày lần lượt đứng thứ 2 (9,4%) và thứ 4 (7,7%) trong các nguyên nhân gây tử vong sau ung thư phổi (18%) [1]. Ung thư dạ dày sớm được định nghĩa là tổn thương ung thư tại lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, có xuất hiện sự di căn hạch hay không [2]. Trong các phương pháp điều trị UTDD sớm thì phẫu thuật cắt niêm mạc qua nội soi ống mềm (EMR) là một phương pháp điều trị chuẩn được lựa chọn [3].

Nội soi cắt hết niêm mạc tiêu hóa là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu để loại bỏ ung thư khỏi đường tiêu hóa của bệnh nhân mà không cần phải cắt bỏ cơ quan có liên quan. Nhiều nghiên cứu tại châu Á chỉ ra rằng ESD làm tăng tỷ lệ cắt

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Buôn Ma Thuột
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Vượng
 Email: vuongnd@benhvienbmt.com
 Ngày nhận bài: 9.6.2023
 Ngày phản biện khoa học: 9.8.2023
 Ngày duyệt bài: 18.8.2023

bỏ hoàn toàn tổn thương và giảm tái phát tại chỗ so với các phương pháp can thiệp qua nội soi ống mềm trước đó [4]

Chúng tôi báo cáo một trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn sớm ở bệnh nhân nam 53 tuổi, trường hợp can thiệp ESD đầu tiên tại Bệnh viện Đại học Y Dược Buôn Ma Thuột (BUH) và cũng là trường hợp đầu tiên của khu vực Tây Nguyên.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam 53 tuổi, mã số BN 23061081 đã đến khám bệnh và vào viện ngày 09/06/2023 tại BUH. Tiền sử chưa phát hiện bất thường.

Lý do vào viện: Kiểm tra sức khỏe.

Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, không sốt, bụng mềm, không chướng, ấn không đau, không rối loạn phân.

Cận lâm sàng:

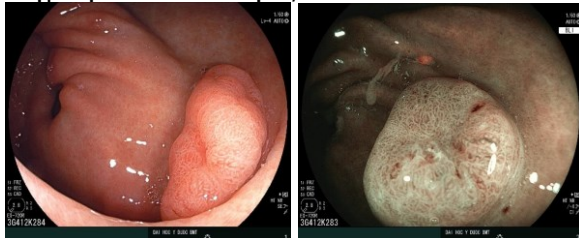
- Nội soi dạ dày ghi nhận mặt sau hang vị có tổn thương nổi gồ, bề mặt có vùng lõm type 0-II ac (Phân loại Paris) sung huyết, kích thước khoảng 2 cm, ranh giới rõ. BLI thấy cấu trúc tuyến và mạch máu bề mặt bất thường. Tiến hành sinh thiết 02 mảnh tổn thương. Kết quả sinh thiết: Loạn sản tầng ổ biểu mô tuyến dạ dày kèm viêm dạ dày mạn tính.

- Xét nghiệm công thức máu: bạch cầu: 6,67 G/L; hồng cầu: 4,93 T/L; tiểu cầu: 309 G/L; đông máu PT%: 234%.

- Kết quả CT- Scanner và siêu âm ổ bụng không hình ảnh bất thường.

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn sớm và có chỉ định can thiệp bằng kỹ thuật ESD.

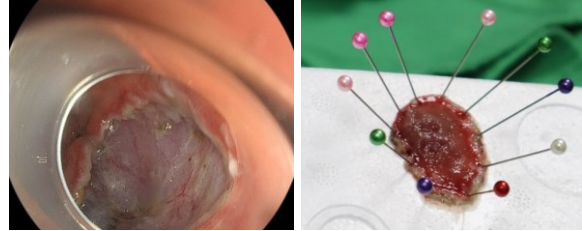
Thực hiện thủ thuật: Can thiệp ngày 16/06/2023, tiến hành soi dạ dày, đánh giá toàn bộ tổn thương. Tiến hành phòng ngừa dưới niêm mạc tổn thương bằng dung dịch cao phân tử. Dùng dao Dual- Knife mở niêm mạc, cắt vòng xung quanh, cắt xung quanh tổn thương, phẫu tích dưới niêm mạc, bóc tách tổn thương bằng dao IT- Knife. Lấy toàn bộ tổn thương làm GPB, cầm máu diện cắt bằng kim kẹp cầm máu coagrasper. Can thiệp kéo dài 45 phút. Sau can thiệp bệnh nhân ổn định, cho ăn sau 24h.



Hình 1. Hình ảnh và vị trí tổn thương qua nội soi

Kết quả giải phẫu bệnh sau can thiệp: Loạn sản nặng biểu mô tuyến dạ dày. Diện cắt bên và diện cắt đáy không có u.

Theo dõi, bệnh nhân được ra viện sau 03 ngày can thiệp.



Hình 2. Kết quả thực hiện kỹ thuật ESD

Bệnh nhân được tái khám sau 30 ngày ra viện qua kết quả nội soi dạ dày cho thấy diện vết cắt đang liền sẹo tốt.

III. BÀN LUẬN

Ung thư đường tiêu hóa sớm được định nghĩa là tổn thương ung thư ở niêm mạc hoặc dưới niêm mạc thực quản, dạ dày, đại tràng bất kể có hay không sự xuất hiện di căn hạch bạch huyết khu vực [2].

+ Lâm sàng: nghèo nàn, ít triệu chứng.

+ Cận lâm sàng: nội soi được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư đường tiêu hóa sớm. Trong đó, nội soi ánh sáng trắng là kỹ thuật nội soi phổ biến nhất do kỹ thuật đơn giản và chi phí thấp.

Năm 1962, Hiệp hội nội soi tiêu hóa Nhật Bản dựa trên cơ sở kinh nghiệm soi dạ dày ống mềm và nghiên cứu mảnh dạ dày cắt qua phẫu thuật đó phân loại UTDD sớm thành 3 tuýp:

- **Tuýp I (type lồi):** U phát triển nổi lồi trên bề mặt niêm mạc dạ dày có dạng polyp dạng cục hay nhú nhưng mao, gập khoảng 20%.

- **Tuýp II (type phẳng):** Chia làm 3 nhóm nhỏ:

+ Nhóm IIa (phẳng gồ): Mô u phát triển ở niêm mạc tạo thành một mảng nhỏ hơi gồ lên, ranh giới rõ chỉ cao hơn một chút so với niêm mạc xung quanh.

+ Nhóm IIb (phẳng dẹt): Mô u phát triển ở niêm mạc tạo thành mảng nhỏ hơi chằng và tương đối phẳng so với niêm mạc bình thường xung quanh. Loại này khó phát hiện trên nội soi trừ một vài thay đổi về màu sắc.

+ Nhóm IIc (phẳng lõm): Vùng u hơi lõm xuống thấp hơn so với niêm mạc xung quanh. Lõm có thể do mô u hoại tử loét, bề mặt phủ lớp dịch phù tơ huyết mỏng. Type này chiếm khoảng 30-50% [5]

- **Tuýp III (type loét):** Tổn thương loét có độ sâu tương đối rõ, loại này gặp khoảng 20-40%.

Các kỹ thuật cắt bỏ niêm mạc nội soi (EMR)

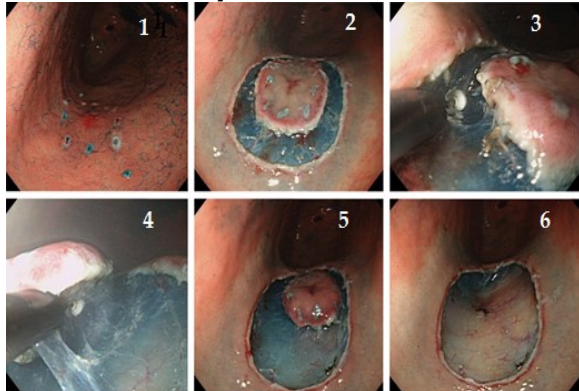
khác nhau đã được phát triển ở Nhật Bản trong những năm 1980 và đầu những năm 1990 như là lựa chọn điều trị xâm lấn tối thiểu cho ung thư dạ dày giai đoạn sớm. Những kỹ thuật EMR này bao gồm sinh thiết dài, phẫu thuật nội soi bằng cách tiêm dung dịch epinephrine saline-epinephrine cục bộ (ERHSE), phẫu thuật cắt polyp đôi bằng nội soi (EDSP), và cả EMR hỗ trợ nấp, thúc đẩy sự chấp nhận quốc tế của EMR [6]

Trên thực tế, tỷ lệ cắt bỏ en bloc của các kỹ thuật EMR ngay cả đối với các tổn thương nhỏ cũng không đạt tới 70%, và kết quả cắt bỏ không hoàn toàn và từng phần có thể dẫn đến tái phát tại chỗ. ESD được phát triển để khắc phục những hạn chế của EMR với các tổn thương có kích thước lớn hơn [7]

Trong trường hợp bệnh này đã được đánh giá đây là một tổn thương tân sinh, kích thước # 2cm, là một tổn thương lồi bề mặt có ban đỏ, ranh giới rõ. Trên ánh sáng BLI có bất thường cấu trúc bề mặt. Có chỉ định và tiến hành thực hiện ESD để chẩn đoán và điều trị. Kết quả sinh thiết sau cắt cho thấy đây là một tổn thương loạn sản nặng biểu mô tuyến dạ dày. Đây là một tổn thương tiền ung thư và việc loại bỏ tổn thương bằng kỹ thuật ESD là rất cần thiết.

Kỹ thuật:

Hình minh họa:



Hình 3. Minh họa kỹ thuật can thiệp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi [8]

Chú thích: 1: Đánh dấu; 2: Cắt vòng; 3: Cắt sâu; 4,5: Phẫu tích; 6: Diện cắt

Tiến hành can thiệp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi qua các bước:

- Xác định tổn thương ung thư sớm đầu tiên bằng ánh sáng trắng sau đó nhuộm Indigo Carmin bộc lộ rõ ranh giới tổn thương.
- Đánh dấu (Marking) quanh tổn thương cách rìa 5mm bằng dao Dual Knife (Olympus).
- Tiêm phòng (Injection) dưới niêm mạc bằng dung dịch Volutyle 6%.

- Mở niêm mạc (Making hole) bằng dao Dual Knife.

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

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

- Bệnh phẩm tổn thương được lấy cả khối, toàn bộ cố định bằng dung dịch Formol 10%. Chuyển khoa giải phẫu bệnh, các bác sĩ GPB tiến hành cắt thành nhiều lát cắt nhỏ.

- Kiểm tra lại diện cắt, cầm máu bằng kẹp chuyên dụng hoặc clip nếu cần thiết

- Theo dõi toàn trạng người bệnh trong toàn bộ quá trình làm thủ thuật.

- Sau khi kết thúc thủ thuật, đánh và in kết quả, ghi hồ sơ, cho thuốc điều trị sau can thiệp.

- Dẫn dò bệnh nhân theo dõi các triệu chứng sau can thiệp: đau bụng, buồn nôn, nôn máu, đại tiện phân máu, ...

IV. KẾT LUẬN

ESD là thủ thuật đạt hiệu quả cao trong việc điều trị tổn thương ung thư sớm đường tiêu hóa. Đây là một phương pháp hiện đại, ít xâm lấn giúp bệnh nhân tránh được một cuộc mổ lớn, giảm thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị.

Theo chúng tôi biết thì đây là trường hợp bệnh nhân can thiệp ung thư sớm đường tiêu hóa đầu tiên tại Bệnh viện Đại học Y Dược Buôn Ma Thuột (BUH) và cũng là trường hợp đầu tiên của khu vực Tây Nguyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The Global Cancer Observatory** - All Rights Reserved - March, 2021. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>. Truy cập ngày 10/7/2023.
2. **Japanese Gastric Cancer Association (2011)**, "Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition.", Gastric Cancer. 14(2), p. 101-112.
3. **Takekoshi T, Baba Y and Ota H (1994)**, "Endoscopic resection of early gastric carcinoma: results of a retrospective analysis of 308 cases.", Endoscopy. 26(4), p. 352-358
4. **Tanabe S, Ishido K and Higuchi K (2014)**, "Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a retrospective comparison with conventional endoscopic resection in a single center.", Gastric Cancer. 17, p. 130.
5. **Japanese Research Society for Gastric cancer (1995)**, The general rules for gastric cancer study in surgery and pathology, Kanchara Shuppan- Tokyo.
6. **Inoue H, Endo M and Takeshita K (1992)**, "New technique of endoscopic esophageal mucosal resection using a cap-fitted panendoscope (EMRC)",

- Surg Endoscopy. 6(5), p. 264-5.
7. **Kakushima N and Fujishiro M (2008)**, "Endoscopic submucosal dissection for gastrointestinal neoplasms", World J Gastroenterol. 14(9), p. 2962-7
8. **Norio Fukami (2015)**, Endoscopic Submucosal Dissection_ Principles and Practice, Springer-Verlag New York

THỰC TRẠNG GIAO TIẾP CỦA ĐIỀU DƯỠNG, KỸ THUẬT VIÊN VỚI NGƯỜI BỆNH TẠI CÁC KHOA CẬN LÂM SÀNG

Lê Thị Hà Trang¹, Võ Thành Toàn¹,
Bùi Thị Tú Quyên², Võ Khánh Linh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng giao tiếp của điều dưỡng, kỹ thuật viên (ĐD-KTV) với người bệnh tại các khoa Huyết học, Hóa sinh, Chẩn đoán hình ảnh, Thăm dò chức năng và nội soi của Bệnh viện Thống Nhất năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** ĐD-KTV sử dụng từ ngữ xưng hô lịch sự, khoảng cách phù hợp và hướng dẫn cung cấp thông tin cho người bệnh được đánh giá là cao nhất. Tuy nhiên, việc giới thiệu tên, chức danh của ĐD-KTV chỉ thực hiện 5% và việc sử dụng câu giao tiếp có cụm từ "cảm ơn" ĐD-KTV chỉ đạt 48,5%. ĐD-KTV có kỹ năng giao tiếp nói chung đạt yêu cầu khoảng 80,4%. **Kết quả:** ĐD-KTV sử dụng từ ngữ xưng hô lịch sự, khoảng cách phù hợp và hướng dẫn cung cấp thông tin cho người bệnh được đánh giá là cao nhất. Tuy nhiên, việc giới thiệu tên, chức danh của ĐD-KTV chỉ thực hiện 5% và việc sử dụng câu giao tiếp có cụm từ "cảm ơn" ĐD-KTV chỉ đạt 48,5%. ĐD-KTV có kỹ năng giao tiếp nói chung đạt yêu cầu khoảng 80,4%. **Kết luận:** Thực trạng giao tiếp ĐD-KTV với người bệnh đạt chuẩn chung tương đối cao 80,4%, tuy nhiên việc tự giới thiệu tên, nói lời "cảm ơn" thực hiện rất thấp 5%.

Từ khóa: Điều dưỡng, kỹ thuật viên, khoa cận lâm sàng, giao tiếp ứng xử.

SUMMARY

THE STATUS OF COMMUNICATION OF NURSES, TECHNICIANS WITH PATIENTS AT POLICYAL DEPARTMENTS

Objectives: Communication between nurses and technicians in patient service is an indispensable indicator in evaluating hospital quality. The study was carried out to describe the current state of communication between nurses and technicians and patients at the Departments of Hematology, Biochemistry, Diagnostic Imaging, Functional Exploration, and Endoscopy of Thong Nhat Hospital.

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội

³Học sinh trường Episcopal, VA

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.8.2023

Method: The study was carried out from December 2021 to October 2022 with a cross-sectional descriptive study design, the researcher observed 138 communication sessions of 46 nurses and technicians in direct contact with patients at the hospital. Paraclinical departments use checklists. **Results:** The use of honorifics, appropriate spacing, and instructions to provide information to the patient is rated as the highest. However, according to the standards of the Ministry of Health, the general regulations for health workers regarding the introduction of names and titles are very low (only 5%) and the use of communication sentences with the polite phrase "thank you" by nurses and technicians is rarely used (only 48.5%). There 80.6% of nurses and technicians with satisfactory communication skills. **Conclusions:** The reality of communication between nurses, technicians and patients is relatively high 80.4%, but the self-introduction of names, saying "thank you" is very low 5%. **Keywords:** Nursing, technician, paraclinical department, communication, and behavior.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giao tiếp đóng vai trò quan trọng trong cuộc sống hằng ngày, bệnh viện là môi trường đặc biệt, khi người bệnh đến bệnh viện, điều dưỡng, kỹ thuật viên (ĐD, KTV) là người thường xuyên mà họ tiếp xúc [1]. Số liệu thống kê của Westbrook J và cộng sự tại một bệnh viện ở Úc cho thấy điều dưỡng dành khoảng 1/3 thời gian làm việc để giao tiếp với người bệnh [2]. Tại Việt Nam, theo số liệu thống kê của Đỗ Thị Ngọc và cộng sự năm 2012 cho thấy trung bình một ngày người bệnh nhận được sự tiếp xúc từ 15 -20 phút với bác sỹ, nhưng nhận được gấp 6 - 8 lần sự tiếp xúc với điều dưỡng (khoảng 2h - 2,5h) [3], đặc biệt là khối cận lâm sàng (CLS). ĐD, KTV khối CLS tiếp xúc với rất nhiều người bệnh trong một ngày vì vậy giao tiếp của hệ thống ĐD, KTV khối CLS cần được chú trọng hơn để hướng đến sự chuyên nghiệp.

Việc khảo sát đánh giá về giao tiếp của ĐD, KTV giúp cho bệnh viện có cơ sở để cải thiện giao tiếp ứng xử của ĐD, KTV với người bệnh, có cách đánh giá chính xác hơn qua đó khắc phục