

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: **3805/QĐ-BYT**

Hà Nội, ngày **25 tháng 9** năm 2014

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31/8/2012 của Chính Phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét Biên bản họp của Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa của Bộ Y tế,

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa”, gồm 98 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa” ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Căn cứ vào tài liệu hướng dẫn này và điều kiện cụ thể của đơn vị, Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa phù hợp để thực hiện tại đơn vị.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Thủ trưởng Y tế các Bộ, Ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để b/c);
- Các Thứ trưởng BHYT;
- BHXH Việt Nam (để phối hợp);
- Công thông tin điện tử BHYT;
- Website Cục KCB;
- Lưu VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Thị Xuyên

**DANH SÁCH HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
NỘI KHOA, CHUYÊN NGÀNH TIÊU HÓA**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 3805/QĐ-BYT ngày 15 tháng 9 năm 2014
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1	Cho ăn qua ống mở thông dạ dày hoặc hồng tràng (một lần)
2	Chọc dò dịch ổ bụng xét nghiệm
3	Chọc tháo dịch ổ bụng điều trị
4	Đặt ống thông dạ dày
5	Đặt ống thông tá tràng dưới hướng dẫn C-ARM
6	Đặt ống thông mũi mật
7	Đặt ống thông hậu môn
8	Đặt dẫn lưu đường mật, đặt stent đường mật qua da dưới hướng dẫn của siêu âm C- ARM
9	Đo áp lực ổ bụng gián tiếp qua ống thông dẫn lưu bàng quang
10	Đo PH thực quản 24 giờ
11	Đo vận động thực quản 24 giờ
12	Mở thông dạ dày bằng nội soi
13	Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng cấp cứu
14	Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng có dùng thuốc tiền mê
15	Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng qua đường mũi
16	Nội soi trực tràng ống mềm
17	Nội soi trực tràng ống mềm cấp cứu
18	Nội soi trực tràng ống cứng
19	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm không sinh thiết
20	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có dùng thuốc tiền mê
21	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có dùng thuốc gây mê
22	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có sinh thiết
23	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - Đặt stent đường mật - tụy
24	Nội soi can thiệp - tiêm xơ búi giãn tĩnh mạch thực quản
25	Nội soi can thiệp - thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su

26	Nội soi can thiệp - Nong thực quản bằng bóng
27	Nội soi can thiệp - cắt gấp bã thức ăn dạ dày
28	Nội soi can thiệp - sinh thiết niêm mạc ống tiêu hóa
29	Nội soi can thiệp - đặt dẫn lưu nang giả tụy vào dạ dày
30	Nội soi can thiệp - Đặt bóng điều trị béo phì
31	Nội soi can thiệp - tiêm cầm máu
32	Nội soi can thiệp - làm Clo test chẩn đoán nhiễm H.Pylori
33	Nội soi hậu môn ống cứng can thiệp - tiêm xơ búi trĩ
34	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - nong đường mật bằng bóng
35	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - lấy sỏi đường, giun đường mật
36	Nội soi can thiệp - cầm máu ống tiêu hóa bằng laser argon
37	Nội soi can thiệp - mở thông dạ dày
38	Nội soi ruột non bóng kép (Double Balloon Endoscopy)
39	Nội soi ruột non bóng đơn (Single Balloon Endoscopy)
40	Nội soi ruột non bằng viên nang (Capsule endoscopy)
41	Nội soi siêu âm can thiệp - chọc hút tế bào khối u gan, tụy, u ổ bụng bằng kim nhỏ
42	Nội soi can thiệp - đặt stent ống tiêu hóa
43	Nội soi mật tụy ngược dòng - (ERCP)
44	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - cắt cơ oddi
45	Nội soi can thiệp - kẹp Clip cầm máu
46	Nội soi can thiệp - cắt hớt niêm mạc ống tiêu hóa điều trị ung thư sớm
47	Nội soi can thiệp - nhuộm màu chẩn đoán ung thư sớm
48	Nội soi ổ bụng
49	Nội soi ổ bụng có sinh thiết
50	Nội soi can thiệp - gấp giun, dị vật ống tiêu hóa
51	Nội soi siêu âm đường tiêu hóa trên
52	Nội soi hậu môn ống cứng can thiệp - thắt trĩ bằng vòng cao su
53	Nội soi đại trực tràng toàn bộ can thiệp cấp cứu
54	Nội soi can thiệp - cắt 1 polyp ống tiêu hóa < 1cm
55	Nội soi can thiệp - cắt polyp ống tiêu hóa > 1cm hoặc nhiều polyp
56	Nội soi hậu môn ống cứng
57	Nội soi can thiệp - tiêm Histoacryl búi giãn tĩnh mạch phình vị
58	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng dải tần hẹp (NBI)
59	Nội soi đại trực tràng toàn bộ dải tần hẹp (NBI)
60	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng độ phân giải cao (HDTV)
61	Nội soi đại trực tràng toàn bộ độ phân giải cao (HDTV)
62	Nội soi siêu âm trực tràng

63	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng có sinh thiết
64	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng không sinh thiết
65	Nội soi đại tràng sigma không sinh thiết
66	Nội soi đại tràng sigma ổ có sinh thiết
67	Nội soi trực tràng ống mềm không sinh thiết
68	Nội soi trực tràng ống mềm có sinh thiết
69	Nội soi trực tràng ống cứng không sinh thiết
70	Nội soi trực tràng ống cứng có sinh thiết
71	Nội soi siêu âm dẫn lưu nang tụy
72	Rửa dạ dày cấp cứu
73	Siêu âm ổ bụng
74	Siêu âm DOPPLER mạch máu khối u gan
75	Siêu âm DOPPLER mạch máu hệ tĩnh mạch cửa hoặc mạch máu ổ bụng
76	Siêu âm can thiệp - Đặt ống thông dẫn lưu ổ áp xe
77	Siêu âm can thiệp - chọc hút nang gan
78	Siêu âm can thiệp - Chọc hút tế bào khối u gan, tụy, khối u ổ bụng bằng kim nhỏ
79	Siêu âm can thiệp - Chọc hút và tiêm thuốc điều trị nang gan
80	Siêu âm can thiệp - Đặt dẫn lưu đường mật, đặt stent đường mật qua da
81	Siêu âm can thiệp - Chọc dịch ổ bụng xét nghiệm
82	Siêu âm can thiệp - Đặt ống thông đường mật qua da để chụp đường mật có phối hợp dưới C-ARM
83	Siêu âm can thiệp - tiêm cồn tuyệt đối điều trị ung thư gan
84	Siêu âm can thiệp - chọc hút mũ ổ áp xe gan
85	Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu ổ áp xe gan
86	Siêu âm can thiệp - sinh thiết nhu mô gan, tổn thương u gan bằng súng Promag
87	Siêu âm can thiệp - sinh thiết hạch ổ bụng, u tụy
88	Siêu âm can thiệp - chọc hút nang giả tụy
89	Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu nang giả tụy
90	Siêu âm can thiệp - điều trị sóng cao tần khối ung thư gan bằng kimm chùm Leveen
91	Siêu âm can thiệp - điều trị sóng cao tần khối ung thư gan bằng kim đơn cực
92	Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu dịch màng bụng liên tục
93	Siêu âm can thiệp - chọc hút ổ áp xe trong ổ bụng
94	Test thở C14O2 tìm H.Pylori
95	Test nhanh tìm hồng cầu ẩn trong phân

96	Thụt thuốc qua đường hậu môn
97	Thụt tháo chuẩn bị sạch đại tràng
98	Thụt tháo phân

(Tổng số 98 quy trình kỹ thuật)

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Thị Xuyên

www.LuatVietnam.vn

BỘ Y TẾ

**HƯỚNG DẪN
QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI KHOA
CHUYÊN NGÀNH TIÊU HÓA**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3805/QĐ-BYT
ngày 25 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2016**

LỜI NÓI ĐẦU

Bộ Y tế đã xây dựng và ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện tập I (năm 1999), tập II (năm 2000) và tập III (năm 2005), các quy trình kỹ thuật đó là quy chuẩn về quy trình thực hiện các kỹ thuật trong khám, chữa bệnh.

Tuy nhiên, trong những năm gần đây khoa học công nghệ trên thế giới phát triển rất mạnh, trong đó có các kỹ thuật công nghệ phục vụ cho ngành y tế trong việc khám bệnh, điều trị, theo dõi và chăm sóc người bệnh. Nhiều kỹ thuật, phương pháp trong khám bệnh, chữa bệnh đã được cải tiến, phát minh, nhiều quy trình kỹ thuật chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh đã có những thay đổi về mặt nhận thức cũng như về mặt kỹ thuật.

Nhằm cập nhật, bổ sung và chuẩn hóa các tiến bộ mới về số lượng và chất lượng kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, Bộ trưởng Bộ Y tế đã thành lập Ban Chỉ đạo xây dựng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh do Lãnh đạo Bộ Y tế làm Trưởng ban. Trên cơ sở đó Bộ Y tế có các Quyết định thành lập các Hội đồng biên soạn Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật trong khám, chữa bệnh theo các chuyên khoa, chuyên ngành mà Chủ tịch Hội đồng là Giám đốc các Bệnh viện chuyên khoa, đa khoa hoặc các chuyên gia hàng đầu của Việt Nam. Các Hội đồng phân công các Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ, Bác sĩ chuyên khoa theo chuyên khoa sâu biên soạn các nhóm Hướng dẫn quy trình kỹ thuật. Mỗi Hướng dẫn quy trình kỹ thuật đều được tham khảo các tài liệu trong nước, nước ngoài và chia sẻ kinh nghiệm của các đồng nghiệp thuộc chuyên khoa, chuyên ngành. Việc hoàn chỉnh mỗi Hướng dẫn quy trình kỹ thuật cũng tuân theo quy trình chặt chẽ bởi các Hội đồng khoa học cấp bệnh viện và các Hội đồng nghiệm thu của chuyên khoa đó do Bộ Y tế thành lập. Mỗi Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh đảm bảo được nguyên tắc ngắn gọn, đầy đủ, khoa học và theo một thể thức thống nhất.

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh là tài liệu hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật, là cơ sở pháp lý để thực hiện tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong toàn quốc được phép thực hiện kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh đồng thời cũng là cơ sở để xây dựng giá dịch vụ kỹ thuật, phân loại phẫu thuật, thủ thuật và những nội dung liên quan khác. Do số lượng danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh rất lớn mà mỗi Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám, chữa bệnh từ khi biên soạn đến khi Quyết định ban hành chứa đựng nhiều yếu tố, điều kiện nghiêm ngặt nên trong một thời gian ngắn không thể xây dựng, biên soạn và ban hành đầy đủ các Hướng dẫn quy trình thuật. Bộ Y tế sẽ Quyết định ban hành những Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh cơ bản, phổ biến theo từng chuyên khoa, chuyên ngành và tiếp tục ban hành bổ sung những quy trình kỹ thuật đối với mỗi chuyên khoa, chuyên ngành nhằm đảm bảo sự đầy đủ theo Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh.

Để giúp hoàn thành các Hướng dẫn quy trình kỹ thuật này, Bộ Y tế trân trọng cảm ơn, biểu dương và ghi nhận sự nỗ lực tổ chức, thực hiện của Lãnh đạo, Chuyên viên Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, sự đóng góp của Lãnh đạo các Bệnh viện, các Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ, Bác sĩ chuyên khoa, chuyên ngành là tác giả hoặc là thành viên của các Hội đồng biên soạn, Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh và các nhà chuyên môn đã tham gia góp ý cho tài liệu.

Trong quá trình biên tập, in ấn tài liệu khó có thể tránh được các sai sót, Bộ Y tế mong nhận được sự góp ý gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế 138A - Giảng Võ - Ba Đình - Hà Nội./.

Thứ trưởng Bộ Y tế
Trưởng Ban chỉ đạo
PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên

BAN CHỈ ĐẠO

Trưởng Ban chỉ đạo:

PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên, Thứ trưởng Bộ Y tế

Phó Trưởng Ban chỉ đạo:

PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh

TS. Nguyễn Huy Quang, Vụ trưởng Vụ Pháp chế

Các ủy viên:

PGS.TS. Phạm Vũ Khánh, Cục trưởng Cục Y dược cổ truyền

TS. Nguyễn Hoàng Long, Nguyên Phó Vụ trưởng Vụ Kế hoạch- Tài chính

TS. Trần Văn Tiến, Nguyên Phó Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm Y tế

PGS.TS. Lưu Thị Hồng, Nguyên Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em

TS. Trần Quý Tường, Nguyên Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh

ThS. Nguyễn Trọng Khoa, Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh

PGS.TS. Nguyễn Tiến Quyết, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

PGS. TS. Nguyễn Quốc Anh, Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai

PGS.TS. Nguyễn Trường Sơn, Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy

GS.TS. Bùi Đức Phú, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế

GS.TS. Nguyễn Thanh Liêm, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Nhi Trung ương

GS.TS. Lê Năm, Nguyên Giám đốc Viện Bỏng Lê Hữu Trác

PGS. TS. Đinh Ngọc Sỹ, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung Ương

PGS. TS. Đỗ Như Hân, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Mắt Trung Ương

PGS. TS. Bùi Diệu, Nguyên Giám đốc Bệnh viện K

GS.TS. Nguyễn Việt Tiến, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương

GS.TS. Trịnh Đình Hải, Giám đốc Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ, Hà Nội

PGS.TS. Võ Thanh Quang, Giám đốc Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

GS.TS. Trần Hậu Khang, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Da liễu Trung ương

GS.TS. Nguyễn Anh Trí, Viện trưởng Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

PGS.TS. Nghiêm Hữu Thành, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Châm cứu TƯ

PGS.TS. Trần Quốc Bình, Giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

TS. Nguyễn Văn Tiến, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Nội Tiết Trung ương

Tổ thư ký:

ThS. Nguyễn Đức Tiến, Trưởng Phòng nghiệp vụ Y và dược bệnh viện, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

BS. Nguyễn Ngọc Khang, Nguyên Phó Trưởng Phòng phụ trách phòng Pháp chế Thanh tra, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

ThS. Lê Tuấn Đồng, Trưởng Phòng Phục hồi chức năng và Giám định, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

ThS. Phạm Thị Kim Cúc, Chuyên viên chính Phòng nghiệp vụ Y và dược bệnh viện, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

ThS. Trần Thị Hồng Hải, Chuyên viên chính Vụ Bảo hiểm y tế.

Chủ biên:

GS. TS. Ngô Quý Châu, Phó Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai

Ban thư ký:

ThS. Nguyễn Đức Tiến, Trưởng phòng Nghiệp vụ Y và dược bệnh viện, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh

ThS. Nguyễn Thị Hương Giang, Phó trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Bệnh viện Bạch Mai

ThS. Phạm Thị Kim Cúc, Chuyên viên chính phòng Nghiệp vụ Y và dược bệnh viện, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh

BAN BIÊN SOẠN

Hội đồng biên soạn, Hội đồng nghiệm thu

GS.TS. Ngô Quý Châu, Phó Giám đốc Bệnh viện, Giám đốc Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai;

PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh ;

GS. TS. Phạm Thắng, Giám đốc Bệnh viện Lão Khoa ;

GS.TS. Đỗ Doãn Lợi, Phó Giám đốc Bệnh viện, Viện Trưởng Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch Mai;

ThS. Nguyễn Trọng Khoa, Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh;

Chuyên ngành Tiêu hóa:

PGS.TS. Đào Văn Long, Trưởng khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai;

PGS.TS. Hoàng Trọng Thăng, Phó Trưởng khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện ĐKTTW Huế;

TS. Quách Trọng Đức, Giảng viên Bộ môn Nội, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh;

Tổ thư ký:

ThS. Nguyễn Đức Tiến, Trưởng phòng Nghiệp vụ Y và dược bệnh viện, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh;

ThS. Phạm Thị Kim Cúc, Chuyên viên chính Phòng Nghiệp vụ Y và dược bệnh viện, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh;

TS. Nguyễn Công Long, Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai;

ThS. Bùi Hải Bình, Khoa Xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai;

TS. Võ Hồng Khôi, Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai;

ThS. Nguyễn Ngọc Quang, Bộ môn Tim Mạch, Trường Đại học Y Hà Nội;

Tham gia biên soạn

GS.TS. Ngô Quý Châu, Phó Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai - Trưởng chuyên ngành Hô hấp;

PGS.TS. Đinh Thị Kim Dung, Nguyên Trưởng khoa Thận tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai - Trưởng chuyên ngành Thận tiết niệu;

PGS. TS. Đào Văn Long, Trưởng khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai - Trưởng chuyên ngành Tiêu hóa;

PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyên Trưởng khoa Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai - Trưởng chuyên ngành Cơ Xương Khớp;

GS. TS. Lê Văn Thịnh, Trưởng khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, Phó trưởng Bộ môn Thần kinh Trường Đại học Y Hà Nội - Trưởng chuyên ngành Thần kinh;

GS.TS. Nguyễn Lâm Việt, Nguyên Viện Trưởng Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch Mai, Phó Chủ tịch Hội Tim Mạch VN - Phó Trưởng Tiểu ban, Trưởng chuyên ngành Tim Mạch;

PGS.TS. Nguyễn Thị Vân Hồng, Phó Trưởng khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai;

PGS.TS. Trần Văn Huy, Trưởng phân môn Tiêu hóa, Trường Đại học Y Dược Huế;

PGS.TS. Nguyễn Thúy Vinh, Phó Giám đốc Bệnh viện E;

PGS.TS. Bùi Hữu Hoàng, Trưởng phân môn Tiêu Hóa, Đại học YD TP HCM;

TS. Lê Thành Lý, Trưởng khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy;

TS. Vũ Trường Khanh, Phó Trưởng khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai;

Tổ thư ký

ThS. Nguyễn Đức Tiến, Trưởng phòng Nghiệp vụ Y và dược bệnh viện, Cục Quản lý khám chữa bệnh;

ThS. Phạm Thị Kim Cúc, Chuyên viên chính phòng Nghiệp vụ Y và dược bệnh viện, Cục Quản lý khám chữa bệnh;

BS. Nguyễn Công Long, Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai;

MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
Cho ăn qua ống mở thông dạ dày hoặc hồng tràng (một lần)	13
Chọc dò dịch ổ bụng xét nghiệm	15
Chọc tháo dịch ổ bụng điều trị	18
Đặt ống thông dạ dày	21
Đặt ống thông tá tràng dưới hướng dẫn C-ARM	24
Đặt ống thông mũi mật	26
Đặt ống thông hậu môn	28
Đặt dẫn lưu đường mật, đặt stent đường mật qua da dưới hướng dẫn của siêu âm C- ARM	30
Đo áp lực ổ bụng gián tiếp qua ống thông dẫn lưu bàng quang	33
Đo PH thực quản 24 giờ	36
Đo vận động thực quản 24 giờ	38
Mở thông dạ dày bằng nội soi	40
Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng cấp cứu	43
Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng có dùng thuốc tiền mê	46
Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng qua đường mũi	50
Nội soi trực tràng ống mềm	53
Nội soi trực tràng ống mềm cấp cứu	55
Nội soi trực tràng ống cứng	57
Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm không sinh thiết	59
Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có dùng thuốc tiền mê	63
Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có dùng thuốc gây mê	68
Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có sinh thiết	73
Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - Đặt stent đường mật - tụy	77
Nội soi can thiệp - tiêm xơ búi giãn tĩnh mạch thực quản	82
Nội soi can thiệp - thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su	85
Nội soi can thiệp - Nong thực quản bằng bóng	87
Nội soi can thiệp - cắt gấp bã thức ăn dạ dày	90
Nội soi can thiệp - sinh thiết niêm mạc ống tiêu hóa	92
Nội soi can thiệp - đặt dẫn lưu nang giả tụy vào dạ dày	94
Nội soi can thiệp - Đặt bóng điều trị béo phì	97
Nội soi can thiệp - tiêm cầm máu	100
Nội soi can thiệp - làm Clo test chẩn đoán nhiễm H.Pylori	103

Nội soi hậu môn ống cứng can thiệp - tiêm xơ búi trĩ	105
Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - nong đường mật bằng bóng	107
Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - lấy sỏi, giun đường mật	111
Nội soi can thiệp - cầm máu ống tiêu hóa bằng laser argon	115
Nội soi can thiệp - mở thông dạ dày	118
Nội soi ruột non bóng kép (Double Baloon Endoscopy)	121
Nội soi ruột non bóng đơn (Single Baloon Endoscopy)	125
Nội soi ruột non bằng viên nang (Capsule endoscopy)	129
Nội soi siêu âm can thiệp - chọc hút tế bào khối u gan, tụy, u ổ bụng bằng kim nhỏ	131
Nội soi can thiệp - đặt stent ống tiêu hóa	134
Nội soi mật tụy ngược dòng - (ERCP)	137
Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - cắt cơ oddi	141
Nội soi can thiệp - kẹp Clip cầm máu	145
Nội soi can thiệp - cắt hớt niêm mạc ống tiêu hóa điều trị ung thư sớm	147
Nội soi can thiệp - nhuộm màu chẩn đoán ung thư sớm	150
Nội soi ổ bụng	154
Nội soi ổ bụng có sinh thiết	161
Nội soi can thiệp - gấp giun, dị vật ống tiêu hóa	167
Nội soi siêu âm đường tiêu hóa trên	169
Nội soi hậu môn ống cứng can thiệp - thắt trĩ bằng vòng cao su	172
Nội soi đại trực tràng toàn bộ can thiệp cấp cứu	174
Nội soi can thiệp - cắt 1 polyp ống tiêu hóa < 1cm	178
Nội soi can thiệp - cắt polyp ống tiêu hóa > 1cm hoặc nhiều polyp	182
Nội soi hậu môn ống cứng	186
Nội soi can thiệp - tiêm Histoacryl búi giãn tĩnh mạch phình vị	188
Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng dải tần hẹp (NBI)	191
Nội soi đại trực tràng toàn bộ dải tần hẹp (NBI)	195
Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng độ phân giải cao (HDTV)	198
Nội soi đại trực tràng toàn bộ độ phân giải cao (HDTV)	201
Nội soi siêu âm trực tràng	204
Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng có sinh thiết	206
Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng không sinh thiết	209
Nội soi đại tràng sigma không sinh thiết	212
Nội soi đại tràng sigma ổ có sinh thiết	215
Nội soi trực tràng ống mềm không sinh thiết	217

Nội soi trực tràng ống mềm có sinh thiết	219
Nội soi trực tràng ống cứng không sinh thiết	221
Nội soi trực tràng ống cứng có sinh thiết	223
Nội soi siêu âm dẫn lưu nang tụy	225
Rửa dạ dày cấp cứu	228
Siêu âm ổ bụng	231
Siêu âm DOPPLER mạch máu khối u gan	233
Siêu âm DOPPLER mạch máu hệ tĩnh mạch cửa hoặc mạch máu ổ bụng	235
Siêu âm can thiệp - Đặt ống thông dẫn lưu ổ áp xe	237
Siêu âm can thiệp - chọc hút nang gan	239
Siêu âm can thiệp - Chọc hút tế bào khối u gan, tụy, khối u ổ bụng bằng kim nhỏ	242
Siêu âm can thiệp - Chọc hút và tiêm thuốc điều trị nang gan	245
Siêu âm can thiệp - Đặt dẫn lưu đường mật, đặt stent đường mật qua da	248
Siêu âm can thiệp - Chọc dịch ổ bụng xét nghiệm	251
Siêu âm can thiệp - Đặt ống thông đường mật qua da để chụp đường mật có phối hợp dưới C-ARM	253
Siêu âm can thiệp - tiêm cồn tuyệt đối điều trị ung thư gan	256
Siêu âm can thiệp - chọc hút mũ ổ áp xe gan	259
Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu ổ áp xe gan	262
Siêu âm can thiệp - sinh thiết nhu mô gan, tổn thương u gan bằng súng Promag	265
Siêu âm can thiệp - sinh thiết hạch ổ bụng, u tụy	267
Siêu âm can thiệp - chọc hút nang giả tụy	269
Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu nang giả tụy	271
Siêu âm can thiệp - điều trị sóng cao tần khối ung thư gan bằng kim chùm Leveen	274
Siêu âm can thiệp - điều trị sóng cao tần khối ung thư gan bằng kim đơn cực	277
Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu dịch màng bụng liên tục	280
Siêu âm can thiệp - chọc hút ổ áp xe trong ổ bụng	283
Test thở C ₁₄ O ₂ tìm H.Pylori	285
Test nhanh tìm hồng cầu ẩn trong phân	287
Thụt thuốc qua đường hậu môn	289
Thụt tháo chuẩn bị sạch đại tràng	291
Thụt tháo phân	294

CHO ĂN QUA ỐNG MỞ THÔNG DẠ DÀY HOẶC HỒNG TRÀNG (MỘT LẦN)

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

Đưa thức ăn qua ống mở thông dạ dày hoặc hồng tràng cho người bệnh không tự nuốt được.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không thể tự mình nhai nuốt được phải mở thông dạ dày hoặc hồng tràng để cho ăn (người bệnh tai biến mạch máu não, chấn thương đầu mặt cổ, tắc nghẽn cơ học đường tiêu hóa trên như ung thư thực quản, ung thư vùng hầu họng, miệng...)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp thành trước dạ dày không áp sát vào thành bụng: cổ trướng mức độ vừa và nặng, gan to đặc biệt là gan trái, lách to, người bệnh đã cắt dạ dày.
- Các bệnh lý thâm nhiễm dạ dày.
- Tắc ruột (trừ trường hợp mở dạ dày ra da để giải áp), bán tắc ruột, hẹp khí môn vị.
- Tiêu chảy sau viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng.
- Người bệnh thâm phân phúc mạc, bệnh lý dạ dày do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Thức ăn lỏng được pha chế sẵn: sữa ensure, cháo lỏng...
- Quang truyền dịch và ống dẫn dịch.
- Túi hoặc bình đựng thức ăn.
- Bơm tiêm cho ăn 50ml.

3. Người bệnh

Trước khi cho ăn, thông báo cho người bệnh nếu người bệnh tỉnh táo, nếu người bệnh không tỉnh thì thông báo cho người nhà người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

– Kiểm tra xem ống mở thông dạ dày còn ở đúng vị trí trong dạ dày hay không (bơm khí và nghe vùng thượng vị hoặc dùng bơm hút thử thấy ra dịch vị).

– Nồi tút đựng thức ăn lỏng với ống thông, điều chỉnh giọt sao cho phù hợp với lượng calo.

– Thời gian mỗi lần cho ăn cách nhau khoảng 3 - 6 tiếng. Sau mỗi lần cho ăn, bơm nước sôi để nguội hoặc nước vô khuẩn rửa ống thông. Chú ý khi bơm nước và thức ăn vào dạ dày tránh đưa không khí vào dạ dày.

– Bắt đầu nuôi ăn từ 8-24 giờ sau thủ thuật. Số lượng dịch nuôi ăn bắt đầu với 40ml/4giờ, sau đó tăng dần 25ml/ mỗi 12 giờ để đạt 250ml/4 giờ.

– Ống nuôi ăn có thể sử dụng từ 6-12 tháng, nếu có chỉ định tiếp tục nuôi ăn thì thay ống nuôi ăn mới.

– Liều lượng calo cần thiết tùy theo từng bệnh lý:

Tiêu hóa bình thường: 30 - 50 calo/kg

Ngày đầu: 1000 - 1400 calo. Ngày thứ hai: 2000 - 2500 calo.

Nhiễm khuẩn: 50 calo/kg

Cắt đoạn ruột lớn: ngày đầu 250 calo, chủ yếu là glucid, tăng dần mỗi ngày 250 calo.

VI. THEO DÕI

– Tình trạng tiêu hóa: ỉa chảy (hay gặp nhất), nôn.

– Cân nặng, ure máu, ure niệu, protid máu, công thức máu...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Ỉa chảy: giảm bớt chế độ ăn, giảm bớt tốc độ truyền dịch, kiểm tra tình trạng ô nhiễm môi trường, kiểm tra các thao tác của điều dưỡng.

– Nôn: đôi khi xảy ra do ăn quá nhanh, quá nhiều trong một lần do chỉ định không đúng: để người bệnh nằm đầu nghiêng hoặc tư thế an toàn. Hút dịch ở họng và phế quản.

– Sụt cân, tăng cân: điều chỉnh lượng thức ăn.

– Viêm phổi hít: do bơm quá nhiều trong mỗi lần, hoặc do hiện tượng không dung nạp ống nuôi ăn. Xử trí bằng cách giảm lượng dịch bơm nuôi ăn cho mỗi lần bơm, nằm đầu cao khi bơm qua ống cho đến 1 giờ sau bơm thức ăn.

CHỌC DÒ DỊCH Ổ BỤNG XÉT NGHIỆM

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dò dịch ổ bụng xét nghiệm là thủ thuật đưa kim qua thành bụng vào khoang ổ bụng để hút dịch làm xét nghiệm.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp có dịch ổ bụng cần lấy dịch làm xét nghiệm tế bào, vi khuẩn, hóa sinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cổ trướng khu trú: nên chọc dịch dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Thận trọng khi lách quá to.
- Có rối loạn đông máu và cầm máu.
- Bụng trướng nhiều hơi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ, 01 điều dưỡng phụ.

Bác sĩ rửa tay, đi găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

- Dụng cụ chọc dò:
- + Kim chọc dài 5 - 6 cm, đường kính 10/10 cm.
- + Bơm tiêm 10 hoặc 20ml, vô khuẩn.
- + Thuốc sát khuẩn, cồn 70°, cồn Iốt hoặc Betadin, kẹp, bông, gạc, băng dính.
- + Khăn mổ có lỗ đã tiệt khuẩn, găng, một tấm nilon.
- + 3 ống nghiệm có dán sẵn, giấy xét nghiệm.
- + Thuốc gây tê xylocain.
- + Thuốc cấp cứu.
- + khay men hình chữ nhật để đựng dụng cụ và một khay quả đậu.

3. Người bệnh

- Được giải thích trước về kỹ thuật.
- Chuẩn bị chọc ở buồng riêng (phòng tiểu phẫu thuật) để đảm bảo vô khuẩn cho người bệnh. Nếu không có buồng riêng, có thể tiến hành ngay tại giường bệnh, nhưng phải có bình phong che bên ngoài.

- Chuẩn bị giường: trải nilon lên giường, che bình phong.
- Để người bệnh nằm ngửa, đầu cao, bên chọc sát bờ giường.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra tên, tuổi người bệnh, các xét nghiệm đông máu, cầm máu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước khi chọc

- Khám lại người bệnh để xác định mức độ cổ trướng, đo mạch và huyết áp.
- Vén áo và kéo cạp quần xuống để lộ bụng.
- Sát khuẩn vùng chọc: vạch một đường nổi rốn với gai chậu trước trên, chia đường này thành ba phần, sát khuẩn kỹ điểm nổi 1/3 ngoài và giữa, thường chọc ở bên trái để tránh chọc vào góc hồi manh tràng. Đôi khi chọc ở vị trí khác theo vị trí và lượng dịch.
- Sát khuẩn tay bằng cồn và đi găng vô khuẩn.
- Gây tê vùng chọc.

2. Trong khi chọc

- Chọc kim vuông góc với thành bụng, đi từ nông đến sâu cho đến khi hút ra dịch.
- Hút vào bơm và bơm vào 3 ống để xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn và sinh hóa).
- Theo dõi sắc mặt của người bệnh.

3. Sau khi chọc

- Thầy thuốc rút kim, cần đảm bảo vô khuẩn, sát khuẩn da bụng.
- Dùng gạc vô khuẩn băng lại.
- Nhanh chóng gửi xét nghiệm.
- Đo lại mạch, huyết áp và ghi nhận xét về tình trạng người bệnh, tính chất dịch (số lượng, màu sắc) các xét nghiệm cho làm.

VI. THEO DÕI

- Sắc mặt
- Mạch, huyết áp.
- Tình trạng thành bụng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Quai ruột bít vào đầu kim. Lúc đầu dịch chảy nhanh sau đó chảy yếu dần và ngừng chảy, thay đổi tư thế người bệnh, đổi hướng kim cho đến khi dịch chảy ra tiếp.

- Chọc vào ruột: ít khi gặp. Nếu chọc vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bắn, bác sĩ phải rút kim ra ngay, băng kín. Theo dõi tình trạng đau, nhiệt độ và phản ứng thành bụng. Hội chẩn chuyên khoa ngoại.
- Chọc vào mạch máu: ít gặp, nếu gặp phải rút kim ra ngay.
- Nhiễm khuẩn thứ phát chọc do công tác vô khuẩn không tốt. Theo dõi, mạch, nhiệt độ, huyết áp trạng thái đau thành bụng, nếu cần thiết phải cho kháng sinh, hội chẩn khoa ngoại.
- Chọc nhầm vào tạng hoạt khối u trong bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện (2001): 295-298

CHỌC THÁO DỊCH Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc tháo dịch ổ bụng điều trị là thủ thuật đưa kim qua thành bụng vào khoang ổ bụng để hút dịch ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dịch ổ bụng quá nhiều làm cho người bệnh khó thở.
- Dịch nhiều chèn ép lên các tạng làm người bệnh khó chịu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tiền hôn mê gan: chống chỉ định tương đối.
- Tình trạng tụt huyết áp.
- Có rối loạn đông máu và cầm máu.
- Bụng trướng nhiều hơi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng phụ.
- Bác sĩ rửa tay, đi găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

- Dụng cụ chọc dò:
- + Kim chọc dài 5 - 6 cm, đường kính 10/10 cm.
- + Bơm tiêm 10 hoặc 20ml vô khuẩn, ống dẫn dài 1m để nối vào kim.
- + Thuốc sát khuẩn, cồn 70°, cồn Iốt hoặc Betadin, kẹp, bông, gạc, băng dính.
- + Khăn mổ có lỗ đã tiệt khuẩn, găng, một tấm nilon.
- + Xô chia vạch để đựng dịch.
- + Thuốc gây tê xylocain.
- + Thuốc cấp cứu.
- + khay men hình chữ nhật để đựng dụng cụ và một khay quả đậu.

3. Người bệnh

- Được giải thích trước về kỹ thuật.

- Bảo người bệnh đi vệ sinh trước khi tiến hành thủ thuật.
- Chuẩn bị chọc ở buồng riêng (phòng tiểu phẫu thuật) để đảm bảo vô khuẩn cho người bệnh. Nếu không có buồng riêng, có thể tiến hành ngay tại giường bệnh, nhưng phải có bình phong che bên ngoài.
- Chuẩn bị giường: trải nilon lên giường, che bình phong.
- Để người bệnh nằm ngửa, đầu cao, bên chọc sát bờ giường.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra tên, tuổi người bệnh, các xét nghiệm đông máu, cầm máu.

Sau khi chọc bác sĩ ghi vào bệnh án số lượng dịch lấy ra, tính chất dịch, tình trạng người bệnh, mạch, huyết áp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước khi chọc

- Khám lại người bệnh để xác định mức độ cổ trướng, đo mạch và huyết áp.
- Vén áo và kéo cạp quần xuống để lộ bụng.
- Sát khuẩn vùng chọc: vạch một đường nổi rốn với gai chậu trước trên, chia đường này thành ba phần, sát khuẩn điểm nổi 1/3 ngoài và giữa, thường chọc ở bên trái để tránh chọc vào góc hồi manh tràng. Đôi khi chọc ở vị trí khác theo vị trí và lượng dịch.
- Sát khuẩn tay bằng cồn và đi găng vô khuẩn.
- Gây tê vùng chọc.

2. Trong khi chọc

- Chọc kim vuông góc với thành bụng, đi từ nông đến sâu cho đến khi hút ra dịch.
- Nối ống dẫn vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào xô.
- Băng phủ kín đầu kim và lấy băng dính cố định đầu kim.
- Theo dõi sắc mặt của người bệnh.

3. Sau khi chọc

- Thầy thuốc rút kim, cần đảm bảo vô khuẩn, sát khuẩn da bụng.
- Dùng gạc vô khuẩn băng lại.
- Đo lại mạch, huyết áp và ghi nhận xét về tình trạng người bệnh, tính chất dịch (số lượng, màu sắc).

VI. THEO DÕI

- Sắc mặt.
- Mạch, huyết áp.
- Số lượng và tính chất dịch.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Quai ruột bít vào đầu kim. Lúc đầu dịch chảy nhanh sau đó chảy yếu dần và ngừng chảy, thay đổi tư thế người bệnh, đổi hướng kim cho đến khi dịch chảy ra tiếp.

– Choáng do lấy dịch ra quá nhiều và nhanh gây giảm áp lực đột ngột biểu hiện: mạch nhanh, huyết áp tụt, choáng váng. Phải ngừng chọc, truyền dịch, chống sốc. Tốc độ dịch chảy ra khoảng 2l trong 30-40 phút.

– Chọc vào ruột: ít khi gặp. Nếu chọc vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bắn, bác sĩ phải rút kim ra ngay, băng kín. Theo dõi tình trạng đau, nhiệt độ và phản ứng thành bụng. Hội chẩn chuyên khoa ngoại.

– Chọc vào mạch máu: ít gặp, nếu gặp phải rút kim ra ngay.

– Nhiễm khuẩn thứ phát chọc do công tác vô khuẩn không tốt. Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, mức độ đau, thành bụng, nếu cần thiết phải cho kháng sinh, hội chẩn khoa ngoại.

– Chọc nhầm vào tạng hoặc khối u trong bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện (2001): 295-298

ĐẶT ỚNG THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

Đặt ống thông dạ dày là kỹ thuật đưa ống thông qua đường miệng hoặc đường mũi vào dạ dày người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Để nuôi dưỡng: đối với những người bệnh hôn mê, co giật, trẻ đẻ non (phản xạ mút, nuốt kém), dị dạng đường tiêu hóa nặng hoặc ăn bằng đường miệng có nguy cơ suy hô hấp hoặc ngạt.
2. Để rửa dạ dày: trong trường hợp ngộ độc cấp hoặc chảy máu.
3. Để dẫn lưu dịch dạ dày, giúp giảm áp lực trong ống tiêu hóa: trong các trường hợp tắc ruột, liệt ruột cơ năng (viêm tụy cấp...) hoặc sau phẫu thuật đường tiêu hóa.
4. Theo dõi tình trạng chảy máu dạ dày, sự tái phát của chảy máu dạ dày.
5. Lấy dịch dạ dày làm xét nghiệm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tồn thương ở thực quản: u, rò, bông thực quản dạ dày do axit hoặc kiềm mạnh, teo thực quản.
- Nghi thủng dạ dày.
- Áp xe thành họng.
- Tồn thương vùng hàm mặt.
- Bệnh ở thực quản: co thắt, chít hẹp, phình tĩnh mạch, động mạch thực quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Một điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Ống Faucher cỡ to 14-22 (đường kính trong từ 6-10mm).
- Găng tay sạch: 2 đôi.
- Dầu nhờn: K - Y hoặc parafin.
- Gạc vô trùng.
- Băng dính.

- Túi dẫn lưu ống thông dạ dày.
- Ống nghe. Bộ đo huyết áp.
- Bơm tiêm 50 ml, máy hút (nếu có).
- Ống nghiệm, giá đựng ống nghiệm, giấy xét nghiệm (nếu có).
- Hộp thuốc chống sốc.
- Bát kê.

3. Người bệnh

- Động viên, giải thích cho người bệnh thủ thuật sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác. Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà.
- Tháo răng giả (nếu có).
- Nếu hôn mê có nguy cơ sặc: đặt nội khí quản có bóng chèn, bơm căng bóng.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm nửa ngồi (người bệnh tỉnh) hoặc nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái (người bệnh hôn mê).
- Đo độ dài của ống thông (đo từ cánh mũi tới dải tai vòng xuống mũi ức, khoảng 45- 50 cm là ngang phần đáy dạ dày hoặc từ răng cho đến rốn).
- Bôi trơn đầu ống thông (khoảng 5 cm, không để dầu đọng trong ống làm người bệnh sặc).
- Bảo người bệnh há miệng hoặc dùng dụng cụ mở miệng hoặc canun Guedel (người bệnh không tỉnh), luồn ống thông qua miệng. Nếu khó khăn có thể luồn qua mũi theo đường đi của lỗ mũi.
- Nhẹ nhàng đưa ống vào miệng, sát má, tránh vom họng và lưỡi gà, động viên người bệnh nuốt mặc dầu rất khó chịu, trong khi đó người điều dưỡng từ từ đẩy ống và đến khi vạch đánh dấu chạm tới cung răng thì dừng lại. Nếu người bệnh có sặc, ho dữ dội, tái mặt, tím môi thì rút ra và đưa lại.
- Kiểm tra xem ống thông đã vào đúng dạ dày chưa bằng ba cách: bơm khí khoảng 30 ml và nghe vùng thượng vị thấy tiếng sục của khí qua nước hoặc dùng bơm tiêm hút dịch vị hoặc nhúng đầu ngoài của ống thông vào cốc nước sạch không thấy sủi khí.
- Cố định ống thông dạ dày bằng băng dính.
- Lắp túi dẫn lưu vào đầu ống thông dạ dày.

– Ghi hồ sơ bệnh án: loại ống thông, kích cỡ, sự hợp tác của người bệnh trong quá trình làm thủ thuật và phương pháp kiểm tra vị trí của ống thông.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
- Phản xạ ho sặc tránh hít phải dịch.
- Trường hợp lưu ống thông, thì sau 3 – 7 ngày (tùy điều kiện) thay ống thông và đổi lỗ mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: máy hút, đặt nội khí quản.
- Nhịp tim chậm, ngất do kích thích dây X: hồi sức cấp cứu.
- Đặt nhầm vào khí quản: khi thấy người bệnh ho, sặc, tím môi phải rút ống thông ngay.
- Tổn thương vùng mặt.

ĐẶT ống THÔNG tá TRÀNG DƯỚI HƯỚNG DẪN C-ARM

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống thông tá tràng là đưa ống thông qua mũi hoặc miệng xuống tá tràng nhằm mục đích lấy bệnh phẩm, điều trị hoặc là một phần của các thủ thuật khác. Đây là một thủ thuật đơn giản nhưng đòi hỏi sự khéo léo của người làm thủ thuật, thường được thực hiện dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang tăng sáng (C-ARM).

II. CHỈ ĐỊNH

- Lấy bệnh phẩm là dịch mật hoặc dịch tụy.
- Bơm thuốc tẩy giun vào tá tràng.
- Cho ăn qua ống thông tá tràng.
- Bơm nước trong chụp MSCT ruột non.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hẹp môn vị.
- Loét hành tá tràng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Máy C-ARM.
- Ống thông tá tràng (đầu ống thông có vạch cân quang).

3. Người bệnh

Nhịn ăn 4 - 6 giờ trước khi làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ quá trình thực hiện thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

- Đặt ống thông qua mũi hoặc miệng xuống dạ dày.
- Quan sát dưới màn huỳnh quang tăng sáng xem đầu ống thông xuống hang vị (nếu chưa xuống hang vị có thể cho người bệnh đứng dậy đi lại một lúc sau đó kiểm tra lại).

- Luôn ống thông qua lỗ môn vị xuống tá tràng.
- Xác định vị trí đặt ống thông qua màn huỳnh quang tăng sáng.
- Cố định ống thông trên da.

VI. THEO DÕI

Tùy mục đích đặt ống thông có rút ống thông sau khi thực hiện các thủ thuật khác hoặc lưu ống thông trong trường hợp theo dõi hoặc cho ăn qua ống thông.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đặt ống thông nhầm vào khí quản.
- Chảy máu (thường trên nền niêm mạc ống tiêu hóa có tổn thương trước như loét hoặc ung thư).

ĐẶT ỚNG THÔNG MŨI MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống thông mật mũi là kỹ thuật dẫn lưu đường mật tụy để giải quyết tạm thời tình trạng tắc ống mật tụy, hoặc theo dõi tình trạng chảy máu đường mật. Kỹ thuật này phải được thực hiện qua chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi – ERCP.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định đặt dẫn lưu mật mũi

- Tắc mật do sỏi đường mật, người bệnh trong tình trạng nặng chưa thể mổ hoặc lấy sỏi mật qua ERCP ngay được.
- Sau lấy sỏi mật qua ERCP nhưng chưa lấy hết (sỏi to và khó lấy).
- Các trường hợp cần theo dõi dịch mật.
- Các trường hợp cần bơm rửa đường mật hoặc cần chụp đường mật lại sau đó.

2. Chống chỉ định

Người bệnh có chống chỉ định ERCP.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ có chuyên môn nội soi, sử dụng kỹ thuật ERCP thành thạo.
- 02 điều dưỡng phụ nội soi.

2. Phương tiện

- Máy nội soi cửa sổ bên có kênh thủ thuật.
- Màn huỳnh quang tăng sáng (C-ARM).
- Ống dẫn lưu mật mũi bằng nhựa polyetylen kích cỡ 5Fr và 7Fr, chiều dài ít nhất gấp 2 lần chiều dài dây máy nội soi.
- Dây dẫn đường (guidewire) và catheter có thể cho dây dẫn đi qua, dao mở cơ vòng Oddi.

3. Người bệnh

- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 6 giờ.
- Đã được kiểm tra không có tình trạng rối loạn đông máu nặng ($TC \geq 70G/l$, $PT \geq 50\%$).
- Không có chống chỉ định làm ERCP.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ quá trình thực hiện thủ thuật, tai biến xảy ra (nếu có), ngày, giờ đặt ống thông dẫn lưu.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thực hiện quy trình ERCP thường quy.
- Sau khi đặt catheter vào đường mật, luồn dây dẫn vào đường mật qua catheter.
- Rút catheter, luồn ống thông mật mũi qua dây dẫn vào đường mật. Khi đầu của ống dẫn lưu mật mũi đã nằm ở vị trí mong muốn thì rút dây dẫn ra.
- Rút dây nội soi ra khỏi người bệnh, bác sĩ vừa rút dây nội soi, điều dưỡng phụ vừa đẩy ống thông mật mũi vào. Kiểm tra lại trên màn huỳnh quang tăng sáng để chắc chắn ống thông mật mũi nằm ở đúng vị trí yêu cầu.
- Đặt ống thông mềm qua mũi (có thể dùng ống thông mũi dạ dày), luồn ống thông mật mũi qua ống mềm lên mũi. Rút ống thông mềm.
- Cố định ống thông mật mũi trên da.

V. THEO DÕI

- Số lượng dịch mật.
- Màu sắc dịch mật (máu).

VI. TAI BIẾN

- Tắc ống thông mật mũi.
- Tuột ống thông mật mũi xuống tá tràng.

ĐẶT ống THÔNG HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật đặt ống thông vào hậu môn giúp làm giảm áp lực trong ống tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trong trường hợp trướng bụng, tăng áp lực trong ống tiêu hóa (sau soi đại tràng không hút hơi hết, ...)
- Để chuẩn bị tháo lồng ruột ở trẻ em.

III CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương ở hậu môn, trực tràng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng, kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Ống thông hậu môn: 01 chiếc
- Găng tay sạch: 02 đôi
- Băng dính
- K - Y hoặc parafin
- Gạc sạch: 01 gói
- Tấm nilon: 01 cái

3. Người bệnh

Động viên, giải thích cho người bệnh mọi việc sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác. Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà. Nếu người bệnh là trẻ em cần phải giải thích với bố mẹ của trẻ.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, chân trên co vào bụng, chân dưới duỗi thẳng.

- Lót tấm nilon dưới mông người bệnh.
- Bôi trơn đầu ống thông bằng K - Y hoặc Parafin (1 đoạn khoảng 5 cm)
- Thăm hậu môn trực tràng bằng tay trước khi đặt ống thông hậu môn để phát hiện các bất thường: khối u, lỗ dò hậu môn...
- Dùng ngón tay trỏ và ngón tay cái ban hai bên hậu môn, đồng thời bảo người bệnh rặn nhẹ, tay kia cầm ống thông nhẹ nhàng đưa vào hậu môn theo hướng hậu môn - rốn sau đó theo hướng hậu môn - cột sống.
- Cố định ống thông hậu môn bằng băng dính.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Tình trạng bụng: có đờ trướng không.
- Tôn thương niêm mạc trực tràng hậu môn: người bệnh đau hậu môn, chảy máu. Khi đưa ống thông hậu môn vào mà thấy vướng, có sự cản trở thì phải dừng lại và rút ống thông ra ngay.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Khi thấy người bệnh đau hậu môn hoặc chảy máu thì rút ống thông ra ngay.

ĐẶT DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT, ĐẶT STENT ĐƯỜNG MẬT QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM C-ARAM

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong những trường hợp tắc mật dẫn lưu đường mật, đặt stent đường mật sẽ có hiệu quả làm giảm áp lực đường mật, lưu thông đường mật giải quyết sự tắc mật để phòng ngừa các biến chứng, cải thiện chất lượng sống và thời gian sống cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Giãn đường mật, có hội chứng tắc mật. Giảm tắc nghẽn đường mật, lập lại lưu thông đường mật do: ung thư đường mật, ung thư từ cơ quan lân cận xâm lấn đường mật (ung thư túi mật, ung thư tế bào gan, ung thư tụy), ung thư di căn vùng rốn gan, ung thư vùng bóng Vater, ung thư đầu tụy mà không còn khả năng phẫu thuật hoặc tình trạng người bệnh chưa cho phép phẫu thuật, sỏi mật gây tắc mật có nhiễm trùng đường mật cấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu: PT < 60%, tiểu cầu < 50.000.
- Cổ trướng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Máy siêu âm với đầu dò 3,5MHz.
- Máy X quang C-arm với màn huỳnh quang tăng sáng.
- Kim Secalon 18-21G.
- Dây dẫn đường (guide wire): đầu chữ J và thẳng.
- Bộ ống nong và ống dẫn lưu (ODL) 8F-16F.
- Ống silicon 14F, ống latex phủ silicon 16F.
- Các dụng cụ vô khuẩn khác: bơm và kim tiêm, khay quả đậu, khăn trải có lỗ, túi chứa dịch.

2.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn, lidocain 2%, thuốc tiền mê (fentanyl, midazolam).

3. Người bệnh

Được đặt đường truyền tĩnh mạch và tiền mê.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm cần thiết.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

– Chọc đường mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm theo kỹ thuật bàn tay tự do của Matalon TA: chọc kim 18-21G vào đường mật gan phải.



- Chọc đường mật qua da:
 - + Đánh giá hệ thống cây đường mật bằng chọc đường mật qua da.
 - + Tiếp tục thực hiện chọc đường mật trong gan (nếu có chỉ định).
 - Đưa guide wire theo catheter vào đường mật. Cố gắng vượt qua đoạn hẹp đường mật và xuống tá tràng.
 - Nếu guide wire qua được đoạn hẹp:
 - + Nong đường hầm mật da và nong đoạn hẹp theo kỹ thuật nong bằng ống.
 - + Đưa stent vào trong lòng đường mật: stent được đưa vào lòng đường mật qua guide wire. Kiểm tra và đặt các stent ở vị trí thích hợp.
 - + Mở stent và kiểm tra sự lưu thông đường mật: các stent được mở đồng thời.
- Kiểm tra lưu thông đường mật.
- Đặt ống dẫn lưu đường mật qua da ra ngoài nếu:
 - + Nếu guide wire không vượt qua đoạn hẹp.
 - + Đặt phối hợp nhằm đề phòng biến chứng chảy máu qua vị trí kim chọc hoặc trong trường hợp stent chưa mở hoàn toàn. Dẫn lưu này sẽ được rút sau một vài ngày.
 - + Tổng trạng người bệnh nặng.

VI. THEO DÕI

Theo dõi mạch, huyết áp, vị trí chọc kim và chân dẫn lưu, tình trạng bụng, tình trạng hô hấp của người bệnh trong 24 giờ sau làm thủ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chọc vào mạch máu, chảy máu đường mật: ngừng thủ thuật, vitamin K1, plasma tươi đông lạnh nếu rối loạn đông máu nặng.

– Tràn khí màng phổi: hút hoặc dẫn lưu màng phổi.

– Nhiễm trùng đường mật, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật: sử dụng kháng sinh trước và sau khi làm thủ thuật.

– Viêm tụy cấp: điều trị như viêm tụy cấp.

– Tụt hoặc tắc ống dẫn lưu mật, rò mật quanh chân ống thông: đặt lại ống thông dẫn lưu, cố định lại ống thông dẫn lưu nếu có rò mật quanh chân ống thông.

ĐO ÁP LỰC Ổ BỤNG GIÁN TIẾP QUA ỐNG THÔNG DẪN LƯU BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

– Áp lực ổ bụng (ALOB) là áp lực ở trạng thái cân bằng động trong khoang ổ bụng, tăng lên khi hít vào, giảm khi thở ra. Bình thường ALOB dao động từ 0 - 5 mmHg (7 cmH₂O) nhưng có thể cao hơn ở người béo phì.

– Áp lực tưới máu bụng (ALTMB) được tính bằng: huyết áp trung bình động mạch (MAP) trừ đi ALOB (IAP).

$$ALTMB = MAP - IAP$$

– Tăng ALOB là giá trị của ALOB \geq 16 cmH₂O trong ít nhất hai lần đo cách nhau 12 giờ.

II. CHỈ ĐỊNH

Đánh giá và theo dõi áp lực ổ bụng trong một số bệnh lý gây tăng áp lực ổ bụng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định, áp lực ổ bụng không chính xác nếu có khối u bàng quang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ rửa tay, mặc áo như làm thủ thuật vô khuẩn.

2. Phương tiện

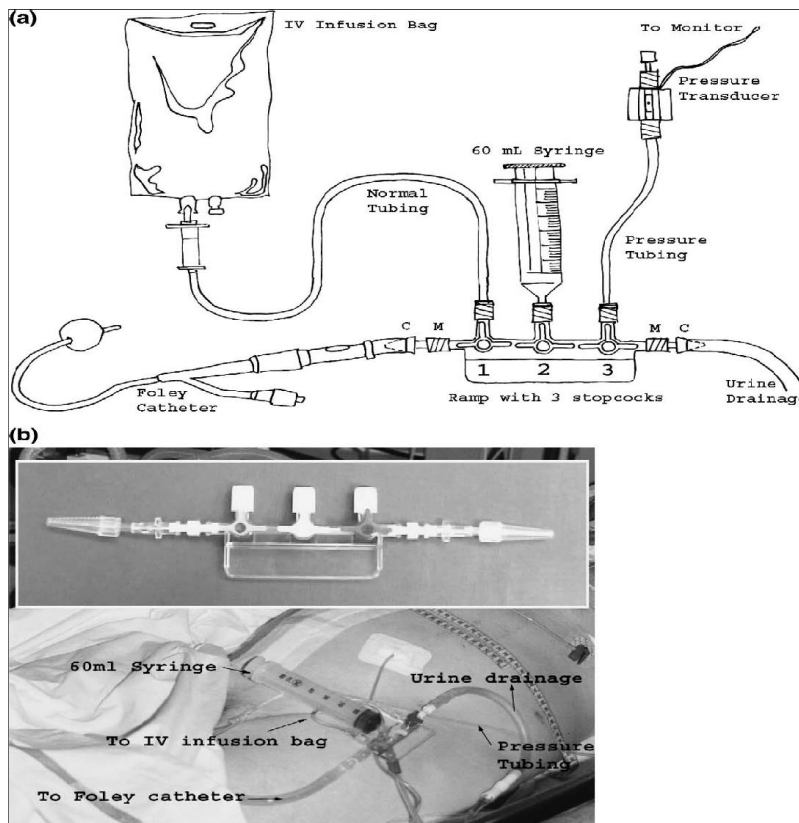
- Đồng hồ đo áp lực hoặc thước chia vạch cmH₂O.
- Khóa ba chạc.
- Túi chứa nước tiểu.
- Bơm tiêm 50ml.
- Túi dịch truyền Natri Clorua 0,9%.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh để người bệnh hợp tác khi làm thủ thuật.
- Đặt người bệnh nằm ngửa, tư thế ngay ngắn, hai chân duỗi thẳng, đầu bằng.
- Vệ sinh người bệnh tại vùng hậu môn, sinh dục.
- Đặt ống thông Foley dẫn lưu hết nước tiểu.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

- Bước 1: Kết nối hệ thống khóa ba chạc với nhau.
 - + Chạc ba thứ nhất nối một cổng với ống thông Foley, một cổng nối với túi đựng 1.000ml dung dịch muối đẳng trương.
 - + Chạc ba thứ hai nối với chạc ba thứ nhất và một bơm tiêm 60ml.
 - + Chạc ba thứ ba nối với chạc ba thứ hai và hệ thống đo áp lực, và túi chứa nước tiểu.
- Bước 2: mở khóa thứ 1, 2, 3 để dẫn lưu hết nước tiểu ra túi, đóng đường dẫn túi nước tiểu ở khóa thứ ba, mở đường tới cổng áp lực, khóa đường tới ống thông bàng quang ở khóa thứ nhất và mở đường tới túi dịch.
- Bước 3: hút 50ml dịch vào bơm tiêm tại chạc ba thứ hai, khóa đường tới túi dịch: mở đường tới ống thông bàng quang rồi bơm 50ml dịch vào bàng quang sau 1 phút theo dõi áp lực tại đồng hồ đo áp lực và ghi nhận thông số áp lực của lần đo.



Hình 1. Kỹ thuật đo ALOB theo Cheatham

VI. THEO DÕI

Tùy bệnh lí có thể thời gian và khoảng cách theo dõi ALOB phụ thuộc vào từng bệnh lí và người bệnh cụ thể.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nhiễm trùng niệu là biến chứng có thể gặp do đặt và lưu ống thông bàng quang kéo dài, để hạn chế biến chứng này cần tuân thủ vô khuẩn trong quá trình làm thủ thuật và rút ngay ống thông bàng quang khi không cần theo dõi ALOB nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. "INTRA-ABDOMINAL PRESSURE MONITORING". (2008). Guidelines were prepared by the Department of Surgical Education, Orlando Regional Medical Center.

ĐO pH THỰC QUẢN 24 GIỜ

I. ĐẠI CƯƠNG

Đo pH thực quản 24 giờ là xét nghiệm dùng để đánh giá lượng acid trào ngược từ dạ dày lên thực quản. Xét nghiệm thường được sử dụng trong chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh trào ngược dạ dày thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nghi ngờ có bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản, có các triệu chứng như ợ nóng, đau ngực, ho khan kéo dài.
- Đánh giá hiệu quả của điều trị trào ngược dạ dày thực quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị các bệnh lý mũi họng không đặt được ống thông qua mũi.
- Người bệnh bị các bệnh lý hẹp tắc thực quản (chống chỉ định tương đối).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

Máy đo pH thực quản: ống thông mũi - thực quản có gắn cảm biến đo pH, bộ ghi dữ liệu.

3. Người bệnh

Nhịn ăn 4- 6 giờ trước khi làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi lại thời gian bắt đầu và kết thúc thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh được đặt ống thông có gắn cảm biến đo pH qua đường mũi xuống thực quản.
- Cảm biến được đặt ở vị trí 5cm phía trên cơ thắt tâm vị (*lower esophageal sphincter*).
- Kiểm tra vị trí cảm biến bằng nội soi ống mềm thực quản.

- Kết nối cảm biến với bộ ghi dữ liệu, kiểm tra hoạt động của cảm biến.
- Cố định ống thông trên da.
- Sau 24giờ, rút ống thông, lấy bộ ghi dữ liệu đi phân tích kết quả.

V. THEO DÕI

- Sau khi đặt máy đo pH thực quản, người bệnh được cho về nhà.
- Trong 24giờ được đặt máy đo pH thực quản, người bệnh sinh hoạt, ăn uống bình thường.

VI. BIẾN CHỨNG

- Đặt nhầm ống thông vào khí quản (trong trường hợp người bệnh hôn mê).
- Chảy máu vùng mũi họng hoặc thực quản trong quá trình đặt ống thông.

ĐO VẬN ĐỘNG THỰC QUẢN 24 GIỜ

I. ĐẠI CƯƠNG

Đo vận động thực quản (*esophageal manometry*) là xét nghiệm đánh giá chức năng của cơ thắt tâm vị (*lower esophageal sphincter*) và các cơ thắt khác của thực quản.

Đo vận động thực quản không chỉ cho biết sự di chuyển thức ăn từ thực quản xuống dạ dày, mà còn cho thấy cách cơ thắt tâm vị ngăn chặn trào ngược dịch vị lên thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nuốt khó, nuốt đau không rõ nguyên nhân.
- Ợ nóng, ợ chua.
- Đau ngực không rõ nguyên nhân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý tim mạch và hô hấp nặng.
- Dị ứng với các thành phần nhựa trong máy đo.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

Máy đo vận động thực quản: ống thông mũi - dạ dày có gắn cảm biến đo áp lực, bộ ghi dữ liệu.

3. Người bệnh

- Trong 24 giờ trước khi làm xét nghiệm, không dùng các thuốc chẹn kênh calci.
- Trong 12 giờ trước khi làm xét nghiệm, không dùng các thuốc an thần.
- Nhịn ăn 4 - 6 giờ trước khi làm xét nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi lại thời gian bắt đầu và kết thúc thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

– Người bệnh được đặt ống thông có gắn cảm biến áp lực qua đường mũi xuống thực quản, dạ dày.

- Cảm biến được đặt ở vị trí cơ thắt tâm vị (*lower esophageal sphincter*).
- Kiểm tra vị trí cảm biến bằng nội soi ống mềm dạ dày.
- Kết nối cảm biến với bộ ghi dữ liệu, kiểm tra hoạt động của cảm biến.
- Tiến hành đo áp lực của cơ thắt tâm vị, đo áp lực của các cơ thắt thực quản tại các vị trí khác nhau, đánh giá sự phối hợp giữa các cơ thắt bằng cách cho người bệnh nuốt và uống nước.
- Thời gian đo từ 10 - 15 phút.
- Kết thúc đo, rút ống thông ra khỏi người bệnh.

VI. THEO DÕI

Tình trạng người bệnh trong và sau khi làm xét nghiệm.

VII. TAI BIẾN

- Chảy máu khi đưa ống thông qua mũi xuống dạ dày.
- Đau họng.

MỞ THÔNG DẠ DÀY BẰNG NỘI SOI

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở thông dạ dày là kỹ thuật tạo một lỗ mở trực tiếp vào dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh tạm thời hoặc vĩnh viễn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa lâu dài do: ung thư thực quản, hầu, họng không có khả năng phẫu thuật.
- Nuôi dưỡng tạm thời: hẹp thực quản do bỏng, viêm và sau phẫu thuật lớn ở bụng cần được nuôi dưỡng bổ sung, chấn thương nặng vùng sọ và mặt.
- Nuôi dưỡng trong các trường hợp dinh dưỡng kém do: rối loạn thần kinh sau tai biến mạch máu não, hôn mê kéo dài, u não, người bệnh cao tuổi có rối loạn tâm thần kèm suy dinh dưỡng, suy dinh dưỡng nặng (ở các người bệnh ung thư, suy tim, suy hô hấp).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh lý dạ dày từ trước (loét hay ung thư).
- Rối loạn đông máu nặng.
- Gan lách quá to.
- Người bệnh quá béo, cổ trướng.
- Suy thận đang được điều trị bằng lọc màng bụng.
- Rò ở đoạn cao của ruột non, tắc ruột non.
- Cắt toàn bộ dạ dày.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

1 bác sĩ và 2 điều dưỡng thành thực kỹ thuật.

2. Phương tiện

- Dàn máy nội soi, dây soi có kênh thủ thuật
- Kim sinh thiết
- Kim khâu da, chỉ khâu.
- Băng, băng, gạc
- Kít để mở thông dạ dày qua nội soi (có nhiều loại kist Bard, Ansell Medical, ABS, cook,...)

3. Người bệnh

- Người bệnh phải nhịn ăn tối thiểu 6 giờ.
- Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải được giải thích trước và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để trả lại cho người bệnh. Nếu người bệnh nội trú thì dán kết quả vào bệnh án.
- Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nội soi dạ dày theo quy trình để kiểm tra tình trạng dạ dày, tá tràng.
- Thay đổi tư thế người bệnh sang nằm ngửa nhưng đầu vẫn giữ nghiêng trái.
- Bơm hơi căng để thành dạ dày sát vào thành bụng.
- Xác định vị trí chọc troca qua ánh đèn sáng lên thành bụng, lấy ngón tay ấn vào chỗ sáng rồi qua đèn soi kiểm tra chỗ ngón tay lồi vào thành dạ dày.

Vị trí đặt ống thông tốt nhất là ở giữa mặt trước của hang vị hoặc ranh giới giữa hang vị và thân vị.

Ở trên da, đường chọc thường ở đoạn giữa nối bờ trái và rốn nhưng cũng có thay đổi nên dựa vào nội soi.

– Sau khi gây tê tại chỗ, dùng dao nhọn rạch da rộng 1cm rồi dùng panh bóc tách sâu hơn, chọc troca qua da, qua thành bụng vào khoang dạ dày dưới kiểm soát của nội soi.

– Luồn dây mềm qua troca vào dạ dày rồi cho kim sinh thiết vào cặp dây, sau đó kéo cả máy và kim sinh thiết ra ngoài.

– Buộc dây vào đầu có sợi chỉ của ống thông, rồi từ từ kéo đầu dây còn ở phía ngoài thành bụng để kéo ống thông vào dạ dày, kéo cho tới khi đầu trong của ống thông được kéo sát vào thành dạ dày.

– Cho đèn vào lại để kiểm tra vị trí đúng của ống thông và kiểm tra xem có chảy máu không.

– Cố định đầu ống thông ngoài thành bụng, khâu dưới da.

– Cắt chỉ để lại đoạn ống thông dài 15cm. Lắp nắp ống thông và băng lại.

VI. THEO DÕI

– Kháng sinh dự phòng: Augmentin 1g tiêm tĩnh mạch trước và sau thủ thuật 4 giờ.

– Bơm thức ăn có thể tiến hành 24 giờ sau khi làm thủ thuật.

VII. TAI BIẾN

1. Biến chứng nhẹ

- Hội chứng bán tắc và đau bụng, sốt nhẹ: điều trị kháng sinh.
- Trào ngược dạ dày - thực quản.
- Nhiễm khuẩn thành bụng, có khi tạo thành khối ở thành bụng.
- Tụ máu thành loét quanh chỗ đặt ống thông.
- Tràn khí phúc mạc.

2. Biến chứng nặng

- Rò dạ dày, đại tràng.
- Chảy máu dạ dày.
- Viêm phúc mạc.
- Hoại tử thành.
- Ống thông bị tuột, rơi vào gây tắc ruột.
- Trong khi thủ thuật: co thắt thanh quản, ngừng tim, trào ngược dịch dạ dày vào phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Anwar Hussain, Sheila Woolfrey, Jane Massey, Ann Geddes, James Cox (1996). " Percutaneous endoscopic gastrostomy". Postgrad Med J' 1996; 72: 581- 585.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY- TÁ TRÀNG CẤP CỨU

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi thực quản - dạ dày - tá tràng cấp cứu là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng trong tình trạng cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nôn ra máu, đi ngoài phân đen
- Hóc dị vật
- Giun chui ống mật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng huyết động không ổn định, huyết áp tâm thu < 80 mmHg mà chưa có sẵn đường truyền máu.
- Chưa có sẵn đường truyền máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi.
- Nguồn sáng
- Máy hút
- Kim tiêm cầm máu qua nội soi, kẹp Clip cầm máu.
- Snare điện, nguồn đốt.
- Kim gấp dị vật hoặc rọ.
- Súng thắt vòng cao su đối với thắt giãn tĩnh mạch thực quản.
- Ống ngậm miệng.
- Nước cất để bơm rửa khi cần thiết trong quá trình nội soi.
- Chất bôi trơn đầu máy soi: K - Y.
- Thuốc gây tê vùng họng: Xylocain 2% hoặc Lidocain 10%.

- Thuốc Adrenalin 1/1000, Natriclorua 0,9% hoặc 5 %.
- Găng, gạc, bơm tiêm 20 ml.
- Hệ thống Oxy, máy Monitor theo dõi.

3. Người bệnh

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý soi. Trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa người bệnh cần phải đặt trước đường truyền tĩnh mạch.
- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.
- Người nhà người bệnh viết cam đoan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Nếu người soi là người bệnh nội trú. Kiểm tra các xét nghiệm về đông, cầm máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh được mắc Monitor theo dõi nhịp tim, SpO₂, đo huyết áp, đặt đường truyền tĩnh mạch nếu đang có xuất huyết tiêu hóa. Người bệnh nằm nghiêng trái, chân phải co, chân trái duỗi.

3.2. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.

3.3. Đặt ống ngậm miệng vào giữa hai cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.

3.4. Đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát. Có thể dùng bơm tiêm bơm nước cất vào cho sạch chất bẩn ở những vùng cần quan sát kỹ.

3.5. Có thể can thiệp điều trị qua nội soi như:

- Tiêm cầm máu tại ổ loét dạ dày - tá tràng, vết rách tâm vị.
- Kẹp Clip cầm máu đối với loét dạ dày, tá tràng, chảy máu điểm mạch.
- Thắt giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su, tiêm xơ tĩnh mạch phình vị.
- Cắt polyp khi polyp đang chảy máu và các xét nghiệm đông cầm máu trong giới hạn bình thường.
- Gấp giun đang chui lên đường mật tại papilla.
- Gấp dị vật như xương (hóc xương), đồng xu...

3.6. Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định như đối với soi thực quản dạ dày, tá tràng thông thường.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng chung của người bệnh, mạch, huyết áp.
- Tình trạng chảy máu, thủng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Các tai biến và xử trí giống như các tai biến của nội soi dạ dày thông thường.
- Ngoài ra có các tai biến của cầm máu qua nội soi như chảy máu do cắt polyp; có thể cầm máu lại bằng nguồn đốt hoặc kẹp Clip.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản Y học 1999, 506- 507.
2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày - tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch Mai. 2001, 14 - 30.
3. Mark Topazian. Upper endoscopy. Harrison's Gastroenterology and Hepatology. 2010: 94.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY- TÁ TRÀNG CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi thực quản - dạ dày - tá tràng tiền mê là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng khi người bệnh trong tình trạng tiền mê.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau thượng vị, nôn không rõ nguyên nhân, hội chứng trào ngược
- Thiếu máu, gầy sút cân
- Nôn máu, đi ngoài phân đen
- Giun chui ống mật
- Đau ngực sau khi đã kiểm tra tim mạch bình thường
- Nuốt nghẹn
- Hội chứng kém hấp thu
- Tiền sử dùng thuốc chống viêm, giảm đau
- Cắt 2/3 dạ dày sau 10 năm
- Xơ gan
- Bệnh polyp gia đình
- Bệnh Crohn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Bệnh nhược cơ
- Ú đọng đờm, suy hô hấp
- Nhiễm độc rượu cấp
- Glaucom góc đóng
- Các trường hợp chống chỉ định của nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng.

2. Chống chỉ định tương đối

- Bệnh phổi mạn tính
- Chấn thương sọ não, tăng áp lực nội sọ

- Nhịp tim chậm
- Trầm cảm
- Có thai

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 02 điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi

- Nguồn sáng
- Máy hút
- Máy monitor theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO₂
- Hệ thống thở oxy kính, mặt nạ oxy, bóng Ambu
- Dịch truyền Natriclorua 0,9%, Glucose 5%
- Thuốc: + Midazolam, ống 5mg/ 1ml
+ Fentanyl, ống 100 mcg/2ml
+ Naloxon, Atropin ống 0,25mg

3. Người bệnh

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý soi.
- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án nếu người soi là người bệnh nội trú.
2. Kiểm tra người bệnh đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ.
3. Thực hiện kỹ thuật.
 - 3.1. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.
 - 3.2. Người bệnh được đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên bằng Natriclorua 0,9% hoặc Glucose 5%, thở oxy kính 3l/ phút, mắc monitor theo dõi.
 - 3.3. Người bệnh nằm nghiêng trái. Đặt ống ngậm miệng vào giữa hai cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.
 - 3.4. Tiêm thuốc cho người bệnh 3 - 4 phút trước khi nội soi.

– Midazolam: tiêm tĩnh mạch chậm trong vòng 30 giây với liều 0,05 – 0,1mg/kg. Liều có thể tới 0,15 – 0,2 mg/kg. Nếu không đạt kết quả có thể lặp lại sau 2 phút.

– Fentanyl: 50 – 100 mcg trong 1 – 2 phút. Liều tối đa là 8 ml.

– Tiếp tục cho dịch truyền tĩnh mạch chảy với tốc độ LX giọt/ phút.

3.5. Khi người bệnh đã nhắm mắt, mắt phản xạ mắt - mi, đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát.

3.6. Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định sau:

– Rửa máy:

Dùng 500 ml dung dịch xà phòng trung tính 0,5 %, van bơm tăng cường để rửa sạch phần ngoài của máy và các đường bên trong máy.

– Thử hơi:

Dùng dụng cụ thử hơi kèm máy soi để xem vỏ cao su của máy có bị rách không, nếu rách không được ngâm máy vào dung dịch tẩy uế mà phải gửi máy đi sửa ngay.

– Tẩy uế: chỉ tiến hành khi máy soi không bị rách.

+ Dùng 5 lít xà phòng trung tính 0,5%, bàn chải, van ba chiều để tẩy uế.

+ Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch tẩy uế, dùng bàn chải, van ba chiều để rửa sạch phần ngoài và các đường bên trong của máy.

– Sát khuẩn:

+ Dùng 5 lít dung dịch sát khuẩn Glutaraldehyd 2%, van ba chiều để sát khuẩn máy.

+ Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch sát khuẩn để rửa sạch các đường bên trong của máy.

– Sấy khô máy: dùng van bơm tăng cường, bộ phận bơm khí của nguồn sáng, máy hút để làm khô các đường bên trong của máy trước khi cất máy

3.7. Tháo dây oxy, máy theo dõi. Chuyển người bệnh ra phòng hồi tỉnh nằm theo dõi tiếp đến khi người bệnh tỉnh hoàn toàn.

VI. THEO DÕI

– Nhịp tim chậm

– Suy hô hấp

– Người bệnh không được vận hành máy móc, lái xe trong vòng ít nhất 12 giờ sau khi dùng thuốc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Các tai biến do dùng thuốc tiền mê:

+ Nhịp tim chậm dưới 50 lần/ phút. Tiêm Atropin 0,25 mg 1 ống dưới da hoặc tĩnh mạch chậm.

- + Suy hô hấp: tiến hành bóp bóng oxy quaambu và tiêm Naloxon 0,5 mcg/ kg.
- Các tai biến khác và xử trí giống nội soi dạ dày thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản Y học 1999, 506 -507.
2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày - tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch Mai. 2001, 14 - 30.
3. Mark Topazian. Upper endoscopy. Harrison's Gastroenterology and Hepatology. 2010: 94.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY- TÁ TRÀNG QUA ĐƯỜNG MŨI

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi thực quản - dạ dày - tá tràng qua đường mũi là đưa ống soi dạ dày qua đường mũi vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng. Ưu điểm của phương pháp nội soi này là ống soi có đường kính nhỏ (đường kính khoảng 5,9 mm) và đi qua đường mũi, không chạm vào lưỡi gà và vùng hầu họng nên ít phản xạ ho, người bệnh đỡ khó chịu hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau thượng vị, nôn không rõ nguyên nhân, hội chứng trào ngược
- Thiếu máu, gầy sút cân
- Đau ngực sau khi đã kiểm tra tim mạch bình thường
- Nuốt nghẹn
- Hội chứng kém hấp thu
- Tiền sử dùng thuốc chống viêm, giảm đau
- Cắt 2/3 dạ dày sau 10 năm
- Soi kiểm tra người bệnh trước mổ nặng
- Xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa tiên phát
- Bệnh polyp gia đình
- Bệnh Crohn
- Tắc mạch sâu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Các bệnh lý ở thực quản có nguy cơ làm thủng thực quản như bong thực quản do hóa chất và thuốc gây hẹp thực quản.

- Phình động mạch chủ ngực.
- Suy tim, nhồi máu cơ tim, cơn tăng huyết áp.
- Suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân gì, ho nhiều.
- Dị tật, polyp cuốn mũi... làm cản trở việc đưa máy soi qua mũi.

2. Chống chỉ định tương đối

- Gù vẹo cột sống nhiều
- Người bệnh già yếu
- Người bệnh tâm thần không phối hợp được
- Tụt huyết áp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, kích thước nhỏ, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi.

- Nguồn sáng
- Máy hút
- Nước cất để bơm rửa khi cần thiết trong quá trình nội soi.
- Chất bôi trơn đầu máy soi: K - Y
- Thuốc gây tê vùng họng: Xylocain 2% hoặc Lidocain 10 %
- Găng, gạc, bơm tiêm 20 ml.

3. Người bệnh

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý soi.

- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Nếu người soi là người bệnh nội trú.

2. Kiểm tra người bệnh

Đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ. Người bệnh nằm nghiêng trái hoặc ngồi thẳng trong trường hợp khó.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.

3.2. Gây tê bên lỗ mũi soi bằng Xylocain 2% hoặc Lidocain 10%.

3.3. Đưa máy soi qua mũi, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát. Có thể dùng bơm tiêm bơm nước cất vào cho sạch chất bẩn ở những vùng cần quan sát kỹ.

3.4. Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định sau:

– Rửa máy:

Dùng 500 ml dung dịch xà phòng trung tính 0,5 %, van bơm tăng cường để rửa sạch phần ngoài của máy và các đường bên trong máy.

– Thử hơi:

Dùng dụng cụ thử hơi kèm máy soi để xem vỏ cao su của máy có bị rách không, nếu rách không được ngâm máy vào dung dịch tẩy uế mà phải gửi máy đi sửa ngay.

– Tẩy uế: chỉ tiến hành khi máy soi không bị rách.

– Dùng 5 lít xà phòng trung tính 0,5%, bàn chải, van ba chiều để tẩy uế.

– Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch tẩy uế, dùng bàn chải, van ba chiều để rửa sạch phần ngoài và các đường bên trong của máy.

– Sát khuẩn:

+ Dùng 5 lít dung dịch sát khuẩn Glutaraldehyd 2%, van ba chiều để sát khuẩn máy.

+ Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch sát khuẩn để rửa sạch các đường bên trong của máy.

– Sấy khô máy: dùng van bơm tăng cường, bộ phận bơm khí của nguồn sáng, máy hút để làm khô các đường bên trong của máy trước khi cất máy.

VI. THEO DÕI

– Tình trạng chung của người bệnh, mạch, huyết áp nếu người bệnh có xuất huyết tiêu hóa.

– Tình trạng nuốt khó.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Đưa máy nhầm vào khí quản: phải rút máy ra, đưa lại vào thực quản.

– Nuốt khó có thể do thủng thực quản. Nếu nghi ngờ cho người bệnh đi chụp X quang, tùy mức độ có thể cho nhịn ăn, dùng kháng sinh và gửi ngoại khoa nếu cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản Y học 1999, 506 - 507.

2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày - tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch Mai. 2001, 14 - 30.

3. Mark Topazian. Upper endoscopy. Harrison's Gastroenterology and Hepatology. 2010: 94.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM

I. ĐỊNH NGHĨA

Nội soi trực tràng ống mềm là thủ thuật đưa ống nội soi mềm vào hậu môn trực tràng để chẩn đoán và điều trị các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Soi thường: cho tất cả các bệnh lý vùng hậu môn - trực tràng.
- + Ỉa máu
- + Rối loạn đại tiện: đau hậu môn, ỉa không tự chủ, khó đại tiện
- + Rối loạn phân
- + Viêm đại trực tràng chảy máu
- + Crohn
- + Ung thư
- + Polyp
- + Rò hậu môn
- + Nứt hậu môn
- + Ngứa hậu môn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi người bệnh quá già yếu, có thai hoặc các trường hợp viêm phổi cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Phòng soi kín và bàn soi trực tràng.
- Dụng cụ soi: ống soi mềm
- + Nguồn sáng
- + Máy hút, kìm gấp
- + Kim sinh thiết, bông băng.

2. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích để hợp tác với thầy thuốc.
- Thụt tháo hai lần (tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ) hoặc bom Microlax hai lần (tối hôm trước và sáng hôm sau).

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa hoặc nghiêng trái:

- Ở tư thế nằm ngửa thì dễ áp dụng, dễ nhìn thấy ánh sáng qua thành bụng và người bệnh dễ thở hơn.
- Còn ở tư thế nghiêng trái: dễ đưa đèn qua chỗ nối trực tràng- đại tràng sigma.

2. Tiến hành

- Bước đầu tiên: thăm hậu môn trực tràng rồi đưa đèn vào sau khi đã bôi trơn máy bằng mỡ lidocain hoặc silicon.
- Đưa đèn soi vào trực tràng, vừa soi vừa tìm đường đi.
- Soi đoạn trực tràng ít gặp khó khăn, có thể quan sát toàn bộ trực tràng khi phối hợp quay ngược máy.
- Sinh thiết: Khi có tổn thương bám bằng kim sinh thiết, cắt polyp khi thấy polyp có cuống.
- Cầm máu bằng que bông có thấm adrenalin 1 % hoặc kim cầm máu.

VI. THEO DÕI

Trong khi làm thủ thuật có thể gặp người bệnh đau bụng do co thắt trực tràng hoặc do thủng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nếu co thắt nhiều phải bơm hơi tìm đường mới vào.
- Nếu có thủng: gửi chuyên khoa Ngoại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nội soi tiêu hóa, Khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, Nhà xuất bản Y học.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CẤP CỨU

I. ĐỊNH NGHĨA

Nội soi trực tràng ống mềm cấp cứu là thủ thuật đưa ống nội soi mềm vào hậu môn trực tràng để chẩn đoán và điều trị các bệnh lý cấp cứu vùng hậu môn trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Soi cấp cứu: trường hợp chảy máu tiêu hóa thấp, nặng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi người bệnh quá già yếu, có thai hoặc các trường hợp viêm phổi cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Phòng soi kín và bàn soi trực tràng
- Dụng cụ soi: ống soi mềm
- + Nguồn sáng
- + Máy hút, kìm gấp
- + Kim sinh thiết, bông băng

2. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích để hợp tác với thầy thuốc.
- Thụt tháo hai lần hoặc bơm Microlax hai lần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa hoặc nghiêng trái:

- Ở tư thế nằm ngửa thì dễ áp dụng, dễ nhìn thấy ánh sáng qua thành bụng và người bệnh dễ thở hơn.

- Còn ở tư thế nghiêng trái: dễ đưa đèn qua chỗ nối trực tràng - đại tràng sigma.

2. Tiến hành

- Bước đầu tiên: thăm hậu môn trực tràng rồi đưa đèn vào sau khi đã bôi trơn máy bằng mỡ lidocain hoặc silicon.

- Đưa đèn soi vào trực tràng, vừa soi vừa tìm đường đi.
- Soi đoạn trực tràng ít gặp khó khăn, có thể quan sát toàn bộ trực tràng khi phối hợp quay ngược máy.
- Sinh thiết: Khi có tổn thương bám bằng kim sinh thiết, cắt polyp khi thấy polyp có cuống.
- Cầm máu bằng que bông có thấm adrenalin 1% hoặc kim cầm máu.

VI. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Ít xảy ra tai biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nội soi tiêu hóa, Khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, Nhà xuất bản Y học.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỚNG CỨNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Nội soi trực tràng ống cứng là thủ thuật đưa ống cứng vào hậu môn trực tràng để chẩn đoán và điều trị các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Soi cấp cứu: trường hợp chảy máu tiêu hóa thấp, nặng.
- Soi thường: cho tất cả các bệnh lý vùng hậu môn - trực tràng.
 - + Ỉa máu
 - + Rối loạn đại tiện: đau hậu môn, ỉa không tự chủ, khó đại tiện
 - + Rối loạn phân
 - + Viêm đại trực tràng chảy máu
 - + Crohn hậu môn
 - + Ung thư hậu môn trực tràng
 - + Polyp hậu môn trực tràng
 - + Rò hậu môn
 - + Nứt hậu môn
 - + Ngứa hậu môn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi người bệnh quá già yếu, có thai hoặc các trường hợp viêm phổi cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Phòng soi kín và bàn soi trực tràng.
- Dụng cụ soi: ống soi trực tràng cứng có độ dài 10-15-25-30 cm với đường kính 2 cm hoặc ống soi hậu môn dài 10 cm.
 - + Nguồn sáng
 - + Máy hút, kìm gấp
 - + Băng băng

2. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích để hợp tác với thầy thuốc.
- Thụt tháo 2 lần (tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ) hoặc bơm Microlax 2 lần (tối hôm trước và sáng hôm sau).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Người bệnh chống hông, quỳ hai đầu gối.
- Hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.

2. Tiến hành

- Quan sát bên ngoài hậu môn
- Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo găng
- Lắp và kiểm tra dụng cụ soi trước khi soi
- Bôi trơn ống soi
- Đưa từ từ nhẹ nhàng ống soi vào trực tràng, quan sát tổn thương trong quá trình rút ống soi, vừa rút dần ống soi vừa nhận định tổn thương (nếu có).

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Ít xảy ra tai biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nội soi tiêu hóa, Khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, Nhà xuất bản Y học.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi đại tràng là một kỹ thuật đưa một ống soi mềm qua hậu môn đi ngược lên đến manh tràng để quan sát toàn bộ niêm mạc đại tràng. Nếu cần thiết có thể tiến hành sinh thiết tổn thương ở đại tràng và một số thủ thuật như cắt polyp, lấy dị vật, tiêm cầm máu.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Nội soi đại tràng chẩn đoán

- Người bệnh có tiền sử gia đình có người bị mắc ung thư đại tràng
- Đi ngoài phân đen (soi dạ dày bình thường)
- Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân
- Test tìm hồng cầu trong phân dương tính
- Iả chảy kéo dài chưa rõ nguyên nhân
- Iả chảy cấp tính
- Rối loạn phân
- Rối loạn đại tiện
- Kiểm tra những bất thường trên phim X quang khung đại tràng
- Đau bụng không rõ nguyên nhân
- Xuất huyết tiêu hóa thấp không rõ nguyên nhân
- Soi kiểm tra định kỳ người bệnh có polyp, ung thư đại trực tràng
- Bệnh túi thừa
- Các bệnh viêm đại tràng

2. Nội soi đại tràng điều trị

- Cắt polyp
- Lấy dị vật
- Cầm máu
- Nong chỗ hẹp
- Điều trị xoắn đại tràng

3. Nội soi đại tràng theo dõi

- Sau cắt polyp
- Có loạn sản nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng
- Viêm phúc mạc
- Suy tim
- Người bệnh nhồi máu cơ tim mới
- Mới phẫu thuật ở đại tràng, mô ở tiểu khung
- Phình lớn động mạch chủ bụng
- Bệnh túi thừa cấp tính
- Người bệnh có tắc mạch phổi
- Tình trạng sốc
- Người bệnh đang có thai (3 tháng đầu và 3 tháng cuối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ đã được đào tạo về nội soi đại tràng và đã được cấp chứng chỉ nội soi
- 02 Điều dưỡng

2. Phương tiện

- 01 máy nội soi đại tràng ống mềm có video hoặc không có video, có chiều dài 130-140cm hoặc 165-180cm
- 01 kim sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy
- Overtube
- Thuốc nhuộm màu để phát hiện tổn thương nghi ngờ: xanh methylene, Indigocarmin,
- Thuốc tiền mê: Seduxen 10mg, Hypnovel 2,5-5mg

3. Người bệnh

- Chế độ ăn:
 - + Ngừng các thuốc có chứa sắt 3-4g ngày trước soi
 - + Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày trước soi
 - Làm sạch đại tràng bằng hai cách:
 - + Dùng thuốc nhuận tràng: Có nhiều loại thuốc nhưng hiện nay dùng Fortrans, Fleet. Dùng 3 gói thuốc pha vào 3 lít nước đun sôi để nguội uống trước khi soi 6 giờ.
- Chú ý: Nếu người bệnh có bán tắc hay tắc ruột thì không dùng thuốc nhuận tràng.

+ Phương pháp thụt rửa: Nếu người bệnh không uống được thuốc nhuận tràng hoặc người bệnh có bán tắc ruột, thụt sạch 3 lần trước khi soi.

Chú ý: Đối với người bệnh bị táo bón cần dùng thuốc nhuận tràng 3 ngày trước khi soi: Forlax, Duphalac theo liều khuyến cáo.

- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc tiền mê, giảm đau, giảm nhu động.
- Người bệnh ký vào giấy đồng ý soi.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nguyên tắc chung

Bơm hơi vừa đủ và hút hơi thừa để tránh trướng hơi.

Đưa đèn vào nhẹ nhàng và chỉ đưa máy khi đã nhìn rõ đường.

Phải rút bớt máy và làm ngấn lại mỗi khi có thể thực hiện được.

Khi khó đưa máy phải thay đổi tư thế người bệnh.

3.2. Kỹ thuật soi

Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái.

– Bước đầu tiên: thăm dò hậu môn, trực tràng rồi đưa đèn vào soi khi đã bôi trơn bằng lidocaine hoặc silicone, KY.

– Đưa máy qua trực tràng: ít gặp khó khăn.

– Đưa máy qua đại tràng Sigma: có hai kiểu cuộn:

+ Cuộn α : khi đẩy máy, máy tiến lên cao, ra phía trước trực tràng, sau đó lại vòng xuống và ra sau. Phải hút hơi và quay đèn theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược lại và hút hơi.

+ Cuộn kiểu γ : thay đổi tư thế hút hơi và ép vào vùng hố chậu trái, bình thường góc trái cách hậu môn 40-70cm.

– Đưa máy qua góc lách: niêm mạc đại tràng vùng góc lách nhận biết dễ qua nội soi, khi khó đẩy đèn phải rút đèn quay ngược kim đồng hồ hoặc thay đổi tư thế.

– Qua đại tràng ngang: khi đoạn này quá dài phải hút bớt hơi và ép bụng ở vùng đại tràng Sigma.

– Tới manh tràng: hút bớt hơi và ép vào vùng đại tràng ngang hoặc đại tràng Sigma, đại tràng góc lách và giữa bụng.

– Qua van Bauhin: hướng đầu đèn xuống sâu hơn vị trí của van, sau đó bơm hơi căng manh tràng, rồi rút đèn lên tới mép van. Bơm hơi căng để mở lỗ van và đẩy đèn vào hồi tràng để nhận biết hồi tràng.

VI. THEO DÕI

– Người bệnh trong và sau khi quá trình soi được theo dõi liên tục trên monitoring về tình trạng huyết động và độ bão hòa oxy.

– Nếu người bệnh có dùng thuốc tiền mê thì theo dõi cho tới lúc tỉnh hoàn toàn.

– Theo dõi mạch huyết áp và những triệu chứng như: đau bụng, trướng bụng, buồn nôn.

– Người bệnh có làm thủ thuật cần được theo dõi các triệu chứng báo động: đau bụng, ỉa ra máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Thủng đại tràng

Hay gặp nhất (0,14%-0,2%)

– Vị trí hay thủng: đại tràng Sigma

– Điều trị ngoại khoa là chính.

– Điều trị bảo tồn trong trường hợp đại tràng chuẩn bị rất sạch: hút sạch dịch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Theo dõi sát để phẫu thuật kịp thời.

2. Nhiễm khuẩn huyết

Kháng sinh dự phòng ở người bệnh có nguy cơ cao: người bệnh phải thay van nhân tạo, người bệnh có suy giảm miễn dịch, xơ gan cổ trướng.

3. Trướng hơi nhiều

Hút hết hơi.

4. Phản xạ dây X

Atropin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonathan Cohen. (2007). Colon . 121-164. *Advanced Digestive Endoscopy*
2. Wilcox CM., Munoz-Navas Miguel., Sung JY.(2008). Atlas of clinical gastrointestinal endoscopy. *Saunders Elsevier*.
3. Jerow D., Way MD., Dogulas KR et al (2009). Colonoscopy. Willey Blackwel
4. DanL Longo, AS.Fauci (2010). *Harrisons Gastroenterology and Hepatology* .

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỔNG MỀM CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MỀ

I. ĐỊNH NGHĨA

Là một phương pháp chẩn đoán, đưa đèn soi mềm từ hậu môn đi ngược lên đến manh tràng để quan sát tổn thương của toàn bộ đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho tất cả các trường hợp nghi ngờ bệnh lý đại tràng.

1. Chỉ định soi đại tràng chẩn đoán

- Người bệnh có tiền sử gia đình có người mắc ung thư đại tràng.
- Đi ngoài phân đen (soi dạ dày bình thường).
- Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân.
- Hemocult dương tính.
- Ỉa chảy kéo dài chưa rõ nguyên nhân (soi để sinh thiết từng đoạn để chẩn đoán colite collagene).
- Ỉa chảy cấp tính.
- Rối loạn đại tiện.
- Kiểm tra những bất thường không rõ trên phim X quang.
- Đau dọc khung đại tràng chưa rõ nguyên nhân.
- Chảy máu thấp chưa rõ nguyên nhân.
- Soi kiểm tra định kỳ người bệnh có polyp, ung thư đại tràng.
- Bệnh túi thừa.
- Các bệnh viêm đại tràng do mọi nguyên nhân.

2. Chỉ định soi đại tràng điều trị

- Cắt polyp
- Lấy dị vật
- Cầm máu
- Nong chỗ hẹp
- Điều trị xoắn đại tràng (và manh tràng)

3. Chỉ định soi đại tràng theo dõi

- Sau cắt polyp, nếu polyp lành tính, soi kiểm tra sau 3 năm, sau đó cứ 5 năm một lần.
- Người bệnh viêm đại tràng có loạn sản nặng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp
- Người bệnh suy tim nặng
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm trương < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi tiêu hóa và 02 điều dưỡng phụ nội soi.

2. Phương tiện

2.1. Bộ máy nội soi đại tràng ống mềm

- Máy soi đại tràng có video hoặc không có video dài 130 - 140 cm là hay dùng nhất.
- Máy soi đại tràng dài 165 - 180cm cho phép quan sát tốt manh tràng trong trường hợp đại tràng quá dài.
- Máy soi đại tràng ngắn 70 - 110cm để soi đại tràng.

2.2. Các phụ tùng đi kèm

- Kim sinh thiết, dây cắt polyp
- Kim lấy dị vật
- Kim tiêm cầm máu
- Overtube
- Thuốc nhuộm màu để phát hiện tổn thương nhỏ: xanh methylen, indigo carmin, mực tàu v.v.. để đánh dấu chỗ polyp đã cắt.

2.3. Các thuốc dùng trong soi đại tràng

- Thuốc tiền mê: Midazolam 5 mg/ml, Propofol 10 mg/ml
- Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1 mg/2 ml

3. Người bệnh

Được chuẩn bị làm sạch đại tràng trước. Người bệnh tối hôm trước khi soi ăn cháo. Người bệnh uống Fortran 3 gói pha với 3 lít nước trong vòng 2 giờ trước khi nội soi 6 giờ. Sau khi đi vệ sinh sạch sẽ thì nội soi đại tràng. Nếu người bệnh táo bón, cho người bệnh uống thuốc nhuận tràng Forlax x 3 gói/ ngày trong 3 ngày.

3.1. Chế độ ăn

- Ngừng các thuốc có chất sắt trước 3-4 ngày.
- Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày.

3.2. Chuẩn bị đại tràng

– Có nhiều cách để rửa sạch đại tràng nhưng hiện nay người ta thấy dùng dung dịch uống Fortrans là hiệu quả nhất, loại trừ trường hợp người bệnh có biểu hiện bán tắc thì phải áp dụng phương pháp thụt rửa nhiều lần (3 lít nước muối sinh lý hoặc nước ấm).

– Dùng Fortrans có thể buồn nôn, nên dùng thuốc của nhóm Metoclopramid, Domperidon, Cisapride.

– Đối với các người bệnh bị táo bón, có thể cho chuẩn bị bằng cách cho dùng thuốc nhuận tràng (Forlax) trong vài ngày trước soi.

– Nếu người bệnh không uống được khối lượng nước lớn, người ta có thể đặt ống thông dạ dày rồi bơm dịch qua đó.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Quy trình tiền mê

- Người bệnh được thăm khám tổng thể, làm điện tâm đồ thường quy trước soi.
- Người bệnh được đặt đường truyền Glucose 5 % hoặc Ringer Lactate.
- Mắc Lifescope để theo dõi: SpO₂, nhịp tim, nhịp thở, huyết áp.
- Thở oxy qua ống thông mũi.
- Liều ban đầu: Midazolam 2 mg và Fentanyl 25 µg tiêm tĩnh mạch, có thể tăng thêm một liều tương tự cứ sau 2 - 3 phút nếu cần. Có thể dùng tới 5 mg Midazolam và 100 µg Fentanyl.
- Trong trường hợp có ức chế hô hấp Naloxone 0,4 mg tiêm tĩnh mạch.
- Liều ban đầu với propofol: 20 - 40 mg mỗi 10 giây tùy đáp ứng đến khi bắt đầu mê, người cao tuổi: giảm liều. Tốc độ truyền: 2 ml/10 giây.
- Sau khi tiến hành xong thủ thuật người bệnh được theo dõi trên lifescope 15 - 30 phút tại phòng hồi tỉnh trước khi ra viện.

5.2. Kỹ thuật soi

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái.
- + Ở tư thế nằm ngửa thì dễ áp dụng, dễ nhìn thấy ánh sáng qua thành bụng và người bệnh dễ thở hơn.
- + Còn ở tư thế nghiêng trái: dễ đưa đèn qua chỗ nối trực tràng - đại tràng sigma.
- Bước đầu tiên: thăm hậu môn trực tràng rồi đưa đèn vào sau khi đã bôi trơn máy bằng mỡ lidocain hoặc silicon.
- Soi đoạn trực tràng ít gặp khó khăn, có thể quan sát toàn bộ trực tràng khi phối hợp quay ngược máy.
- Khó khăn đầu tiên là khi đưa đèn qua đại tràng sigma, đoạn này đại tràng rất lỏng lẻo, dễ tạo thành cuộn kiểu α . Khi đẩy máy, máy tiến lên cao ra phía trước trực tràng sau đó lại vòng xuống và ra sau. Phải rút hơi và quay đèn theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược lại và hút hơi.
- Cuộn kiểu omega: đôi khi đưa đèn qua đại tràng sigma dễ tạo một góc nhọn ở chỗ nối đại tràng sigma và đại tràng xuống, phải thay đổi tư thế, hút hơi và ép hố chậu trái. Bình thường góc trái cách hậu môn 40-70cm.
- Góc lách đôi khi cuộn ngược, khó đẩy đèn, phải rút đèn quay ngược chiều kim đồng hồ hoặc thay đổi tư thế.
- Qua đại tràng ngang thường ít khó khăn, nhưng khi đoạn này quá dài phải hút hơi và ép bụng ở đại tràng sigma, đại tràng góc lách và giữa bụng.
- Phải cho đèn tới manh tràng bằng cách hút bớt hơi, ép vùng đại tràng ngang hoặc đại tràng sigma hoặc đại tràng góc lách và thay đổi tư thế.
- Để qua van Bauhin: hướng đầu đèn xuống sâu hơn vị trí của van, sau đó bơm căng manh tràng rồi rút đèn lên tới mép dưới van. Bơm hơi căng để mở lỗ van và đẩy đèn vào, hồi tràng dễ nhận biết vì hình ảnh niêm mạc hơi lằn sần.

Những khó khăn trong soi đại tràng có thể do 1 trong 5 nguyên nhân:

- + Sau khi phẫu thuật ở tiểu khung hoặc mổ đại tràng.
- + Viêm túi thừa.
- + Bất thường về giải phẫu: đại tràng quá dài.
- + Ở các người bệnh quá béo, khó ép bụng hoặc ép không có kết quả.
- + Những người bệnh gầy, bé.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi: toàn trạng người bệnh trong quá trình làm thủ thuật.
- Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu khi lấy bệnh phẩm, thủng đại tràng, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị), ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

6.1. Các biến chứng soi đại tràng

6.1.1 *Thủng đại tràng*: Hay gặp nhất chiếm 0,14-0,2%.

– Nguyên nhân: Hay liên quan tới dính sau mổ, túi thừa viêm nặng, viêm loét nặng, hẹp đại tràng, bác sĩ ít kinh nghiệm.

– Vị trí hay thủng: đại tràng sigma.

– Thủng có thể do: đưa đèn không đúng hướng, đứt dây dính, bơm hơi phổi hợp với ép từ ngoài vào chỗ đại tràng bệnh lý, thủng túi thừa do bơm hơi quá căng.

– Điều trị: ngoại khoa là chính.

– Trừ trường hợp thủng diastatic, chúng ta có thể giữ điều trị nội khoa, nhưng chỉ trong trường hợp đại tràng chuẩn bị rất sạch: điều trị bằng hút sạch dịch, kháng sinh và nuôi dưỡng bằng truyền. Nếu theo dõi có các biến chứng: sốt, co cứng bụng, bạch cầu cao thì phải chuyển xử trí ngoại khoa.

6.1.2. *Nhiễm khuẩn huyết*

Cần phải điều trị kháng sinh dự phòng ở các người bệnh có nguy cơ cao: người bệnh thay van nhân tạo, người bệnh có suy giảm miễn dịch, xơ gan cổ trướng.

6.1.3. *Trướng hơi nặng*

– Do bơm hơi nhiều, để đề phòng thủng phải chụp bụng không chuẩn bị.

– Hút hết hơi.

6.1.4. *Vasovagal reflex*

– Mạch chậm, hạ huyết áp, lạnh chân tay.

– Điều trị: Atropin.

6.1.5. *Biến chứng liên quan với tiền mê*

6.2. Biến chứng của soi đại tràng điều trị

– Chảy máu sau cắt polyp: 0,7 - 2,24%.

– Thủng đại tràng: Khi cắt các polyp không cuống, cắt vào thành hoặc cường độ điện mạnh làm hoại tử thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nội soi tiêu hóa, Khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, Nhà xuất bản Y học.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MÈM CÓ DÙNG THUỐC GÂY MÊ

I. ĐỊNH NGHĨA

Là một phương pháp chẩn đoán, đưa đèn soi mềm từ hậu môn đi ngược lên đến manh tràng để quan sát tổn thương của toàn bộ đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho tất cả các trường hợp nghi ngờ bệnh lý đại tràng.

1. Chỉ định soi đại tràng chẩn đoán

- Người bệnh có tiền sử gia đình có người mắc ung thư đại tràng.
- Đi ngoài phân đen (soi dạ dày bình thường).
- Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân.
- Hemocult dương tính.
- Ỉa chảy kéo dài chưa rõ nguyên nhân (soi để sinh thiết từng đoạn để chẩn đoán colite collagene).
- Ỉa chảy cấp tính.
- Rối loạn đại tiện.
- Kiểm tra những bất thường không rõ trên phim X quang.
- Đau dọc khung đại tràng chưa rõ nguyên nhân.
- Chảy máu thấp chưa rõ nguyên nhân.
- Soi kiểm tra định kỳ người bệnh có polyp, ung thư đại tràng.
- Bệnh túi thừa.
- Các bệnh viêm đại tràng do mọi nguyên nhân.

2. Chỉ định soi đại tràng điều trị

- Cắt polyp
- Lấy dị vật
- Cầm máu
- Nong chỗ hẹp
- Điều trị xoắn đại tràng (và manh tràng)

3. Chỉ định soi đại tràng theo dõi

- Sau cắt polyp, nếu polyp lành tính, soi kiểm tra sau 3 năm, sau đó cứ 5 năm một lần.
- Người bệnh viêm đại tràng có loạn sản nặng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp.
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được.
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng.
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ.
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp.
- Người bệnh suy tim nặng.
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác.
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm trương < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi tiêu hóa và 2 điều dưỡng phụ nội soi.

2. Phương tiện

2.1. Bộ máy nội soi đại tràng ống mềm

- Máy soi đại tràng có video hoặc không có video dài 130 - 140cm là hay dùng nhất.
- Máy soi đại tràng dài 165 - 180cm cho phép quan sát tốt manh tràng trong trường hợp đại tràng quá dài.
- Máy soi đại tràng ngắn 70 - 110cm để soi đại tràng.

2.2. Các phụ tùng đi kèm

- Kim sinh thiết, dây cắt polyp
- Kim lấy dị vật
- Kim tiêm cầm máu
- Overtube
- Thuốc nhuộm màu để phát hiện tổn thương nhỏ: xanh metylen, indigo carmin, mực tàu v.v... để đánh dấu chỗ polyp đã cắt.

2.3. Các thuốc dùng trong soi đại tràng

- Thuốc tiền mê: Midazolam 5 mg/ml, Propofol 10 mg/ml
- Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1 mg/2 ml

3. Người bệnh

Được chuẩn bị làm sạch đại tràng trước. Người bệnh tối hôm trước khi soi ăn cháo. Người bệnh uống Fortran 3 gói pha với 3 lít nước trong vòng 2 tiếng trước khi nội soi 6 giờ. Sau khi đi vệ sinh sạch sẽ nội soi đại tràng. Nếu người bệnh táo bón, cho người bệnh uống thuốc nhuận tràng Folax x 3 gói/ ngày trong 3 ngày.

3.1. Chế độ ăn

- Ngừng các thuốc có chất sắt trước 3 - 4 ngày.
- Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày.

3.2. Chuẩn bị đại tràng

- Có nhiều cách để rửa sạch đại tràng nhưng hiện nay người ta thấy dùng dung dịch uống Fortrans là hiệu quả nhất, loại trừ trường hợp người bệnh có biểu hiện bán tắc thì phải áp dụng phương pháp thụt rửa nhiều lần (3 lít nước muối sinh lý hoặc nước ấm).
- Dùng Fortrans có thể buồn nôn, nên dùng thuốc của nhóm Metoclopramid, Domperidon, Cisapride.
- Đối với các người bệnh bị táo bón, có thể cho chuẩn bị bằng cách cho dùng thuốc nhuận tràng (Forlax) trong vài ngày trước soi.
- Nếu người bệnh không uống được khối lượng nước lớn, người ta có thể đặt ống thông dạ dày rồi bơm dịch qua đó.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Quy trình gây mê

- Người bệnh được thăm khám tổng thể, làm điện tâm đồ thường quy trước soi.
- Người bệnh được đặt đường truyền Glucose 5 % hoặc Ringer Lactate.
- Mắc Lifescope để theo dõi: SpO₂, nhịp tim, nhịp thở, huyết áp.
- Thở oxy qua ống thông mũi.
- Liều ban đầu: Midazolam 2 mg và Fentanyl 25 µg tiêm tĩnh mạch, có thể tăng thêm một liều tương tự cứ sau 2 - 3 phút nếu cần. Có thể dùng tới 5 mg Midazolam và 100 µg Fentanyl.
- Trong trường hợp có ức chế hô hấp Naloxone 0,4 mg tiêm tĩnh mạch.
- Liều ban đầu với propofol: 20 - 40 mg mỗi 10 giây tùy đáp ứng đến khi bắt đầu mê, người cao tuổi: giảm liều. Tốc độ truyền: 2 ml/10 giây.
- Sau khi tiến hành xong thủ thuật người bệnh được theo dõi trên lifescope 15 - 30 phút tại phòng hồi tỉnh trước khi ra viện.

2. Kỹ thuật soi

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái.

– Ở tư thế nằm ngửa thì dễ áp dụng, dễ nhìn thấy ánh sáng qua thành bụng và người bệnh dễ thở hơn.

Còn ở tư thế nghiêng trái: dễ đưa đèn qua chỗ nối trực tràng - đại tràng sigma.

– Bước đầu tiên: thăm hậu môn trực tràng rồi đưa đèn vào sau khi đã bôi trơn máy bằng mỡ lidocain hoặc silicon.

– Soi đoạn trực tràng ít gặp khó khăn, có thể quan sát toàn bộ trực tràng khi phối hợp quay ngược máy.

– Khó khăn đầu tiên là khi đưa đèn qua đại tràng sigma, đoạn này đại tràng rất lỏng lẻo, dễ tạo thành cuộn kiểu α . Khi đẩy máy, máy tiến lên cao ra phía trước trực tràng sau đó lại vòng xuống và ra sau. Phải rút hơi và quay đèn theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược lại và hút hơi.

– Cuộn kiểu omega: đôi khi đưa đèn qua đại tràng sigma dễ tạo một góc nhọn ở chỗ nối đại tràng sigma và đại tràng xuống, phải thay đổi tư thế, hút hơi và ép hố chậu trái. Bình thường góc trái cách hậu môn 40 - 70 cm.

– Góc lách đôi khi cuộn ngược, khó đẩy đèn, phải rút đèn quay ngược chiều kim đồng hồ hoặc thay đổi tư thế.

– Qua đại tràng ngang thường ít khó khăn, nhưng khi đoạn này quá dài phải hút hơi và ép bụng ở đại tràng sigma, đại tràng góc lách và giữa bụng.

– Phải cho đèn tới manh tràng bằng cách hút bớt hơi, ép vùng đại tràng ngang hoặc đại tràng sigma hoặc đại tràng góc lách và thay đổi tư thế.

– Để qua van Bauhin: hướng đầu đèn xuống sâu hơn vị trí của van, sau đó bơm căng manh tràng rồi rút đèn lên tới mép dưới van. Bơm hơi căng để mở lỗ van và đẩy đèn vào, hồi tràng dễ nhận biết vì hình ảnh niêm mạc hơi lằn sần.

Những khó khăn trong soi đại tràng có thể do 1 trong 5 nguyên nhân:

- + Sau khi phẫu thuật ở tiểu khung hoặc mổ đại tràng
- + Viêm túi thừa
- + Bất thường về giải phẫu: đại tràng quá dài
- + Ở các người bệnh quá béo, khó ép bụng hoặc ép không có kết quả
- + Những người bệnh gầy, bé.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

– Theo dõi: toàn trạng người bệnh trong quá trình làm thủ thuật.

– Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu khi lấy bệnh phẩm, thủng đại tràng, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị), ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

1. Các biến chứng soi đại tràng

1.1 Thủng đại tràng: Hay gặp nhất 0,14-0,2 %

– Nguyên nhân: Hay liên quan tới dính sau mổ, túi thừa viêm nặng, viêm loét nặng, hẹp đại tràng, bác sĩ ít kinh nghiệm.

– Vị trí hay thủng: đại tràng sigma.

– Thủng có thể do: đưa đèn không đúng hướng, đứt dây dính, bơm hơi phổi hợp với ép từ ngoài vào chỗ đại tràng bệnh lý, thủng túi thừa do bơm hơi quá căng.

– Điều trị: ngoại khoa là chính.

– Trừ trường hợp thủng diastatic, chúng ta có thể giữ điều trị nội khoa, nhưng chỉ trong trường hợp đại tràng chuẩn bị rất sạch: điều trị bằng hút sạch dịch, kháng sinh và nuôi dưỡng bằng truyền. Nếu theo dõi có các biến chứng: sốt, co cứng bụng, bạch cầu cao thì phải chuyển xử trí ngoại khoa.

1.2. Nhiễm khuẩn huyết

Cần phải điều trị kháng sinh dự phòng ở các người bệnh có nguy cơ cao: người bệnh thay van nhân tạo, người bệnh có suy giảm miễn dịch, xơ gan cổ trướng.

1.3. Chướng hơi nặng

– Do bơm hơi nhiều, để đề phòng thủng phải chụp bụng không chuẩn bị.

– Hút hết hơi

1.4. Vasovagal reflex: mạch chậm, hạ huyết áp, lạnh chân tay.

Điều trị: Atropin

1.5. Biến chứng liên quan với tiền mê

2. Biến chứng của soi đại tràng điều trị

2.1. Chảy máu sau cắt polyp

0,7 - 2,24 %

2.2. Thủng đại tràng

Khi cắt các polyp không cuống, cắt vào thành hoặc cường độ điện mạnh làm hoại tử thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nội soi tiêu hóa, Khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, Nhà xuất bản Y học.

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi đại tràng là một kỹ thuật đưa một ống soi mềm qua hậu môn đi ngược lên đến manh tràng để quan sát toàn bộ niêm mạc đại tràng. Nếu cần thiết có thể tiến hành sinh thiết tổn thương ở đại tràng và một số thủ thuật như cắt polyp, lấy dị vật, tiêm cầm máu.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Nội soi đại tràng chẩn đoán

- Người bệnh có tiền sử gia đình có người bị mắc ung thư đại tràng.
- Đi ngoài phân đen (soi dạ dày bình thường)
- Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân
- Test tìm hồng cầu trong phân dương tính
- Iả chảy kéo dài chưa rõ nguyên nhân
- Iả chảy cấp tính
- Rối loạn phân
- Rối loạn đại tiện
- Kiểm tra những bất thường trên phim X quang khung đại tràng
- Đau bụng không rõ nguyên nhân
- Xuất huyết tiêu hóa thấp không rõ nguyên nhân
- Soi kiểm tra định kỳ người bệnh có polyp, ung thư đại trực tràng
- Bệnh túi thừa
- Các bệnh viêm đại tràng.

2. Nội soi đại tràng điều trị

- Cắt polyp
- Lấy dị vật
- Cầm máu
- Nong chỗ hẹp
- Điều trị xoắn đại tràng

3. Nội soi đại tràng theo dõi

- Sau cắt polyp
- Có loạn sản nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng
- Viêm phúc mạc
- Suy tim
- Người bệnh nhồi máu cơ tim mới
- Mới phẫu thuật ở đại tràng, mổ ở tiểu khung
- Phình lớn động mạch chủ bụng
- Bệnh túi thừa cấp tính
- Người bệnh có tắc mạch phổi
- Tình trạng sốc
- Người bệnh đang có thai (3 tháng đầu và 3 tháng cuối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ đã được đào tạo về nội soi đại tràng và đã được cấp chứng chỉ nội soi.
- 02 điều dưỡng

2. Phương tiện

- 01 máy nội soi đại tràng ống mềm có video hoặc không có video, có chiều dài 130 - 140cm hoặc 165 - 180cm.
- 01 kim sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy.
- Overtube
- Thuốc nhuộm màu để phát hiện tổn thương nghi ngờ: xanh methylene, Indigocarmin.
- Thuốc tiền mê: Seduxen 10mg, Hypnovel 2,5 - 5mg

3. Người bệnh

- Chế độ ăn:
- + Ngừng các thuốc có chứa sắt 3 - 4g/ ngày trước soi
- + Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày trước soi
- Làm sạch đại tràng bằng hai cách:

+ Dùng thuốc nhuận tràng: Có nhiều loại thuốc nhưng hiện nay dùng Fortrans, Flead. Dùng 3 gói thuốc pha vào 3 lít nước đun sôi để nguội uống trước khi soi 6 giờ.

Chú ý: Nếu người bệnh có bán tắc hay tắc ruột không dùng thuốc nhuận tràng.

+ Phương pháp thực rửa: Nếu người bệnh không uống được thuốc nhuận tràng hoặc người bệnh có bán tắc ruột, thực sạch 3 lần trước khi soi.

Chú ý: Đối với người bệnh bị táo bón cần dùng thuốc nhuận tràng 3 ngày trước khi soi: Forlax, Duphalac theo liều khuyến cáo.

– Hỏi kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc tiền mê, giảm đau, giảm nhu động.

– Người bệnh ký vào giấy đồng ý soi.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nguyên tắc chung

- Bơm hơi vừa đủ và hút hơi thừa để tránh trướng hơi.
- Đưa đèn vào nhẹ nhàng và chỉ đưa máy khi đã nhìn rõ đường.
- Phải rút bớt máy và làm ngừng lại mỗi khi có thể thực hiện được.
- Khi khó đưa máy phải thay đổi tư thế người bệnh.

3.2. Kỹ thuật soi

Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái.

– Bước đầu tiên: thăm dò hậu môn, trực tràng rồi đưa đèn vào sau khi đã bôi trơn bằng lidocaine hoặc silicone, KY.

– Đưa máy qua trực tràng: ít gặp khó khăn.

– Đưa máy qua đại tràng Sigma: có hai kiểu cuộn:

+ Cuộn α : khi đầy máy, máy tiến lên cao, ra phía trước trực tràng, sau đó lại vòng xuống và ra sau. Phải hút hơi và quay đèn theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược lại và hút hơi.

+ Cuộn kiểu γ : thay đổi tư thế hút hơi và ép vào vùng hố chậu trái, bình thường góc trái cách hậu môn 40-70cm.

– Đưa máy qua góc lách: niêm mạc đại tràng vùng góc lách nhận biết dễ qua nội soi, khi khó đẩy đèn phải rút đèn quay ngược kim đồng hồ hoặc thay đổi tư thế.

– Qua đại tràng ngang: khi đoạn này quá dài phải hút bớt hơi và ép bụng ở vùng đại tràng Sigma.

- Tới manh tràng: hút bớt hơi và ép vào vùng đại tràng ngang hoặc đại tràng Sigma, đại tràng góc lách và giữa bụng.
- Qua van Bauhin: hướng đầu đèn xuống sâu hơn vị trí của van, sau đó bơm hơi căng manh tràng, rồi rút đèn lên tới mép van. Bơm hơi căng để mở lỗ van và đẩy đèn vào hồi tràng để nhận biết hồi tràng.
- Rửa tổn thương khi phân hay chất bẩn làm che lấp tổn thương.
- Tiến hành nhuộm mau bằng Indigocarmin hay xanh methylen với tổn thương nghi ngờ.
- Sinh thiết với tổn thương nghi ngờ: viêm loét, loạn sản, polyp.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh trong và sau khi quá trình soi được theo dõi liên tục trên monitoring về tình trạng huyết động và độ bão hòa oxy.
- Nếu người bệnh có dùng thuốc tiền mê theo dõi cho tới lúc tỉnh hoàn toàn.
- Theo dõi mạch huyết áp và những triệu chứng như: đau bụng, trướng bụng, buồn nôn.
- Người bệnh có làm thủ thuật cần được theo dõi các triệu chứng báo động: đau bụng, ỉa ra máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Thủng đại tràng: hay gặp nhất (0,14% - 0,2%)

- Vị trí hay thủng: đại tràng Sigma.
- Điều trị ngoại khoa là chính.
- Điều trị bảo tồn trong trường hợp đại tràng chuẩn bị rất sạch: hút sạch dịch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Theo dõi sát để phẫu thuật kịp thời.

2. Nhiễm khuẩn huyết: kháng sinh dự phòng ở người bệnh có nguy cơ cao: người bệnh phải thay van nhân tạo, người bệnh có suy giảm miễn dịch, xơ gan cổ trướng.

3. Trướng hơi nhiều: hút hết hơi.

4. Phản xạ dây X: Atropin.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonathan Cohen. (2007). Colon. 121-164. *Advanced Digestive Endoscopy*
2. Wilcox CM., Munoz-Navas Miguel., Sung JY.(2008). Atlas of clinical gastrointestinal endoscopy. *Saunders Elsevier*
3. Jerow D., Way MD., Dogulas KR et al (2009). Colonoscopy. Willey Blackwel
4. DanL Longo, AS.Fauci (2010). *Harrisons Gastroenterology and Hepatology.*

NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG CAN THIỆP ĐẶT STENT ĐƯỜNG MẬT - TUY

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) can thiệp - đặt stent đường mật - tụy là kỹ thuật đưa stent bằng kim loại hoặc bằng nhựa qua nội soi mật tụy ngược dòng vào đường mật hoặc vào đường tụy chính qua máy nội soi tá tràng với mục đích dẫn lưu mật xuống tá tràng hoặc dẫn lưu dịch tụy xuống tá tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Đặt stent đường mật

- Ung thư đường mật vùng rốn gan.
- Ung thư đường mật vùng ngoài rốn gan khi không còn khả năng phẫu thuật.
- Hẹp đường mật lành tính.
- Rò mật ruột.
- Sỏi lớn ống mật chủ chưa thể lấy ngay được.
- Sỏi ống mật chủ nhưng người bệnh trong tình trạng nặng không cho phép lấy sỏi.
- Nhiễm trùng đường mật cần dẫn lưu.

2. Đặt stent đường tụy

- Dẫn lưu dịch tụy dự phòng viêm tụy cấp sau chụp mật tụy ngược dòng, sau cắt u bóng Vater qua nội soi tá tràng.
- Viêm tụy mạn có tắc nghẽn cần dẫn lưu ống tụy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mới bị nhồi máu cơ tim
- Bệnh lý tim phổi nặng
- Dị ứng với thuốc cản quang
- Rối loạn đông máu nặng
- Giảm tiểu cầu
- Đang dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên làm NSMTND, 01 kỹ thuật viên gây mê, 03 điều dưỡng trong đó có điều dưỡng phải sử dụng được máy C - Arm.

2. Phương tiện, thuốc, trang thiết bị và vật tư tiêu hao

2.1. Phương tiện

- Phòng nội soi cho phép chiếu tia Xquang, có hệ thống oxy.
- Máy tăng sáng xquang (C. Arm).
- Hệ thống máy nội soi tá tràng (máy nội soi cửa sổ bên) với kênh làm thủ thuật có đường kính 4,2mm, canun.
- Nguồn cắt đốt.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.
- Áo chì 05 bộ.

2.2. Thuốc

- Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1- 4 ống, fantanyl 0,1 mg từ 1-3 ống, propofol 20 ml 1 - 4 ống.
- Thuốc cản quang 50ml (telebrix, xenetix) 1 - 2 lọ.

2.3. Trang thiết bị và vật tư

- 01catheter, 02 dây dẫn (guidewire), 01 dao cắt cơ vòng Oddi.
- Ống đẩy stent
- Stent đường mật: 02 stent kim loại hoặc 02 stent nhựa loại 7- 10 F, 10 - 12 cm
- Stent đường tụy: 01stent nhựa 5F - 3 cm
- Găng tay 10 đôi
- Áo mổ 02 cái

3. Người bệnh

- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.

4. Hồ sơ bệnh án

Người bệnh được làm hồ sơ vào viện điều trị nội trú, đã được làm các xét nghiệm cơ bản, như: chức năng gan, thận, nhóm máu, đông máu cơ bản, chức năng tụy, các marker virus, điện tâm đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Đề đảm bảo có thể tiến hành tiền mê hoặc gây mê, đảm bảo có thể tiến hành thủ thuật gây chảy máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sau khi người bệnh được tiền mê hoặc gây mê, sẽ tiến hành thủ thuật:

3.1. Đưa máy xuống tá tràng

- Máy nội soi qua thực quản "bán mù", do đó không quan sát được toàn bộ thực quản.
- Máy nội soi vào dạ dày: Đưa đầu dây nội soi qua thân vị và hang vị để đến lỗ môn vị rồi vào hành tá tràng.
- Máy qua gờ trên tá tràng vào đoạn II tá tràng: Quay đầu máy soi lên trên ở vị trí trung gian và đẩy máy vào đoạn II tá tràng. Quay máy 90^0 sang bên phải với đầu máy quay sang phải và lên trên sẽ nhìn thấy phân giữa của đoạn II tá tràng và papilla. Rút máy ra để máy đi dọc theo góc bờ cong nhỏ và nằm trong dạ dày đoạn ngắn nhất khoảng 60-70 cm cách cung răng trên. Thường để ống soi ở vị trí ngắn nhất cho phép quan sát trực diện với papilla để luồn catheter vào papilla được thuận lợi.

3.2. Tìm Papilla

Cho người bệnh nằm hơi sấp sẽ nhìn thấy trực diện papilla nằm ở đoạn DII₁ tá tràng có hình dáng và kích thước khác nhau. Papilla có màu hồng sẫm hơn màu hồng của niêm mạc tá tràng, phía trên có nếp niêm mạc to trùm lên trên papilla gọi là mũ papilla, phía dưới có những nếp niêm mạc chạy dọc hội tụ vào papilla, ở đỉnh papilla có lỗ tiết mật, có kích thước to nhỏ khác nhau, qua lỗ này có thể thấy dịch mật chảy vào tá tràng.

3.3. Luồn catheter vào papilla để bơm thuốc cản quang

Việc thành công của thủ thuật này tùy theo kinh nghiệm của người làm thủ thuật, tùy theo hình dạng và tổn thương ở papilla. Để đầu catheter đối diện với papilla, đẩy từ từ vào và hướng lên vị trí 11 giờ theo hướng của đường mật chính, để vào đường tụy, hướng catheter vào vị trí 1 giờ theo hướng của ống tụy. Đưa sâu catheter vào 3 - 5 cm để chụp đường mật. Tốt nhất là đầu catheter nằm sâu vào đường mật ở ngã ba đường mật (đi qua chỗ đổ của túi mật vào ống mật chủ). Khi bơm thuốc, thuốc sẽ tỏa đều vào đường mật.

3.4. Bơm thuốc chụp đường mật hoặc chụp đường tụy

- Nồng độ thuốc cản quang: thuốc cản quang được pha loãng với nước cất với tỉ lệ 50%.
- Số lượng thuốc cản quang: từ 30ml - 100ml, tùy theo mức độ giãn đường mật. Khi chụp đường tụy không nên bơm nhiều thuốc cản quang, vì nếu bơm nhiều sẽ làm tăng áp lực đường tụy gây biến chứng viêm tụy.
- Chụp đường tụy bằng 5 - 10 ml thuốc cản quang.

3.5. Đặt stent đường mật trong trường hợp hẹp tại rốn gan

- Trường hợp này cần đặt hai stent vào hai nhánh gan phải và trái.
- Đưa guidewire vào qua catheter sau khi chụp đường mật lên nhánh gan phải sau đó rút catheter ra, đưa dao cắt vào theo dây dẫn. Tiến hành cắt cơ vòng Oddi. Để dây dẫn lại trong đường mật gan phải, rút dao cắt ra.
- Đưa catheter lên gan trái hoặc sử dụng chính dao cắt đưa lên gan trái, rồi đưa dây dẫn vào qua catheter hoặc dao cắt lên gan trái.
- Sau khi tiến hành đặt được hai dây dẫn vào hai đường trong gan trái và gan phải, tiến hành lần lượt đặt stent gan phải và gan trái.
- Đặt stent chủ yếu dùng phôi hợp dùng ống đẩy stent và lấy elevator.

3.6. Đặt stent đường mật trong trường hợp hẹp tại ống mật chủ

- Trường hợp này cần đặt 1 stent vào nhánh gan phải.
- Đưa dây dẫn vào qua catheter sau khi chụp đường mật, lên nhánh gan sau đó rút catheter ra, đưa dao cắt vào theo dây dẫn. Có thể ngay từ đầu không dùng catheter mà thay vào đó là dùng dao để đưa vào chụp đường mật. Tiến hành cắt cơ vòng Oddi.
- Tiến hành đặt stent gan phải giống như trên.

3.7. Đặt stents đường mật trong trường hợp sỏi lớn ống mật chủ

Trường hợp này có thể đặt 02 hoặc nhiều stent, kỹ thuật giống đặt stent như trên nhưng đầu trong của stent chỉ cần nằm ở ống gan chung là đủ.

3.8. Đặt stent đường tụy

- Sau khi dao cắt vào đường tụy thường tại vị trí 1 giờ, đưa dây dẫn vào trong ống tụy. Tiến hành cắt papilla. Rút dao cắt còn giữ lại dây dẫn.
- Tiến hành đặt stent ống tụy như đối với stent đường mật.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi những biến chứng của gây mê như suy hô hấp, tụt huyết áp.
- Theo dõi phát hiện viêm tụy cấp: đau bụng, tình trạng ổ bụng, xét nghiệm amylase và lipase sau thủ thuật.
- Theo dõi thủng tá tràng: tình trạng bụng, chụp cắt lớp nếu thấy nghi ngờ thủng ra khoang sau phúc mạc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hàng đầu là viêm tụy cấp với tỉ lệ khoảng 5%: Nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch dùng kháng sinh nếu có biểu hiện nhiễm trùng hoặc trước đó người bệnh có nhiễm trùng đường mật.

- Thủng tá tràng do cắt cơ Oddi, hay gặp ở những trường hợp có túi thừa tá tràng, papilla nằm cạnh hoặc trong túi thừa: Điều trị phẫu thuật.
- Viêm đường mật, hay xảy ra trong trường hợp tắc mật do ung thư đường mật mà sau nội soi chụp mật tụy ngược dòng mà không đặt được stent: Dùng kháng sinh và dẫn lưu mật qua da trong trường hợp thất bại dẫn lưu mật qua papilla.
- Chảy máu do cắt cơ Oddi: Nội soi cầm máu
- Biến chứng liên quan tới gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn: Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Sivak M. V. Gastroenterologic Endoscopy 1987
3. Baron T.H. ERCP 2008

NỘI SOI CAN THIỆP - TIÊM XƠ BÚI GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm xơ búi giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi là kỹ thuật tiêm vào tĩnh mạch thực quản (TMTQ) chất gây xơ hóa nhằm làm ngừng chảy máu hoặc ngăn ngừa biến chứng vỡ tĩnh mạch thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

– Tiêm xơ cấp cứu: ở người bệnh khi đang có xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ TMTQ hoặc tiến hành sau một số phương pháp nội khoa khác (ép tại chỗ vỡ tĩnh mạch bằng các loại ống thông khác nhau, truyền các thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa).

– Tiêm xơ có chuẩn bị: ở người bệnh đã có tiền sử xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ TMTQ.

III CHỐNG CHỈ ĐỊNH

– Người bệnh đang trong tình trạng sốc giảm thể tích tuần hoàn, huyết áp dưới 90/60 mmHg.

– Người bệnh nghi ngờ nhồi máu cơ tim, hội chứng mạch vành cấp, phình tách động mạch chủ, rối loạn nhịp tim phức tạp, tăng huyết áp không kiểm soát được, suy hô hấp.

– Khi có phối hợp giãn tĩnh mạch ở phình vị hoặc ở thân vị.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 02 điều dưỡng thành thực kỹ thuật nội soi tiêm xơ.

2. Phương tiện

– Dàn máy nội soi, dây soi có kênh thủ thuật.

– Thuốc tiền mê: Midazolam, Fentanyl trong trường hợp người bệnh kích thích cần sử dụng thuốc tiền mê.

– Kim tiêm xơ, bơm tiêm 20ml, bơm tiêm 50ml.

– Các chất gây xơ tĩnh mạch:

+ Chất sử dụng rộng rãi: polidocanon 1%.

+ Các loại khác: oleat d'ethanolamin 5%, chlorhydrate de quinin-uree, morrhuat de sodium, tetradecyl sulfat 1,5%, cồn tuyệt đối.

3. Người bệnh

– Người bệnh phải nhịn ăn tối thiểu 6 giờ. Nếu < 6 giờ và cần phải nội soi can thiệp ngay thì người bệnh phải được rửa dạ dày sạch trước soi.

– Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải được giải thích trước và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

– Trường hợp cấp cứu, người bệnh phải được hồi sức tích cực trước soi, bao gồm đặt đường truyền tĩnh mạch truyền dịch truyền máu để bù thể tích tuần hoàn, thở oxy kính, mắc monitor theo dõi trước khi làm nội soi. Người bệnh suy hô hấp, rối loạn ý thức phải được đặt nội khí quản, kiểm soát tình trạng hô hấp trước soi.

4. Hồ sơ bệnh án

– Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để trả lại cho người bệnh.

– Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

– Soi thực quản - dạ dày - tá tràng đánh giá mức độ giãn TMTQ, dấu hiệu vỡ tĩnh mạch, những tổn thương phối hợp.

– Có ba phương pháp tiêm:

+ Tiêm vào trong lòng tĩnh mạch: mỗi mũi tiêm từ 2 - 10ml, trung bình 5ml. Mỗi lần tiêm từ 20 - 60ml.

+ Tiêm dưới niêm mạc cạnh búi giãn tĩnh mạch: mỗi mũi tiêm từ 0,5 - 3ml. Mỗi lần tiêm từ 15 - 30ml.

+ Tiêm hỗn hợp: vừa tiêm vào trong lòng tĩnh mạch phối hợp với tiêm dưới niêm mạc cạnh các búi tĩnh mạch. Bắt đầu tiêm vào dưới niêm mạc cạnh hai bên thành tĩnh mạch rồi sau đó tiêm vào trong lòng tĩnh mạch.

– Vị trí tiêm: bắt đầu tiêm ở vị trí cách tâm vị vài mm vào các búi tĩnh mạch, vòng theo chu vi của thực quản (thường là tiêm vào 3 điểm). Sau đó tiêm cao dần lên thực quản. Thường bắt đầu tiêm vào búi đang chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu.

– Kỹ thuật tiêm:

+ Sau khi xác định vị trí tiêm, đẩy vỏ của kim tiêm xơ ra khỏi kênh hoạt động của máy và cố định vào vị trí đó.

+ Đẩy kim tiêm xơ ra khỏi vỏ và bơm chất gây xơ.

+ Người phụ soi rút kim tụt vào trong vỏ của kim và kéo vỏ của kim 2cm về phía máy nội soi, trong khi đó người soi quan sát và tìm các vị trí cần tiêm khác rồi di chuyển kim tiêm xơ cố định vào các vị trí này.

VI. THEO DÕI

- Lưu ý người bệnh 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 hoá, đặc biệt là thủng ống tiêu hoá.
- Người bệnh nằm theo dõi 24 giờ sau tiêm xơ và ăn chế độ lỏng và lạnh.
- Theo dõi 24 giờ: phân, chất nôn, mạch, huyết áp, triệu chứng đau ngực...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau ngực sau xương ức, nuốt khó, nuốt đau: thường hết tự nhiên sau 72 giờ và thực hiện chế độ ăn lỏng và thuốc giảm đau.
- Tràn dịch màng phổi: thường số lượng dịch ít, tự khỏi.
- Loét thực quản: thuốc chống bài tiết axít và sucralfat.
- Hẹp thực quản: hẹp nhiều cần nong thực quản.
- Rối loạn vận động thực quản.
- Chảy máu tại chỗ tiêm: thường chảy ít, khỏi khi chèn ép thực quản bằng ống soi.
- Sốt do nhiễm khuẩn huyết: kháng sinh.
- Tử vong: hiếm gặp (0 - 10%).
- Thủng thực quản: do hoại tử xuyên thành, gây áp xe và rò thực quản, điều trị ngoại khoa, kháng sinh, dinh dưỡng tĩnh mạch.
- Bệnh phổi do trào ngược.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Daniel S. Camara, MD, FACP. (1986). "Update in Injection Sclerotherapy of Esophageal Varices". J Intensive Care Med 1: 171-177.

NỘI SOI CAN THIỆP - THẮT BÚI GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN BẰNG VÒNG CAO SU

I. ĐỊNH NGHĨA

Thắt tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su là phương pháp qua đường nội soi dạ dày dùng vòng cao su thắt các búi tĩnh mạch giãn to làm cho máu không còn lưu thông trong tĩnh mạch vỡ và ngừng lại dẫn đến hình thành huyết khối và do đó xơ hóa thành tĩnh mạch.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thắt cấp cứu khi đang chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản.
- Người bệnh giãn tĩnh mạch thực quản trong tiền sử có chảy máu.
- Người bệnh có giãn to tĩnh mạch thực quản, có nguy cơ vỡ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hôn mê gan.
- Có kèm theo giãn tĩnh mạch phình vị dạ dày.
- Suy gan nặng.
- Suy tim phổi cấp.
- Choáng nặng, không có hồi sức hỗ trợ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ có trình độ nội soi thuần thực.
- 02 điều dưỡng biết sử dụng các dụng cụ nội soi và nắm được các bước tiến hành thủ thuật.

2. Phương tiện

- Máy nội soi ống mềm cửa sổ thẳng có đường can thiệp tương đối lớn: GIF1-T30 hoặc GIF2- T20.
- Ống hút có thể lắp nhiều vòng cao su.
- Vòng cao su.

3. Người bệnh

- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước khi làm thủ thuật.
- Giải thích kỹ cho người bệnh biết mục đích, lợi ích, tai biến của thủ thuật. Cho người bệnh ký giấy cam đoan.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi rõ tình trạng của người bệnh trước khi làm thủ thuật, mạch, huyết áp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Tên, tuổi người bệnh. Tình trạng toàn thân, mạch, huyết áp.

2. Kiểm tra người bệnh

- Bác sĩ khám tình trạng người bệnh, các bệnh phối hợp.
- Điều dưỡng đo mạch, huyết áp.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Soi thực quản dạ dày để nhận định mức độ giãn tĩnh mạch thực quản, vị trí giãn, các tổn thương phối hợp ở dạ dày.
- Tiến hành lồng vòng cao su vào ống hút, sau đó lắp ống hút có vòng cao su vào đầu đèn soi, mỗi lần lắp được 6 vòng cao su.
- Đưa máy nội soi (đã gắn với súng bắn) vào sát búi tĩnh mạch cần thắt, hút từ đế búi tĩnh mạch chui vào trong vòng nhựa.
- Quay tay quay 1 vòng theo chiều kim đồng hồ để vòng cao su tuột ra khỏi ống hút.
- Đưa đầu máy soi đến vị trí búi giãn khác để thắt tiếp.
- Vị trí thắt: cách tâm vị vài cm và vào nhiều búi tĩnh mạch theo vòng chu vi của thực quản.
- Các đợt thắt cách nhau khoảng 2 - 3 tuần.

VI. THEO DÕI

- Sau khi thắt người bệnh nằm theo dõi trong 24 giờ, ăn thức ăn lỏng, mềm trong 24 giờ.
- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu tại búi thắt: truyền máu kết hợp dùng thuốc.
- Đau sau xương ức, khó nuốt: ăn lỏng, dùng thuốc giảm đau.
- Loét thực quản: dùng thuốc giảm tiết axít.
- Hội chứng não cửa chủ.
- Sốt: dùng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa (2001)
2. Endoscopic therapy for Upper Gastrointestinal, Variceal hemorrhage, Volume two: 2834-2851.

NỘI SOI CAN THIỆP - NONG THỰC QUẢN BẰNG BÓNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp (NSCT) nong thực quản bằng bóng là tiến hành đưa bóng vào vị trí hẹp của thực quản qua đường nội soi sau đó bơm hơi với mục đích làm rộng phần bị hẹp của thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Hẹp thực quản do các nguyên nhân

- Viêm thực quản trào ngược
- Do bóng
- Do tia xạ

2. Bệnh tâm vị cơ thắt (achalasia)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mới phẫu thuật thực quản.
- Tổn thương sâu tại thực quản dễ dẫn đến thủng thực quản khi nong.
- Mới bị nhồi máu cơ tim.
- Bệnh lý tim phổi nặng.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Giảm tiểu cầu nặng.
- Đang dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên nội soi tiêu hóa, 01 kỹ thuật viên gây mê, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện, thuốc và vật tư tiêu hao

2.1. Phương tiện

- Phòng nội soi có hệ thống oxy.
- Hệ thống máy nội soi dạ dày cửa sổ thẳng, canun.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.
- Bóng nong thực quản.

- Bóng nong tâm vị dài 15 - 20 cm đường kính: 3; 3,5; 4 cm và bộ bơm hơi có đo áp lực, dùng cho điều trị bệnh tâm vị co thắt.
- Bóng dài 4 cm đường kính 2 cm và bộ bơm hơi có đo áp lực, dùng nong thực quản cho những trường hợp hẹp thực quản do các nguyên nhân khác.
- Một dây dẫn (guidewire) kim loại dài 2 m.
- Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao.

2.2. Thuốc

Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1 - 4 ống, fentanyl 0,1 mg từ 1 - 3 ống, propofol 20 ml 1 - 4 ống.

2.3. Vật tư

- Găng tay 6 đôi
- Áo mổ 02 cái

3. Người bệnh

- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.

4. Hồ sơ bệnh án

Người bệnh được làm hồ sơ vào viện điều trị nội trú, đã được làm các xét nghiệm cơ bản, như: chức năng gan, thận, nhóm máu, đông máu cơ bản, chức năng tụy, các xét nghiệm virus, điện tâm đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Đề đảm bảo có thể tiến hành tiền mê hoặc gây mê, đảm bảo có thể tiến hành thủ thuật gây chảy máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nong tâm vị bằng bóng hơi

Sau khi người bệnh được tiền mê hoặc gây mê, sẽ tiến hành thủ thuật:

- Đưa máy nội soi dạ dày cửa sổ thẳng vào dạ dày, qua kênh sinh thiết đưa dây dẫn vào dạ dày, rút máy nội soi.
- Qua dây dẫn đưa bóng hơi vào vị trí cơ thắt dưới của thực quản, vị trí cơ thắt dưới nằm ở đoạn giữa của bóng.

- Đưa máy nội soi vào đi cùng để quan sát vị trí bóng.
- Tiến hành nong thực quản với áp lực 5 - 12 Psi trong thời gian 60 giây.
- Rút bóng và dây dẫn.

3.2. Nong các vị trí hẹp tại thực quản

Về nguyên tắc cũng giống nong tâm vị nhưng tại các vị trí khác và sử dụng bóng hơi nhỏ 2cm dài 4 cm.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi những biến chứng của gây mê như suy hô hấp, tụt huyết áp.
- Theo dõi phát hiện thủng thực quản: đau ngực, tràn khí dưới da, chụp phim Xquang lồng ngực nếu nghi ngờ có thủng thực quản.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thủng thực quản: trường hợp nhẹ có thể điều trị bảo tồn bằng nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh và giảm tiết axít. Đối trường hợp nặng cần điều trị phẫu thuật.

- Biến chứng liên quan tới tiền mê và gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn. Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT GẮP BÃ THỨC ĂN DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp cắt gấp bã thức ăn trong dạ dày là một kỹ thuật can thiệp nhằm lấy bỏ bã thức ăn trong dạ dày. Có hai loại bã thức ăn là phytobezoar (từ rau, thực vật) và trichobezoar (từ tóc, lông).

II. CHỈ ĐỊNH

Bã thức ăn ở trong dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nghi ngờ nhồi máu cơ tim, hội chứng mạch vành cấp, phình tách động mạch chủ, rối loạn nhịp tim phức tạp, tăng huyết áp không kiểm soát được, suy hô hấp, tụt huyết áp.
- Các trường hợp nghi ngờ thủng ống tiêu hoá.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 02 điều dưỡng thành thực kỹ thuật.

2. Phương tiện

- Dàn máy nội soi, dây soi có kênh thủ thuật.
- Thòng lọng (snare) kích thước lớn.
- Rọ gấp dị vật.
- Ống overtube.

3. Người bệnh

- Người bệnh phải nhịn ăn tối thiểu 6 giờ.
- Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải được giải thích trước và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.
- Người bệnh nên được khuyến sử dụng đồ uống có ga trước 1 tuần: CocaCola...

4. Hồ sơ bệnh án

- Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để trả lại cho người bệnh. Nếu người bệnh nội trú thì dán kết quả vào bệnh án.
- Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đưa ống overtube qua máy soi.
- Nội soi dạ dày theo quy trình.
- Dùng thông lọng cắt nhỏ từng phần cục bã thức ăn. Đôi khi bã thức ăn rất khó cắt.
- Sau khi cắt nhỏ cục bã thức ăn, dùng rọ gấp dần kéo ra ngoài qua đường miệng bằng cách kéo cả dây máy soi ra ngoài.

VI. THEO DÕI TAI BIẾN

- Biến chứng thủng, chảy máu.
- Biến chứng tắc ruột do các mảnh, cục bã thức ăn lưu thông trong lòng ruột và gây tắc ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nib Soehendra, Kenneth F. Binmoeller, Hans Seifert, Hans Wilhelm Schreiber, “Therapeutic Endoscopy – Color atlas of operative techniques for the gastrointestinal tract”, *Thieme 2005*

NỘI SOI CAN THIỆP - SINH THIẾT NIÊM MẠC ỚNG TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG

Sinh thiết niêm mạc ống tiêu hoá qua nội soi là một phương pháp giúp lấy bệnh phẩm tổn thương để làm mô bệnh học định danh giải phẫu bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Mọi tổn thương bệnh lý phát hiện được trên nội soi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

– Người bệnh mắc các bệnh lý rối loạn đông cầm máu hoặc có nguy cơ rối loạn đông cầm máu: thiếu hụt các yếu tố đông máu bẩm sinh (hemophilia) hoặc mắc phải (xơ gan, dùng các thuốc chống đông), giảm tiểu cầu (tự miễn, do thuốc hoặc xơ gan) hoặc người bệnh có sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu.

– Nếu người bệnh được làm xét nghiệm, chống chỉ định sinh thiết khi tiểu cầu < 50 G/l, tỷ lệ prothrombin < 50%, thiếu hụt yếu tố đông máu < 50%.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng thành thực kỹ thuật sinh thiết niêm mạc ống tiêu hoá qua nội soi.

2. Phương tiện

- Kim sinh thiết qua nội soi.
- Ống đựng có dung dịch Formol để cố định bệnh phẩm.

3. Người bệnh

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ.
- Người bệnh được giải thích thủ thuật nội soi trước.
- Người bệnh phải ký cam kết làm thủ thuật.

4. Hồ sơ giấy tờ

Ghi vào kết quả nội soi đã tiến hành sinh thiết.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tiến hành nội soi tiêu hoá thông thường. Khi thấy tổn thương cần lấy bệnh phẩm làm mô bệnh học thì tiến hành sinh thiết.

Đưa kim sinh thiết qua kênh thủ thuật, quan sát trên màn hình, khi đầu kim sinh thiết tới gần tổn thương, người phụ giúp mở kim sinh thiết, bác sĩ soi đẩy kim sát vào tổn thương để người phụ đóng kim sinh thiết, bác sĩ soi giật ngược lại dây sinh thiết để cắt lấy bệnh phẩm.

Vị trí sinh thiết đối với ổ loét là niêm mạc rìa xung quanh ổ loét, đối với khối u là ở các vị trí khác nhau. Không sinh thiết vào các mạch máu hoặc vùng niêm mạc có dị sản mạch.

Trường hợp khó, nên phối hợp với các kỹ thuật hình ảnh nội soi (tùy thuộc thể hệ máy soi) như NBI, FICE hoặc nhuộm màu bằng thuốc nhuộm để xác định chính xác vị trí sinh thiết.

Bệnh phẩm lấy ra được cố định vào ống đựng có chứa Formol.

VI. THEO DÕI TAI BIẾN

Sinh thiết có nguy cơ chảy máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nib Soehendra, Kenneth F. Binmoeller, Hans Seifert, Hans Wilhelm Schreiber, “Therapeutic Endoscopy - Color atlas of operative techniques for the gastrointestinal tract”, *Thieme 2005*.

NỘI SOI CAN THIỆP- ĐẶT DẪN LƯU NANG GIẢ TUY VÀO DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp đặt dẫn lưu nang giả tụy vào dạ dày là một kỹ thuật nhằm dẫn lưu dịch nang giả tụy qua một ống nhựa (stent) vào trong lòng dạ dày.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nang giả tụy kích thước lớn (> 6cm) gây triệu chứng đau hoặc gây biến chứng nhiễm trùng.
- Nang giả tụy gây ép thành dạ dày quan sát được trên nội soi dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mới bị nhồi máu cơ tim
- Bệnh lý tim phổi nặng
- Dị ứng với thuốc cản quang
- Rối loạn đông máu nặng
- Giảm tiểu cầu
- Đang dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu
- Nang tụy không ép vào thành dạ dày trên nội soi.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên làm nội soi mật tụy ngược dòng, 01 kỹ thuật viên gây mê, 03 điều dưỡng trong đó có điều dưỡng phải sử dụng được máy C- Arm.

2. Phương tiện, thuốc, vật tư y tế

2.1. Phương tiện

- Phòng nội soi cho phép chiếu tia Xquang, có hệ thống oxy.
- Máy tăng sáng xquang (C.Arm).
- Hệ thống máy nội soi tá tràng (máy nội soi cửa sổ bên) với kênh làm thủ thuật có đường kính 4,2mm, canuyn.
- Nguồn cắt đốt.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.

- Áo chì 05 bộ
- Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao

2.2. Thuốc

- Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1 - 4 ống, fentanyl 0,1 mg từ 1 - 3 ống, propofol 20 ml 1 - 4 ống.
- Thuốc cản quang 50ml (telebrix, xenetix) 1 - 2 lọ.

2.3. Vật tư

- 02 dây dẫn (guidewire) 0,035, 01 dao cắt cơ vòng Oddi, 01 dao cắt điểm.
- Ống đẩy stent
- 02 stent nhựa loại đuôi lợn 7 F, 7 cm.
- 10 đôi găng tay
- 02 áo mổ

3. Người bệnh

- Ký giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật.
- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.

4. Hồ sơ bệnh án

Người bệnh được làm hồ sơ vào viện điều trị nội trú, đã được làm các xét nghiệm cơ bản, như: chức năng gan, thận, nhóm máu, đông máu cơ bản, chức năng tụy, các marker vi rút, điện tâm đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Để đảm bảo có thể tiến hành tiền mê hoặc gây mê, đảm bảo có thể tiến hành thủ thuật gây chảy máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sau khi người bệnh được tiền mê hoặc gây mê, sẽ tiến hành thủ thuật.

3.1. Đưa máy xuống dạ dày

- Máy nội soi qua thực quản "bán mù", do đó không quan sát được toàn bộ thực quản.

– Máy nội soi vào dạ dày: Đưa đầu dây nội soi vào dạ dày tìm điểm nang tụy ép vào thành dạ dày.

3.2. Cắt thành dạ dày

Dùng dao cắt điểm chọc vuông góc với thành dạ dày vào nang tụy cho tới khi nào dịch nang chảy ra, chú ý sử dụng nguồn cắt đốt. Rút dao cắt luôn dây dẫn vào nang tụy qua thành dạ dày. Tiếp theo sau đó đưa dao cắt cơ vòng Oddi theo dây dẫn để cắt thành dạ dày. Chú ý cắt vừa đủ rộng để đặt 02 stent, nếu cắt rộng quá stent dễ tụt ra ngoài.

3.3. Đặt stent

- Đưa dây dẫn nằm trong nang tụy 02 vòng dưới hướng dẫn của màn tăng sáng.
- Qua dao cắt cơ vòng Oddi đưa dây dẫn thứ hai vào trong nang tụy giống như dây dẫn thứ nhất.
- Qua dây dẫn lần lượt dùng bộ đẩy stent đặt 02 stent vào trong nang tụy.
- Kiểm tra lại vị trí stent trong nang tụy dưới màn tăng sáng.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi những biến chứng của gây mê như suy hô hấp, tụt huyết áp.
- Theo dõi phát hiện viêm tụy cấp: đau bụng, tình trạng ổ bụng, xét nghiệm amylase và lipase sau thủ thuật.
- Theo dõi chảy dịch từ nang ra ổ bụng: tình trạng bụng, chụp bụng không chuẩn bị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu do cắt thành dạ dày. Nội soi cầm máu.
- Biến chứng liên quan tới gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn. Tiến hành truyền dịch, thở oxy.
- Viêm tụy cấp. Nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, dùng kháng sinh nếu có biểu hiện nhiễm trùng.
- Chảy dịch nang vào ổ bụng: nhịn ăn, nuôi bằng đường tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Sivak M. V. Gastroenterologic Endoscopy 1987.
3. Kenneth F. Binmoeller, Nib Shoehendra. Gastroenterologic endoscopy. 2004.
4. Ginberg G.G. Clinical Gastrointestinal Endoscopy 2005.
5. Baron T.H. ERCP 2008.

NỘI SOI CAN THIỆP - ĐẶT BÓNG ĐIỀU TRỊ BÉO PHÌ

I. ĐỊNH NGHĨA

Đặt bóng điều trị béo phì là thủ thuật đưa bóng đặt vào trong lòng dạ dày. Bóng chiếm một phần diện tích trong lòng dạ dày tạo cảm giác no nên làm giảm bớt lượng thức ăn cần tiêu thụ hàng ngày giúp người bệnh giảm cân. Bóng được bơm căng bằng dung dịch nước muối sinh lý với thể tích 400 - 700ml. Thời gian đặt bóng tối đa là 180 ngày. Đặt bóng điều trị béo phì giúp giảm bớt chỉ định phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

– Chỉ định điều trị béo phì đối với các người bệnh không đáp ứng với các phương pháp giảm cân khác. Cần đánh giá đặt bóng trong dạ dày với các nguy cơ và các ích lợi trước mắt trong điều trị giảm cân. Giai đoạn đặt bóng tối đa là 6 tháng.

- Chỉ định đặt bóng tạm thời trước phẫu thuật giảm cân.
- Chỉ định đối với các trường hợp béo phì có BMI > 40.
- BMI 30 - 39 có bệnh lý liên quan đến béo phì, có nguy cơ mắc các bệnh lý béo phì.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Điều trị giảm cân vì lý do làm đẹp.
- BMI < 30.
- Người bệnh có tiền sử mô dạ dày ruột.
- Các bệnh lý ống tiêu hóa: viêm thực quản, loét dạ dày hành tá tràng, Crohn, xuất huyết tiêu hóa cao, giãn tĩnh mạch thực quản, giãn tĩnh mạch phình vị, bệnh lý dạ dày do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, dị dạng mạch, hẹp ống tiêu hóa, thoát vị hoành, bất thường cấu trúc thực quản, túi thừa.
- Các trường hợp có chống chỉ định nội soi.
- Các trường hợp có biểu hiện thần kinh và tâm thần: rối loạn tâm lý nặng, nghiện rượu, nghiện ma túy...
- Người bệnh không sẵn sàng tham gia chương trình thay đổi hành vi, chương trình giám sát chế độ ăn.
- Người bệnh đang sử dụng aspirin, chống đông, thuốc kích ứng dạ dày khác không chịu sự giám sát y tế.
- Người bệnh có thai, đang cho con bú.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Kiểm tra kỹ chỉ định và chống chỉ định của phương pháp đặt bóng điều trị béo phì.
- Giải thích các biến chứng.
- Giải thích hiệu quả của phương pháp điều trị chỉ có thể đạt được nếu người bệnh tuân thủ chế độ ăn giảm béo nghiêm ngặt.

2. Phương tiện, dụng cụ

- Dụng cụ nội soi dạ dày
- Dụng cụ đặt bóng vào dạ dày là bộ dụng cụ BIB của hãng Allergan. Bóng được bơm căng bằng một ống có van một chiều. Dụng cụ đặt bóng BIB có ống thông với đường kính ngoài 6,5 mm. Kiểm tra dụng cụ BIB gồm một quả bóng kèm với hệ thống bơm bóng đặt trong 1 túi đựng dụng cụ không vô trùng chỉ sử dụng 1 lần. Các bộ phận này cần sử dụng cẩn thận, không được làm bong hỏng, nếu hỏng nên trả về cho nhà sản xuất. Đừng tháo bóng, đừng cố sử dụng, đừng cố tự lắp lại dụng cụ. Không được rửa dụng cụ, không ngâm trong dung dịch tẩy trùng. Khi dụng cụ bị bẩn cần trả lại nhà sản xuất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chuẩn bị người bệnh nội soi dạ dày theo quy trình kỹ thuật soi dạ dày.
- Thực hiện nội soi thực quản và nội soi dạ dày: quan sát và đánh giá bệnh lý dạ dày thực quản nếu không có các tổn thương phối hợp có chỉ định đặt bóng.
- Rút máy soi dạ dày ra ngoài.
- Đưa hệ thống đặt bóng BIB vào dạ dày: Bôi trơn hệ thống BIB.
- Đưa hệ thống BIB từ từ qua thực quản vào dạ dày.
- Đưa lại máy soi dạ dày vào để quan sát khẳng định bóng nằm trong dạ dày dưới cơ thắt tâm vị và nằm trong vùng phình vị.
- Rút nòng để đưa dụng cụ làm đầy bóng vào.
- Gắn van ba chiều vào bơm tiêm và khóa vào với dụng cụ làm đầy bóng, xé túi bọc.
- Bơm dung dịch nước muối sinh lý vào bóng qua van ba chiều, mỗi lần bơm 50 ml.
- Bơm dần dần cho tới khi làm đầy bóng, tối thiểu là 400ml và tối đa là 700 ml.
- Sau khi đã bơm đủ dung dịch cần thiết tháo nòng ra và khóa van.
- Rút ống thông ra dần dần và kiểm tra khẳng định van không bị xì.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng bụng để phát hiện sớm các biến chứng tắc ruột.
- Cân nặng để xác định hiệu quả của phương pháp điều trị.
- Triệu chứng đau bụng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tắc ruột do bóng bơm không đủ căng, bóng bị rò rỉ, giảm độ căng của bóng làm bóng di chuyển xuống ruột non, tắc ruột sẽ gặp ở người bệnh có mổ trước đó hay có viêm dính. Xử trí quan sát dưới C-ARM chọc qua da tháo bóng.
- Tắc thực quản nội soi khắc phục đẩy bóng xuống dạ dày.
- Tổn thương ống tiêu hóa do đặt bóng vào các vị trí không thích hợp gây chảy máu, thủng, lúc này phải chỉ định phẫu thuật.
- Giảm cân chưa đủ hay không giảm cân, giảm cân tạm thời thường đạt được hiệu quả nhưng duy trì giảm cân dài hạn thấp ở người bệnh béo phì nặng.
- Cảm giác buồn nôn, cảm giác nặng bụng, đau bụng, đau lưng thường xuyên hay có chu kỳ, hội chứng trào ngược, loét dạ dày chỉ định điều trị thuốc giảm tiết.
- Viêm, nhiễm trùng, sốt, đau quặn, ỉa chảy, do nhiễm khuẩn có thể từ dịch trong bóng xì ra, xử trí bằng cách điều trị kháng sinh.
- Phản ứng ngừng tim, ngừng thở rất hiếm thường liên quan đến các vấn đề sức khỏe của bệnh béo phì.

NỘI SOI CAN THIỆP - TIÊM CẦM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp tiêm cầm máu là một phương pháp can thiệp điều trị nhằm mục đích cầm chảy máu tổn thương qua nội soi ống tiêu hoá. Biện pháp này có thể áp dụng cho tổn thương ở bất kể vị trí nào trong quá trình nội soi với ưu điểm là kỹ thuật đơn giản, rẻ tiền, có thể áp dụng dễ dàng. Cơ chế tác dụng dung dịch tiêm gồm nước muối sinh lý pha Adrenalin gây phỏng lớp tổ chức dưới niêm mạc ép vào mạch máu đang chảy máu để làm cầm máu và Adrenalin gây co mạch tại chỗ. Tuy nhiên ngày nay không khuyến cáo dùng đơn thuần phương pháp này mà phối hợp với các phương pháp cầm máu khác.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ổ loét niêm mạc ống tiêu hoá đang chảy máu hoặc có dấu hiệu vừa chảy máu có nguy cơ tái xuất huyết cao (Phân loại Forrest độ IA, IB, IIA, IIB).
- Rách tâm vị chảy máu.
- Sau can thiệp qua nội soi tiêu hoá, tổn thương chảy máu hoặc có nguy cơ cao chảy máu có thể chỉ định tiêm cầm máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc giảm thể tích tuần hoàn, huyết áp dưới 90/60 mmHg.
- Người bệnh nghi ngờ nhồi máu cơ tim, hội chứng mạch vành cấp, phình tách động mạch chủ, rối loạn nhịp tim phức tạp, tăng huyết áp không kiểm soát được, suy hô hấp.
- Các trường hợp nghi ngờ thủng ống tiêu hoá.
- Người bệnh không thể hợp tác được (bệnh lý tâm thần kinh), nếu bắt buộc soi phải sử dụng thuốc tiền mê.
- Người bệnh có thai, nếu bắt buộc phải nội soi can thiệp phải giải thích trước cho người nhà và người bệnh các nguy cơ rủi ro cho thai và được sự đồng ý của người bệnh và gia đình, có ghi vào giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 02 điều dưỡng thành thực kỹ thuật nội soi tiêm cầm máu.

2. Phương tiện

- Bàn máy nội soi, dây soi có kênh thủ thuật.
- Kim tiêm cầm máu qua nội soi: nên sử dụng kim có đầu vát ngắn khoảng 4 - 5mm.

- Thuốc tiêm cầm máu: nước muối sinh lý, Adrenalin 1/10.000 x 2 ống
- Bơm tiêm nhựa 10ml x 1 cái.
- Thuốc tiền mê: Midazolam, Fentanyl. Trong trường hợp người bệnh kích thích cần sử dụng thuốc tiền mê.

3. Người bệnh

- Người bệnh phải nhịn ăn tối thiểu 6 giờ. Nếu < 6 giờ và cần phải nội soi can thiệp ngay thì người bệnh phải được rửa dạ dày sạch trước soi.
- Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải được giải thích trước và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.
- Trường hợp cấp cứu, người bệnh phải được hồi sức tích cực trước soi, bao gồm đặt đường truyền tĩnh mạch truyền dịch, truyền máu để bù thể tích tuần hoàn, thở oxy kính, mắc monitor theo dõi trước khi làm nội soi. Người bệnh suy hô hấp, rối loạn ý thức phải được đặt nội khí quản, kiểm soát tình trạng hô hấp trước soi.

4. Hồ sơ bệnh án

- Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để trả lại cho người bệnh.
- Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tiến hành nội soi tiêu hoá thông thường. Khi thấy tổn thương đang chảy máu hoặc đã chảy máu nhưng có nguy cơ tái phát chảy máu cao, hoặc các tổn thương sau can thiệp thủ thuật gây chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu cao thì tiến hành tiêm cầm máu.

- Pha dung dịch Natriclorua và Adrenalin theo tỷ lệ Adrenalin 1mg/1ml + 9ml Natriclorua 0,9% vào bơm tiêm nhựa 10ml. Trong trường hợp không có Adrenalin, có thể sử dụng Natriclorua 0,9% đơn thuần, Natriclorua ưu trương hoặc nước cất.

- Nên tiêm mỗi lần 1 - 2ml vòng quanh rìa ổ loét. Nếu ổ loét lớn và sâu thì tiêm ở quanh vị trí gây chảy máu hoặc mạch máu nhìn thấy. Tối đa tiêm 20ml dung dịch Adrenalin và Natriclorua.

- Kiểm tra tổn thương sau tiêm cầm chảy máu.
- Nếu đánh giá thấy nguy cơ tái chảy máu cao, nên phối hợp thêm các biện pháp cầm máu khác như kẹp clip, cầm máu bằng nhiệt.

VI. THEO DÕI TAI BIẾN

- Lưu ý người bệnh 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.

- Tiêm cầm máu bằng Adrenalin đơn thuần có nguy cơ tái chảy máu cao hơn so với phối hợp tiêm cầm máu bằng Adrenalin với kẹp clip hoặc cầm máu bằng nhiệt. Vì vậy cần theo dõi kỹ người bệnh nhằm phát hiện kịp thời các trường hợp chảy máu lại để xử trí thích hợp.
- Theo dõi các biến chứng khác của nội soi tiêu hoá, đặc biệt là thủng ống tiêu hoá.
- Các tác dụng phụ do Adrenalin: hầu như hiếm gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nib Soehendra, Kenneth F. Binmoeller, Hans Seifert, Hans Wilhelm Schreiber, “Therapeutic Endoscopy - Color atlas of operative techniques for the gastrointestinal tract”, *Thieme 2005*.

NỘI SOI CAN THIỆP - LÀM CLO-TEST CHẨN ĐOÁN NHIỄM *H. PYLORI*

I. ĐỊNH NGHĨA

Nội soi can thiệp làm Clo-test chẩn đoán nhiễm *H. Pylori* là kỹ thuật lấy một mẫu bệnh phẩm dạ dày qua nội soi sau đó làm Test urease để xác định tình trạng nhiễm HP của mô dạ dày.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nội soi dạ dày có tổn thương viêm hoặc loét.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chống chỉ định nội soi dạ dày.
- Các trường hợp người bệnh có rối loạn đông máu, cầm máu. Tỷ lệ Prothrombin < 50%. Tiêu cầu < 50 G/l.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ, 02 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Máy nội soi dạ dày ống mềm loại nhìn thẳng và các dụng cụ kèm theo máy soi: máy hút, nguồn sáng, màn hình, kim sinh thiết, canun ngậm miệng.
- Thuốc thử urease test.

3. Người bệnh

Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước khi soi, người bệnh được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật, người bệnh đồng ý soi.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra tên, tuổi người bệnh, chẩn đoán.

2. Kiểm tra người bệnh

Khám người bệnh: toàn trạng, mạch, huyết áp.

Khám các bệnh tim mạch.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.
- Tiêm thuốc chống co thắt như Buscopan, Spasfon trước khi soi. Tiêm thuốc an thần khi cần thiết.
- Đặt ống ngậm miệng vào giữa hai cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.
- Đưa máy vào dạ dày bơm hơi, quan sát.
- Dùng kim sinh thiết lấy 1 miếng bệnh phẩm ở vùng hang vị dạ dày. Cho bệnh phẩm vào 1 ống nghiệm nhỏ.
- Nhỏ 0,5 ml thuốc thử A và nhỏ tiếp 0,1 ml thuốc thử B vào mảnh sinh thiết. Ngâm mảnh sinh thiết trong hỗn hợp dung dịch trên. Chờ 5 - 10 phút thì đọc kết quả.
- Nếu dung dịch đổi sang màu hồng cánh sen là Test *H. Pylori* dương tính.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng mạch, huyết áp, toàn trạng trong quá trình soi.
- Tình trạng chảy máu tại chỗ lấy sinh thiết.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến của nội soi dạ dày: đưa nhầm vào khí quản, trật khớp hàm, thủng thực quản.
- Tai biến chảy máu tại vị trí sinh thiết: bơm rửa nước lạnh hoặc tiêm cầm máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa (2001): 14 - 18.

NỘI SOI HẬU MÔN ỐNG CỨNG CẦN THIẾT - TIÊM XƠ BÚI TRĨ

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm xơ búi trĩ là phương pháp tiêm một chất gây xơ vào gốc búi trĩ để điều trị trĩ nội bằng nội soi hậu môn ống cứng.

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ nội độ 1, độ 2, và độ 3 nhỏ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trĩ nội độ 3 to, độ 4, trĩ hỗn hợp, trĩ ngoại, huyết khối trĩ.
- Viêm nhiễm tại hậu môn.
- Bệnh rối loạn đông máu, bệnh toàn thân giai đoạn cấp, bệnh suy giảm miễn dịch HIV.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Ống soi hậu môn, nguồn sáng tốt, bơm tiêm, thuốc sát trùng.
- Thuốc gây xơ: Polidocanol.

3. Người bệnh

Giải thích kỹ để người bệnh hiểu và cộng tác, thụt tháo phân, đi tiểu trước khi làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra tên, tuổi người bệnh, xét nghiệm đông máu, cầm máu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Tên, tuổi người bệnh, các xét nghiệm.

2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh nằm sấp. Bác sĩ tiến hành thăm hậu môn, soi hậu môn để xác định lại chẩn đoán, chọn các búi trĩ sẽ tiêm thuốc.

3. Thực hiện kỹ thuật

Lau sạch ống hậu môn, bôi thuốc khử khuẩn dịu như Betadine, banh hậu môn để gốc búi trĩ. Tiêm thuốc gây xơ vào gốc búi trĩ vùng dưới niêm mạc, mỗi búi từ 1, 2, 3 ml tùy kích thước búi trĩ. Rút kim ra, nếu chảy máu ở lỗ đâm kim, ấn chặt một miếng bông. Tiêm trên đường lược ít nhất 5 mm, người bệnh không đau. Tiếp tục điều trị búi trĩ khác. Không tiêm quá 3 búi trĩ trong một lần điều trị. Tránh tiêm ở vị trí 12 giờ. Các lần tiêm cách nhau 1- 2 tuần lễ.

VI. THEO DÕI

- Trước, trong và sau khi làm thủ thuật: theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Sau khi làm người bệnh nghỉ ngơi 15 phút rồi cho về.
- Cho thuốc giảm đau, nhuận tràng, an thần.
- Ngâm hậu môn bằng nước ấm 2 lần/1 ngày trong 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc phản vệ: Mạch nhanh, huyết áp tụt. Xử trí theo phác đồ sốc phản vệ.
- Choáng: cho người bệnh nằm nghỉ, theo dõi mạch, huyết áp.
- Tiêm không đúng khoang dưới niêm mạc: sâu quá lớp cơ, người bệnh đau, rút bớt kim lại. Tiêm nông quá, niêm mạc trắng bệch, thuốc trào ra ngoài, không có tác dụng.
- Chảy máu chỗ tiêm: ấn chặt miếng bông, ép gạc.
- Đau do tiêm thấp dưới đường lược hoặc tiêm quá sâu: cho thuốc giảm đau.
- Áp xe hay nứt kẽ hậu môn.
- Nhiễm khuẩn nặng: sốt cao, đau nhiều, bí đái: cho người bệnh vào viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện (1999): 325-327

NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG CAN THIỆP - NONG ĐƯỜNG MẬT BẰNG BÓNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - nong đường mật bằng bóng là tiến hành nội soi mật tụy ngược dòng nong cơ Oddi với mục đích để lấy sỏi ống mật chủ hoặc nong chỗ hẹp của đường mật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Lấy sỏi ống mật chủ.
- Hẹp lành tính đường mật.
- Hẹp ác tính đường mật, nong trước khi đặt stent.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mới bị nhồi máu cơ tim
- Bệnh lý tim phổi nặng
- Dị ứng với thuốc cản quang
- Rối loạn đông máu nặng
- Giảm tiểu cầu
- Đang dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên làm nội soi mật tụy ngược dòng, 01 kỹ thuật viên gây mê, 03 điều dưỡng trong đó có điều dưỡng phải sử dụng được máy C - Arm.

2. Phương tiện, thuốc, vật tư tiêu hao

2.1. Phương tiện

- Phòng nội soi cho phép chiếu tia Xquang, có hệ thống oxy
- Máy tăng sáng X quang (C. Arm)
- Hệ thống máy nội soi tá tràng (máy nội soi cửa sổ bên) với kênh làm thủ thuật có đường kính 4,2 mm, canun.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.
- Áo chì 05 bộ.
- Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao.

2.2. Thuốc

- Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1 - 4 ống, fentanyl 0,1 mg từ 1 - 3 ống, propofol 20 ml 1 - 4 ống.
- Thuốc cản quang 50 ml (telebrix, xenetix) 1 - 2 lọ.

2.3. Vật tư

- 01 catheter, 01 dây dẫn (guidewire).
- 01 bóng nong dài 3 cm đường kính 8 mm để nong cơ vòng Oddi.
- 01 bóng nong dài 1 - 2 cm đường kính tùy theo mức độ hẹp để nong các vị trí hẹp của ống mật chủ hoặc ống gan.
- 01 bơm áp lực
- 10 đôi găng tay
- 02 áo mổ

3. Người bệnh

- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.

4. Hồ sơ bệnh án

Người bệnh được làm hồ sơ vào viện điều trị nội trú, đã được làm các xét nghiệm cơ bản, như: chức năng gan, thận, nhóm máu, đông máu cơ bản, chức năng tụy, các marker virus, điện tâm đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Để đảm bảo có thể tiến hành tiền mê hoặc gây mê, đảm bảo có thể tiến hành thủ thuật gây chảy máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sau khi người bệnh được tiền mê hoặc gây mê, sẽ tiến hành thủ thuật:

3.1. Đưa máy xuống tá tràng

- Máy nội soi qua thực quản "bán mù", do đó không quan sát được toàn bộ thực quản.
- Máy nội soi vào dạ dày: đưa đầu dây nội soi qua thân vị và hang vị để đến lỗ môn vị rồi vào hành tá tràng.

– Máy qua gôi trên tá tràng vào đoạn II tá tràng: Quay đầu máy soi lên trên ở vị trí trung gian và đẩy máy vào đoạn II tá tràng. Quay máy 90^0 sang bên phải với đầu máy quay sang phải và lên trên sẽ nhìn thấy phần giữa của đoạn II tá tràng và papilla. Rút máy ra để máy đi dọc theo góc bờ cong nhỏ và nằm trong dạ dày đoạn ngắn nhất khoảng 60 - 70 cm cách cung răng trên. Thường để ống soi ở vị trí ngắn nhất cho phép quan sát trực diện với papilla để luồn catheter vào papilla được thuận lợi.

3.2. Tìm Papilla

Cho người bệnh nằm hơi sấp sẽ nhìn thấy trực diện papilla nằm ở đoạn DII₁ tá tràng có hình dáng và kích thước khác nhau. Papilla có màu hồng sẫm hơn màu hồng của niêm mạc tá tràng, phía trên có nếp niêm mạc to trùn lên trên papilla gọi là mũ papilla, phía dưới có những nếp niêm mạc chạy dọc hội tụ vào papilla, ở đỉnh papilla có lỗ tiết mật, có kích thước to nhỏ khác nhau, qua lỗ này có thể thấy dịch mật chảy vào tá tràng.

3.3. Luồn Catheter vào papilla để bơm thuốc cản quang

Việc thành công của thủ thuật này tùy theo kinh nghiệm của người làm thủ thuật, tùy theo hình dạng và tổn thương ở papilla. Để đầu catheter đối diện với papilla, đẩy từ từ vào và hướng lên vị trí 11 giờ theo hướng của đường mật chính. Đưa sâu catheter vào 3 - 5 cm để chụp đường mật. Tốt nhất là đầu catheter nằm sâu vào đường mật ở ngã ba đường mật (đi qua chỗ đổ của túi mật vào ống mật chủ). Khi bơm thuốc, thuốc sẽ tỏa đều vào đường mật.

3.4. Bơm thuốc chụp đường mật

– Nồng độ thuốc cản quang: thuốc cản quang được pha loãng với nước cất với tỉ lệ 50%.

– Số lượng thuốc cản quang: từ 30ml - 100ml, tùy theo mức độ giãn đường mật. Khi chụp đường tụy không nên bơm nhiều thuốc cản quang, vì nếu bơm nhiều sẽ làm tăng áp lực đường tụy gây biến chứng viêm tụy.

3.5. Đưa bóng và nong cơ vòng Oddi

Đưa dây dẫn vào qua catheter sau khi chụp đường mật lên nhánh gan phải sau đó rút catheter ra, đưa bóng nong vào qua cơ vòng Oddi, sao cho vị trí cơ vòng Oddi nằm giữa của bóng. Dùng thuốc cản quang cho vào bơm áp lực để bơm vào bóng, khi nào trên màn hình tăng sáng bóng nong được bơm căng đều có nghĩa là cơ vòng Oddi đã được nong hoàn toàn.

3.6. Đưa bóng và nong hẹp đường mật

Về mặt nguyên tắc cũng giống nong cơ vòng Oddi chỉ khác là dùng bóng với kích cỡ khác nhau tùy theo mức độ hẹp, đưa bóng theo dây dẫn vào đúng vị trí hẹp và tiến hành bơm thuốc cản quang và nong bóng.

VI. THEO DÕI

– Theo dõi những biến chứng của gây mê như suy hô hấp, tụt huyết áp.

- Theo dõi phát hiện viêm tụy cấp: đau bụng, tình trạng ổ bụng, xét nghiệm amylase và lipase sau thủ thuật.
- Theo dõi thủng tá tràng: tình trạng bụng, chụp cắt lớp nếu thấy nghi ngờ thủng ra khoang sau phúc mạc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hàng đầu là viêm tụy cấp với tỉ lệ khoảng 5%. Nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, dùng kháng sinh nếu có biểu hiện nhiễm trùng hoặc trước đó người bệnh có nhiễm trùng đường mật.
- Thủng tá tràng do nong cơ Oddi rất hiếm gặp. Điều trị bằng phẫu thuật.
- Chảy máu do nong cơ Oddi. Nội soi cầm máu.
- Biến chứng liên quan tới gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn. Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Sivak M. V. Gastroenterologic Endoscopy 1987
3. Baron T.H. ERCP 2008

NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG CAN THIỆP - LẤY SỎI, GIUN ĐƯỜNG MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) can thiệp - lấy sỏi, giun đường mật là tiến hành nội soi mật tụy ngược dòng có cắt cơ vòng Oddi với mục đích để lấy sỏi hoặc giun ống mật chủ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Lấy sỏi ống mật chủ.
- Lấy giun trong ống mật chủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mới bị nhồi máu cơ tim
- Bệnh lý tim phổi nặng
- Dị ứng với thuốc cản quang
- Rối loạn đông máu nặng
- Giảm tiểu cầu
- Đang dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên làm NSMTND, 01 kỹ thuật viên gây mê, 03 điều dưỡng trong đó có điều dưỡng phải sử dụng được máy C - Arm.

2. Phương tiện, thuốc, vật tư y tế

2.1. Phương tiện

- Phòng nội soi cho phép chiếu tia Xquang, có hệ thống oxy.
- Máy tăng sáng xquang (C. Arm)
- Hệ thống máy nội soi tá tràng (máy nội soi cửa sổ bên) với kênh làm thủ thuật có đường kính 4,2 mm, canun.
- Nguồn cắt đốt.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản
- Bộ nghiền sỏi

- Áo chì 5 bộ
- Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao.

2.2. Thuốc

- Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1 - 4 ống, fentanyl 0,1 mg từ 1 - 3 ống, propofol 20 ml 1 - 4 ống
- Thuốc cản quang 50ml (telebrix, xenetix) 1 - 2 lọ.

2.3. Vật tư

- 01catheter, 02 guidewire, 01 dao cắt cơ vòng Oddi, 01 bóng lấy sỏi, 01 rọ lấy sỏi, 01 rọ tán sỏi.
- Stent đường mật: 02 stent nhựa
- Stent đường tụy: 01
- Găng tay 10 đôi
- Áo mổ 02.

3. Người bệnh

- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.

4. Hồ sơ bệnh án

Người bệnh được làm hồ sơ vào viện điều trị nội trú, đã được làm các xét nghiệm cơ bản, như: chức năng gan, thận, nhóm máu, đông máu cơ bản, chức năng tụy, các marker virus, điện tâm đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Để đảm bảo có thể tiến hành tiền mê hoặc gây mê, đảm bảo có thể tiến hành thủ thuật gây chảy máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Đưa máy xuống tá tràng

- Máy nội soi qua thực quản "bán mù", do đó không quan sát được toàn bộ thực quản.

– Máy nội soi vào dạ dày: Đưa đầu dây nội soi qua thân vị và hang vị để đến lỗ môn vị rồi vào hành tá tràng.

– Máy qua góit trên tá tràng vào đoạn II tá tràng: Quay đầu máy soi lên trên ở vị trí trung gian và đẩy máy vào đoạn II tá tràng. Quay máy 90^0 sang bên phải với đầu máy quay sang phải và lên trên sẽ nhìn thấy phần giữa của đoạn II tá tràng và papilla. Rút máy ra để máy đi dọc theo góc bờ cong nhỏ và nằm trong dạ dày đoạn ngắn nhất khoảng 60 - 70 cm cách cung răng trên. Thường để ống soi ở vị trí ngắn nhất cho phép quan sát trực diện với papilla để luồn catheter vào papilla được thuận lợi.

3.2. Tìm papilla

Cho người bệnh nằm hơi sấp sẽ nhìn thấy trực diện papilla nằm ở đoạn DII₁ tá tràng có hình dáng và kích thước khác nhau. Papilla có màu hồng sẫm hơn màu hồng của niêm mạc tá tràng, phía trên có nếp niêm mạc to trùm lên trên papilla gọi là mũ papilla, phía dưới có những nếp niêm mạc chạy dọc hội tụ vào papilla, ở đỉnh papilla có lỗ tiết mật, có kích thước to nhỏ khác nhau, qua lỗ này có thể thấy dịch mật chảy vào tá tràng.

3.3. Luồn Catheter vào papilla để bơm thuốc cản quang

Việc thành công của thủ thuật này tùy theo kinh nghiệm của người làm thủ thuật, tùy theo hình dạng và tổn thương ở papilla. Để đầu catheter đối diện với papilla, đẩy từ từ vào và hướng lên vị trí 11 giờ theo hướng của đường mật chính. Đưa sâu catheter vào 3 - 5 cm để chụp đường mật. Tốt nhất là đầu catheter nằm sâu vào đường mật ở ngã ba đường mật (đi qua chỗ đổ của túi mật vào ống mật chủ). Khi bơm thuốc, thuốc sẽ tỏa đều vào đường mật.

3.4. Bơm thuốc chụp đường mật tụy

– Nồng độ thuốc cản quang: thuốc cản quang được pha loãng với nước cất với tỉ lệ 50%.

– Số lượng thuốc cản quang: từ 30ml - 100ml, tùy theo mức độ giãn đường mật. Khi chụp đường tụy không nên bơm nhiều thuốc cản quang, vì nếu bơm nhiều sẽ làm tăng áp lực đường tụy gây biến chứng viêm tụy.

3.5. Cắt cơ vòng Oddi đường mật

– Đưa dây dẫn vào qua catheter sau khi chụp đường mật lên nhánh gan phải sau đó rút catheter ra, đưa dao cắt vào theo dây dẫn. Tiến hành cắt cơ vòng Oddi.

– Có thể tiến hành cắt cơ vòng Oddi tối đa tới mũ của papilla.

3.6. Nong cơ vòng Oddi

Trong trường hợp sỏi nhỏ hoặc giun trong ống mật chủ có thể không cần cắt cơ vòng Oddi mà chỉ cần tiến hành dùng bóng nong cơ vòng Oddi để lấy sỏi hoặc giun (kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp nong đường mật bằng bóng).

3.7. Lấy sỏi và giun ống mật chủ

Tùy theo kích thước của sỏi mà tiến hành lấy bằng các dụng cụ khác nhau.

– Đối với sỏi kích thước dưới 8 mm có thể lấy sỏi bằng rọ thường không cần tán sỏi.

– Sỏi mật từ 8 đến dưới 10 mm có thể lấy bằng rọ thường nếu cơ vòng Oddi được cắt tối đa. Trong trường hợp nếu cơ vòng Oddi không được cắt tối đa, cần dùng bộ tời để tán sỏi, sau đó lấy sỏi đã tán bằng rọ thường và cuối cùng dùng bóng để lấy phần cặn sỏi còn lại.

– Sỏi mật từ 10 - 20 mm cần dùng bộ tời để tán sỏi, sau đó lấy sỏi đã tán bằng rọ thường và cuối cùng dùng bóng để lấy phần cặn sỏi còn lại.

– Nếu sỏi lớn ống mật chủ mà không lấy được ngay, thì đặt 2 stent vào ống mật chủ sau 3 tháng để sỏi mềm ra và nhỏ lại khi đó có thể lấy sỏi thì 2.

– Đối với giun có thể cắt cơ oddi và dùng rọ thường hoặc bóng để lấy giun giống như với lấy sỏi nhỏ dưới 8 mm.

– Trong trường hợp tiến hành thủ thuật lâu hoặc có nguy cơ cao viêm tụy sau lấy sỏi cần đặt stent đường tụy dự phòng.

VI. THEO DÕI

– Theo dõi những biến chứng của gây mê như suy hô hấp, tụt huyết áp.

– Theo dõi phát hiện viêm tụy cấp: đau bụng, tình trạng ổ bụng, xét nghiệm amylase và lipase sau thủ thuật.

– Theo dõi thủng tá tràng: tình trạng bụng, chụp cắt lớp nếu thấy nghi ngờ thủng ra khoang sau phúc mạc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Hàng đầu là viêm tụy cấp với tỉ lệ khoảng 5%. Nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, dùng kháng sinh nếu có biểu hiện nhiễm trùng hoặc trước đó người bệnh có nhiễm trùng đường mật.

– Thủng tá tràng do cắt cơ vòng Oddi, hay gặp ở những trường hợp có túi thừa tá tràng, papilla nằm cạnh hoặc trong túi thừa. Điều trị phẫu thuật.

– Chảy máu do cắt cơ vòng Oddi. Nội soi cầm máu.

– Biến chứng liên quan tới gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn. Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Sivak M. V. Gastroenterologic Endoscopy 1987
3. Baron T.H. ERCP 2008

NỘI SOI CAN THIỆP - CẦM MÁU ỐNG TIÊU HÓA BẰNG LASER ARGON

I. ĐỊNH NGHĨA

Cầm máu ống tiêu hóa bằng máy APC- Argon Plasma Coagulation là phương pháp nội soi điều trị bằng cách sử dụng năng lượng nhiệt từ đầu dò có dẫn khí trợ của máy APC. Đây là phương pháp cầm máu ít gây tai biến do sức xuyên thấu của đầu dò-probe với niêm mạc ống tiêu hóa < 5mm. Kỹ thuật này được áp dụng rất tốt với các tổn thương do dị dạng mạch của ống tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Dị sản mạch ống tiêu hóa gây xuất huyết tiêu hóa.
2. Loạn sản mạch ống tiêu hóa gây xuất huyết tiêu hóa.
3. Loét ống tiêu hóa gây chảy máu.
4. Viêm đại trực tràng do tia xạ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Người bệnh có chống chỉ định soi dạ dày hành tá tràng.
2. Người bệnh có chống chỉ định soi đại tràng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ đã được đào tạo về nội soi đại tràng và đã được cấp chứng chỉ nội soi.
- 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy nội soi dạ dày, đại tràng ống mềm có kênh hoạt động lớn hơn 4,2 mmm.
- Nguồn APC: Máy APC-Argon Plasma Coagulation là một tổ hợp máy gồm hai bộ phận:
 - + Bộ phận cắt đốt như các máy can thiệp nội soi khác.
 - + Bộ phận có chứa khí trợ Argon: nguồn Argon là một trụ argon hình trụ với một van giảm áp lực.
 - + Sự kết hợp của hai bộ phận này đảm bảo cho các nhà nội soi can thiệp được hầu hết các tổn thương trong ống tiêu hóa, đặc biệt với các tổn thương mạch máu.

Nguyên lý: Máy tạo ra dòng nhiệt điện tác dụng lên tổn thương, dựa trên chính catheter như một kênh dẫn điện trong lòng của nó. Khí trợ Argon đi qua catheter sau

đó được ion hóa bằng cách kích hoạt dòng điện của kênh trước khi phóng ra xa ở đầu ống thông.

- Catheter chuyên dụng: ống không dẫn nhiệt mềm có tác dụng dẫn dòng khí argon.
- Bình khí argon

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra xét nghiệm:

- Nhóm máu
- Công thức máu Tiểu cầu $> 50G/l$
- Đông máu cơ bản PT $> 60\%$
- Xét nghiệm HIV, HbsAg, Anti HCV.

2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh đã được làm sạch vùng cần can thiệp:

- Với dạ dày hành tá tràng: Người bệnh cần được nhịn ăn trước đó 6 giờ.
- Với đại tràng: giống như chuẩn bị soi đại tràng.

Đã được giải thích đầy đủ về quá trình làm kỹ thuật và các biến chứng có thể xảy ra.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Phát hiện tổn thương cần cầm máu bằng máy APC.
- Bơm rửa tổn thương sạch bộc lộ vùng cần can thiệp.
- Sử dụng máy tùy theo tổn thương cần can thiệp: Cầm máu bằng máy APC là phương pháp nhiệt không tiếp xúc, độ xuyên thấu chỉ đạt 2 - 3mm cho phép làm ngừng chảy máu.
 - Khi đầu điện cực được giữ nguyên tại một vị trí trong khoảng 3 - 10 giây chiều sâu của tác động đông nhiệt sẽ đạt được khoảng 2mm.
 - Khi thời gian này trên 10 giây sẽ làm tăng dần dần hiệu quả đông nhiệt tối đa khoảng 3 - 4mm.
 - Catheter chuyên dụng thường ở cách vị trí can thiệp 5 mm khi sử dụng nguồn APC sẽ quan sát được ngọn lửa xanh phóng ra ở đầu ống thông - chứa các electron tự do, các ion dương, các ion âm hay các phân tử khí trơ. Khi khí giữa điện cực và một tổn thương là khí trơ, cường độ dòng điện cần đạt tới 500 v/mm để tạo nên hiện tượng khử ion.
 - Tổn thương viêm ống tiêu hóa do tia xạ: tổn thương trên diện rộng. Nên sử dụng catheter linh hoạt lia nhanh để cầm máu tổn thương mạch ngay trên bề mặt.
 - Tổn thương ở dạ dày.

- Lượng khí Argon khuyến cáo là 2 lít/phút.
- Cường độ dòng điện 60 - 80w.
- Tôn thương ở đại tràng trái.
- Lượng khí Argon khuyến cáo là 1,5 lít/phút.
- Cường độ dòng điện 60 - 80w.
- Tôn thương ở đại tràng phải.
- Lượng khí Argon 1,5 lít/phút.
- Cường độ dòng điện 40 - 60w.

VI. THEO DÕI

Theo dõi ngay sau làm thủ thuật.

Người bệnh nằm nội trú tại bệnh viện trong 24 giờ.

Dặn người bệnh các triệu chứng báo động: đau bụng, đi ngoài ra máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu

Hay gặp nhất.

- Xử trí: Truyền máu và máu tụ cầm.
- Áp dụng các phương pháp cầm máu qua nội soi khác.

2. Trướng hơi

Xử trí: Hút bớt hơi. Có thể hút dịch dạ dày liên tục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonathan Cohen. (2007). Colon . 121-164. *Advanced Digestive Endoscopy*
2. Wilcox CM., Munoz-Navas Miguel., Sung JJY.(2008). Atlas of clinical gastrointestinal endoscopy. *Saunders Elsevier*
3. Jerow D., Way MD., Dogulas KR et al (2009). Colonoscopy. Willey Blackwel
4. DanL Longo, AS.Fauci (2010). *Harrisons Gastroenterology and Hepatology.*

NỘI SOI CAN THIỆP - MỞ THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở thông dạ dày là kỹ thuật tạo một lỗ mở trực tiếp vào dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh tạm thời hoặc vĩnh viễn.

II. CHỈ ĐỊNH

– Nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa lâu dài do: ung thư thực quản, hầu, họng không có khả năng phẫu thuật.

– Nuôi dưỡng tạm thời: hẹp thực quản do bỏng, viêm và sau phẫu thuật lớn ở bụng cần được nuôi dưỡng bổ sung, chấn thương nặng vùng sọ và mặt.

– Nuôi dưỡng trong các trường hợp dinh dưỡng kém do: rối loạn thần kinh sau tai biến mạch máu não, hôn mê kéo dài, u não, người bệnh cao tuổi có rối loạn tâm thần kèm suy dinh dưỡng, suy dinh dưỡng nặng (ở các người bệnh ung thư, suy tim, suy hô hấp).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh lý dạ dày từ trước (loét hay ung thư).
- Rối loạn đông máu nặng.
- Gan lách quá to.
- Người bệnh quá béo, cổ trướng.
- Suy thận đang được điều trị bằng lọc màng bụng.
- Rò ở đoạn cao của ruột non, tắc ruột non.
- Cắt toàn bộ dạ dày.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 02 điều dưỡng thành thực kỹ thuật.

2. Phương tiện

- Dàn máy nội soi, dây soi có kênh thủ thuật.
- Kim sinh thiết.
- Kim khâu da, chỉ khâu.
- Băng, băng, gạc

- Kít để mở thông dạ dày qua nội soi (có nhiều loại kít Bard, Ansell Medical, ABS, Cook,...).

3. Người bệnh

- Người bệnh phải nhịn ăn tối thiểu 6 giờ.
- Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải được giải thích trước và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để trả lại cho người bệnh. Nếu người bệnh nội trú thì dán kết quả vào bệnh án.
- Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nội soi dạ dày theo quy trình để kiểm tra tình trạng dạ dày, tá tràng.
- Thay đổi tư thế người bệnh sang nằm ngửa nhưng đầu vẫn giữ nghiêng trái.
- Bơm hơi căng để thành dạ dày sát vào thành bụng.
- Xác định vị trí chọc troca qua ánh đèn sáng lên thành bụng, lấy ngón tay ấn vào chỗ sáng rồi qua đèn soi kiểm tra chỗ ngón tay lồi vào thành dạ dày.
 - + Vị trí đặt ống thông tốt nhất là ở giữa mặt trước của hang vị hoặc ranh giới giữa hang vị và thân vị.
 - + Ở trên da, đường chọc thường ở đoạn giữa nối bờ trái và rốn nhưng cũng có thay đổi nên dựa vào nội soi.
- Sau khi gây tê tại chỗ, dùng dao nhọn rạch da rộng 1cm rồi dùng panh bóc tách sâu hơn, chọc troca qua da, qua thành bụng vào khoang dạ dày dưới kiểm soát của nội soi.
- Luồn dây mềm qua troca vào dạ dày rồi cho kim sinh thiết vào cặp dây, sau đó kéo cả máy và kim sinh thiết ra ngoài.
 - Buộc dây vào đầu có sợi chỉ của ống thông, rồi từ từ kéo đầu dây còn ở phía ngoài thành bụng để kéo ống thông vào dạ dày, kéo cho tới khi đầu trong của ống thông được kéo sát vào thành dạ dày.
 - Cho đèn vào lại để kiểm tra vị trí đúng của ống thông và kiểm tra xem có chảy máu không.
 - Cố định đầu ống thông ngoài thành bụng, khâu dưới da.
 - Cắt chỉ để lại đoạn ống thông dài 15cm. Lắp nắp ống thông và băng lại.

VI. THEO DÕI

- Kháng sinh dự phòng: Augmentin 1g tiêm tĩnh mạch trước và sau thủ thuật 4 giờ.
- Bơm thức ăn có thể tiến hành 24 giờ sau khi làm thủ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Biến chứng nhẹ

- Hội chứng bán tắc và đau bụng, sốt nhẹ: điều trị kháng sinh.
- Trào ngược dạ dày - thực quản.
- Nhiễm khuẩn thành bụng, có khi tạo thành khối ở thành bụng.
- Tụ máu thành loét quanh chỗ đặt ống thông.
- Tràn khí phúc mạc.

2. Biến chứng nặng

- Rò dạ dày, đại tràng.
- Chảy máu dạ dày.
- Viêm phúc mạc.
- Hoại tử thành.
- Ống thông bị tuột, rơi vào gây tắc ruột.
- Trong khi thủ thuật: co thắt thanh quản, ngừng tim, trào ngược dịch dạ dày vào phổi.

NỘI SOI RUỘT NON BÓNG KÉP

(Double Baloon Endoscopy)

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật nội soi ruột non bằng bóng đôi được phát minh bởi Giáo sư Hirononi Yamamoto vào năm 2001, kỹ thuật này dựa trên nguyên lý sử dụng hai bóng được gắn trên đầu ống soi và overtube có thể được bơm hơi và làm xẹp bởi hệ thống bơm có điều khiển. Kể từ đó đến nay, kỹ thuật này được phát triển đến hoàn thiện và có rất nhiều ứng dụng trên lâm sàng trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ở ruột non.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sinh thiết các tổn thương ở ruột non sau khi tiến hành nội soi bằng viên nang phát hiện được.
- Chảy máu do tổn thương nghi ngờ từ ruột non
- Chẩn đoán và điều trị các tổn thương làm hẹp ruột non
- Chẩn đoán khối u ruột non
- Bệnh Crohn ruột non
- Điều trị lấy dị vật ở ruột non
- Phát hiện các nguyên nhân gây tắc ruột
- Soi đại tràng các trường hợp khó

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp
- Người bệnh suy tim nặng
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm thu < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01 bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi tiêu hóa.
- Điều dưỡng: 02

2. Phương tiện

- 01 Máy nội soi bóng kép: EN-450P5 và EN-450T5 hoặc tương đương, máy có chiều dài 2 m, đường kính ngoài 8,5 mm, kênh 2,2 mm.
- 01 Overtube (TS-12140, TS-13140)
- 01 Bóng soi
- Máy bơm CO₂
- Máy C- arm
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.
- Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg: 2 ống, fentanyl 0,1 mg: 2 ống, propofol: 2 ống.
- 01 kim sinh thiết
- 02 lọ đựng bệnh phẩm
- 02 bơm tiêm 20 ml
- 06 đôi găng tay
- 02 áo mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh.
- Giải thích cho người bệnh: mục đích, tai biến của thủ thuật.
- Những người bệnh nguy cơ cao: tuổi > 60, nghi ngờ có bệnh lý tim - phổi mạn tính cần làm thêm xét nghiệm điện tâm đồ và X quang tim phổi.
- Chuẩn bị nội soi bóng kép qua đường miệng người bệnh cần chuẩn bị nhịn ăn. Chuẩn bị nội soi bóng kép qua đường hậu môn người bệnh cần được thụt tháo, hoặc uống thuốc làm sạch đại tràng: ví dụ tối ngày hôm trước tiến hành nội soi bóng kép uống sennoside trước khi đi ngủ, dùng polyethylene glycol.

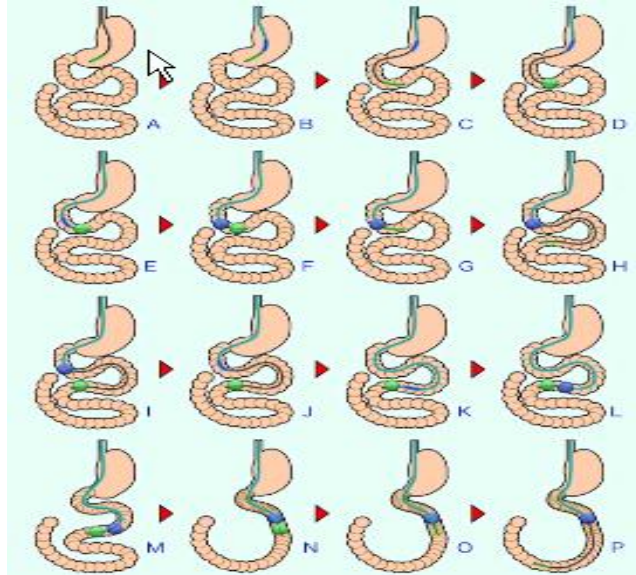
4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra không có chống chỉ định.
- Nhận giấy chỉ định.
- Giải thích người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

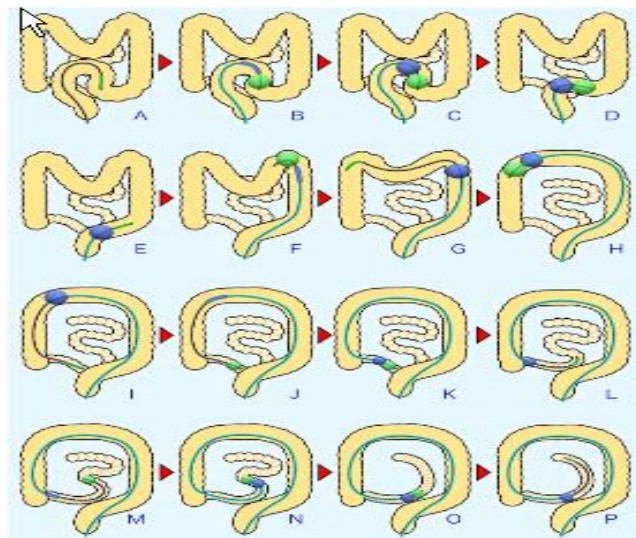
- Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh nằm lên cang thủ thuật.
- Mắc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.
- Tiến hành gây mê theo chỉ định của bác sĩ.
- Nội soi bóng kép qua miệng hướng dẫn người bệnh nằm tư thế nghiêng trái, chân trên co, chân dưới duỗi. Cho người bệnh ngậm canun, bắt đầu đưa máy soi và

bóng có bôi trơn Xylocaine jelly qua đường miệng, khi máy soi vào dạ dày hút hơi và dịch dạ dày tránh để cuộn máy, khi máy soi vào tới hang vị điều dưỡng phụ bắt đầu luồn overtube với kỹ thuật đẩy kéo dựa trên nguyên lý bóng ở phần đầu có tác dụng giữ chặt vào thành ống tiêu hóa giúp máy soi có thể đi vào vị trí sâu hơn mà không bị cuộn máy, bóng thứ hai giúp máy không bị kéo ra ngoài khi thao tác overtube quan sát niêm mạc dạ dày hành tá tràng và tá tràng, ruột non. Ra y lệnh chụp ảnh minh họa tổn thương, hoặc sinh thiết nếu cần.



Hình 1. Hình ảnh minh họa nội soi bóng kép qua đường miệng

Nội soi bóng kép qua đường hậu môn, đưa máy qua đại tràng qua van hồi manh tràng đến vị trí ruột non, quan sát tổn thương ở niêm mạc ruột non.



Hình 2. Hình ảnh minh họa nội soi bóng kép qua đường hậu môn

Nội soi ruột non bằng bóng kép qua đường miệng và đường hậu môn cho phép khảo sát toàn bộ niêm mạc ruột non.

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.

Sau khi bác sĩ kết thúc quá trình nội soi, điều dưỡng phải giúp người bệnh lau miệng, đỡ người bệnh dậy và đưa người bệnh ra khỏi phòng nội soi tới nơi ngồi chờ.

Hướng dẫn người bệnh bổ sung thêm phiếu xét nghiệm sinh thiết nếu cần.

Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.

Trả kết quả nội soi cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

Theo dõi toàn trạng người bệnh trong quá trình làm thủ thuật, theo dõi tình trạng thành bụng và ỉa máu (vì hai biến chứng hay gặp là thủng ruột non và chảy máu ruột non).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị, biến chứng thủng ruột non, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H. Niwa. H. Tajiri, M. Nakajima, K. Yasuda (2008). New Challenges in Gastrointestinal Endoscopy. Springer. pp243-262

2. K. Sugano. H. Yamamoto. H. Kita (2006). Double-Balloon Endoscopy Theory and Practice. Springer. pp1-21

NỘI SOI RUỘT NON BÓNG ĐƠN

(Single Balloon Endoscopy)

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật nội soi ruột non bằng bóng đơn được phát minh nhằm hạn chế thăm khám ruột non, vì các máy nội soi thông thường chỉ có thể quan sát được đến tá tràng, nội soi ruột non bóng đơn đi đường miệng có thể đưa xuống tới góc Treitz và đi sâu xuống tới 80 cm. Nội soi ruột non bóng đơn đi qua hậu môn có thể khắc phục hạn chế của nội soi đại tràng, có thể vào sâu khảo sát ruột non qua van hồi manh tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sinh thiết các tổn thương ở ruột non sau khi tiến hành nội soi bằng viên nang phát hiện được.
- Chảy máu do tổn thương nghi ngờ từ ruột non.
- Chẩn đoán và điều trị các tổn thương làm hẹp ruột non.
- Chẩn đoán khối u ruột non.
- Bệnh Crohn ruột non.
- Điều trị lấy dị vật ở ruột non.
- Phát hiện các nguyên nhân gây tắc ruột.
- Soi đại tràng các trường hợp khó.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp.
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được.
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng.
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ.
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp.
- Người bệnh suy tim nặng.
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác.
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm thu < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01 bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi Tiêu hóa.
- Điều dưỡng: 02

2. Phương tiện

- 01 hệ thống máy nội soi bóng đơn bao gồm: dây soi SIF-Q180, 01 bóng overtube.
- Máy bơm CO₂
- Máy C - arm.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.
- Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg: 2 ống, fantanyl 0,1 mg: 2 ống, propofol: 2 ống.
- 01 Kìm sinh thiết.
- 05 Lọ đựng bệnh phẩm.
- Bơm tiêm 20 ml: 2 bơm.
- Găng tay 6 đôi.
- Áo mổ 02 cái

3. Người bệnh

Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích người bệnh: mục đích, tai biến thủ thuật.
- Các người bệnh nguy cơ cao: tuổi > 60, nghi ngờ có bệnh lý tim - phổi mạn tính cần làm thêm xét nghiệm điện tâm đồ và X quang tim phổi.
- Chuẩn bị nội soi bóng kép qua đường miệng người bệnh cần chuẩn bị nhịn ăn.
- Chuẩn bị nội soi bóng kép qua đường hậu môn người bệnh cần được thụt tháo, hoặc uống thuốc làm sạch đại tràng: tối ngày hôm trước tiến hành nội soi bóng kép uống sennoside trước khi đi ngủ, dùng polyethylene glycol.

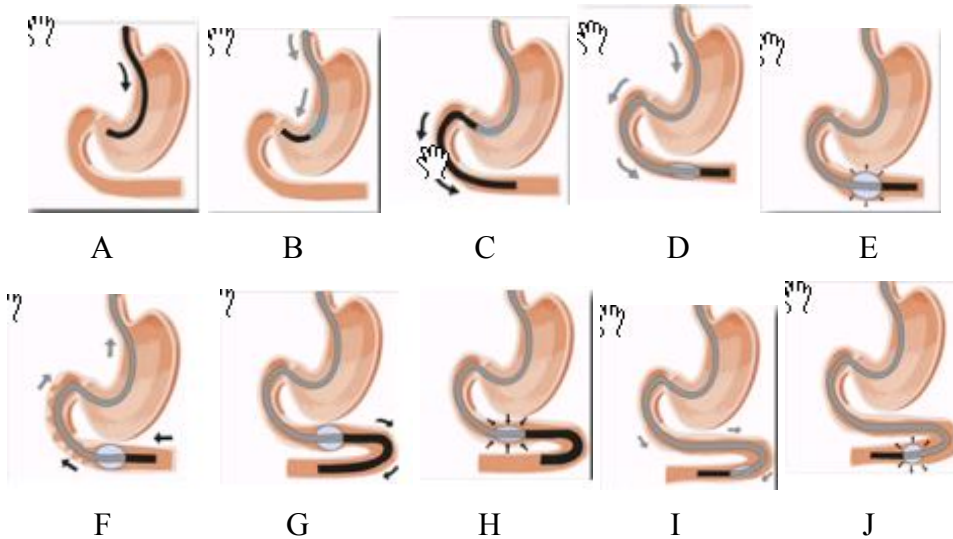
4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra không có chống chỉ định.
- Nhận giấy chỉ định.
- Giải thích cho người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh nằm lên cang thủ thuật.
- Mắc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.
- Tiến hành gây mê theo chỉ định của bác sĩ.
- Nội soi bóng đơn qua miệng hướng dẫn người bệnh nằm tư thế nghiêng trái, chân trên co, chân dưới duỗi. Cho người bệnh ngậm canun. Bắt đầu đưa máy soi và

bóng có bôi trơn Xylocaine jelly qua đường miệng, khi máy soi vào dạ dày hút hơi và dịch dạ dày tránh để cuộn máy, khi máy nội soi tới hang vị đưa overtube vào hang vị, sau đó đưa máy nội soi đến đoạn ba tá tràng. Tiếp tục đưa overtube đến đoạn ba tá tràng, sau đó bơm bóng và cố định overtube ở đoạn ba tá tràng, rồi bắt đầu rút máy và overtube để làm giãn ruột, sau đó tiếp tục đẩy máy soi vào góc Treitz và hồng tràng, cố định đầu máy soi ở đây, tiếp tục tháo hơi bóng rồi đẩy overtube theo máy nội soi vào hồi tràng. Cứ theo nguyên tắc đẩy và rút máy như vậy sẽ tiếp tục nội soi đến hết ruột non và quan sát niêm mạc ruột non. Ra y lệnh chụp ảnh minh họa tổn thương, hoặc sinh thiết nếu cần.



Hình 1. Hình ảnh minh họa các bước nội soi bóng đơn qua đường miệng

- Nội soi bóng đơn qua đường hậu môn cũng theo nguyên tắc đẩy và rút máy phối hợp với thay đổi tư thế người bệnh khi cần thiết, đưa máy qua đại tràng và van hồi manh tràng đến vị trí ruột non quan sát niêm mạc đại tràng và niêm mạc ruột non.
- 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.
- Sau khi bác sĩ kết thúc quá trình nội soi, điều dưỡng phải giúp người bệnh lau miệng, đỡ người bệnh dậy và đưa người bệnh ra khỏi phòng nội soi tới nơi ngồi chờ.
- Hướng dẫn người bệnh bổ sung thêm phiếu xét nghiệm sinh thiết nếu cần.
- Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.
- Trả kết quả nội soi cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

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

Theo dõi tình trạng thành bụng và ỉa máu (vì hai biến chứng hay gặp là thủng ruột non và chảy máu ruột non).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị, biến chứng thủng ruột non, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H. Niwa, H. Tajiri, M. Nakajima, K Yasuda (2008). New Challenges in Gastrointestinal Endoscopy. Springer. pp242-251
2. Klaus F, R Schiller, Roy Cockel, Richard H. Hunt, Bryan F. Warren (2002). Atlas of Gastrointestinal Endoscopy and Related Pathology. Blackwell Science. pp 453-458

NỘI SOI RUỘT NON BẰNG VIÊN NANG (CAPSULE ENDOSCOPY)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi viên nang là kỹ thuật nội soi ruột non bằng cách uống viên nang nội soi có kích thước như viên thuốc, trong có chứa một máy quay nhỏ có thể ghi hình lại với tốc độ 3 hình/ giây trong vòng 11 tiếng.

II. CHỈ ĐỊNH

Phát hiện bệnh lý ruột non như: khối u, xác định nguyên nhân và vị trí xuất huyết tiêu hoá tại ruột non.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh khó nuốt, nghi ngờ tắc ruột.
- Không nên sử dụng người bệnh đã can thiệp phẫu thuật ống tiêu hoá, đang mang thai hoặc có mang máy tạo nhịp tim.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng thành thực kỹ thuật.

2. Phương tiện

- Bộ xử trí hình ảnh Workstation - olympus WS-1.
- Hệ thống thu nhận và lưu trữ tin hiệu hình ảnh không dây.
- Viên nang endocapsule sử dụng 1 lần.

3. Người bệnh

– Trong vòng 1 tuần trước khi nội soi viên nang, người bệnh không nên uống thuốc có chứa sắt.

– Người bệnh phải nhịn ăn và uống các nước màu như sữa, cà phê... tối thiểu 12 giờ trước khi nội soi (có thể uống nước lọc trắng).

– Người bệnh được uống thuốc nhuận tràng (Sodium phosphat) trước khi nội soi viên nang 12 giờ.

– Người bệnh nên kiêng hút thuốc lá trong 12 giờ trước khi nội soi viên nang.

– Trước khi nội soi 2 giờ, người bệnh không được uống bất kể thuốc gì.

– Người bệnh được uống thuốc chống tạo bọt simethicone 20 phút trước khi tiến hành nội soi.

– Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải được giải thích trước và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để trả lại cho người bệnh. Nếu người bệnh nội trú thì dán kết quả vào bệnh án.
- Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mắc 8 điện cực có ăng ten lên da bụng người bệnh đúng vị trí, nối với máy thu nhận tín hiệu.
- Đeo máy thu nhận tín hiệu hình ảnh không dây cho người bệnh.
- Cho người bệnh uống viên nang nội soi.
- Hướng dẫn người bệnh:
 - + Đeo dây đai gắn máy thu nhận tín hiệu trong suốt thời gian (8 - 11 giờ) làm thủ thuật.
 - + Sau khi uống viên nang nội soi 2 giờ, người bệnh có thể uống nước.
 - + 4 giờ sau khi uống viên nang, người bệnh có thể ăn nhẹ.
- Sau 8 - 11 giờ thu nhận tín hiệu, tháo máy thu nhận tín hiệu cho người bệnh. Kết nối với bộ xử trí hình ảnh, đọc kết quả và in kết quả cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh:
 - Theo dõi phân để phát hiện viên nang được đào thải ra khỏi cơ thể (thường sau 1 - 3 ngày).

VI. THEO DÕI TAI BIẾN

Tỷ lệ tai biến rất thấp, có thể gặp là vẫn giữ viên nang nội soi trong cơ thể (0% người bình thường, 1,5% người bệnh chảy máu tiêu hoá ẩn, 5% người bệnh nghi ngờ Crohn và 21% người bệnh tắc ruột).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jean Marc Canard, Jean Christophe Letard, Laurent Palazzo, Ian Penman, Anne Marie Lennon, “Small bowel endoscopy: indication and technique”, *Gastrointestinal endoscopy in practice, 2011*

NỘI SOI SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT TẾ BÀO KHỐI U GAN, TỤY, U Ổ BỤNG BẰNG KIM NHỎ

I. ĐỊNH NGHĨA

Chọc hút tế bào u gan, u tụy là kỹ thuật lấy bệnh phẩm để xét nghiệm tế bào học, mô bệnh học tại tổn thương và thủ thuật này được thực hiện dưới sự hướng dẫn của siêu âm nội soi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khối u tụy
- Chẩn đoán và xử trí tổn thương nang tụy
- Khối tổn thương quanh tụy
- Tổn thương gan trái

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh suy hô hấp, nhồi máu cơ tim.
- Rối loạn đông máu nặng, giảm tiểu cầu.
- Không thể quan sát tổn thương (trướng hơi, nhiều dịch trong ổ bụng).
- Mạch máu lớn tại vị trí chọc hút.
- Nguy cơ di căn theo kim chọc hút (tổn thương thân, đuôi tụy).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên khoa, 02 điều dưỡng điều dưỡng (01 phụ giữ người bệnh, 01 hỗ trợ chọc hút tế bào).

2. Dụng cụ

Máy siêu âm nội soi, có đầu dò convex 360 và đầu dò linear để chọc hút.

Kim chọc hút: 19 Gauge (u dưới niêm mạc), 22 G (u tụy), 25 G (hay dùng).

Các dụng cụ khác: bơm và kim tiêm, thuốc sát khuẩn, thuốc tiền mê (propofol, midazolam/ fentanyl), lam kính, cồn tuyệt đối để cố định tiêu bản, khăn trải có lỗ.

Máy theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂.

3. Người bệnh

Đối với người bệnh ngoại trú nên nằm lưu tại bệnh viện vài ngày sau làm thủ thuật. Một số trường hợp chọc hút cần dùng kháng sinh đường uống 3 - 5 ngày.

Được giải thích trước về thủ thuật.

Chuẩn bị tương tự soi dạ dày.

Kiểm tra bilan đông máu, điều chỉnh các rối loạn đông máu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người bệnh

Nằm tư thế nghiêng trái, đầu và ngực hơi cao, vai trái hơi ra sau, chân phải gấp ra trước (giống tư thế soi dạ dày).

2. Tiền mê

Propofol hoặc midazolam/fentanyl đường tĩnh mạch hoặc đặt nội khí quản tùy trường hợp. Mắc monitor theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

3. Kỹ thuật

– Đưa đầu dò siêu âm nội soi xuống tá tràng, sau đó rút dần đầu dò siêu âm lên để xác định vị trí chọc khối u.

– Nguyên tắc là lựa chọn vị trí sinh thiết trên mặt cắt “thẳng và đường ngắn”.

– Kỹ thuật chọc hút:

+ Trước khi chọc hút, xác định vị trí và hình ảnh tổn thương trên siêu âm nội soi và xác định vị trí không có mạch máu đan xen bằng mở phổ siêu âm doppler đánh giá. Bằng việc sử dụng tần số có thể thay đổi phạm vi đầu dò (sâu/nông) để tìm vị trí chọc hút mà không có mạch máu đi qua.

+ Siêu âm hoặc nội soi xác định vỏ của kim chọc hút bằng cách đẩy thử qua kênh sinh thiết, nếu đẩy khó qua có thể bị gấp góc nên cần phải điều chỉnh để có thể đẩy qua mà không gặp cản trở. Một cách để tìm đường cho kim chọc hút qua được ống soi là gấp đầu ống soi xuống ở vị trí thẳng giúp hạn chế tổn thương đầu dò khi đưa kim chọc hút qua.

+ Đo khoảng cách xa nhất từ đầu kim chọc hút tới vị trí chọc để không chọc quá vị trí tổn thương.

+ Đẩy kim qua lớp niêm mạc vào hướng vào trong tổn thương dưới hướng dẫn siêu âm nội soi.

+ Rút nòng ra khỏi kim và nối kim vào một bơm tiêm và hút với áp lực âm, sau đó di chuyển kim qua lại bên trong tổn thương.

Lưu ý: Không đưa kim ra khỏi vị trí sinh thiết khi trong quá trình lấy tế bào. Do đầu ống soi sẽ di chuyển cùng với kim trong quá trình chọc hút, nên cần phải giữ chắc trục của ống soi để quan sát được kim trên siêu âm trong quá trình làm thủ thuật.

– Lấy bệnh phẩm bằng cách đẩy nòng (stylet) qua kim chọc hút hoặc bơm nước muối sinh lý hoặc bơm khí.

– Gửi xét nghiệm tế bào học.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Người bệnh sau làm thủ thuật cần được theo dõi trên 6 giờ, không cần lưu tại bệnh viện vài ngày.

Biến chứng khi chọc hút dưới siêu âm nội soi khoảng 2 - 6% .

- Nhiễm trùng.
- Chảy máu, tụ máu trong thành ruột.
- Viêm tụy cấp (chọc tổn thương tụy).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai, Khoa Tiêu hóa (2001) “Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa” trang 127-140.

2. Gress.F, Savides.T (2007) “ Endoscopic Ultrasonography” page 110 -128.

NỘI SOI CAN THIỆP ĐẶT STENT ỚNG TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

Nội soi can thiệp (NSCT) đặt stent ống tiêu hóa là tiến hành đưa stent kim loại vào vị trí hẹp của ống tiêu hóa qua đường nội soi với mục đích tái lập lại lưu thông của đường tiêu hóa. Phần lớn kỹ thuật này tiến hành trong những trường hợp hẹp do nguyên nhân ác tính.

II. CHỈ ĐỊNH

– Ung thư thực quản gây hẹp mà không còn chỉ định phẫu thuật, đây là chỉ định được làm chủ yếu của đặt stent đường tiêu hóa.

- Dò thực quản phế quản do khối u.
- Hẹp đường xuống của dạ dày như ung thư tụy gây chèn ép.
- Ung thư đại tràng gây hẹp mà người bệnh nặng không còn khả năng phẫu thuật.
- Hẹp đại tràng do bệnh lành tính như bệnh crohn đại tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mới bị nhồi máu cơ tim.
- Bệnh lý tim phổi nặng.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Giảm tiểu cầu nặng.
- Đang dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên nội soi tiêu hóa, 01 kỹ thuật viên gây mê, 02 điều dưỡng trong đó có điều dưỡng phải sử dụng được máy C- Arm.

2. Phương tiện, thuốc, vật tư tiêu hao

2.1. Phương tiện

- Phòng nội soi cho phép chiếu tia Xquang, có hệ thống oxy.
- Máy tăng sáng xquang (C.Arm).
- Hệ thống máy nội soi dạ dày cửa sổ thẳng hoặc máy nội soi đại tràng cửa sổ thẳng, canun, 01 bộ dây dẫn (guidewire).
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.

- Áo chì: 04 bộ.
- Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao.

2.2. Thuốc

Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1 - 4 ống, fentanyl 0,1 mg từ 1 - 3 ống, propofol 20 ml 1 - 4 ống.

2.3. Vật tư

- Stent kim loại có vỏ bọc đường kính ngang 18 - 20 mm, chiều dài tùy thuộc vào chiều dài phần ống tiêu hóa bị hẹp.
- Găng tay 8 đôi
- Áo mổ 02 chiếc

3. Người bệnh

- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ đối với đặt stent thực quản hoặc tá tràng.
- Đối với người bệnh đặt stent đại tràng cần phải được làm sạch đại tràng trước khi đặt stent giống soi đại tràng nhưng bằng cách thụt tháo.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.

4. Hồ sơ bệnh án

Người bệnh được làm hồ sơ vào viện điều trị nội trú, đã được làm các xét nghiệm cơ bản, như: chức năng gan, thận, nhóm máu, đông máu cơ bản, chức năng tụy, các marker virus, điện tâm đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Để đảm bảo có thể tiến hành tiền mê hoặc gây mê, đảm bảo có thể tiến hành thủ thuật gây chảy máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sau khi người bệnh được tiền mê hoặc gây mê, sẽ tiến hành thủ thuật:

3.1. Đặt stent thực quản

– Tiến hành đưa đèn soi xuống qua miệng vào thực quản đi qua chỗ hẹp thực quản, đồng thời chiếu màn tăng sáng X.quang để xác định vị trí hẹp tương ứng với vị trí trên thành ngực và đánh dấu. Sau đó tiếp tục đưa đèn soi xuống dạ dày.

– Luồn guidewire: qua kênh thủ thuật của máy nội soi luồn guidewire vào dạ dày. Giữ guidewire ở lại trong dạ dày, rút máy nội soi ra ngoài thực quản.

– Qua guidewire đưa stent vào thực quản tới vị trí đánh dấu dưới màn tăng sáng Xquang. Tiến hành mở stent, sau khi mở hoàn toàn stent rút hết guidewire.

– Đưa đèn soi vào kiểm tra lại vị trí của stent.

Hiện nay đối với loại stent có thể thu lại, sau khi đặt có thể tiến hành đặt stent mà không cần màn tăng sáng X.quang, bởi vì sau khi đặt stent nếu thấy vị trí chưa chính xác hoàn toàn có thể kéo để đưa stent về vị trí cần đặt.

3.2. Đặt stent đại tràng

– Tiến hành đưa đèn soi qua hậu môn vào đại tràng đi qua chỗ hẹp của đại tràng. Sau đó tiếp tục đưa đèn soi qua chỗ hẹp vào trong.

– Luồn guidewire: qua kênh thủ thuật của máy nội soi luồn guidewire vào lòng đại tràng phía trong chỗ hẹp. Giữ guidewire ở lại phía trong chỗ hẹp của đại tràng, rút máy nội soi ra ngoài hậu môn.

– Qua guidewire đưa stent vào đại tràng tới vị trí hẹp, đồng thời đưa máy nội soi đi cùng với stent dưới màn tăng sáng X.quang. Tiến hành mở stent, sau khi mở hoàn toàn stent rút hết guidewire. Kiểm tra lại vị trí của stent qua nội soi.

VI. THEO DÕI

– Theo dõi những biến chứng của gây mê như suy hô hấp, tụt huyết áp.

– Theo dõi phát hiện thủng đại tràng: đau bụng, tình trạng ổ bụng, chụp bụng không chuẩn bị nếu nghi ngờ có thủng đại tràng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Thủng đại tràng sau đặt stent đại tràng. Điều trị phẫu thuật.

– Di chuyển stent. Cần đặt lại hoặc kéo stent về vị trí cũ đối với stent có thể thu lại được.

– Biến chứng liên quan tới gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn. Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Sivak M. V. Gastroenterologic Endoscopy 1987
3. Ginberg G.G. Clinical Gastrointestinal Endoscopy 2005

NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG - (ERCp)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) là kỹ thuật nội soi tá tràng dưới màn tăng sáng X quang để chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý đường mật và tụy tạng. Kỹ thuật được tiến hành đưa catheter vào đường mật hoặc đường tụy qua máy nội soi tá tràng, qua đó bơm thuốc cản quang vào đường mật hoặc đường tụy với mục đích chẩn đoán và điều trị bệnh lý của đường mật và đường tụy. Ngày nay, NSMTND chủ yếu để sử dụng cho điều trị, ít sử dụng cho mục đích chẩn đoán vì có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh với độ nhạy cao và an toàn hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chẩn đoán

- Vàng da tắc mật ngoài gan chưa rõ nguyên nhân
- Giãn đường mật
- Sỏi túi mật mà có giãn ống mật chủ
- U đường mật
- Rối loạn chức năng vận động cơ Oddi
- Giãn ống tụy

2. Điều trị

- Cắt cơ Oddi
- Lấy sỏi ống mật chủ
- Lấy sỏi tụy
- Dẫn lưu mật mũi
- Đặt stent đường mật:
 - + Ung thư đường mật vùng rốn gan.
 - + Ung thư đường mật vùng ngoài rốn gan khi không còn khả năng phẫu thuật.
 - + Hẹp đường mật lành tính.
 - + Sỏi lớn ống mật chủ chưa thể lấy ngay được.
 - + Sỏi ống mật chủ nhưng người bệnh trong tình trạng nặng không cho phép lấy sỏi.
 - + Nhiễm trùng đường mật cần dẫn lưu.
- Đặt stent đường tụy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mới bị nhồi máu cơ tim
- Bệnh lý tim phổi nặng
- Dị ứng với thuốc cản quang
- Rối loạn đông máu nặng
- Giảm tiểu cầu
- Đang dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên làm NSMTND, 01 kỹ thuật viên gây mê, 03 điều dưỡng trong đó có điều dưỡng phải sử dụng được máy C- Arm.

2. Phương tiện, thuốc, vật tư tiêu hao

2.1. Phương tiện

- Phòng nội soi cho phép chiếu tia Xquang, có hệ thống oxy
- Máy tăng sáng X quang (C.Arm).
- Hệ thống máy nội soi tá tràng (máy nội soi cửa sổ bên) với kênh làm thủ thuật có đường kính 4,2mm, canun.
- Nguồn cắt đốt.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản
- Áo chì 05 bộ
- Bộ nghiền sỏi và bơm bóng nong cơ Oddi
- Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao

2.2. Thuốc

- Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1 - 4 ống, fantanyl 0,1 mg từ 1 - 3 ống, propofol 20 ml 1 - 4 ống
- Thuốc cản quang (telebrix, xenetix) 50ml 1 - 2 lọ

2.3. Vật tư tiêu hao

- 01catheter, 02 guidewire, 01 dao cắt cơ Oddi, 01bóng lấy sỏi, 01 bóng nong cơ Oddi, 01 rọ lấy sỏi, 01 rọ tán sỏi.
- Stent đường mật: 02 stent kim loại hoặc 02 stent nhựa
- Stent đường tụy: 01
- Găng tay 10 đôi
- Áo mổ 02 chiếc

3. Người bệnh

- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ
- Đặt đường truyền tĩnh mạch

4. Hồ sơ bệnh án

Người bệnh được làm hồ sơ vào viện điều trị nội trú, đã được làm các xét nghiệm cơ bản, như: chức năng gan, thận, nhóm máu, đông máu cơ bản, chức năng tụy, các marker virus, điện tâm đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Để đảm bảo có thể tiến hành tiền mê hoặc gây mê, đảm bảo có thể tiến hành thủ thuật gây chảy máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sau khi người bệnh được tiền mê hoặc gây mê, sẽ tiến hành thủ thuật:

3.1. Đưa máy xuống tá tràng

- Máy nội soi qua thực quản "bán mù", do đó không quan sát được toàn bộ thực quản.
- Máy nội soi vào dạ dày: Đưa đầu dây nội soi qua thân vị và hang vị để đến lỗ môn vị rồi vào hành tá tràng.
- Máy qua gòai trên tá tràng vào đoạn II tá tràng: Quay đầu máy soi lên trên ở vị trí trung gian và đẩy máy vào đoạn II tá tràng. Quay máy 90^0 sang bên phải với đầu máy quay sang phải và lên trên sẽ nhìn thấy phần giữa của đoạn II tá tràng và papilla. Rút máy ra để máy đi dọc theo góc bờ cong nhỏ và nằm trong dạ dày đoạn ngắn nhất khoảng 60-70 cm cách cung răng trên. Thường để ống soi ở vị trí ngắn nhất cho phép quan sát trực diện với papilla để luồn catheter vào papilla được thuận lợi.

3.2. Tìm papilla

Cho người bệnh nằm hơi sấp sẽ nhìn thấy trực diện papilla nằm ở đoạn DII₁ tá tràng có hình dáng và kích thước khác nhau. Papilla có màu hồng sẫm hơn màu hồng của niêm mạc tá tràng, phía trên có nếp niêm mạc to trùm lên trên papilla gọi là mũ papilla, phía dưới có những nếp niêm mạc chạy dọc hội tụ vào papilla, ở đỉnh papilla có lỗ tiết mật, có kích thước to nhỏ khác nhau, qua lỗ này có thể thấy dịch mật chảy vào tá tràng.

3.3. Luồn Catheter vào papilla để bơm thuốc cản quang

Việc thành công của thủ thuật này tùy theo kinh nghiệm của người làm thủ thuật, tùy theo hình dạng và tổn thương ở papilla. Để đầu catheter đối diện với papilla, đẩy từ từ vào và hướng lên vị trí 11 giờ theo hướng của đường mật chính, để vào đường tụy

hướng vào vị trí 1 giờ theo hướng của ống tụy. Đưa sâu catheter vào 3 - 5 cm để chụp đường mật. Tốt nhất là đầu catheter nằm sâu vào đường mật ở ngã ba đường mật (đi qua chỗ đổ của túi mật vào ống mật chủ). Khi bơm thuốc, thuốc sẽ tỏa đều vào đường mật.

3.4. Bơm thuốc chụp đường mật hoặc đường tụy

– Nồng độ thuốc cản quang: thuốc cản quang được pha loãng với nước cất với tỉ lệ 50%.

– Số lượng thuốc cản quang: từ 30ml - 100ml, tùy theo mức độ giãn đường mật. Khi chụp đường tụy không nên bơm nhiều thuốc cản quang, vì nếu bơm nhiều sẽ làm tăng áp lực đường tụy gây biến chứng viêm tụy.

– Chụp đường tụy bằng 5 - 10 ml thuốc cản quang.

3.5. Các thủ thuật điều trị

Tùy theo từng loại bệnh mà có thể tiến hành các thủ thuật tiếp theo như: cắt cơ Oddi, lấy sỏi và đặt stent đường mật hoặc đường tụy.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi những biến chứng của gây mê như suy hô hấp, tụt huyết áp.
- Theo dõi phát hiện viêm tụy cấp: đau bụng, tình trạng ổ bụng, xét nghiệm amylase và lipase sau thủ thuật.
- Theo dõi thủng tá tràng: tình trạng bụng, chụp cắt lớp nếu thấy nghi ngờ thủng ra khoang sau phúc mạc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hàng đầu là viêm tụy cấp với tỉ lệ khoảng 5%. Nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch dùng kháng sinh nếu có biểu hiện nhiễm trùng hoặc trước đó người bệnh có nhiễm trùng đường mật.
- Thủng tá tràng do cắt cơ Oddi, hay gặp ở những trường hợp có túi thừa tá tràng, papilla nằm cạnh hoặc trong túi thừa. Điều trị phẫu thuật.
- Viêm đường mật, hay xảy ra trong trường hợp tắc mật do ung thư đường mật mà sau nội soi chụp mật tụy ngược dòng mà không đặt được stent. Dùng kháng sinh và dẫn lưu mật qua da trong trường hợp thất bại dẫn lưu mật qua papilla.
- Chảy máu do cắt cơ Oddi. Nội soi cầm máu.
- Biến chứng liên quan tới gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn. Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Sivak M. V. Gastroenterologic Endoscopy 1987
3. Baron T.H. ERCP 2008

NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG CAN THIỆP - CẮT CƠ ODDI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) can thiệp - cắt cơ Oddi là tiến hành nội soi mật tụy ngược dòng rồi cắt cơ Oddi với mục đích để lấy sỏi ống mật chủ hoặc đặt stent đường mật hoặc lấy sỏi tụy hoặc đặt stent tụy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cắt cơ Oddi đường mật:
- + Lấy sỏi ống mật chủ
- + Đặt stent đường mật
- Cắt cơ Oddi đường tụy:
- + Lấy sỏi ống tụy
- + Đặt stent đường tụy

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mới bị nhồi máu cơ tim
- Bệnh lý tim phổi nặng
- Dị ứng với thuốc cản quang rối loạn đông máu nặng
- Giảm tiểu cầu
- Đang dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên làm NSMTND, 01 kỹ thuật viên gây mê, 03 điều dưỡng trong đó có điều dưỡng phải sử dụng được máy C- Arm.

2. Phương tiện, thuốc, vật tư tiêu hao

2.1. Phương tiện

- Phòng nội soi cho phép chiếu tia Xquang, có hệ thống oxy
- Máy tăng sáng xquang (C. Arm)
- Hệ thống máy nội soi tá tràng (máy nội soi cửa sổ bên) với kênh làm thủ thuật có đường kính 4,2mm, canun.

- Nguồn cắt đốt.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.
- Áo chì 05 bộ.

2.2. Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao

- Thuốc:
 - + Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1 - 4 ống, fentanyl 0,1 mg từ 1 - 3 ống, propofol 20 ml 1 - 4 ống
 - + Thuốc cản quang 50ml (telebrix, xenetix) 1 - 2 lọ
- Vật tư:
 - + 01catheter, 01 dây dẫn (guidewire), 01 dao cắt cơ vòng Oddi.
 - + Găng tay 10 đôi
 - + Áo mổ 02 cái

3. Người bệnh

- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ
- Đặt đường truyền tĩnh mạch

4. Hồ sơ bệnh án

Người bệnh được làm hồ sơ vào viện điều trị nội trú, đã được làm các xét nghiệm cơ bản, như: chức năng gan, thận, nhóm máu, đông máu cơ bản, chức năng tụy, các marker virus, điện tâm đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Để đảm bảo có thể tiến hành tiền mê hoặc gây mê, đảm bảo có thể tiến hành thủ thuật gây chảy máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sau khi người bệnh được tiền mê hoặc gây mê, sẽ tiến hành thủ thuật:

3.1. Đưa máy xuống tá tràng

- Máy nội soi qua thực quản "bán mù", do đó không quan sát được toàn bộ thực quản.
- Máy nội soi vào dạ dày: Đưa đầu dây nội soi qua thân vị và hang vị để đến lỗ môn vị rồi vào hành tá tràng.

– Máy qua gôì trên tá tràng vào đoạn II tá tràng: Quay đầu máy soi lên trên ở vị trí trung gian và đẩy máy vào đoạn II tá tràng. Quay máy 90⁰ sang bên phải với đầu máy quay sang phải và lên trên sẽ nhìn thấy phần giữa của đoạn II tá tràng và papilla. Rút máy ra để máy đi dọc theo góc bờ cong nhỏ và nằm trong dạ dày đoạn ngắn nhất khoảng 60-70 cm cách cung răng trên. Thường để ống soi ở vị trí ngắn nhất cho phép quan sát trực diện với papilla để luồn catheter vào papilla được thuận lợi.

3.2. Tìm papilla

Cho người bệnh nằm hơi sấp sẽ nhìn thấy trực diện papilla nằm ở đoạn DII₁ tá tràng có hình dáng và kích thước khác nhau. Papilla có màu hồng sẫm hơn màu hồng của niêm mạc tá tràng, phía trên có nếp niêm mạc to trùm lên trên papilla gọi là mũ papilla, phía dưới có những nếp niêm mạc chạy dọc hội tụ vào papilla, ở đỉnh papilla có lỗ tiết mật, có kích thước to nhỏ khác nhau, qua lỗ này có thể thấy dịch mật chảy vào tá tràng.

3.3. Luồn Catheter vào papilla để bơm thuốc cản quang

Việc thành công của thủ thuật này tùy theo kinh nghiệm của người làm thủ thuật, tùy theo hình dạng và tổn thương ở papilla. Để đầu catheter đối diện với papilla, đẩy từ từ vào và hướng lên vị trí 11 giờ theo hướng của đường mật chính, hướng vào vị trí 1 giờ theo hướng của ống tụy. Đưa sâu catheter vào 3 - 5 cm để chụp đường mật. Tốt nhất là đầu catheter nằm sâu vào đường mật ở ngã ba đường mật (đi qua chỗ đổ của túi mật vào ống mật chủ). Khi bơm thuốc, thuốc sẽ tỏa đều vào đường mật.

3.4. Bơm thuốc chụp đường mật hoặc chụp đường tụy

– Nồng độ thuốc cản quang: thuốc cản quang được pha loãng với nước cất với tỉ lệ 50%.

– Số lượng thuốc cản quang: từ 30ml - 100ml, tùy theo mức độ giãn đường mật.

– Chụp đường tụy bằng 5 - 10 ml thuốc cản quang. Khi chụp đường tụy không nên bơm nhiều thuốc cản quang, vì nếu bơm nhiều sẽ làm tăng áp lực đường tụy gây biến chứng viêm tụy.

3.5. Cắt cơ vòng Oddi phía đường mật

– Đưa dây dẫn vào qua catheter sau khi chụp đường mật lên nhánh gan phải sau đó rút catheter ra, đưa dao cắt vào theo dây dẫn. Tiến hành cắt cơ vòng Oddi. Vị trí cắt cơ vòng Oddi phía đường mật là từ 11 đến 12 giờ.

– Để cắt cơ vòng Oddi thuận lợi, dao cắt cần tiếp xúc với niêm mạc của papilla ở vị trí 1/3 trong và 2/3 ngoài.

– Có thể tiến hành cắt cơ vòng Oddi tối đa tới mũ của papilla.

3.6. Cắt cơ Oddi phía đường tụy

– Đưa dây dẫn vào qua catheter sau khi chụp đường tụy sau đó rút catheter ra, đưa dao cắt vào theo dây dẫn. Tiến hành cắt cơ vòng Oddi.

– Tiến hành cắt cơ vòng Oddi phía đường tụy cũng giống kỹ thuật cắt cơ vòng Oddi phía đường mật nhưng chỉ khác là về vị trí đối với pappilla, trong cắt cơ Oddi phía đường tụy là vị trí 1 giờ.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi những biến chứng của gây mê như suy hô hấp, tụt huyết áp.
- Theo dõi phát hiện viêm tụy cấp: đau bụng, tình trạng ổ bụng, xét nghiệm amylase và lipase sau thủ thuật.
- Theo dõi thủng tá tràng: tình trạng bụng, chụp cắt lớp nếu thấy nghi ngờ thủng ra khoang sau phúc mạc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hàng đầu là viêm tụy cấp với tỉ lệ khoảng 5%. Nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch dùng kháng sinh nếu có biểu hiện nhiễm trùng hoặc trước đó người bệnh có nhiễm trùng đường mật.
- Thủng tá tràng do cắt cơ Oddi, hay gặp ở những trường hợp có túi thừa tá tràng, papilla nằm cạnh hoặc trong túi thừa. Điều trị phẫu thuật.
- Chảy máu do cắt cơ Oddi. Nội soi cầm máu.
- Biến chứng liên quan tới gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn. Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Sivak M. V. Gastroenterologic Endoscopy 1987
3. Baron T.H. ERCP 2008

NỘI SOI CAN THIỆP - KẸP CLIP CẦM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp kẹp clip cầm máu là một phương pháp can thiệp điều trị nhằm mục đích cầm chảy máu tổn thương qua nội soi ống tiêu hoá.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ổ loét niêm mạc ống tiêu hoá đang chảy máu hoặc có dấu hiệu vừa chảy máu có nguy cơ tái xuất huyết cao (Phân loại Forrest độ IA, IB, IIA, IIB).
- Rách tâm vị chảy máu.
- Sau can thiệp qua nội soi tiêu hoá, tổn thương chảy máu hoặc có nguy cơ cao chảy máu có thể chỉ định tiêm cầm máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc giảm thể tích tuần hoàn, huyết áp dưới 90/60 mmHg.
- Người bệnh nghi ngờ nhồi máu cơ tim, hội chứng mạch vành cấp, phình tách động mạch chủ, rối loạn nhịp tim phức tạp, tăng huyết áp không kiểm soát được, suy hô hấp.
- Các trường hợp nghi ngờ thủng ống tiêu hoá.
- Người bệnh không thể hợp tác được (bệnh lý tâm thần kinh), nếu bắt buộc soi phải sử dụng thuốc tiền mê.
- Người bệnh có thai, nếu bắt buộc phải nội soi can thiệp phải giải thích trước cho người nhà và người bệnh các nguy cơ rủi ro cho thai và được sự đồng ý của người bệnh và gia đình, có ghi vào giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 02 điều dưỡng thành thực kỹ thuật.

2. Phương tiện

- Dàn máy nội soi, dây soi có kênh thủ thuật.
- Clip cầm máu
- Thuốc tiền mê: Midazolam, Fentanyl trong trường hợp người bệnh kích thích cần sử dụng thuốc tiền mê.

3. Người bệnh

- Người bệnh phải nhịn ăn tối thiểu 6giờ. Nếu < 6 giờ và cần phải nội soi can thiệp ngay thì người bệnh phải được rửa dạ dày sạch trước khi soi.

– Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải được giải thích trước và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

– Trường hợp cấp cứu, người bệnh phải được hồi sức tích cực trước soi, bao gồm đặt đường truyền tĩnh mạch truyền dịch truyền máu để bù thể tích tuần hoàn, thở oxy kính, mắc monitor theo dõi trước khi làm nội soi. Người bệnh suy hô hấp, rối loạn ý thức phải được đặt nội khí quản, kiểm soát tình trạng hô hấp trước soi.

4. Hồ sơ bệnh án

– Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để trả lại cho người bệnh.

– Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

– Tiến hành nội soi tiêu hoá thông thường.

– Khi thấy tổn thương đang chảy máu hoặc đã chảy máu nhưng có nguy cơ tái phát chảy máu cao, hoặc các tổn thương sau can thiệp thủ thuật gây chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu cao thì tiến hành can thiệp kẹp clip cầm máu.

– Trường hợp chảy máu nhiều hạn chế trường nhìn, có thể tiêm cầm máu trước bằng Adrenalin.

– Sau khi nhìn thấy điểm chảy máu, hoặc mạch máu, tiến hành kẹp clip. Có thể sử dụng nhiều clip cho đến khi kiểm soát được chảy máu.

VI. THEO DÕI TAI BIẾN

– Lưu ý người bệnh 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 hoá, đặc biệt là thủng ống tiêu hoá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nib Soehendra, Kenneth F. Binmoeller, Hans Seifert, Hans Wilhelm Schreiber, “Therapeutic Endoscopy – Color atlas of operative techniques for the gastrointestinal tract”, *Thieme 2005*.

NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT HỚT NIÊM MẠC ỐNG TIÊU HÓA ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM

I. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị ung thư dạ dày sớm qua nội soi được chia làm hai phương pháp: phương pháp cắt niêm mạc và phương pháp gây đông (điều trị bằng laser).

Phương pháp cắt niêm mạc được quan tâm hơn vì ưu điểm có thể lấy tổn thương làm giải phẫu bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Theo hiệp hội nội soi tiêu hóa của Nhật Bản khuyến cáo điều trị nội soi cho các trường hợp sau:

- Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa, thể nhô lên nhẹ (elevated) và kích thước dưới 2 cm và tổn thương ung thư chưa ăn qua lớp niêm mạc.
- Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa, thể lún xuống (depressed), có kích thước dưới 1 cm, tổn thương ung thư chưa ăn qua lớp niêm mạc và không có loét hoặc sẹo loét.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp
- Người bệnh suy tim nặng
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm thu < 90 mmHg.

IV CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01 bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi Tiêu hóa.
- Điều dưỡng: 02

2. Phương tiện

- 01 Máy nội soi dạ dày hoặc 01 máy nội soi đại tràng.
- 01 Kim tiêm nước muối sinh lý.

- 02 Dao cắt niêm mạc chuyên dùng.
- Catheter bơm thuốc nhuộm: 1 dây cho mỗi loại chất nhuộm màu.
- Thuốc nhuộm màu: Lugol 1 - 4%, xanh Methylene, Indigo carmine.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.
- Thuốc mê và tiền mê: 2 ống midazolam 5mg, 2 ống fantanyl 0,1 mg, 2 ống propofol.
- 01 Kìm sinh thiết.
- 05 Lọ đựng bệnh phẩm.
- 05 Lam kính.
- 5 Bơm tiêm 2ml.
- 6 Đôi găng tay.
- 02 Áo mổ.

3. Người bệnh

Nhịn ăn chuẩn bị như quy trình nội soi thực quản dạ dày, hoặc được làm sạch đại tràng như quy trình nội soi đại trực tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra không có chống chỉ định
- Nhận giấy chỉ định
- Giải thích người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh nằm lên cang thủ thuật.
- Mắc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.
- Hướng dẫn người bệnh nằm đúng tư thế.
- Điều dưỡng phụ soi phải theo dõi tình trạng người bệnh, thông báo cho bác sĩ khi có bất thường, luôn động viên và hướng dẫn người bệnh hợp tác để tiến hành thủ thuật thuận lợi.
- Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát kỹ tổn thương cần phải cắt hớt niêm mạc, xác định ranh giới tổn thương, bắt đầu đánh dấu diện cần cắt hớt niêm mạc cách ranh giới tổn thương khoảng 1 cm sau đó dùng dùng tiêm làm phồng lớp niêm mạc lên sau đó dùng snare hoặc dao cắt.
- 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.
- Sau khi bác sĩ kết thúc quá trình nội soi, điều dưỡng phải giúp người bệnh lau miệng, đỡ người bệnh dậy và đưa người bệnh ra khỏi phòng nội soi tới nơi ngồi chờ.

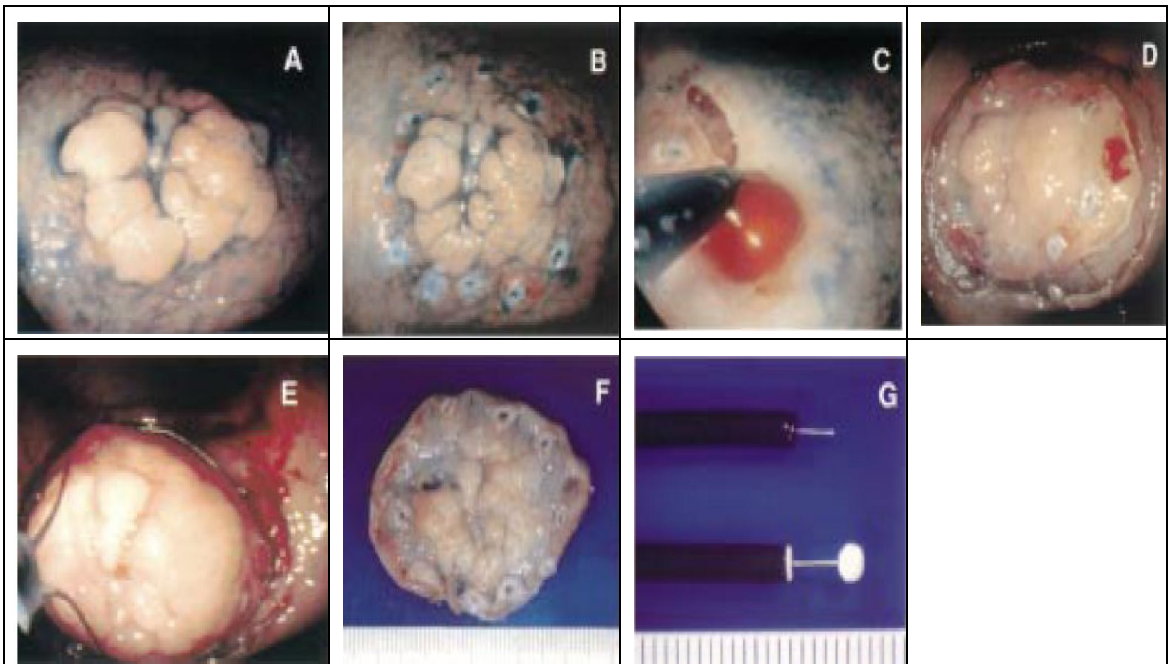
- Hướng dẫn người bệnh bổ sung thêm phiếu xét nghiệm, sinh thiết nếu cần.
- Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.
- Trả kết quả nội soi cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.



Hình 1. Minh họa cắt hớt niêm mạc ung thư dạ dày sử dụng dao IT. (A) hình ảnh nội soi có nhuộm indigo carmine để làm rõ ranh giới khối u, ung thư dạ dày giai đoạn IIa. (B) Dùng dao IT đánh dấu làm rõ vùng rìa khối u. (C) sau khi tiêm vào lớp dưới niêm mạc bằng muối saline pha với epinephrine (0,025mg/ml) và tiến hành cắt phía ngoài rìa đánh dấu. (D) vùng khối u đánh dấu đã tách khỏi niêm mạc bình thường. (E) Vùng khối u được cắt bằng snare như quy trình cắt polyp. (F) mảnh cắt được lấy ra với phần ranh giới đánh dấu rõ. (G) dao cắt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H Ono, H Kondo, T Gotoda, K Shirao, H Yamaguchi, D Saito, K Hosokawa, T Shimoda, S Yoshida(2001). Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer. Gut; 48:225-229
2. Mitsuhiro Fujihira, Naohisa Yahagi, Naomi Kakushima, Shinya Kodashima, Yosuke Muraki, Satoshi Ono, Nobutake Yamamichi et al(2007). Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Epithelial Neoplasms in 200 Consecutive Cases. Clinical Gastroenterology and Hepatology; 5:678-683

NỘI SOI CAN THIỆP - NHUỘM MÀU CHẨN ĐOÁN UNG THƯ SỚM

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp nhuộm màu là phương pháp nội soi có dùng chất màu nhuộm lớp niêm mạc ống tiêu hóa nhằm mục đích khu trú tổn thương, nhận rõ đặc điểm tổn thương, giúp làm rõ ranh giới các tổn thương ung thư.

Tùy thuộc vị trí niêm mạc ống tiêu hóa mà người ta sử dụng các chất nhuộm màu khác nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

– Lugol có ái lực với tế bào biểu mô vảy không sừng hóa như thực quản, lugol 1 - 4% bơm nhuộm 20 - 50 ml, tế bào biểu mô bình thường sẽ bị nhuộm màu đen hoặc nâu đen Chỉ định:

- + Ung thư thực quản (không bắt màu)
- + Barrett thực quản
- + Viêm thực quản trào ngược

– Nhuộm xanh Methylene, các tế bào ruột hoặc các tổn thương dị sản ruột sẽ được nhuộm bởi xanh Methylene, cơ chế là do chất này hấp thu tích cực vào tế bào, bình thường các tế bào được nhuộm màu xanh. Chỉ định:

- + Barrett thực quản (dị sản ruột)
- + Dị sản ruột trong dạ dày
- + Tổn thương ung thư dạ dày sớm (không bắt màu)
- + Celiac and tropical sprue

– Nhuộm Indigo carmine, bình thường các tế bào không nhuộm, đặc điểm tổn thương nhô ra tạo thành khe rãnh chứa chất nhuộm. Chỉ định:

- + Tổn thương thực quản, dạ dày, tá tràng, đại tràng
- + Barrett thực quản
- Một số chất nhuộm màu khác như đỏ congo, đỏ phenol, xanh Toluidine.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được

- Nghi ngờ thủng tạng rỗng
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp
- Người bệnh suy tim nặng
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm thu < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi tiêu hóa.
- 02 Điều dưỡng được đào tạo về kỹ thuật phụ giúp bác sĩ làm nội soi.

2. Phương tiện

- 01 máy nội soi dạ dày hoặc máy nội soi đại tràng.
- Catheter bơm thuốc nhuộm: 1 dây cho mỗi loại chất nhuộm màu
- Thuốc nhuộm màu: Lugol 1 - 4%, xanh Methylene, Indigo carmine
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản
- Thuốc mê và tiền mê: 2 ống midazolam 5mg, 2 ống fantanyl 0,1 mg, 2 ống propofol.
- 01 kìm sinh thiết
- 05 ống đựng bệnh phẩm
- 05 lam kính
- 02 bơm loại 20 ml
- 06 đôi găng tay
- 02 áo mổ

3. Người bệnh

Nhịn ăn chuẩn bị như quy trình nội soi thực quản dạ dày, hoặc được làm sạch đại tràng như quy trình nội soi đại trực tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra không có chống chỉ định
- Nhận giấy chỉ định
- Giải thích cho người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

- Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh nằm lên cang thủ thuật.
- Mặc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.
- Hướng dẫn người bệnh nằm đúng tư thế.
- Điều dưỡng phụ soi phải theo dõi tình trạng người bệnh, thông báo cho bác sĩ khi có bất thường, luôn động viên và hướng dẫn người bệnh hợp tác để tiến hành thủ thuật thuận lợi.
- Thông báo cho người bệnh bắt đầu làm thủ thuật, hướng dẫn người bệnh phối hợp trong quá trình làm thủ thuật.
- Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát kỹ tổn thương, khi có nghi ngờ tiến hành nhuộm màu. Tùy vị trí giải phẫu mà có thuốc nhuộm khác nhau, nhuộm Lugol cho các tổn thương ở thực quản, nhuộm xanh Methylene hoặc Indigo carmine với các tổn thương ở dạ dày, với các tổn thương ở đại tràng dùng thuốc nhuộm Indigo carmine.
- 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.
- Sau khi bác sĩ kết thúc quá trình nội soi, điều dưỡng phải giúp đỡ người bệnh dậy và đưa người bệnh ra khỏi phòng nội soi tới nơi ngồi chờ.
- Hướng dẫn người bệnh bổ sung thêm phiếu xét nghiệm, sinh thiết nếu cần.
- Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.
- Trả kết quả nội soi cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

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

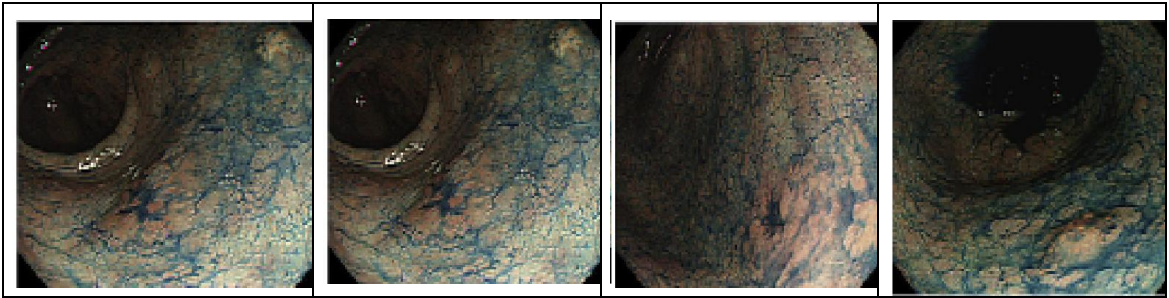
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

Nội soi thông thường



Nội soi nhuộm màu



Hình 1. Minh họa so sánh các tổn thương ung thư dạ dày sớm. Hình ảnh trên là nội soi dạ dày thông thường, dưới là nhuộm màu hình ảnh tổn thương ung thư biểu hiện rõ hơn về ranh giới cũng như hình ảnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Douglas O. Faigel, Michel (2006). Gastrointestinal endoscopy and Cancer management. Humana press. pp20-24
2. Guido Schachschal, Hartmut Schmidt (2004). Endoscopy of the upper GI tract. A training manual. Berthold block. Thieme. pp177-180
3. H. Niwa, H. Tajiri, M. Nakajima, K Yasuda (2008). New Challenges in Gastrointestinal Endoscopy. Springer. pp133-200
4. Kyosuke Tanaka, Hideki Toyoda, Shigenori Kadowaki, Yasuhiko Hamada, Ryo Kosaka, Shinpei Matsuzaki, Taizo Shiraishi et al (2008). Surface pattern classification by enhanced-magnification endoscopy for identifying early gastric cancers. Gastrointestinal endoscopy Volume 67, No.3; 2008. pp 436

NỘI SOI Ổ BỤNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi ổ bụng là phương pháp thăm dò trực tiếp về hình thái một số tạng trong ổ bụng, đánh giá tình trạng bất thường và mối liên quan giữa các tạng đó ở trong phúc mạc. Qua soi ổ bụng còn có thể sinh thiết để chẩn đoán bệnh. Đặc biệt ngày nay soi ổ bụng điều trị được áp dụng rộng rãi ở các cơ sở nội khoa, ngoại khoa, sản khoa, mặc dù có nhiều phương pháp thăm dò hình thái không chảy máu khác như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính. Phương pháp soi ổ bụng vẫn tồn tại và phát huy ưu thế của nó đặc biệt trong soi ổ bụng điều trị đã thay thế dần một số phẫu thuật thông thường trong cắt túi mật, cắt dạ dày.

II. CHỈ ĐỊNH

Soi ổ bụng là phương pháp thăm dò và điều trị rất có hiệu quả trong một số bệnh lý của các cơ quan trong ổ bụng, song đây là thủ thuật thăm dò đòi hỏi sự vô trùng tuyệt đối (như phẫu thuật bụng) có những chỉ định sau:

1. Chỉ định soi ổ bụng

- Bệnh lý gan: viêm gan cấp tính, mạn tính, áp xe gan, xơ gan, ung thư gan, khối u gan.
- Bệnh lý của túi mật, ứ mật có thể nhìn thấy gián tiếp hình ảnh ứ mật ở mặt gan.
- Bệnh lý của lách (loại trừ lách to do bệnh lý của máu): U lách, áp xe lách - quan sát hình ảnh tăng áp lực tĩnh mạch cửa qua các mạch máu giãn.
- Bệnh lý của phúc mạc: nghi lao phúc mạc, ung thư phúc mạc, hoặc những trường hợp có cổ trướng chưa rõ nguyên nhân.
- Bệnh lý của mạc nối lớn, nghi ngờ ung thư mạc nối, khối u ở mạc nối lớn, mạc nối nhỏ.
- Bệnh lý của tử cung, buồng trứng: u nang buồng trứng, ung thư buồng trứng, chửa ngoài tử cung, u tử cung v.v...
- Chỉ định trong một số trường hợp các khối u ở ổ bụng chưa rõ nguồn gốc.

Bệnh lý của dạ dày, ruột non, đại tràng, soi ổ bụng chỉ phát hiện được hình thái mặt ngoài của thành các tạng rỗng. Vì vậy chỉ nên coi soi ổ bụng là phương pháp cuối cùng được áp dụng sau khi làm các xét nghiệm với các phương pháp khác không có kết quả.

2. Chỉ định soi ổ bụng cấp cứu

- Viêm túi mật cấp
- Viêm tụy cấp

- Viêm ruột thừa cấp
- Thủng dạ dày, tá tràng. Trong trường hợp thủng bít có thể nhìn thấy hình ảnh gián tiếp là mảng fibrin hoặc dây dính vào phúc mạc.
- Chấn thương bụng: vỡ các tạng trong ổ bụng
- Chửa ngoài tử cung vỡ, u nang buồng trứng xoắn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Cơ địa chảy máu: Biểu hiện trên lâm sàng và xét nghiệm máu. Máu chảy, máu đông kéo dài, tỷ lệ prothrombin giảm dưới 50 %
- Cổ trướng có máu
- Thoát vị hoành
- Suy tim
- Suy hô hấp cấp và mạn tính
- Người bệnh quá yếu không chịu đựng nổi thủ thuật

2. Chống chỉ định tương đối

- Người bệnh nấc, bụng trướng hơi, ho nhiều
- Có thoát vị rốn, bẹn
- Có phẫu thuật cũ ở bụng - đường đưa máy soi khó
- Người bệnh tâm thần
- Tuần hoàn bàng hệ ở bụng quá nhiều
- Các bệnh tích ở ngoài da bụng vị trí định soi như: nhiễm trùng, hắc lao, ghè... khi soi có thể đưa các tổn thương vào trong ổ bụng.

IV. CHUẨN BỊ

Tất cả dụng cụ cần thiết cho nội soi cần phải tiệt trùng tuyệt đối như phẫu thuật ổ bụng. Phòng soi riêng biệt được tiệt trùng bằng tia cực tím.

1. Người bệnh

- Giải thích về mục đích soi ổ bụng để người bệnh yên tâm.
- Hướng dẫn người bệnh làm vệ sinh vùng bụng, nếu có lông ở vùng bụng phải cạo sạch.
- Thụt tháo phân lần 1 vào tối hôm trước soi ổ bụng, thụt tháo lần 2 vào 6 giờ sáng hôm soi ổ bụng.
- Dặn người bệnh nhịn ăn sáng hôm soi ổ bụng.

- Cho người bệnh đi tiểu hoặc đại tiện trước khi soi.
- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ trước khi soi cho người bệnh.
- Kiểm tra xét nghiệm về máu chảy, máu đông, tỷ lệ prothrombin trước khi soi.

2. Dụng cụ

- Phải tiệt trùng các dụng cụ không thể hấp sấy được bằng cách chiếu tia cực tím trong 1 giờ trước khi soi gồm: đèn soi, dây dẫn ánh sáng, dây dẫn bơm hơi, găng cao su.
- Dụng cụ vô khuẩn được hấp sấy ước 200⁰C gồm: đồ vải, áo mũ khẩu trang phẫu thuật, khăn mổ, găng tay, bông gạc.
- Dụng cụ kim loại hấp sấy khô 120⁰C:
- Dụng cụ gây tê: bát đựng lidocain 2 %, bơm tiêm 5 - 10 ml, kim gây tê.
- Bộ dụng cụ bơm hơi: kim bơm hơi, bơm tiêm 20 ml, dao chích.
- Bộ dụng cụ máy soi: Trocar, kim thăm dò đầu tù, kim sinh thiết gan, kim sinh thiết phúc mạc, kéo, kẹp kocher có răng, kẹp kocher không răng để cầm máu, kẹp kocher bóc tách nhỏ, kim chỉ khâu hoặc kẹp arap.
- Dụng cụ sạch: Khay quả đậu, cốc có chia độ, cồn 70⁰C và cồn iốt, các ống xét nghiệm dịch thông thường, lọ đựng bệnh phẩm sinh thiết, lam kính làm xét nghiệm tế bào học.
- Kiểm tra: Nguồn sáng và máy bơm hơi hoạt động bình thường, kiểm tra hoạt động của camera (nếu có trang bị).

3. Thủ thuật viên và trợ thủ viên

- 02 Bác sĩ nội soi được đào tạo kỹ thuật soi ổ bụng.
- 01 Điều dưỡng chuyên nội soi.

Thủ thuật viên và trợ thủ viên phải tuân theo quy chế vô trùng tuyệt đối của ngoại khoa: áo, mũ, khẩu trang, găng tay vô trùng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vị trí để tiến hành đưa trocar và đầu nội soi vào trong ổ bụng, thường dùng các điểm kinh điển của Kath.

- + 3 cm trên và dưới rốn.
- + 0,5 cm bên phải và trái cách đường trắng giữa.

Trong soi ổ bụng cấp cứu có thể lựa chọn điểm thấp hơn bên trái thành bụng để từ đó có thể quan sát các vùng thuận tiện hơn. Tránh các vị trí nguy hiểm: vùng túi mật, vùng có động mạch chủ... Chọn điểm chọc trocar tránh xa các tạng đặc hoặc chỗ dính, tránh các vùng có tuần hoàn bàng hệ.

- Bơm hơi phúc mạc: Gây tê theo từng lớp từ da vào ổ bụng, chọc kim bơm hơi phải thử kiểm tra bằng bơm tiêm kín xác định kim không nằm trong mạch máu - kim tự do trong phúc mạc.

- Mục đích bơm hơi phúc mạc: Tạo lớp hơi để tách thành bụng với các phủ tạng:
- + Chuẩn bị chọc Trocar an toàn.
- + Khi soi di chuyển đèn dễ dàng.
- + Giúp ánh sáng đèn tốt hơn.
- Chọc Trocar đưa đèn soi vào ổ bụng: Qui tắc quan sát cần tuân thủ nguyên tắc quan sát toàn cảnh và nhắm đích (từ xa đến gần, cơ quan lành mạnh đến cơ quan tổn thương).

Thường quan sát từ trái qua phải, chia ước lượng ổ bụng thành các khu vực để tránh bỏ sót.

+ Ô vuông phải trên: quan sát thùy phải gan, dây chằng liềm, dây chằng tròn, túi mật, nửa bên phải cơ hoành, mạc nối lớn và phần ruột nằm ở vùng này.

+ Ô vuông trái trên: quan sát thùy gan trái, dạ dày, nửa trái cơ hoành, một phần mạc nối ruột lách.

+ Ô bụng bên phải, bên trái phía dưới đại tràng - ruột non, bàng quang.

+ Hồ chậu phải, trái: quan sát các cơ quan nằm trong vùng này (buồng trứng, tử cung...).

+ Quan sát thành phúc mạc: phía trước thành bụng, thành sau ổ bụng (tư thế nằm nghiêng).

Khi quan sát các vùng ở ổ bụng có thể thay đổi tư thế người bệnh như nghiêng phải, nghiêng trái, tư thế Fowler đầu cao, đầu thấp... tùy theo cơ quan cần quan sát, do thay đổi tư thế kết hợp với que thăm dò bộc lộ các cơ quan cần quan sát.

- Bàn nội soi phải đáp ứng được yêu cầu giúp thay đổi tư thế người bệnh khi làm thủ thuật.

- Khi quan sát các cơ quan cần chú ý: Hình thù, kích thước các cơ quan, màu sắc, tính chất bề mặt (nhẵn, gồ ghề), mật độ, mạch máu, mối quan hệ giữa các cơ quan.

- Trong khi soi ổ bụng có thể kết hợp các thủ thuật giúp chẩn đoán hoặc điều trị bệnh:

- + Sinh thiết gan, sinh thiết phúc mạc
- + Chọc hút tế bào
- + Chụp đường mật
- + Chọc các ổ áp xe như: áp xe gan, áp xe thành bụng.
- + Dùng kim thăm dò để nâng bờ gan quan sát túi mật, bộc lộ các tạng khi bị mạc nối hoặc các tạng khác che phủ, thăm dò mật độ các cơ quan để đánh giá mức độ mềm cứng.
- + Cắt dây dính
- Kết thúc soi ổ bụng:
- + Đưa đèn soi về vị trí nằm ngang
- + Rút đèn soi ra khỏi ổ bụng

- + Cho hơi ra khỏi ổ bụng qua trocar
- + Khâu hoặc kẹp arap lại vết rạch ổ bụng
- + Sát trùng vị trí soi.

VI. THEO DÕI

– Sau soi ổ bụng người bệnh cần nằm nghỉ tại giường, tránh đi lại, có thể cho ăn thức ăn lỏng dễ tiêu hóa.

– Sau soi ổ bụng cần theo dõi trong 24 giờ để phát hiện các tai biến sau soi, có tai biến được xử trí kịp thời tránh nguy hiểm cho người bệnh.

+ Theo dõi toàn thân: Nhiệt độ, nhịp thở, mạch huyết áp, tràn khí dưới da hoặc tràn khí màng phổi, nôn mửa, tình trạng thiếu máu...

+ Theo dõi thành bụng để phát hiện các biến chứng ngoại khoa.

– Ghi chép sổ sách soi ổ bụng là cần thiết vì:

+ Là văn bản chuyên môn cung cấp tài liệu chính xác cụ thể giúp cho chẩn đoán và theo dõi người bệnh.

+ Là văn bản pháp lý cho người làm thủ thuật.

+ Giúp nghiên cứu khoa học.

– Ghi chép biên bản soi:

+ Thủ tục hành chính: ngày soi, họ tên người bệnh, địa chỉ nghề nghiệp.

+ Kết quả xét nghiệm khác.

+ Chẩn đoán trước khi soi ổ bụng.

+ Mục đích soi ổ bụng.

+ Mô tả ổ bụng theo trình tự đã nêu ở phần kỹ thuật.

+ Kết luận: mô tả hình ảnh qua soi ổ bụng nếu chưa rõ. Kết luận bệnh lý có tính chất khẳng định.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Soi ổ bụng không nên coi là phương pháp chẩn đoán và điều trị nhẹ nhàng mà cần có thái độ nghiêm túc, hiểu biết thấu đáo chỉ định, chống chỉ định thủ thuật, hết sức thận trọng trong khi làm thủ thuật để hạn chế những tai biến xảy ra có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

Tai biến soi ổ bụng, có thể phân chia thành nhóm:

– Tai biến do gây tê.

– Tai biến bơm hơi vào phúc mạc.

- Tai biến trong khi chọc troca và soi.
- Tai biến do sinh thiết và các phối hợp khác trong khi soi.
- Tai biến trong phẫu thuật nội soi.

7.1. Tai biến do gây mê

– Khi soi ổ bụng cho trẻ em nên gây mê, ở người lớn có thể gây tiền mê hoặc chỉ gây tê tùy theo từng người bệnh để lựa chọn phương pháp thích hợp. Nên thử test lidocain trước khi gây tê tránh tình trạng sốc do dị ứng lidocain.

– Dùng một số thuốc gây mê, tiền mê có thể đưa đến giảm oxy mô, hạ huyết áp, nặng có thể ngừng tim đột ngột: Cần phát hiện kịp thời, cho thở oxy và các biện pháp cấp cứu hồi phục tuần hoàn và hô hấp.

7.2. Tai biến bơm hơi vào ổ bụng

Là nhóm tai biến hay gặp nhất do không tuân theo chỉ định, chống chỉ định của soi ổ bụng hoặc dụng cụ không hoàn thiện và gây tê không hợp lý.

– Yếu tố thăm khám kỹ người bệnh trước khi soi rất quan trọng: Cần phát hiện vị trí các tạng đặc trong ổ bụng như gan - lách, túi mật để tránh chọc kim vào các vị trí này. Bụng trướng hơi, nấc, ho khi chọc kim bơm hơi có thể vào các tạng rỗng hoặc các mạch máu lớn.

- Tắc mạch do kim bơm hơi vào mạch máu nên phải thử kim thận trọng.
- Gây tràn khí dưới da do đầu kim nằm ở tổ chức ngoài phúc mạc, áp lực bên trong ổ bụng lớn hơn, phân ra các tổ chức liên kết xốp - có thể tràn khí dưới da cổ, da bụng, da bìu.
- Sốt sau bơm hơi phúc mạc.
- Tràn khí trung thất là biến chứng rất nặng có thể dẫn đến tử vong. Tránh tai biến này cần kiểm tra X quang lồng ngực để loại trừ viêm dày dính cơ hoành, thoát vị hoành không được soi ổ bụng.
- Tràn khí mạc nối: cần sử dụng kim bơm hơi hợp lý thận trọng.
- Chọc thủng tạng rỗng trong ổ bụng: ruột, dạ dày
- Tụ máu lan rộng ở thành bụng.
- Tràn khí màng phổi cấp: sau sinh thiết gan chọc kim qua màng phổi. Cần hút khí ra khỏi màng phổi, cho thở oxy và trợ tim mạch.
- Tắc mạch khí nặng nhất: khi hơi vào mạch máu lớn các tạng trong ổ bụng.

7.3. Biến chứng trong khi soi

- Chảy máu do tổn thương ở thành bụng, mạc treo, ở gan lách.
- Thủng ruột: hay gặp thủng đại tràng do chọc kim hoặc chọc Troca: cần phẫu thuật sớm.

– Truy tìm mạch: mạch nổi lớn cuộn vào ống soi, hoặc mạch treo chệch vào vỏ troca khi rút Troca: cần cấp cứu sốc, hồi phục tuần hoàn, hô hấp cho người bệnh.

7.4. Tai biến do sinh thiết, chọc dò phổi hợp khi soi ổ bụng

- Chảy máu
- Chọc vào ổ mủ: gây viêm phúc mạc do mủ chảy ra ổ bụng.
- Chọc vào các tạng khác trong ổ bụng: cần thận trọng quan sát kỹ cơ quan và mối liên quan cơ quan định làm thủ thuật.
- Tai biến trong phẫu thuật nội soi giống tai biến khi làm các thủ thuật kể trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nội soi tiêu hóa, Khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, Nhà xuất bản Y học.

NỘI SOI Ổ BỤNG CÓ SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi ổ bụng là phương pháp thăm dò trực tiếp về hình thái một số tạng trong ổ bụng, đánh giá tình trạng bất thường và mối liên quan giữa các tạng đó ở trong phúc mạc. Qua soi ổ bụng còn có thể sinh thiết để chẩn đoán bệnh. Đặc biệt ngày nay soi ổ bụng điều trị được áp dụng rộng rãi ở các cơ sở nội khoa, ngoại khoa, sản khoa, mặc dù có nhiều phương pháp thăm dò hình thái không chảy máu khác như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính. Phương pháp soi ổ bụng vẫn tồn tại và phát huy ưu thế của nó đặc biệt trong soi ổ bụng điều trị đã thay thế dần một số phẫu thuật thông thường trong cắt túi mật, cắt dạ dày.

II. CHỈ ĐỊNH

Soi ổ bụng là phương pháp thăm dò và điều trị rất có hiệu quả trong một số bệnh lý của các cơ quan trong ổ bụng, song đây là thủ thuật thăm dò đòi hỏi sự vô trùng tuyệt đối (như phẫu thuật bụng) có những chỉ định sau:

2.1. Chỉ định soi ổ bụng

- Bệnh lý gan: viêm gan cấp tính, mạn tính, áp xe gan, xơ gan, ung thư gan, khối u gan.
- Bệnh lý của túi mật, ứ mật có thể nhìn thấy gián tiếp hình ảnh ứ mật ở mặt gan.
- Bệnh lý của lách (loại trừ lách to do bệnh lý của máu): U lách, áp xe lách - quan sát hình ảnh tăng áp lực tĩnh mạch cửa qua các mạch máu giãn.
- Bệnh lý của phúc mạc: nghi lao phúc mạc, ung thư phúc mạc, hoặc những trường hợp có cổ trướng chưa rõ nguyên nhân.
- Bệnh lý của mạc nối lớn, nghi ngờ ung thư mạc nối, khối u ở mạc nối lớn, mạc nối nhỏ.
- Bệnh lý của tử cung, buồng trứng: u nang buồng trứng, ung thư buồng trứng, chửa ngoài tử cung, u tử cung v.v...
- Chỉ định trong một số trường hợp các khối u ở ổ bụng chưa rõ nguồn gốc.

Bệnh lý của dạ dày, ruột non, đại tràng, soi ổ bụng chỉ phát hiện được hình thái mặt ngoài của thành các tạng rỗng. Vì vậy chỉ nên coi soi ổ bụng là phương pháp cuối cùng được áp dụng sau khi làm các xét nghiệm với các phương pháp khác không có kết quả.

2.2. Chỉ định soi ổ bụng cấp cứu

- Viêm túi mật cấp.
- Viêm tụy cấp.

- Viêm ruột thừa cấp.
- Thủng dạ dày, tá tràng. Trong trường hợp thủng bít có thể nhìn thấy hình ảnh gián tiếp là mảng fibrin hoặc dây dính vào phúc mạc.
- Chấn thương bụng: vỡ các tạng trong ổ bụng.
- Chửa ngoài tử cung vỡ, u nang buồng trứng xoắn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Cơ địa chảy máu: Biểu hiện trên lâm sàng và xét nghiệm máu. Máu chảy, máu đông kéo dài, tỷ lệ prothrombin giảm dưới 50 %.
- Cổ trướng có máu.
- Thoát vị hoành.
- Suy tim.
- Suy hô hấp cấp và mạn tính.
- Người bệnh quá yếu không chịu đựng nổi thủ thuật.

2. Chống chỉ định tương đối

- Người bệnh nấc, bụng trướng hơi, ho nhiều.
- Có thoát vị rốn, bẹn.
- Có phẫu thuật cũ ở bụng - đường đưa máy soi khó.
- Người bệnh tâm thần.
- Tuần hoàn bàng hệ ở bụng quá nhiều.
- Các bệnh tích ở ngoài da bụng vị trí định soi như: nhiễm trùng, hắc lao, ghè... khi soi có thể đưa các tổn thương vào trong ổ bụng.

IV. CHUẨN BỊ

Tất cả dụng cụ cần thiết cho nội soi cần phải tiệt trùng tuyệt đối như phẫu thuật ổ bụng. Phòng soi riêng biệt được tiệt trùng bằng tia cực tím.

1. Người bệnh

- Giải thích về mục đích soi ổ bụng để người bệnh yên tâm.
- Hướng dẫn người bệnh làm vệ sinh vùng bụng, nếu có lông ở vùng bụng phải cạo sạch.
- Thụt tháo phân lần 1 vào tối hôm trước soi ổ bụng, thụt tháo lần 2 vào 6 giờ sáng hôm soi ổ bụng.
- Dặn người bệnh nhịn ăn sáng hôm soi ổ bụng.

- Cho người bệnh đi tiểu hoặc đại tiện trước khi soi.
- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ trước khi soi cho người bệnh.
- Kiểm tra xét nghiệm về máu chảy, máu đông, tỷ lệ prothrombin trước khi soi.

2. Dụng cụ

- Phải tiệt trùng các dụng cụ không thể hấp sấy được bằng cách chiếu tia cực tím trong 1 giờ trước khi soi gồm: đèn soi, dây dẫn ánh sáng, dây dẫn bơm hơi, găng cao su.
- Dụng cụ vô khuẩn được hấp sấy ướt 200⁰C gồm: đồ vải, áo mũ khẩu trang phẫu thuật, khăn mổ, găng tay, bông gạc.
- Dụng cụ kim loại hấp sấy khô 120⁰C:
 - + Dụng cụ gây tê: bát đựng lidocain 2 %, bơm tiêm 5 - 10 ml, kim gây tê.
 - + Bộ dụng cụ bơm hơi gồm: kim bơm hơi, bơm tiêm 20 ml, dao chính.
 - Bộ dụng cụ máy soi gồm: Trocar, kim thăm dò đầu tù, kim sinh thiết gan, kim sinh thiết phúc mạc, kéo, kẹp kocher có răng, kẹp kocher không răng để cầm máu, kẹp kocher bóc tách nhỏ, kim chỉ khâu hoặc kẹp arap.
 - Dụng cụ sạch: Khay quả đậu, cốc có chia độ, cồn 70⁰C và cồn iốt, các ống xét nghiệm dịch thông thường, lọ đựng bệnh phẩm sinh thiết, lam kính làm xét nghiệm tế bào học.
 - Kiểm tra: Nguồn sáng và máy bơm hơi hoạt động bình thường, kiểm tra hoạt động của camera (nếu có trang bị).

3. Thủ thuật viên và trợ thủ viên

- Hai bác sĩ nội soi được đào tạo kỹ thuật soi ổ bụng.
- Một điều dưỡng chuyên nội soi.

Thủ thuật viên và trợ thủ viên phải tuân theo quy chế vô trùng tuyệt đối của ngoại khoa: áo, mũ, khẩu trang, găng tay vô trùng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vị trí để tiến hành đưa trocar và đầu nội soi vào trong ổ bụng, thường dùng các điểm kinh điển của Kath:

- + 3 cm trên và dưới rốn
- + 0,5 cm bên phải và trái cách đường trắng giữa.

Trong soi ổ bụng cấp cứu có thể lựa chọn điểm thấp hơn bên trái thành bụng để từ đó có thể quan sát các vùng thuận tiện hơn. Tránh các vị trí nguy hiểm: vùng túi mật, vùng có động mạch chủ... Chọn điểm chọc trocar tránh xa các tạng đặc hoặc chỗ dính, tránh các vùng có tuần hoàn bàng hệ.

- Bơm hơi phúc mạc: gây tê theo từng lớp từ da vào ổ bụng, chọc kim bơm hơi phải thử kiểm tra bằng bơm tiêm kín xác định kim không nằm trong mạch máu - kim tự do trong phúc mạc.

- Mục đích bơm hơi phúc mạc: tạo lớp hơi để tách thành bụng với các phủ tạng:
- + Chuẩn bị chọc trocar an toàn
- + Khi soi di chuyển đèn dễ dàng
- + Giúp ánh sáng đèn tốt hơn
- Chọc Trocar đưa đèn soi vào ổ bụng: qui tắc quan sát cần tuân thủ nguyên tắc quan sát toàn cảnh và nhắm đích (từ xa đến gần, cơ quan lành mạnh đến cơ quan tổn thương).

Thường quan sát từ trái qua phải, chia ước lượng ổ bụng thành các khu vực để tránh bỏ sót:

- + Ô vuông phải trên: quan sát thùy phải gan, dây chằng liềm, dây chằng tròn, túi mật, nửa bên phải cơ hoành, mạc nối lớn và phần ruột nằm ở vùng này.
- + Ô vuông trái trên: quan sát thùy gan trái, dạ dày, nửa trái cơ hoành, một phần mạc nối ruột lách.
- + Ô bụng bên phải, bên trái phía dưới đại tràng - ruột non, bàng quang.
- + Hố chậu phải, trái: quan sát các cơ quan nằm trong vùng này (buồng trứng, tử cung...).
- + Quan sát thành phúc mạc: phía trước thành bụng, thành sau ổ bụng (tư thế nằm nghiêng).

Khi quan sát các vùng ở ổ bụng có thể thay đổi tư thế người bệnh như nghiêng phải, nghiêng trái, tư thế Fowler đầu cao, đầu thấp... tùy theo cơ quan cần quan sát, do thay đổi tư thế kết hợp với que thăm dò bộc lộ các cơ quan cần quan sát.

- Bàn nội soi phải đáp ứng được yêu cầu giúp thay đổi tư thế người bệnh khi làm thủ thuật.

- Khi quan sát các cơ quan cần chú ý: hình thù, kích thước các cơ quan, màu sắc, tính chất bề mặt (nhẵn, gồ ghề), mật độ, mạch máu, mối quan hệ giữa các cơ quan.

- Trong khi soi ổ bụng có thể kết hợp tiến hành thủ thuật sinh thiết gan, sinh thiết phúc mạc bằng kim sinh thiết giúp chẩn đoán.

- Kết thúc soi ổ bụng:
- + Đưa đèn soi về vị trí nằm ngang.
- + Rút đèn soi ra khỏi ổ bụng.
- + Cho hơi ra khỏi ổ bụng qua trocar.
- + Khâu hoặc kẹp arap lại vết rạch ổ bụng.
- + Sát trùng vị trí soi.

VI. THEO DÕI

- Sau soi ổ bụng người bệnh cần nằm nghỉ tại giường, tránh đi lại, có thể cho ăn thức ăn lỏng dễ tiêu hóa.

– Sau soi ổ bụng cần theo dõi trong 24 giờ để phát hiện các tai biến sau soi, có tai biến được xử trí kịp thời tránh nguy hiểm cho người bệnh.

+ Theo dõi toàn thân: nhiệt độ, nhịp thở, mạch huyết áp, tràn khí dưới da hoặc tràn khí màng phổi, nôn mửa, tình trạng thiếu máu...

+ Theo dõi thành bụng để phát hiện các biến chứng ngoại khoa.

– Ghi chép sổ sách soi ổ bụng là cần thiết vì:

+ Là văn bản chuyên môn cung cấp tài liệu chính xác cụ thể giúp cho chẩn đoán và theo dõi người bệnh.

+ Là văn bản pháp lý cho người làm thủ thuật.

+ Giúp nghiên cứu khoa học.

– Ghi chép biên bản soi:

+ Thủ tục hành chính: ngày soi, họ tên người bệnh, địa chỉ nghề nghiệp.

+ Kết quả xét nghiệm khác.

+ Chẩn đoán trước khi soi ổ bụng.

+ Mục đích soi ổ bụng.

+ Mô tả ổ bụng theo trình tự đã nêu phần kỹ thuật.

+ Kết luận: mô tả hình ảnh qua soi ổ bụng nếu chưa rõ. Kết luận bệnh lý có tính chất khẳng định.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Soi ổ bụng không nên coi là phương pháp chẩn đoán và điều trị nhẹ nhàng mà cần có thái độ nghiêm túc, hiểu biết thấu đáo chỉ định, chống chỉ định thủ thuật, hết sức thận trọng trong khi làm thủ thuật để hạn chế những tai biến xảy ra có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

Tai biến soi ổ bụng, có thể phân chia thành nhóm:

– Tai biến do gây tê.

– Tai biến bơm hơi vào phúc mạc.

– Tai biến trong khi chọc troca và soi.

– Tai biến do sinh thiết và các phối hợp khác trong khi soi.

1. Tai biến do gây tê

– Khi soi ổ bụng cho trẻ em nên gây mê, ở người lớn có thể gây tiền mê hoặc chỉ gây tê tùy theo từng người bệnh để chọn phương pháp thích hợp. Nên thử test lidocain trước khi gây tê tránh tình trạng sốc do dị ứng lidocain.

– Dùng một số thuốc gây mê, tiền mê có thể đưa đến giảm oxy mô, hạ huyết áp, nặng có thể ngừng tim đột ngột: Cần phát hiện kịp thời, cho thở oxy và các biện pháp cấp cứu hồi phục tuần hoàn và hô hấp.

2. Tai biến bơm hơi vào ổ bụng

Là nhóm tai biến hay gặp nhất do không tuân theo chỉ định, chống chỉ định của soi ổ bụng hoặc dụng cụ không hoàn thiện và gây tê không hợp lý.

– Yếu tố thăm khám kỹ người bệnh trước khi soi rất quan trọng: cần phát hiện vị trí các tạng đặc trong ổ bụng như gan - lách, túi mật để tránh chọc kim vào các vị trí này. Bụng trướng hơi, nấc, ho khi chọc kim bơm hơi có thể vào các tạng rỗng hoặc các mạch máu lớn.

– Tắc mạch do kim bơm hơi vào mạch máu nên phải thử kim thận trọng.

– Gây tràn khí dưới da do đầu kim nằm ở tổ chức ngoài phúc mạc, áp lực bên trong ổ bụng lớn hơn, phân ra các tổ chức liên kết xoắn - có thể tràn khí dưới da cổ, da bụng, da bìu.

– Sốt sau bơm hơi phúc mạc.

– Tràn khí trung thất là biến chứng rất nặng có thể dẫn đến tử vong. Tránh tai biến này cần kiểm tra X quang lồng ngực để loại trừ viêm dày dính cơ hoành, thoát vị hoành không được soi ổ bụng.

– Tràn khí mạc nối: cần sử dụng kim bơm hơi hợp lý thận trọng

– Chọc thủng tạng rỗng trong ổ bụng: ruột, dạ dày

– Tụ máu lan rộng ở thành bụng.

– Tràn khí màng phổi cấp: sau sinh thiết gan chọc kim qua màng phổi. Cần hút khí ra khỏi màng phổi, cho thở oxy và trợ tim mạch.

– Tắc mạch khí nặng nhất. Khi hơi vào mạch máu lớn các tạng trong ổ bụng.

3. Biến chứng trong khi soi

– Chảy máu do tổn thương ở thành bụng, mạc treo, ở gan lách.

– Thủng ruột: hay gặp thủng đại tràng do chọc kim hoặc chọc troca. Cần phẫu thuật sớm.

– Trụy tim mạch: mạc nối lớn cuộn vào ống soi, hoặc mạc treo chẹt vào vỏ troca khi rút Troca. Cần cấp cứu sốc, hồi phục tuần hoàn, hô hấp cho người bệnh.

4. Tai biến do sinh thiết, chọc dò phổi hợp khi soi ổ bụng

– Chảy máu

– Chọc vào ổ mủ: gây viêm phúc mạc do mủ chảy ra ổ bụng.

– Chọc vào các tạng khác trong ổ bụng: Cần thận trọng quan sát kỹ cơ quan và mối liên quan cơ quan định làm thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nội soi tiêu hóa, Khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, Nhà xuất bản Y học.

NỘI SOI CAN THIỆP - GẤP GIUN, DỊ VẬT ỚNG TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi ống tiêu hóa ngoài mục đích chẩn đoán bệnh lý ống tiêu hóa, còn có mục đích can thiệp qua đó tiến hành gấp các dị vật, giun trong ống tiêu hóa để điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Giun trong ống tiêu hóa.
- Dị vật trong đường tiêu hóa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp.
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được.
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng.
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ.
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp.
- Người bệnh suy tim nặng.
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác.
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm thu < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi Tiêu hóa.
- 02 điều dưỡng

2. Phương tiện

- 01 Máy nội soi dạ dày đồng bộ, máy nội soi đại tràng.
- 01 kìm gấp dị vật
- Máy theo dõi lifestope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.
- Thuốc mê và tiền mê: 2 ống midazolam 5mg, 2 ống fantanyl 0,1 mg, propofol, 2 ống.
- 02 bơm tiêm 20 ml
- 06 đôi găng tay
- 02 áo mổ

3. Người bệnh

Chuẩn bị người bệnh:

- Giải thích người bệnh: mục đích, tai biến thủ thuật.
- Các người bệnh nguy cơ cao: tuổi > 60, nghi ngờ có bệnh lý tim - phổi mạn tính cần làm thêm xét nghiệm điện tâm đồ và X quang tim phổi.

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra không có chống chỉ định
- Nhận giấy chỉ định
- Giải thích người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật, xếp thứ tự làm và sắp xếp chỗ ngồi chờ cho người bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh nằm lên cang thủ thuật.
- Mắc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.
- Hướng dẫn người bệnh nằm đúng tư thế.
- Điều dưỡng phải theo dõi tình trạng người bệnh, thông báo bác sĩ khi có bất thường, luôn động viên và hướng dẫn người bệnh hợp tác để tiến hành thủ thuật thuận lợi.
- Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát thực quản, niêm mạc dạ dày hành tá tràng và tá tràng hoặc đại tràng, tìm vị trí có giun hay dị vật đường tiêu hóa, đưa kim gấp giun hoặc dị vật. Trong trường hợp dị vật quá lớn có thể dùng snare cắt nhỏ dị vật để có thể gấp kéo ra khỏi ống tiêu hóa.
 - 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.
 - Sau khi bác sĩ kết thúc quá trình nội soi, điều dưỡng phải đỡ người bệnh dậy và đưa người bệnh ra khỏi phòng nội soi tới nơi ngồi chờ.
 - Hướng dẫn người bệnh bổ sung thêm phiếu xét nghiệm, sinh thiết nếu cần.
 - Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.
 - Trả kết quả nội soi cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, đưa đèn soi nhầm vào khí quản, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berthold block, Guido Schachschal, Hartmut Schmidt (2004). Endoscopy of the upper GI tract. A training manual. Thieme. pp158-159
2. Jacques Van Dam. Richard C. K. Wong (2004). Gastrointestinal endoscopy. Landes Bioscience. pp73-77.

NỘI SOI SIÊU ÂM ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN

I. ĐỊNH NGHĨA

Siêu âm nội soi là kỹ thuật kết hợp giữa nội soi và siêu âm, trong đó đầu dò siêu âm được áp sát với các tổn thương cần thăm dò qua đường nội soi: tổn thương thành thực quản, dạ dày, ruột, gan, tụy mật.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Các chỉ định chính

- Chẩn đoán các bất thường ở dưới niêm mạc của ống tiêu hóa.
- + Phân biệt một tổn thương ở thành ống tiêu hóa hay từ bên ngoài.
- + Đánh giá kích thước và cấu trúc khối u.
- + Đánh giá độ lớn của các nếp niêm mạc của dạ dày.
- + Chẩn đoán varices ở thực quản và dạ dày.
- Chẩn đoán giai đoạn các khối u đường tiêu hóa.
- Chẩn đoán một số bệnh lý của tụy và đường mật.
- + Đánh giá các giai đoạn của ung thư.
- + Xác định vị trí của các u nội tiết.
- + Phát hiện sỏi và giun trong ống mật chủ.

2. Các chỉ định khác

- Đánh giá kết quả điều trị varices.
- Bệnh lý viêm nhiễm ruột.
- Bệnh lý nhu động thực quản.
- Loét lành tính đang liền sẹo.
- Đánh giá nguy cơ chảy máu ổ loét.
- Dẫn lưu nang giả tụy dưới sự hướng dẫn của SANS.
- Viêm tụy mạn.
- Chọc hút tế bào kim nhỏ dưới hướng dẫn SANS.
- Chẩn đoán và phân loại ung thư.
- Phá hủy đám rối thần kinh tạng để giảm đau.
- Co thắt thực quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

– Các bệnh lý ở thực quản có nguy cơ làm thủng thực quản do hóa chất và thuốc gây hẹp thực quản.

- + Phình tách động mạch chủ.
- + Suy tim, tụt huyết áp.
- + Suy hô hấp.
- + Nhồi máu cơ tim cấp.
- + Con tăng huyết áp.
- Chống chỉ định tương đối:
 - + Người bệnh quá già yếu và suy nhược
 - + Người bệnh tâm thần không phối hợp được
 - + Ho nhiều, gù vẹo cột sống

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện dụng cụ, thuốc

1.1. Dụng cụ

- Máy siêu âm nội soi, máy hút, nguồn sáng, màn hình, ống ngậm miệng.
- Máy theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂.

1.2. Thuốc

Seduxen, buscopan, midazolam, fentanyl hoặc propofol.

2. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa, 01 điều dưỡng giữ canun.

3. Người bệnh

Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước soi, người bệnh phải được giải thích về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý.

Cho người bệnh uống thuốc chống tạo bọt Simethicone trước soi 30 phút.

4. Hồ sơ bệnh án

Người bệnh nội trú phải có bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi

Tư thế: người bệnh nằm nghiêng trái và đặt ống ngậm miệng vào giữa hai cung răng.

2. Vô cảm

Tiền mê bằng seduxen hoặc midazolam/ fentanyl gây mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản tùy trường hợp. Phải theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

3. Đưa mù đèn soi qua thực quản vào dạ dày

Khi nhìn thấy hang vị và môn vị thì đưa máy vào hành tá tràng và xuống đoạn hai tá tràng. Lưu ý trong quá trình đưa đèn soi không sử dụng nút siêu âm.

4. Quá trình nhận định tổn thương

Bắt đầu tiến hành từ đoạn xa nhất như đoạn xuống tá tràng. Trong khi nhẹ nhàng rút máy lên thì các hình ảnh siêu âm được coi như các mốc định hướng là các tạng ở xung quanh dạ dày như gan mật tụy lách có thể quan sát. Ở thực quản thì đoạn xuống của quai động mạch chủ và nhĩ trái được coi là mốc giải phẫu định hướng. Khi chỉ thăm khám các bất thường ở thực quản và dạ dày thì không cần đưa máy xuống môn vị và hành tá tràng.

5. Thăm dò SANS của đường tiêu hóa trên

– Trực tiếp áp sát đầu dò lên lớp niêm mạc đường tiêu hóa theo sự hướng dẫn của nội soi.

– Sử dụng bóng đầy nước bao quanh đầu dò (khoảng 400ml nước) sẽ tạo nên cửa sổ siêu âm giúp quan sát tốt nhất thành dạ dày và các tạng xung quanh.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

– Là một phương pháp thăm dò an toàn, tỷ lệ biến chứng rất thấp. Một số biến chứng thường gặp là:

- + Rách hoặc thủng thành ống tiêu hóa.
- + Chảy máu.
- Các biến chứng thường gặp là do cố đưa máy đi qua chỗ hẹp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai, Khoa Tiêu hóa (2001) “Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa” trang 127-140.

2. Gress.F, Savides.T (2007) “ Endoscopic Ultrasonography”.

NỘI SOI HẬU MÔN ỐNG CỨNG CAN THIỆP - THẮT TRĨ BẰNG VÒNG CAO SU

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi hậu môn ống cứng và thắt búi trĩ bằng vòng cao su là phương pháp điều trị đơn giản, mục đích là lồng vào cổ búi trĩ nội một vòng cao su, búi trĩ sẽ hoại tử chậm và rụng sau 7-10 ngày.

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ nội độ I, II có chảy máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trĩ nội độ 3 lớn, độ 4, trĩ hỗn hợp, trĩ huyết khối, trĩ ngoại.
- Viêm nhiễm vùng hậu môn.
- Các bệnh rối loạn đông máu, bệnh toàn thân ở giai đoạn cấp, suy giảm miễn dịch.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng soi kín và bàn soi.
- Dụng cụ soi:
- + Ống soi hậu môn
- + Dụng cụ thắt trĩ và vòng cao su
- + Nguồn sáng
- + Máy hút
- + Kim gấp
- + Băng băng

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích để hợp tác với bác sĩ, đi tiểu trước khi làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Bệnh án có đầy đủ xét nghiệm đạt yêu cầu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng người bệnh khả năng làm soi ống hậu môn.

3. Thực hiện kỹ thuật

– Tư thế người bệnh: người bệnh chổng mông, quỳ hai đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.

– Kỹ thuật:

+ Thăm hậu môn, soi hậu môn xác định lại chẩn đoán và chọn các búi trĩ sẽ thắt.

+ Lau sạch ống hậu môn: bôi thuốc khử khuẩn dịu như betadine. Nếu còn ít phân có thể đặt một miếng gạc đẩy về phía trực tràng, lấy ra sau khi làm xong thủ thuật.

+ Đặt lại ống soi hậu môn: cho dụng cụ thắt trĩ vào, dùng kim hay máy hút kéo búi trĩ vào trong lòng ống hình trụ, bật lẫy cho vòng cao su ôm vào cổ búi trĩ. Có thể thắt 1-2 búi trĩ hay 3 búi trĩ trong một lần điều trị.

+ Nhất thiết phải thắt ở trên đường lược ít nhất 5mm, người bệnh không đau.

+ Có thể phối hợp tiêm thuốc gây xơ, còn tuyệt đối, xylocain, điều trị ngay.

+ Các lần thắt trĩ điều trị cách nhau ít nhất 3 tuần lễ.

Luôn theo dõi tình trạng người bệnh, có choáng cần phát hiện, điều trị ngay.

VI. THEO DÕI

Mạch, huyết áp trước và sau khi thắt.

Người bệnh cần nhịn đi ngoài 24 giờ.

Cho giảm đau, nhuận tràng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Đau: do vòng thắt quá thấp, phải tháo vòng đặt lại cao hơn. Làm đúng kỹ thuật, người bệnh không đau, có thể về sau 15 phút nghỉ ngơi.

– Tuột vòng do đi ngoài sớm: đặt lại vòng

– Chảy máu khi búi trĩ rụng

– Tắc mạch trĩ

– Nhiễm khuẩn nặng: ba dấu hiệu là sốt cao, đau nhiều và bí tiểu: cho vào viện ngay, nhất là người bệnh suy giảm miễn dịch.

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ CAN THIỆP CẤP CỨU

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi đại tràng là một kỹ thuật đưa một ống soi mềm qua hậu môn đi ngược lên đến manh tràng để quan sát toàn bộ niêm mạc đại tràng. Nếu cần thiết có thể tiến hành sinh thiết tổn thương ở đại tràng và một số thủ thuật như cắt polyp, lấy dị vật, tiêm cầm máu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đi ngoài ra máu đỏ
- Đi ngoài ra máu đen (Soi dạ dày bình thường)
- Bán tắc ruột nghi u đại tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng
- Viêm phúc mạc
- Suy tim
- Người bệnh nhồi máu cơ tim mới
- Mới phẫu thuật ở đại tràng, mổ ở tiểu khung
- Phình lớn động mạch chủ bụng
- Bệnh túi thừa cấp tính
- Người bệnh có tắc mạch phổi
- Tình trạng sốc
- Người bệnh đang có thai (3 tháng đầu và 3 tháng cuối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ đã được đào tạo về nội soi đại tràng và đã được cấp chứng chỉ nội soi.
- 02 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy nội soi đại tràng ống mềm có kênh hoạt động lớn hoặc có hai kênh hoạt động.
- 01 kim sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy.
- 01 kim tiêm cầm máu qua nội soi: có đầu cắt ngắn khoảng 4mm, để tránh nguy cơ thủng do tiêm quá sâu.

- 01 bơm tiêm 10ml.
- Adrenalin 1/10.000 gây co mạch tại chỗ, pha Adrenalin với dung dịch ưu trương
- Kẹp clip
- Heater probe: Các loại đầu dò

+ Đầu dò đơn cực: một đầu kim loại gắn với hệ thống bơm rửa nằm ở đầu dưới của một catheter mềm. Loại này phối hợp bơm rửa được nên giảm nguy cơ dính ở tổ chức. Dòng điện truyền đi giữa điện cực sẽ được khuếch đại ở vùng có tổn thương và một băng dây đất sẽ được tiếp xúc với da của người bệnh. Dòng điện sẽ dẫn qua thành ống tiêu hóa và gây nên những tổn thương ở sâu.

+ Đầu dò lưỡng cực; dòng điện cầm máu chạy qua hai điện cực nên tránh được sự lan truyền của dòng điện xuống ở tổ chức sâu, giảm nguy cơ thủng.

+ Đầu dò nhiều cực: có ba điện cực dương và ba điện cực âm. Dòng điện chạy giữa các điện cực đó có tác dụng cầm máu. Quá trình cầm máu xảy ra không sâu quá 1mm và việc bơm nước với áp lực mạch máu làm quan sát tổn thương dễ dàng hơn và tránh được sự mất hơi nước của tổ chức và do đó nguy cơ thủng rất thấp.

- Máy APC

3. Người bệnh

3.1. Hồi sức

Phải hồi sức thật tốt cho người bệnh để đảm bảo tình trạng huyết động của người bệnh ổn định.

3.2. Nếu người bệnh có suy hô hấp hoặc rối loạn tri giác

Đòi hỏi phải đặt nội khí quản trong quá trình làm nội soi.

3.3. Làm sạch đại tràng

- Dùng thuốc nhuận tràng: có nhiều loại thuốc nhưng hiện nay dùng Fortrans, Flead. Dùng 3 gói thuốc pha vào 3 lít nước đun sôi để nguội uống trước khi soi 6 giờ.

Chú ý: Nếu người bệnh có bán tắc hay tắc ruột không dùng thuốc nhuận tràng.

- Phương pháp thụt rửa: Nếu người bệnh không uống được thuốc nhuận tràng hoặc người bệnh có bán tắc ruột, thụt sạch 3 lần trước khi soi.

+ Hồi kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc tiền mê, giảm đau, giảm nhu động.

+ Người bệnh hoặc người nhà ký vào giấy đồng ý soi.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra tình trạng huyết động của người bệnh: Mạch < 100 lần/phút, HA > 90/60mmHg.

- Kiểm tra các xét nghiệm về đông máu và cầm máu.
- Kiểm tra tình trạng dùng thuốc trước đó của người bệnh đặc biệt là dùng thuốc chống đông.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng ý thức của người bệnh, trong trường hợp cần thiết có thể đặt nội khí quản.
- Kiểm tra lại huyết động trước khi soi.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật soi đại tràng ống mềm

Xin xem quy trình soi đại tràng toàn bộ.

3.2. Các phương pháp cầm máu

3.2.1. Quang đông bằng laser Nd:YAG

- Nguyên tắc: làm đông máu bằng phương pháp bốc hơi của tổ chức, niêm mạc.
- Ưu điểm: sử dụng tia đồng trục của khí carbonic có tác dụng quét sạch máu và do đó nhận xét được rõ ràng các vùng tổn thương, các ổ loét nên chùm laser sẽ xác định được chính xác vị trí cầm máu.
- Nhược điểm: giá thành đắt.
- Kỹ thuật: Đặt một sợi mạ có xung động ngắn và công suất cao 70 - 90w vào vùng có tổn thương. Khoảng cách giữa sợi mạ và nơi tổn thương là 1 cm.
- + Khi thấy mạch máu tổn thương thì bắn chùm laser vào nơi tổn thương. Lúc đầu bắn vòng theo chu vi của tổn thương và sau đó quang đông có chọn lọc vào đúng mạch máu bị tổn thương.
- + Để tăng hiệu quả của phương pháp bắn laser có thể phối hợp với tiêm cầm máu tại chỗ bằng Adrenalin vào chu vi ổ loét.

3.2.2. Đông điện

- Nguyên tắc: Dùng dòng điện tạo ra một nhiệt năng làm khô tổ chức và đông tổ chức do đó tạo ra quá trình đông máu.
- Ưu điểm: dễ dàng cầm máu.
- Nhược điểm: Kỹ thuật đòi hỏi phải có sự tiếp xúc trực tiếp giữa đầu dò và tổn thương nên cục máu đông dễ dính vào đầu dò, do đó làm giảm hiệu quả cầm máu và khi rút đèn ra sẽ dễ làm bong cục máu đông nên có nguy cơ chảy máu tái phát.

Có một số tổn thương ở những vị trí không thể đặt được đầu dò vào nên không thực hiện được phương pháp này.

- Thực hiện kỹ thuật cắt polyp: xem quy trình cắt polyp đại tràng.

- + Thực hiện kỹ thuật tiêm cầm máu:
 - Kỹ thuật đơn giản rẻ tiền.
 - Bắt đầu tiêm dưới niêm mạc ở rìa tổn thương. Nếu mạch máu ở trung tâm một ổ loét lớn và sâu thì sẽ tiêm dung dịch xung quanh mạch máu cũng như ở rìa tổn thương.
- + Thực hiện kỹ thuật kẹp clip: lắp clip vào kim sinh thiết và đưa kim sinh thiết vào vị trí cần kẹp clip và phóng clip vào tổn thương.
- + Thực hiện kỹ thuật cầm máu bằng máy APC: xem quy trình soi can thiệp cầm máu ống tiêu hóa bằng máy APC.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh trong và sau khi quá trình soi được theo dõi liên tục trên monitoring về tình trạng huyết động và độ bão hòa oxy.
- Nếu người bệnh có dùng thuốc tiền mê theo dõi cho tới lúc tỉnh hoàn toàn.
- Theo dõi mạch huyết áp và những triệu chứng như: đau bụng, trướng bụng, buồn nôn.
- Người bệnh có làm thủ thuật cần được theo dõi các triệu chứng báo động: đau bụng, ỉa ra máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Như soi đại tràng toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonathan Cohen. (2007). Colon . 121-164. *Advanced Digestive Endoscopy*
2. Wilcox CM., Munoz-Navas Miguel ., Sung JJY.(2008). Atlas of clinical gastrointestinal endoscopy. *Saunders Elsevier*
3. Jerow D., Way MD., Dogulas KR et al (2009). Colonoscopy. Willey Blackwel
4. DanL Longo, AS.Fauci (2010). *Harrisons Gastroenterology and Hepatology.*

NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT MỘT POLYP ỐNG TIÊU HÓA < 1CM

I. ĐỊNH NGHĨA

Cắt polyp qua nội soi là phương pháp điều trị, thường là cắt polyp ở trực tràng, đại tràng. Polyp dạ dày hành tá tràng ít gặp hơn. Kỹ thuật cắt polyp còn có ý nghĩa ngăn ngừa biến chứng ung thư hóa của các polyp này.

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi ống tiêu hóa phát hiện tổn thương polyp < 1cm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu cầm máu.
- Người bệnh đang dùng thuốc chống đông.
- Người bệnh có chống chỉ định nội soi dạ dày (xin xem quy trình nội soi dạ dày).
- Người bệnh có chống chỉ định soi đại tràng (xin xem quy trình nội soi đại tràng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ đã được đào tạo về nội soi đại tràng và đã được cấp chứng chỉ nội soi.
- 02 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy nội soi dạ dày, đại tràng ống mềm có kênh hoạt động lớn hoặc có hai kênh hoạt động.
- Thùng lọng cắt polyp bằng nhiệt điện với kích thước khác nhau và các loại dây khác nhau.
 - Tay nắm điều khiển.
 - Các kim nhiệt.
 - Kim gắp polyp ra ngoài.
 - Lưới đựng polyp.
 - Dụng cụ cầm máu: clip, đầu dò nhiệt, máy APC.
 - Catheter để bơm chất nhuộm máu khi cần.
 - Nguồn cắt điện: sử dụng dòng điện xoay chiều với tần số cao trên 106 chu kỳ/giây. Với tần số này không gây ra điện giật, không kích thích sợi thần kinh cơ nên không gây rung thất. Nguồn cắt có nhiều công suất khác nhau. Để cắt polyp thường dùng công suất 175w.

3. Người bệnh

Phải làm sạch vùng polyp cần cắt.

Nếu là polyp ở thực quản, dạ dày tá tràng: Người bệnh phải nhịn ăn trước đó ít nhất 6 giờ.

Nếu là polyp ở đại tràng: chuẩn bị giống soi đại tràng.

Nếu là polyp ở trực tràng: phải thụt tháo sạch phân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra xét nghiệm

Nhóm máu

Công thức máu: Tiểu cầu > 50G/l

Đông máu cơ bản PT > 60%

Xét nghiệm HIV, HbsAg, Anti HCV

2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh đã được làm sạch vùng polyp cần cắt.

Đã được giải thích đầy đủ về quá trình làm kỹ thuật và các biến chứng có thể xảy ra.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Loại polyp có cuống

– Đưa thông lọng đến vị trí polyp, mở thông lọng ôm lấy đầu polyp rồi tụt xuống ôm lấy cuống polyp. Đẩy vỏ ngoài của thông lọng sát với cuống của polyp.

– Thắt từ từ thông lọng cho đến khi có cảm giác chặt tay rồi kéo nhẹ đầu polyp lên.

– Kiểm tra xem niêm mạc thành ống tiêu hóa có chui vào trong thông lọng hay không. Nếu có niêm mạc nằm trong thông lọng phải để thông lọng ra khỏi vỏ catheter rồi mở thông lọng ra và nhắc thông lọng ra khỏi đầu polyp. Thắt lại polyp.

– Cũng có thể đẩy vỏ catheter của thông lọng vượt lên vị trí của đầu polyp rồi mở thông lọng ra trùm vào đầu polyp.

– Nguồn cắt điện được sử dụng trong vòng 2 - 3 giây, xen kẽ giữa pha cầm máu và pha cắt. Trong khi thông lọng sẽ từ từ thắt chặt lại cho đến khi polyp bị cắt rời hoàn toàn.

– Lấy polyp ra ngoài để xét nghiệm mô bệnh học.

– Dùng thông lọng kéo polyp ra ngoài.

– Dùng kim kẹp gấp polyp rồi kéo nó ra ngoài.

– Hút áp lực cao để polyp dính chặt vào đầu đèn soi và kéo ra ngoài cùng máy soi.

- Nếu polyp có kích thước nhỏ có thể hút polyp và hứng bằng lưới mà không cần phải rút máy soi.
- Phải ghi rõ vị trí của polyp vào giấy xét nghiệm mô bệnh học.

3.2. Loại polyp không cuống

– Cần tạo ra một cuống cho polyp: Dùng dung dịch Adrenalin 1/10.000 tiêm dưới niêm mạc để đẩy polyp lên, sau khi trùm thông lọng qua đầu polyp thì thắt từ từ thông lọng để chu vi của thông lọng nhỏ hơn đầu của polyp - thông lọng sẽ không bị tụt ra khỏi polyp. Sau đó kéo thông lọng lên phía đầu của polyp sao cho làm tách lớp niêm mạc ra khỏi lớp cơ niêm sẽ làm giảm nguy cơ thủng.

Hoặc phải cắt polyp làm nhiều mảnh nhỏ.

- Sau khi tạo được cuống polyp rồi, lấy polyp như phần trên.

Polyp nhỏ là những polyp có đường kính < 6mm, có thể cắt polyp bằng kim sinh thiết lạnh. Ngày nay hạn chế dùng kim sinh thiết nóng do nguy cơ dễ gây thủng.

Dùng kim kẹp vào polyp rồi tạo cuống giả cho polyp bằng cách nhắc kim kéo polyp lên cao ra xa niêm mạc và đốt điện trong vài giây cho đến khi màu của đỉnh polyp chuyển sang màu trắng đục giống hình ảnh đám tuyết phủ trên đỉnh núi sau đó dứt mạnh mảnh polyp cho đến khi nó rời ra.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi ngay sau cắt

Người bệnh nằm nội trú tại bệnh viện trong 24 giờ.

Dặn người bệnh các triệu chứng báo động: đau bụng, đi ngoài ra máu.

2. Theo dõi lâu dài

Tùy theo mô bệnh học mà có kế hoạch theo dõi thích hợp để kiểm tra.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu

- Hay gặp nhất.
- Xử trí:
 - + Truyền máu và máu tụt cầm.
 - + Áp dụng các phương pháp cầm máu qua nội soi.
 - + Tiêm cầm máu, kẹp clip.
 - + Đầu dò nhiệt.
 - + Đốt điện hay máy APC.

2. Thủng

– Điều trị bảo tồn: khi đại tràng chuẩn bị sạch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, hút dạ dày liên tục.

– Phẫu thuật sớm

3. Hội chứng sau cắt polyp

Kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và hút dạ dày liên tục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonathan Cohen. (2007). Colon . 121-164. *Advanced Digestive Endoscopy*.
2. Wilcox CM., Munoz-Navas Miguel., Sung JJY.(2008). Atlas of clinical gastrointestinal endoscopy. *Saunders Elsevier*.
3. Jerow D., Way MD., Dogulas KR et al (2009). Colonoscopy. Willey Blackwel
4. DanL Longo, AS.Fauci (2010). *Harrisons Gastroenterology and Hepatology*.

NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT POLYP ỚNG TIÊU HÓA > 1CM HOẶC NHIỀU POLYP

I. ĐỊNH NGHĨA

Cắt polyp qua nội soi là phương pháp điều trị, thường là cắt polyp ở trực tràng, đại tràng. Polyp dạ dày hành tá tràng ít gặp hơn. Kỹ thuật cắt polyp còn có ý nghĩa ngăn ngừa biến chứng ung thư hóa của các polyp này.

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi ống tiêu hóa phát hiện tổn thương polyp < 1cm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu cầm máu.

Người bệnh đang dùng thuốc chống đông.

Người bệnh có chống chỉ định nội soi dạ dày (xem quy trình nội soi dạ dày).

Người bệnh có chống chỉ định soi đại tràng (xem quy trình nội soi đại tràng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ đã được đào tạo về nội soi đại tràng và đã được cấp chứng chỉ nội soi.
- 02 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 1 máy nội soi dạ dày, đại tràng ống mềm có kênh hoạt động > 9,8mm.
- Thông lọng cắt polyp bằng nhiệt điện với kích thước khác nhau và các loại dây khác nhau.
- Tay nắm điều khiển.
- Các kim nhiệt.
- Kim gắp polyp ra ngoài.
- Lưới đựng polyp.
- Dụng cụ cầm máu; clip, đầu dò nhiệt, máy APC.
- Catheter để bơm chất nhuộm máu khi cần.
- Nguồn cắt điện: sử dụng dòng điện xoay chiều với tần số cao trên 106 chu kỳ/giây. Với tần số này không gây ra điện giật, không kích thích sợi thần kinh cơ nên không gây rung thất. Nguồn cắt có nhiều công suất khác nhau. Để cắt polyp thường dùng công suất 175w.

3. Người bệnh

Phải làm sạch vùng polyp cần cắt.

Nếu là polyp ở thực quản, dạ dày, tá tràng: Người bệnh phải nhịn ăn trước đó ít nhất 6 giờ.

Nếu là polyp ở đại tràng: chuẩn bị giống soi đại tràng.

Nếu là polyp ở trực tràng: phải thụ tháo sạch phân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra xét nghiệm
- Nhóm máu
- Công thức máu: Tiểu cầu $> 50G/l$
- Đông máu cơ bản PT $> 60\%$
- Xét nghiệm HIV, HbsAg, Anti HCV.

2. Kiểm tra người bệnh

- Người bệnh đã được làm sạch vùng polyp cần cắt.
- Đã được giải thích đầy đủ về quá trình làm kỹ thuật và các biến chứng có thể xảy ra.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Loại polyp có cuống

- Kích thước polyp phải được đo bằng tay cầm của thông lọng.
- Đưa thông lọng đến vị trí polyp, mở thông lọng ôm lấy đầu polyp rồi tụt xuống ôm lấy cuống polyp. Đây vỏ ngoài của thông lọng sát với cuống của polyp.
- Thắt từ từ thông lọng cho đến khi có cảm giác chặt tay rồi kéo nhẹ đầu polyp lên.
- Kiểm tra xem niêm mạc thành ống tiêu hóa có chui vào trong thông lọng hay không. Nếu có niêm mạc nằm trong thông lọng phải để thông lọng ra khỏi vỏ catheter rồi mở thông lọng ra và nhấc thông ra khỏi đầu polyp. Thắt lại polyp.
- Cũng có thể đẩy vỏ catheter của thông lọng vượt lên vị trí của đầu polyp rồi mở thông lọng ra trùm vào đầu polyp.
- Nguồn cắt điện được sử dụng trong vòng 2-3 giây, xen kẽ giữa pha cầm máu và pha cắt. Thời gian cầm máu phải dài và có thể sử dụng thông lọng loại lưỡng cực, thời gian cắt cuống polyp phải dài hơn.
- Trong khi thông lọng sẽ từ từ thắt chặt lại cho đến khi polyp bị cắt rời hoàn toàn.
- Lấy polyp ra ngoài để xét nghiệm mô bệnh học.

- Dùng thông lọng kéo polyp ra ngoài.
- Dùng kìm kẹp gấp polyp rồi kéo nó ra ngoài.
- Hút áp lực cao để polyp dính chặt vào đầu đèn soi và kéo ra ngoài cùng máy soi.
- Nếu polyp có kích thước nhỏ có thể hút polyp và hứng bằng lưới mà không cần phải rút máy soi.
- Phải ghi rõ vị trí của polyp vào giấy xét nghiệm mô bệnh học.

3.2. Loại polyp không cuống

- Dùng Adrenalin 1/10.000 và Natriclorua bơm xuống dưới niêm mạc. Đầu tiên dùng thông lọng thắt từng phần của polyp rồi vừa thắt chặt thông lọng vừa cắt điện. Chú ý không được cắt gọn một nhát vì nguy cơ chảy máu cao do thời gian cắt quá nhanh nên nhiệt độ tạo ra không đủ để cầm máu. Cắt từng phần như vậy cho đến khi cắt hết polyp và còn trơ lại phần niêm mạc.

- Hoặc phải cắt polyp làm nhiều mảnh nhỏ, có thể cắt polyp trong một buổi hoặc nhiều buổi.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi ngay sau cắt

- Người bệnh nằm nội trú tại bệnh viện trong 24 giờ.
- Dặn người bệnh các triệu chứng báo động: đau bụng, đi ngoài ra máu.

2. Theo dõi lâu dài: Tùy theo mô bệnh học mà có kế hoạch theo dõi thích hợp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu

- Hay gặp nhất.
- Xử trí:
 - + Truyền máu và máu tụy cầm.
 - + Áp dụng các phương pháp cầm máu qua nội soi.
 - + Tiêm cầm máu, clip cầm máu.
 - + Đốt điện hay máy APC.
 - + Đầu dò nhiệt.

2. Thủng

- Điều trị bảo tồn: khi đại tràng chuẩn bị sạch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, hút dạ dày liên tục.

- Phẫu thuật sớm.

3. Hội chứng sau cắt polyp

Kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và hút dạ dày liên tục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonathan Cohen. (2007). Colon. 121-164. *Advanced Digestive Endoscopy*.
2. Wilcox CM., Munoz-Navas Miguel., Sung JJY.(2008). Atlas of clinical gastrointestinal endoscopy. *Saunders Elsevier*.
3. Jerow D., Way MD., Dogulas KR et al (2009). Colonoscopy. Willey Blackwel.
4. DanL Longo, AS.Fauci (2010). *Harrisons Gastroenterology and Hepatology*.

NỘI SOI HẬU MÔN ỐNG CỨNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là thủ thuật đưa ống soi cứng vào hậu môn để phát hiện các tổn thương, chẩn đoán và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đại tiện máu tươi
- Đau hậu môn
- Ngứa hậu môn
- Rối loạn đại tiện: đại tiện không tự chủ, khó đại tiện
- Polyp hậu môn
- Dò hậu môn
- Ung thư ống hậu môn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi người bệnh quá già yếu, có thai hoặc các trường hợp viêm cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa, 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng soi kín, bàn soi hậu môn - trực tràng hoặc giường.
- Ống soi hậu môn dài 6 cm.
- Nguồn sáng.
- Máy hút.
- Kẹp gấp, kim sinh thiết.
- Găng: 02 đôi, bông gạc, chất bôi trơn K-Y, khay đựng dụng cụ.

3. Người bệnh

- Được giải thích để hợp tác với thầy thuốc.
- Thụt tháo bằng Microlax trước khi soi khoảng 1 giờ.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Tư thế chống mộng, quỳ hai đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng (giường phẳng) nằm ngang.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Thăm ống hậu môn bằng ngón tay đeo găng.
- Lắp và kiểm tra dụng cụ soi, nguồn sáng.
- Bôi trơn ống soi.
- Đưa ống soi vào hậu môn và quan sát.
- Có thể dùng kẹp gấp bông để lau nếu hậu môn bẩn, khó quan sát.
- Khi phát hiện tổn thương nghi ngờ có thể dùng kim sinh thiết để sinh thiết.
- Rút ống soi.

VI. THEO DÕI

Chảy máu trong một số trường hợp làm sinh thiết.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Khi chảy máu sau sinh thiết có thể cầm máu tại chỗ bằng bông thấm Adrenalin 1/1000.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi trực tràng - hậu môn. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản Y học 1999, 510 - 511.
2. Nguyễn Đình Hồi. Nội soi hậu môn. Hậu môn trực tràng học. Nhà xuất bản Y học. 2002. 58 - 60.
3. Nguyễn Đình Hồi. Giải phẫu hậu môn trực tràng. Hậu môn trực tràng học. Nhà xuất bản Y học. 2002. 1- 21

NỘI SOI CAN THIỆP - TIÊM HISTOACRYL BÚI GIÃN TĨNH MẠCH PHÌNH VỊ

I. ĐẠI CƯƠNG

N- butyl-2-cyanoacrylate (histoacryl) là một hợp chất polyme. Quá trình polyme hóa diễn ra khi chất này tiếp xúc với nước tạo thành chất đông cứng và bám chắc vào bất cứ bề mặt nào mà nó tiếp xúc. Chính vì vậy tiêm histoacryl vào trong lòng của tĩnh mạch phình vị khi tiếp xúc với máu trong lòng mạch quá trình polyme sẽ diễn ra và tạo thành chất đông cứng tại búi giãn tĩnh mạch phình vị sau đó quá trình huyết khối sẽ diễn ra và làm rụng búi giãn vào trong lòng dạ dày.

Vào năm 1986 lần đầu tiên tác giả Soehendra và cộng sự đã sử dụng histoacryl để tiêm cầm máu cấp cứu vỡ tĩnh mạch phình vị ở người bệnh xơ gan và dự phòng xuất huyết tái phát do vỡ tĩnh mạch phình vị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tiêm xơ vào tĩnh mạch phình vị cấp cứu khi có vỡ tĩnh mạch phình vị do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
- Tiêm xơ tĩnh mạch phình vị để phòng chảy máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mới bị nhồi máu cơ tim.
- Bệnh lý tim phổi nặng.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Giảm tiểu cầu nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên nội soi tiêu hóa, 01 kỹ thuật viên gây mê, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện, thuốc vật tư y tế

2.1. Phương tiện

- Phòng nội soi có hệ thống oxy.
- Hệ thống máy nội soi dạ dày cửa sổ thẳng, canun.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản
- Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao.

2.2. Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao

– Thuốc:

Thuốc mê và tiền mê: 1 - 4 ống midazolam 5mg, 1 - 3 ống fentanyl 0,1 mg, 1 - 4 ống propofol 20 ml.

– Vật tư:

+ Kim tiêm cầm máu 21G

+ Butyl-2-cyanoacrylate: 0,5 ml

+ Lipiodol: 10 ml

+ Nước cất: 5 ml

+ Bơm tiêm 2ml: 05 bơm

+ Găng tay: 06 đôi.

+ Áo mổ: 02 cái

3. Người bệnh

– Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ.

– Đặt đường truyền tĩnh mạch.

4. Hồ sơ bệnh án

Người bệnh được làm hồ sơ vào viện điều trị nội trú, đã được làm các xét nghiệm cơ bản, như: chức năng gan, thận, nhóm máu, đông máu cơ bản, chức năng tụy, các marker virus, điện tâm đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Để đảm bảo có thể tiến hành tiền mê hoặc gây mê, đảm bảo có thể tiến hành thủ thuật gây chảy máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.

3. Thực hiện kỹ thuật

– Dùng một bơm tiêm vô trùng hoàn toàn khô hút 0,5ml histoacryl và 0,8ml lipiodol sau đó lắc đều.

– Tráng kim tiêm bằng lipiodol: bằng cách lấy 2ml lipiodol bơm vào kim tiêm.

– Sau khi người bệnh được tiền mê hoặc gây mê, sẽ tiến hành thủ thuật:

+ Đưa máy nội soi dạ dày cửa sổ thẳng vào dạ dày, qua kênh sinh thiết đưa kim tiêm cầm máu.

- + Chọn vị trí bề mặt búi giãn tĩnh mạch để tiêm.
- + Tiến hành bơm histoacryl pha với lipiodol vào búi giãn, sau đó bơm tiêm 2 ml nước cất vào kim tiêm để mục đích đẩy hết phần thuốc còn lại trong lòng kim vào trong búi giãn. Để tránh đông thuốc trong đầu kim, cần tiến hành bơm thuốc trong thời gian 20 giây.
- + Để tránh chảy máu từ búi giãn sau tiêm, giữ nguyên kim trong búi giãn khoảng 20 giây sau đó rút kim ra.
- + Cần lưu ý sau khi tiêm histoacryl tránh hút để dây nội soi không bị tắc bởi histoacryl trong trường hợp bị chảy histoacryl vào trong lòng dạ dày.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi những biến chứng của gây mê như suy hô hấp, tụt huyết áp.
- Theo dõi chảy máu tại búi giãn tĩnh mạch ngay sau tiêm: nếu có chảy máu sẽ xảy ra ngay sau khi rút kim tiêm.
- Nhiễm khuẩn sau tiêm.
- Tắc mạch xa vị trí tiêm: tắc mạch phổi.
- Chảy máu muộn sau tiêm, thường xảy ra khoảng 4- 6 tuần sau khi tiêm, thường do loét tại vị trí tiêm, do toàn bộ histoacryl bị đẩy ra ngoài tạo ổ loét.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nếu nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh.
- Phòng chảy máu muộn sau tiêm bằng: dùng thuốc ức chế bài tiết bơm proton để giảm bài tiết acid trong 6 tuần sau tiêm.
- Phòng tắc mạch xa bằng cách: không tiêm quá nhanh histoacryl.
- Biến chứng liên quan tới gây mê như: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn: Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Sivak M. V. Gastroenterologic Endoscopy 1987.
3. Kenneth F. Binmoeller, Nib Shoehendra. Gastroenterologic endoscopy. 2004.
4. Ginberg G.G. Clinical Gastrointestinal Endoscopy 2005.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG DẢI TẦN HỢP (NBI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi thực quản dạ dày, tá tràng dải tần hẹp NBI (Narrow Banding Imaging) là một trong những kỹ thuật gần đây sử dụng bộ lọc R/G/B filter, sử dụng loại ánh sáng đơn sắc, trong đó nguyên lý là sử dụng hệ thống kính lọc và bộ phân tích xử trí ánh sáng với hai bước sóng 415nm ($415 \pm 30\text{nm}$) và 540nm ($540 \pm 30\text{nm}$). Nhờ kỹ thuật này mà cho hình ảnh có khả năng phân biệt rõ hơn về một số đặc điểm - đặc thù cụ thể giữa tổ chức bình thường và tổ chức bệnh lý, các mức độ khác nhau ở niêm mạc và tăng độ tương phản trên bề mặt biểu mô của mạng mao mạch dưới niêm mạc để đưa ra hình ảnh chẩn đoán chính xác hơn trong chẩn đoán bệnh lý thực quản, dạ dày, tá tràng

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi với dải tần hẹp đã tạo nên một bước đột phá đối với sàng lọc và chẩn đoán ung thư ống tiêu hóa trên thực quản, dạ dày, tá tràng ở giai đoạn sớm và giai đoạn rất sớm, cũng như các tổn thương khác.

Chỉ định cho tất cả các trường hợp nghi ngờ bệnh lý thực quản, dạ dày, hành tá tràng và tá tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp
- Người bệnh suy tim nặng
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm thu $< 90\text{mmHg}$.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi Tiêu hóa
- 02 điều dưỡng

2. Phương tiện

- 01 Máy nội soi dạ dày đồng bộ có hệ thống NBI: ví dụ hệ thống Olympus EVIS LUCERA SPECTRUM system
- 01 Kim sinh thiết.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.
- Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg x 2 ống; fantanyl 0,1mg x 2 ống; propofol x 2 ống .
- 05 lọ đựng bệnh phẩm
- 05 lam kính
- 02 bơm tiêm 20 ml
- 06 đôi găng tay
- 02 áo mổ

3. Người bệnh

- Giải thích người bệnh: mục đích, tai biến thủ thuật.
- Các người bệnh nguy cơ cao: tuổi > 60, nghi ngờ có bệnh lý tim - phổi mạn tính cần làm thêm xét nghiệm điện tâm đồ và X quang tim phổi.

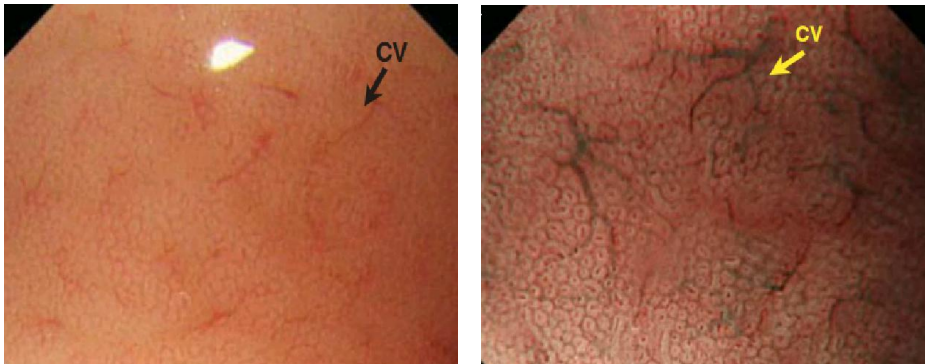
4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra không có chống chỉ định
- Nhận giấy chỉ định
- Giải thích người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

- Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh nằm lên cang thủ thuật.
- Mắc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.
- Hướng dẫn người bệnh nằm tư thế nghiêng trái, chân trên co, chân dưới duỗi.
Cho người bệnh ngậm canun.
- Điều dưỡng giữ canun phải theo dõi tình trạng người bệnh, thông báo bác sĩ khi có bất thường, luôn động viên và hướng dẫn người bệnh hợp tác để tiến hành thủ thuật thuận lợi.
- Thông báo cho người bệnh bắt đầu làm thủ thuật, hướng dẫn người bệnh phối hợp trong quá trình làm thủ thuật.
- Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát thực quản, niêm mạc dạ dày hành tá tràng và tá tràng, để chế độ NBI quan sát kỹ các tổn thương nghi ngờ. Khi nội soi với chế độ NBI có hai đặc điểm cần phải được kiểm tra với niêm mạc của dạ dày.
 - + Cấu trúc hệ vi mạch dưới biểu mô (MV: microvascular):

Bình thường hệ thống vi mạch dưới biểu mô của niêm mạc thân dạ dày trông giống tổ ong, cùng các rãnh hội tụ (CV: collecting venules)



Hình 1. Hình ảnh niêm mạc dạ dày bình thường

+ Cấu trúc vi niêm mạc bề mặt (MS: microsurface):

Cấu trúc vi niêm mạc bề mặt bình thường của dạ dày là các hố nhỏ hình tròn hoặc hình oval.



Hình 2. Cấu trúc vi mạch bình thường của hang vị dạ dày dưới ánh sáng thường và NBI

Ra y lệnh chụp ảnh minh họa tổn thương. Ra y lệnh làm xét nghiệm test H. pylori hoặc sinh thiết nếu cần.

- 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.
- Sau khi bác sĩ kết thúc quá trình nội soi, điều dưỡng phải giúp người bệnh lau miệng, đỡ người bệnh dậy và đưa người bệnh ra khỏi phòng nội soi tới nơi ngồi chờ.
- Hướng dẫn người bệnh bổ sung thêm phiếu xét nghiệm H. pylori, sinh thiết nếu cần.
- Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.
- Trả kết quả nội soi cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, đưa đèn soi nhằm vào khí quản, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H. Niwa, H. Tajiri, M. Nakajima, K. Yasuda (2008). New Challenges in Gastrointestinal Endoscopy. Springer. pp163-200.
2. Jonathan Cohen (2007). Comprehensive Atlas of High Resolution Endoscopy and Narrowband Imaging. Blackwell publishing. Pp 83-104.

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ DẢI TẦN HẸP (NBI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi đại trực tràng dải tần hẹp (NBI) là một trong những kỹ thuật gần đây sử dụng bộ lọc R/G/B filter sử dụng loại ánh sáng đơn sắc, trong đó nguyên lý là sử dụng hệ thống kính lọc và bộ phân tích xử trí ánh sáng với hai bước sóng 415nm (415 ± 30 nm) và 540nm (540 ± 30 nm). Nhờ kỹ thuật này mà cho hình ảnh có khả năng phân biệt rõ hơn về một số đặc điểm - đặc thù cụ thể giữa tổ chức bình thường và tổ chức bệnh lý, các mức độ khác nhau ở niêm mạc và tăng độ tương phản trên bề mặt biểu mô của mạng mao mạch dưới niêm mạc để đưa ra hình ảnh chẩn đoán chính xác hơn trong chẩn đoán bệnh lý đại trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi với dải tần hẹp (Narrow Banding Imaging - NBI) đã tạo nên một bước đột phá đối với sàng lọc và chẩn đoán ung thư đại trực tràng ở giai đoạn sớm và giai đoạn rất sớm và các tổn thương khác.

Chỉ định cho tất cả các trường hợp nghi ngờ bệnh lý đại trực tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp
- Người bệnh suy tim nặng
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm thu < 90 mmHg.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi Tiêu hóa.
- 02 Điều dưỡng

2. Phương tiện

- 01 Máy nội soi đại tràng đồng bộ có hệ thống NBI.
- Chuẩn bị dây soi sẵn sàng, đảm bảo dây soi được tiệt trùng sạch và không hỏng hóc.
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.

– Thuốc mê và tiền mê: 2 ống midazolam 5mg; 2 ống fentanyl 0,1 mg; 2 ống propofol.

- 01 Kim sinh thiết
- 05 Lọ đựng bệnh phẩm
- 05 Lam kính
- 02 Bơm tiêm 20 ml
- 06 Đôi găng tay
- 02 Áo mổ

3. Người bệnh

Người bệnh tối hôm trước khi soi ăn cháo. Người bệnh uống Fortran 3 gói pha với 3 lít nước trong vòng 2 tiếng trước khi nội soi 6giờ. Sau khi đi vệ sinh sạch sẽ nội soi đại tràng. Nếu người bệnh táo bón, cho người bệnh uống thuốc nhuận tràng Folax x 3 gói/ngày trong 3 ngày.

Hướng dẫn người bệnh uống thuốc làm sạch đại tràng hoặc liên hệ với nơi thực thuật làm sạch đại tràng nếu người bệnh không uống được.

- Giải thích người bệnh: mục đích, tai biến thủ thuật.
- Các người bệnh nguy cơ cao: tuổi > 60, nghi ngờ có bệnh lý tim - phổi mạn tính cần làm thêm xét nghiệm điện tâm đồ và X quang tim phổi.

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra không có chống chỉ định
- Nhận giấy chỉ định
- Giải thích cho người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh thay quần.
- Hướng dẫn người bệnh nằm lên cồng thủ thuật.
- Mắc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.
- Hướng dẫn người bệnh nằm lên cồng thủ thuật đúng tư thế.
- Điều dưỡng phải theo dõi tình trạng người bệnh, thông báo cho bác sĩ khi có bất thường, luôn động viên và hướng dẫn người bệnh hợp tác để tiến hành thủ thuật thuận lợi.
 - Thông báo cho người bệnh bắt đầu làm thủ thuật, hướng dẫn người bệnh phối hợp trong quá trình làm thủ thuật.
 - Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát niêm mạc trực tràng và toàn bộ đại tràng, để chế độ NBI quan sát kỹ các tổn thương nghi ngờ. Phân biệt tổn thương ở chế độ NBI dựa trên thay đổi mạng lưới mao mạch (CP: capillary pattern), tùy thuộc vào thay đổi cấu trúc mạng lưới mao mạch, kích thước mạch máu mà phân biệt được các tổn thương. Đánh giá theo phân loại CP típ 1, CP típ 2, CP típ 3.

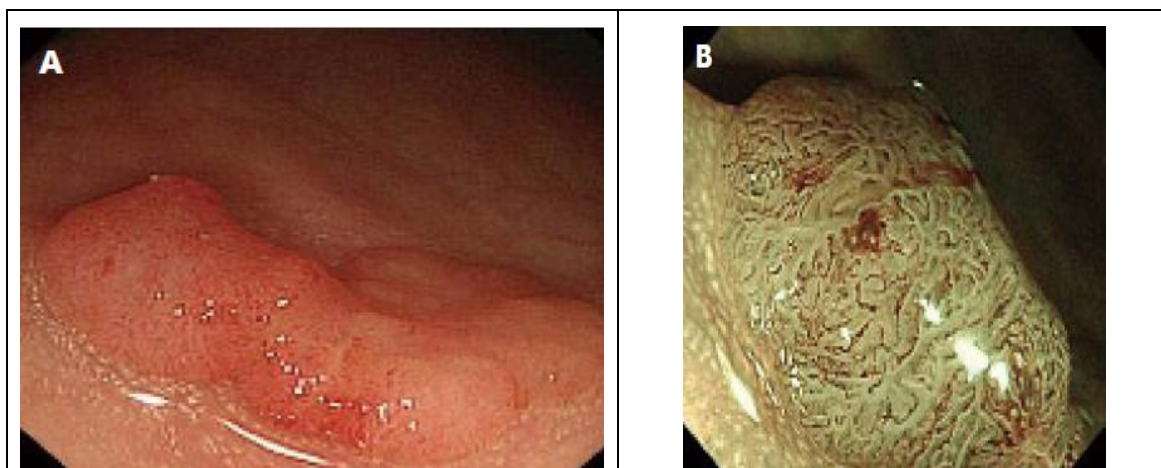
- Ra y lệnh chụp ảnh minh họa tổn thương, y lệnh làm xét nghiệm hoặc sinh thiết nếu cần.
- Theo dõi toàn trạng người bệnh trong toàn bộ quá trình làm thủ thuật.
- Sau khi kết thúc thủ thuật, đánh và in kết quả.
- Sau khi bác sĩ kết thúc quá trình nội soi.
- Hướng dẫn người bệnh bổ sung thêm phiếu xét nghiệm, sinh thiết nếu cần.
- Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.
- Trả kết quả nội soi cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, mạch chậm hoặc ngừng tim trong khi làm thủ thuật, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.



Hình 1. A là hình ảnh polyp trực tràng đường kính 20 mm với máy nội soi thông thường. B sử dụng máy nội soi có NBI các mạch máu nổi rõ và các màu nâu tối được chẩn đoán ung thư trong lớp niêm mạc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H. Niwa, H. Tajiri, M. Nakajima, K Yasuda (2008). New Challenges in Gastrointestinal Endoscopy. Springer. Pp273-295.
2. Jonathan Cohen (2007). Comprehensive Atlas of High Resolution Endoscopy and Narrowband Imaging. Blackwell publishing. Pp 123-149.
3. Fabian Emura, Yutaka Saito, Hiroaki Ikematsu(2008). Narrow-band imaging optical chromocolonoscopy: Advantages and limitations. World J Gastroenterol August 21;14(31): 4867-4872.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG ĐỘ PHÂN DẢI CAO (HDTV)

I. ĐẠI CƯƠNG

Do nhu cầu cần thiết phát hiện các tổn thương ung thư sớm ở đường tiêu hóa vì vậy nội soi đã phát triển các công nghệ mới để đáp ứng nhu cầu đó. Các thế hệ máy nội soi mới đã ra đời với các thế hệ máy nội soi với độ phân dải cao cho phép chúng ta quan sát chi tiết tổn thương ở niêm mạc ống tiêu hóa

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi thực quản dạ dày tá tràng độ phân dải cao đã tạo nên một bước đột phá đối với sàng lọc và chẩn đoán ung thư ở thực quản dạ dày và tá tràng ở giai đoạn sớm và giai đoạn rất sớm, cũng như các tổn thương khác ở niêm mạc dạ dày, tá tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp
- Người bệnh suy tim nặng
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp tâm thu < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi Tiêu hóa.
- 02 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy nội soi thực quản dạ dày đại tràng đồng bộ có hệ thống HDTVs
- 01 Kìm sinh thiết
- Máy theo dõi lifiescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản
- Thuốc mê và tiền mê: 02 ống midazolam 5mg; 02 ống fantanyl 0,1 mg; 02 ống propofol.

- 05 Lọ đựng bệnh phẩm
- 05 Lam kính
- 02 Bơm tiêm 20 ml
- 06 Đôi găng tay
- 02 Áo mổ

3. Người bệnh

- Giải thích người bệnh: mục đích, tai biến thủ thuật.
- Các người bệnh nguy cơ cao: tuổi > 60, nghi ngờ có bệnh lý tim - phổi mạn tính cần làm thêm xét nghiệm điện tâm đồ và X quang tim phổi.

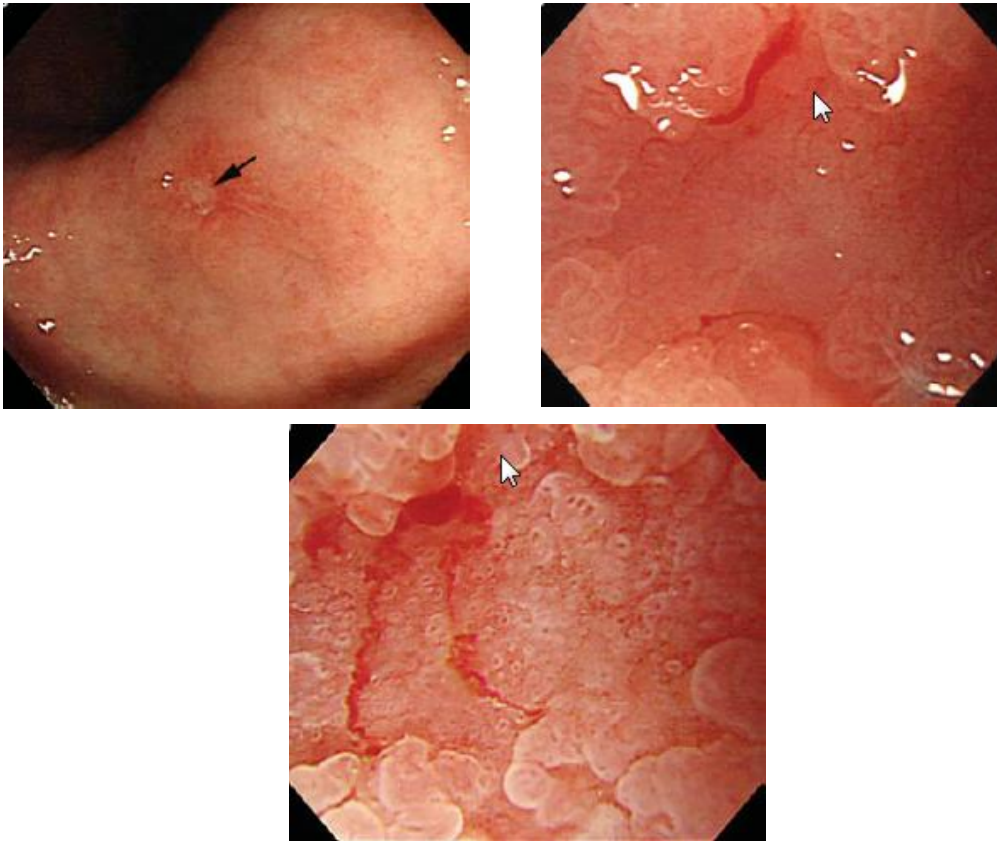
4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra không có chống chỉ định
- Nhận giấy chỉ định
- Giải thích người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh nằm lên cang thủ thuật
- Mặc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi:
 - + Hướng dẫn người bệnh nằm tư thế nghiêng trái, chân trên co, chân dưới duỗi. Cho người bệnh ngậm canun.
 - + Điều dưỡng giữ canun phải theo dõi tình trạng người bệnh, thông báo cho bác sĩ khi có bất thường, luôn động viên và hướng dẫn người bệnh hợp tác để tiến hành thủ thuật thuận lợi.
 - + Thông báo cho người bệnh bắt đầu làm thủ thuật, hướng dẫn người bệnh phối hợp trong quá trình làm thủ thuật.
 - + Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát thực quản, niêm mạc dạ dày hành tá tràng và tá tràng, để chế độ phân dải cao quan sát kỹ các tổn thương nghi ngờ. Ra y lệnh chụp ảnh minh họa tổn thương. Ra y lệnh làm xét nghiệm test H. pylori hoặc sinh thiết nếu cần.
 - 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.
 Sau khi bác sĩ kết thúc quá trình nội soi, điều dưỡng giúp người bệnh dậy và đưa người bệnh ra khỏi phòng nội soi tới nơi ngồi chờ.
 - Hướng dẫn người bệnh bổ sung thêm phiếu xét nghiệm H. pylori, sinh thiết nếu cần.
 - Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.

– Trả kết quả nội soi cho người bệnh.



Hình 1. Tổn thương ở dạ dày so sánh giữa nội soi thường và nội soi có HD

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, đưa đèn soi nhầm vào khí quản, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H. Niwa, H. Tajiri, M. Nakajima, K Yasuda (2008). New Challenges in Gastrointestinal Endoscopy. Springer. pp153-177.
2. Jonathan Cohen (2007). Comprehensive Atlas of High Resolution Endoscopy and Narrowband Imaging. Blackwell publishing. Pp 37-67.
3. Kyosuke Tanaka, Hideki Toyoda, Shigenori Kadowaki, Ryo Kosaka, Taizo Shiraishi, Ichiro Imoto, Hiroshi Shiku, Yukihiko Adachi (2006). Features of early gastric cancer and gastric adenoma by enhanced-magnification endoscopy. J Gastroenterol; 41:332-338.

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ĐỘ PHÂN DẢI CAO (HDTV)

I. ĐẠI CƯƠNG

Do nhu cầu cần thiết phát hiện các tổn thương ung thư sớm ở đường tiêu hóa vì vậy nội soi đã phát triển các công nghệ mới để đáp ứng nhu cầu đó. Các thế hệ máy nội soi mới đã ra đời với các thế hệ máy nội soi với độ phân dải cao cho phép chúng ta quan sát chi tiết tổn thương ở niêm mạc ống tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi đại trực tràng toàn bộ độ phân dải cao đã tạo nên một bước đột phá đối với sàng lọc và chẩn đoán ung thư đại tràng ở giai đoạn sớm và giai đoạn rất sớm và các tổn thương khác ở niêm mạc đại tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp
- Người bệnh suy tim nặng
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm thu < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi Tiêu hóa.
- 02 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy nội soi đại tràng đồng bộ có hệ thống HDTVs
- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.
- Thuốc mê và tiền mê: 2 ống midazolam 5mg; 2 ống fantanyl 0,1 mg; 2 ống propofol.
- 01 Kìm sinh thiết

- 05 Lọ đựng bệnh phẩm
- 05 Lam kính
- 02 Bơm tiêm 20 ml
- 02 Găng tay 6 đôi
- 02 Áo mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh tối hôm trước khi soi ăn cháo. Người bệnh uống 3 gói Fortran, pha với 3 lít nước trong vòng 2 tiếng trước khi nội soi 6 giờ. Sau khi đi vệ sinh sạch sẽ nội soi đại tràng. Nếu người bệnh táo bón, cho người bệnh uống thuốc nhuận tràng Folax x 3 gói/ ngày trong 3 ngày.

- Hướng dẫn người bệnh uống thuốc làm sạch đại tràng hoặc liên hệ với nơi thực thao làm sạch đại tràng nếu người bệnh không uống được.

- Giải thích người bệnh: mục đích, tai biến thủ thuật.

- Các người bệnh nguy cơ cao: tuổi > 60, nghi ngờ có bệnh lý tim - phổi mạn tính cần làm thêm xét nghiệm điện tâm đồ và X quang tim phổi.

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra không có chống chỉ định.
- Nhận giấy chỉ định.
- Giải thích người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh thay quần.

- Hướng dẫn người bệnh nằm lên cồng thủ thuật.

- Mắc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.

- Hướng dẫn người bệnh nằm lên cồng thủ thuật đúng tư thế. Người bệnh không tự đi lại được phải giúp người bệnh nằm lên cồng.

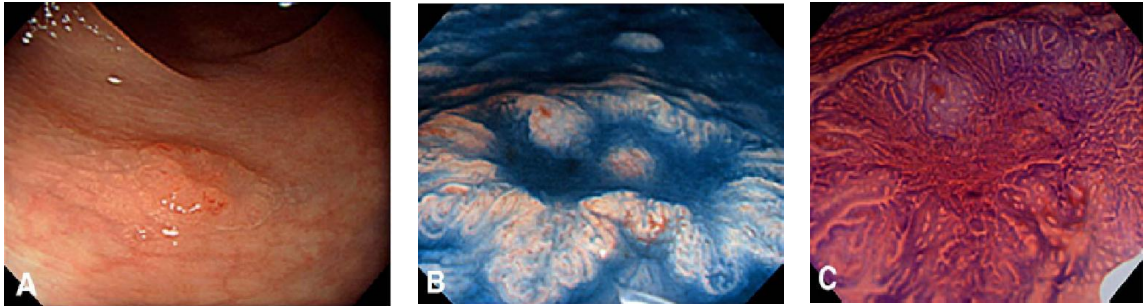
- Điều dưỡng phải theo dõi tình trạng người bệnh, thông báo bác sĩ khi có bất thường, luôn động viên và hướng dẫn người bệnh hợp tác để tiến hành thủ thuật thuận lợi.

- Thông báo cho người bệnh bắt đầu làm thủ thuật, hướng dẫn người bệnh phối hợp trong quá trình làm thủ thuật.

- Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát niêm mạc trực tràng và toàn bộ đại tràng, để chế độ phân dải cao quan sát các tổn thương đại trực tràng. Ra y lệnh chụp ảnh minh họa tổn thương. Ra y lệnh làm xét nghiệm hoặc sinh thiết nếu cần.

- 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.
- Sau khi Bác sĩ kết thúc quá trình nội soi, điều dưỡng phải giúp người bệnh dậy và đưa người bệnh ra khỏi phòng nội soi tới nơi ngồi chờ.
- Hướng dẫn người bệnh.
- Bổ sung thêm phiếu xét nghiệm, sinh thiết nếu cần.
- Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.
- Trả kết quả nội soi cho người bệnh.



Hình 1. Hình A là hình ảnh tổn thương ở đại tràng trên máy nội soi thông thường, hình B, C là hình ảnh tổn thương nhuộm màu phóng đại.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, mạch chậm hoặc ngừng tim trong khi làm thủ thuật, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H. Niwa, H. Tajiri, M. Nakajima, K Yasuda (2008). New Challenges in Gastrointestinal Endoscopy. Springer. pp163-200
2. Shinji Tanaka, Tonya Kaltenbach, Kazuaki Chayama, Roy Soetikno(2006). High-magnification colonoscopy(with videos). Gastrointestinal endoscopy volume 64, No 4; 607

NỘI SOI SIÊU ÂM TRỰC TRÀNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Siêu âm nội soi trực tràng là thủ thuật mà đầu dò siêu âm có tần số cao được đưa vào trong trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phân loại ung thư đại trực tràng theo TNM.
- Theo dõi tái phát sau điều trị hóa chất, tia xạ.
- Chẩn đoán các tổn thương dưới niêm mạc ép vào thành trực tràng.
- Tổn thương thâm nhiễm trực tràng.
- Phát hiện tổn thương cơ thắt hậu môn.
- Áp xe quanh hậu môn, rò hậu môn.
- Hướng dẫn chọc hút áp xe quanh hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng người già, hen phế quản, bệnh nhồi máu cơ tim.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa sâu Tiêu hóa.

2. Phương tiện, thuốc

2.1. Dụng cụ

Máy soi siêu âm nội soi. Đầu dò siêu âm nội soi trực tràng.

Máy hút, máy theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂.

2.2. Thuốc

Seduxen, buscopan, midazolam, fentanyl.

3. Người bệnh

Giải thích, đồng ý làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Tư thế nằm nghiêng trái hoặc nằm ngửa.

Tiền mê bằng seduxen hoặc midazolam/ fentanyl gây mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản tùy trường hợp. Phải theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Kỹ thuật

- Thụt tháo như soi trực tràng, đại tràng sigma.
- Tiến hành soi đại tràng sigma bằng ống mềm trước siêu âm nội soi đại trực tràng để đảm bảo đại tràng sạch không có dị vật gây nhiễu hình ảnh siêu âm.
- Thụt thêm 100 ml nước vào trực tràng để làm thẳng giữa phần trên và giữa của trực tràng.
- Cố gắng theo đường cong trực tràng đưa đầu dò vào đại tràng sigma đoạn xa và chú ý không bơm hơi.
- Bóng ở đỉnh đầu dò được bơm căng tạo nên một cửa sổ âm giữa trực tràng và đầu dò. Dù loại đầu dò nào cũng cho hình ảnh giải phẫu trực tràng tương tự nhau cũng như các tổn thương.
- Rút dần đầu dò ra đánh giá trực tràng trên, giữa và các vùng xung quanh cũng như cơ thắt hậu môn.
- Nếu đánh giá cơ thắt hậu môn, đầu dò được rút ra quan sát hình ảnh cơ thắt trong và cơ thắt ngoài.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Ít tai biến: chảy máu, thủng trực tràng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai, Khoa Tiêu hóa (2001) “Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa” trang 127-142.
2. Gress.F, Savides.T (2007) “Endoscopic Ultrasonography” page 160-171.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CÓ SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi thực quản - dạ dày - tá tràng có sinh thiết là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng. Trong quá trình này có lấy các mảnh thực quản, dạ dày hoặc tá tràng bằng kim sinh thiết để làm xét nghiệm mô bệnh học.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau thượng vị, nôn không rõ nguyên nhân, hội chứng trào ngược.
- Thiếu máu, gầy sút cân.
- Đau ngực sau khi đã kiểm tra tim mạch bình thường.
- Nuốt nghẹn.
- Hội chứng kém hấp thu.
- Tiền sử dùng thuốc chống viêm, giảm đau.
- Cắt 2/3 dạ dày sau 10 năm.
- Bệnh polyp gia đình.
- Bệnh Crohn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Các bệnh lý có rối loạn đông cầm máu như: Hemophilie, Lơ xê mi, xuất huyết giảm tiểu cầu...
- Các bệnh lý ở thực quản có nguy cơ làm thủng thực quản như bong thực quản do hóa chất và thuốc gây hẹp thực quản.
- Phình động mạch chủ ngực.
- Suy tim, nhồi máu cơ tim, cơn tăng huyết áp.
- Suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân gì, ho nhiều.

2. Chống chỉ định tương đối

- Người bệnh tâm thần không phối hợp được.
- Tụt huyết áp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 02 điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

– Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi.

- Nguồn sáng.
- Máy hút.
- Ống ngậm miệng.
- Kim Ống nhựa, dung dịch cố định mẫu sinh thiết (phoóc môn).
- Nước cất để bơm rửa khi cần thiết trong quá trình nội soi.
- Chất bôi trơn đầu máy soi: K- Y.
- Thuốc gây tê vùng họng: Xylocain 2% hoặc Lidocain 10 %.
- Găng, gạc, sinh thiết - bơm tiêm 20 ml.

3. Người bệnh

– Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý soi.

- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Nếu người soi là người bệnh nội trú.

2. Kiểm tra người bệnh

Đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ. Người bệnh nằm nghiêng trái, chân phải co, chân trái duỗi.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi

3.2. Gây tê vùng hầu họng

Bằng Xylocain 2% hoặc Lidocain 10%.

3.3. Đặt ống ngậm miệng

Vào giữa hai cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.

3.4. Đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng

Bơm hơi và quan sát.

3.5. Khi phát hiện vùng tổn thương nghi ngờ

Điều dưỡng đưa kim sinh thiết qua kênh của máy và bác sĩ nội soi dùng kim sinh thiết bấm từ 4 đến 6 mảnh gửi cho vào ống đựng phước môn để gửi xét nghiệm mô bệnh học.

3.6. Rửa máy và tẩy uế khử khuẩn máy soi theo đúng quy định

– Rửa máy: Dùng 500 ml dung dịch xà phòng trung tính 0,5%, van bơm tăng cường để rửa sạch phần ngoài của máy và các đường bên trong máy.

– Thử hơi: Dùng dụng cụ thử hơi kèm máy soi để xem vỏ cao su của máy có bị rách không, nếu rách không được ngâm máy vào dung dịch tẩy uế mà phải gửi máy đi sửa ngay.

– Tẩy uế: chỉ tiến hành khi máy soi không bị rách.

+ Dùng 5 lít xà phòng trung tính 0,5%, bàn chải, van ba chiều để tẩy uế.

+ Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch tẩy uế, dùng bàn chải, van ba chiều để rửa sạch phần ngoài và các đường bên trong của máy.

3.7. Sát khuẩn

– Dùng 5 lít dung dịch sát khuẩn Glutaraldehyd 2%, van ba chiều để sát khuẩn máy.

– Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch sát khuẩn để rửa sạch các đường bên trong của máy.

3.8. Sấy khô máy

Dùng van bơm tăng cường, bộ phận bơm khí của nguồn sáng, máy hút để làm khô các đường bên trong của máy trước khi cất máy.

3.9. Rửa, tẩy uế và khử khuẩn kim sinh thiết với các dung dịch như với máy nội soi.

VI. THEO DÕI

Tình trạng chung của người bệnh, mạch, huyết áp nếu người bệnh có chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Nếu có chảy máu tại nơi vừa sinh thiết: tiêm cầm máu tại chỗ bằng Adrenalin 1/10000. Nếu tiếp tục chảy máu có thể dùng kẹp Clip để cầm máu.

– Các tai biến khác và xử trí giống nội soi dạ dày không sinh thiết.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản Y học 1999, 506 - 507.

2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày - tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch Mai. 2001, 14 - 30.

3. Mark Topazian. Upper endoscopy. Harrison's Gastroenterology and Hepatology. 2010: 94.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi thực quản - dạ dày - tá tràng không sinh thiết là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng. Trong quá trình này chỉ nội soi đơn thuần mà không tiến hành sinh thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau thượng vị, nôn không rõ nguyên nhân, hội chứng trào ngược dạ dày thực quản.
- Thiếu máu, gầy sút cân.
- Đau ngực sau khi đã kiểm tra tim mạch bình thường.
- Nuốt nghẹn.
- Hội chứng kém hấp thu.
- Tiền sử dùng thuốc chống viêm, giảm đau.
- Cắt 2/3 dạ dày sau 10 năm.
- Soi kiểm tra người bệnh trước mổ nặng.
- Xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa tiên phát.
- Bệnh polyp gia đình.
- Bệnh Crohn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Các bệnh lý ở thực quản có nguy cơ làm thủng thực quản như bong thực quản do hóa chất và thuốc gây hẹp thực quản.

- Phình động mạch chủ ngực
- Suy tim, nhồi máu cơ tim, cơn tăng huyết áp
- Suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân gì, ho nhiều.

2. Chống chỉ định tương đối

- Gù vẹo cột sống nhiều.
- Người bệnh già yếu.

- Người bệnh tâm thần không phối hợp được.
- Tụt huyết áp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi.
- Nguồn sáng.
- Máy hút.
- Ống ngậm miệng.
- Nước cất để bơm rửa khi cần thiết trong quá trình nội soi.
- Chất bôi trơn đầu máy soi: K-Y.
- Thuốc gây tê vùng họng: Xylocain 2% hoặc Lidocain 10%.
- Găng, gạc, bơm tiêm 20 ml.

3. Người bệnh

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý soi.
- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Nếu người soi là người bệnh nội trú.

2. Kiểm tra người bệnh

Đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi

3.2. Gây tê vùng hầu họng bằng Xylocain 2% hoặc Lidocain 10%.

3.3. Đặt ống ngậm miệng vào giữa hai cung răng và báo người bệnh ngậm chặt.

3.4. Đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát. Có thể dùng bơm tiêm bơm nước cất vào cho sạch chất bẩn ở những vùng cần quan sát kỹ.

3.5. Rửa máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định

– Rửa máy: Dùng 500 ml dung dịch xà phòng trung tính 0,5%, van bơm tăng cường để rửa sạch phần ngoài của máy và các đường bên trong máy.

– Thử hơi: dùng dụng cụ thử hơi kèm máy soi để xem vỏ cao su của máy có bị rách không, nếu rách không được ngâm máy vào dung dịch tẩy uế mà phải gửi máy đi sửa ngay.

– Tẩy uế: chỉ tiến hành khi máy soi không bị rách:

+ Dùng 5 lít xà phòng trung tính 0,5%, bàn chải, van ba chiều để tẩy uế.

+ Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch tẩy uế, dùng bàn chải, van ba chiều để rửa sạch phần ngoài và các đường bên trong của máy.

3.6. Sát khuẩn

– Dùng 5 lít dung dịch sát khuẩn Glutaraldehyd 2%, van ba chiều để sát khuẩn máy.

– Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch sát khuẩn để rửa sạch các đường bên trong của máy.

3.7. Sấy khô máy

Dùng van bơm tăng cường, bộ phận bơm khí của nguồn sáng, máy hút để làm khô các đường bên trong của máy trước khi cất máy.

VI. THEO DÕI

– Tình trạng chung của người bệnh, mạch, huyết áp nếu người bệnh có xuất huyết tiêu hóa.

– Không ngậm được miếng do trật khớp hàm - thái dương do người bệnh há to.

– Tình trạng nuốt khó.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Đưa máy nhầm vào khí quản: phải rút máy ra, đưa lại vào thực quản.

– Trật khớp hàm - thái dương làm người bệnh không ngậm lại miếng được thì nắn lại khớp thái dương hàm.

– Nuốt khó có thể do thủng thực quản. Nếu nghi ngờ cho người bệnh đi chụp X quang, tùy mức độ có thể cho nhịn ăn, dùng kháng sinh và gửi ngoại khoa nếu cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản Y học 1999, 506 - 507.

2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày - tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch Mai. 2001, 14- 30.

3. Mark Topazian. Upper endoscopy. Harrison's Gastroenterology and Hepatology. 2010: 94.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật đưa ống soi mềm từ hậu môn đi ngược lên đến đại tràng sigma để quan sát, chẩn đoán tổn thương đại tràng sigma và trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Soi cấp cứu

- Dị vật đại tràng.
- Chảy máu thấp, nặng.
- Tắc ruột.

2. Soi kế hoạch

- Làm bilan trước mổ ung thư.
- Ít máu mạn tính, đau bụng không rõ nguyên nhân, rối loạn đại tràng táo, lỏng.
- Túi thừa đại tràng.
- Viêm loét trực tràng chảy máu.
- Phim chụp đại tràng sigma cản quang có nghi ngờ.
- Theo dõi sau điều trị bệnh lý (polyp, Crohn).
- Kiểm tra gia đình có bệnh polyp, ung thư đại tràng ở người bệnh trên 40 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng, viêm phúc mạc.
- Suy tim, suy tuần hoàn cấp, suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân nào.
- Nhồi máu cơ tim.
- Mới mổ thủng đại tràng.
- Phình tách động mạch chủ bụng.
- Người bệnh có thai trên 3 tháng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện, thuốc

1.1. Dụng cụ

- Máy soi đại tràng ống mềm, máy hút.

- Máy theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂.
- Kim sinh thiết.

1.2. Thuốc

Seduxen, buscopan, midazolam, fentanyl.

2. Người bệnh

- Hướng dẫn rửa ruột trước soi hoặc dùng Fortran uống 6 giờ trước soi (1 gói Fortrans với 1 lít nước).
- Chế độ ăn không có chất bã trước 2 ngày.
- Không uống thuốc gây bám dính vào niêm mạc đại tràng 4 ngày trước.
- Chụp X quang đại tràng trước 72 giờ (trừ cấp cứu).
- Nhịn uống 4 giờ trước khi soi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng trái hoặc tư thế sản khoa.

2. Vô cảm

Tiền mê bằng seduxen hoặc midazolam/ fentanyl gây mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản tùy trường hợp. Phải theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

3. Kỹ thuật

- Đưa đèn vào qua hậu môn, bơm hơi vừa đủ.
- Đẩy dần đèn vào sâu.
- Chỉ đẩy đèn khi thấy rõ đường, lòng đại tràng, không ấn mạnh, không quay khi đang đẩy ống soi.
- Thay đổi tư thế người bệnh khi khó đẩy ống soi.
- Quan sát đại tràng khi rút ra, chú ý quan sát những vị trí khó. Nguyên tắc không được bơm căng, chiến thuật trong soi đại tràng đưa theo đường ngắn, không để cuộn ống trong lòng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Trướng hơi ở bụng, vị trí đầu đèn soi.
- Đau bụng dữ dội, vã mồ hôi, hạ huyết áp.
- Thủng gây viêm phúc mạc.
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, phản ứng thành bụng, tình trạng đi ngoài.

2. Xử trí

- Thủng: chuyển phẫu thuật hoặc điều trị nội nếu nhỏ.
- Đau bụng do bơm nhiều hơi: phải hút hơi.
- Do đèn làm căng đại tràng: phải điều chỉnh, hút bớt hơi.
- Độ căng của đèn soi và rút bớt đèn soi ra: nếu không có kết quả thì ngừng cuộc soi.
- Nôn: hút bớt hơi hoặc rút đèn soi ra cho đại tràng đỡ căng, đặt ống ống thông dạ dày.
- Ngừng soi nếu làm như thế không có kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai, Khoa Tiêu hóa (2001) “Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa” trang 71 -77.
2. Bộ Y tế (1999) “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện” tập 1, trang 510 -511.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA CÓ SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật đưa ống soi mềm từ hậu môn đi ngược lên đến đại tràng sigma để sinh thiết tổn thương đại tràng sigma và trực tràng làm tế bào học.

II. CHỈ ĐỊNH

- Polyp trực tràng, đại tràng sigma.
- Ung thư đại tràng sigma (làm bilan trước mổ ung thư).
- Viêm loét trực tràng chảy máu.
- Crohn đại tràng.
- Theo dõi sau điều trị bệnh lý (polyp, Crohn).
- Kiểm tra gia đình có bệnh polyp, ung thư đại tràng ở người bệnh trên 40 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng, viêm phúc mạc.
- Suy tim, suy tuần hoàn cấp, suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân nào.
- Nhồi máu cơ tim.
- Mới mổ ổ thủng đại tràng.
- Phình tách động mạch chủ bụng.
- Người bệnh có thai trên 3 tháng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Máy soi đại tràng ống mềm, máy hút.
- Máy theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂.
- Kim sinh thiết.

2. Thuốc

Seduxen, buscopan, midazolam, fentanyl.

3. Người bệnh

– Hướng dẫn rửa ruột trước soi hoặc dùng Fortran uống 6giờ trước soi (1 gói Fortrans với 1 lít nước).

- Chế độ ăn không có chất bã trước 2 ngày.
- Không uống thuốc gây bám dính vào niêm mạc đại tràng 4 ngày trước.
- Chụp X quang đại tràng trước 72 giờ (trừ cấp cứu).
- Nhịn uống 4 giờ trước khi soi.

4. Bệnh án

Kiểm tra tình trạng đông máu (tiểu cầu, prothrombin).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng trái hoặc tư thế sản khoa.

2. Vô cảm

Tiền mê bằng seduxen hoặc midazolam/ fentanyl gây mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản tùy trường hợp. Phải theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

3. Kỹ thuật

- Soi đại tràng sigma thấy tổn thương.
- Đối với khối u sinh thiết nhiều miếng tại một vị trí để loại bỏ tổ chức hoại tử.
- Đối với tổn thương viêm sinh thiết tại ổ loét, và có thể sinh thiết nhiều vị trí khác để đối chiếu và mảnh sinh thiết được làm tế bào học, nuôi cấy vi khuẩn, nấm, hoặc lao nếu nghi ngờ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Biến chứng

Chảy máu, thủng.

2. Theo dõi

Trong 24 giờ sau thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai, Khoa Tiêu hóa (2001) “Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa” trang 71 -77.
2. Bộ Y tế (1999) “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện” tập 1, trang 510 -511.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Nội soi trực tràng ống mềm là thủ thuật đưa ống soi mềm qua hậu môn vào trực tràng để phát hiện các tổn thương, chẩn đoán và điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Soi cấp cứu: chảy máu tiêu hóa cấp, nặng.

2. Soi có kế hoạch

- Đi ngoài ra máu
- Rối loạn đại tiện: đau vùng hậu môn, đi ngoài không tự chủ.
- Rối loạn phân: khó đại tiện.
- Ngứa hậu môn.
- Viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn, ung thư, polyp, dò hậu môn, nứt hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi người bệnh già yếu, người bệnh có thai hoặc các trường hợp viêm cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng soi kín và bàn soi trực tràng.
- Dụng cụ soi:
 - + Ống soi mềm
 - + Nguồn sáng
 - + Máy hút
 - + Kim gấp
 - + Băng băng

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích để hợp tác với bác sĩ.

Thụt tháo 2 lần tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ hoặc bơm microlax tối hôm trước và sáng hôm sau.

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Bệnh án có đầy đủ xét nghiệm đạt yêu cầu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng người bệnh khả năng làm nội soi trực tràng.

3. Thực hiện kỹ thuật

– Tư thế người bệnh: người bệnh chống hông, quỳ hai đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.

– Kỹ thuật:

+ Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo găng.

+ Lắp và kiểm tra dụng cụ soi trước khi soi.

+ Bôi trơn ống soi.

+ Đưa đèn soi vào trực tràng vừa bơm hơi và tìm đường đi.

VI. THEO DÕI

Theo dõi tinh thần, tình trạng huyết động và thành bụng của người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Đau bụng do co thắt: giải thích để người bệnh hợp tác, cần bơm hơi để tìm đường vào.

– Đau bụng do thủng: gửi ngoại khoa mổ.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Nội soi trực tràng ống mềm là thủ thuật đưa ống soi mềm qua hậu môn vào trực tràng để phát hiện các tổn thương, chẩn đoán và điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Soi cấp cứu: chảy máu tiêu hóa cấp, nặng.

2. Soi có kế hoạch

- Đi ngoài ra máu
- Rối loạn đại tiện: đau vùng hậu môn, đi ngoài không tự chủ
- Rối loạn phân: khó đại tiện
- Ngứa hậu môn
- Viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn, ung thư, polyp, dò hậu môn, nứt hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi người bệnh già yếu, người bệnh có thai hoặc các trường hợp viêm cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng

2. Phương tiện

- Phòng soi kín và bàn soi trực tràng
- Dụng cụ soi:
 - + Ống soi mềm
 - + Nguồn sáng
 - + Máy hút
 - + Kim gấp
 - + Băng băng
 - + Kim sinh thiết

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích để hợp tác với bác sĩ.

Thực tháo 2 lần tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ hoặc bom microlax tối hôm trước và sáng hôm sau.

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Bệnh án có đầy đủ xét nghiệm đạt yêu cầu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng người bệnh khả năng làm nội soi trực tràng.

3. Thực hiện kỹ thuật

– Tư thế người bệnh: người bệnh chống hông, quỳ hai đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.

– Kỹ thuật:

+ Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo găng.

+ Lắp và kiểm tra dụng cụ soi trước khi soi.

+ Bôi trơn ống soi.

+ Đưa đèn soi vào trực tràng vừa bơm hơi và tìm đường đi.

+ Sinh thiết khi có tổn thương bấm bằng kim sinh thiết.

VI. THEO DÕI

Theo dõi tinh thần, tình trạng huyết động và thành bụng của người bệnh, tình trạng chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Đau bụng do co thắt: giải thích để người bệnh hợp tác, cần bơm hơi để tìm đường vào.

– Đau bụng do thủng: gửi ngoại mổ.

– Chảy máu sau sinh thiết: cầm máu qua nội soi bằng dung dịch adrenaline 1% hoặc kim cầm máu hoặc gửi ngoại khoa.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG CỨNG KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Nội soi trực tràng ống cứng là thủ thuật đưa ống soi cứng qua hậu môn vào trực tràng để phát hiện các tổn thương, chẩn đoán và điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Soi cấp cứu

Chảy máu tiêu hóa cấp, nặng.

2. Soi có kế hoạch

- Đi ngoài ra máu.
- Rối loạn đại tiện: đau vùng hậu môn, đi ngoài không tự chủ.
- Rối loạn phân: khó đại tiện.
- Ngứa hậu môn.
- Viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn, ung thư, polyp, dò hậu môn, nứt hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi người bệnh già yếu, người bệnh có thai hoặc các trường hợp viêm cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng soi kín và bàn soi trực tràng.
- Dụng cụ soi:
 - + Ống soi cứng độ dài 10-15-25-30cm với đường kính 2cm
 - + Nguồn sáng
 - + Máy hút
 - + Kim gấp
 - + Băng băng

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích để hợp tác với bác sĩ.
- Thụt tháo 2 lần tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ hoặc bom microlax tối hôm trước và sáng hôm sau.

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Bệnh án có đầy đủ xét nghiệm đạt yêu cầu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng người bệnh khả năng làm nội soi trực tràng.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: người bệnh chống hông, quỳ hai đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.
- Kỹ thuật:
 - + Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo găng.
 - + Lắp và kiểm tra dụng cụ soi trước khi soi.
 - + Bôi trơn ống soi.
 - + Đưa đèn soi vào trực tràng quan sát đánh giá tổn thương.

VI. THEO DÕI

Theo dõi tinh thần, tình trạng huyết động và thành bụng của người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau bụng do co thắt: giải thích để người bệnh hợp tác.
- Đau bụng do thủng: gửi ngoại mổ.
- Chảy máu: cầm máu bằng dung dịch adrenaline 1% hoặc kim cầm máu hoặc gửi ngoại khoa.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG CỨNG CÓ SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Nội soi trực tràng ống cứng là thủ thuật đưa ống soi cứng qua hậu môn vào trực tràng để phát hiện các tổn thương, chẩn đoán và điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Soi cấp cứu

Chảy máu tiêu hóa cấp, nặng.

2. Soi có kế hoạch

- Đi ngoài ra máu.
- Rối loạn đại tiện: đau vùng hậu môn, đi ngoài không tự chủ.
- Rối loạn phân: khó đại tiện.
- Ngứa hậu môn.
- Viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn, ung thư, polyp, dò hậu môn, nứt hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi người bệnh già yếu, người bệnh có thai hoặc các trường hợp viêm cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng soi kín và bàn soi trực tràng.
- Dụng cụ soi:
 - + Ống soi cứng có độ dài 10-15-25-30cm với đường kính 2cm.
 - + Nguồn sáng
 - + Máy hút
 - + Kim gấp
 - + Băng băng
 - + Kim sinh thiết

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích để hợp tác với bác sĩ.

Thụt tháo 2 lần tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ hoặc bom microlax tối hôm trước và sáng hôm sau.

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Bệnh án có đầy đủ xét nghiệm đạt yêu cầu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng người bệnh khả năng làm nội soi trực tràng.

3. Thực hiện kỹ thuật

– Tư thế người bệnh: người bệnh chống hông, quỳ hai đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.

– Kỹ thuật:

- + Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo găng.
- + Lắp và kiểm tra dụng cụ soi trước khi soi.
- + Bôi trơn ống soi.
- + Đưa đèn soi vào trực tràng đánh giá tổn thương.
- + Sinh thiết khi có tổn thương bấm bằng kim sinh thiết.

VI. THEO DÕI

Theo dõi tinh thần, tình trạng huyết động và thành bụng của người bệnh, tình trạng chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau bụng do co thắt: giải thích để người bệnh hợp tác.
- Đau bụng do thủng: gửi ngoại khoa mổ.
- Chảy máu sau sinh thiết: cầm máu qua nội soi bằng dung dịch adrenaline 1% hoặc kim cầm máu hoặc gửi ngoại khoa.

NỘI SOI SIÊU ÂM DẪN LƯU NANG TỤY

I. ĐỊNH NGHĨA

Là phương pháp dẫn lưu dịch, tổ chức hoại tử, mũ ở tụy dưới sự hướng dẫn siêu âm nội soi, thường gặp trong viêm tụy cấp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau do nang giả tụy.
- Nang dịch chèn ép gây triệu chứng: nôn, gầy sút cân, vàng da.
- Nhiễm trùng nang, áp xe tụy, nhiễm khuẩn hoại tử.
- Chảy máu trong nang, nguy cơ nang gây vỡ phình mạch.
- Nang giả tụy to > 6 cm (chỉ định tương đối).
- Chọc hút nang tụy qua da, qua nội soi thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bệnh tim phổi nặng, mới bị nhồi máu cơ tim.
- Rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu.
- Chống chỉ định khác:
 - + Giả phình động mạch.
 - + Khoảng cách từ nang tới thành dạ dày, tá tràng > 1cm.
 - + Nang dịch chưa khu trú.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa, 02 điều dưỡng (01 giữ canuyn, 01 phụ thủ thuật dẫn lưu).

2. Dụng cụ làm thủ thuật

- Màn tăng sáng
- Máy siêu âm nội soi với kênh sinh thiết có ĐK $\geq 3,7$ mm.
- Kim chọc hút qua SANS 19 G.
- Guide wire 0,035 inch (1 inch = 2,54cm).
- Dụng cụ nong đường thông:

- + ERCP cannula 4-5 F
- + Catheter Soehendra 10 F
- + Cystotome.10 F
- + Bóng nong đường mật (6-8 mm) hoặc bóng CRE 12 mm.
- + double pigtail stents 7 hoặc 10 F.
- Stent dẫn lưu: Catheter nasocystic nếu nghi ngờ có hoại tử.
- Thuốc: seduxen, buscopan, midazolam, fentanyl.

3. Người bệnh

- Người bệnh ngoại trú nên nằm lưu tại bệnh viện vài ngày sau làm thủ thuật.
- Người bệnh nên ăn thức ăn mềm, ít chất xơ và sau đó dùng thuốc tăng co bóp ruột hoặc đặt ống thông dạ dày.
- Mặc monitor theo dõi tình trạng hô hấp, mạch, huyết áp, điện tim và có thể đặt nội khí quản.
- Dùng kháng sinh dự phòng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người bệnh

Nằm tư thế nghiêng trái.

2. Tiền mê

Bằng seduxen hoặc midazolam/fentanyl gây mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản tùy trường hợp. Phải theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

3. Kỹ thuật

- Siêu âm nội soi xác định vị trí nang tụy.
- Chọc kim 19G vào nang dịch dưới hướng dẫn siêu âm nội soi và hút dịch để làm xét nghiệm.
- Luồn 1 guide wire vào trong nang dịch (xác định trên màn tăng sáng).
- Cắt rộng đường vào bằng dao cắt (250W) hoặc dùng cystotome 10F để làm thẳng và rộng đường (nguy cơ thủng) hoặc dùng bóng nong Soehendra hoặc ống trong ERCP để làm rộng đường vào.
- Đặt stent dưới nội soi: để dẫn lưu được hết dịch hoại tử, có thể đặt nhiều stent hoặc đặt catheter nasocystic hoặc cắt bỏ tổn thương hoại tử qua nội soi (ETN) nên có thể đặt nhiều guide wire vào nang dịch. Hoặc có thể sử dụng loại dụng cụ tích hợp ba lớp gồm 1 kim chọc hút và 2 catheter Teflon 8,5 và 5.
- + Nếu có nhiều tổ chức hoại tử, có thể tiến hành dẫn lưu qua nội soi.

+ 01 tuần sau, cần soi lại và sử dụng bóng nóng để nong đường hầm rộng 15 - 20 mm. Sau đó, soi dạ dày vào ổ và các mảnh hoại tử có thể được lấy bằng rọ Dormia, hoặc snare. Lưu ý nguy cơ chảy máu hoặc thủng hoặc tắc mạch khí.

– Bơm rửa nang hoại tử qua catheter dẫn lưu dưới nội soi với 100 ml dung dịch povidone-iodine 5%.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Biến chứng sớm

- Sớm: thủng vào phúc mạc
- Chảy máu
- Thủng thành mạch tại vị trí chọc
- Vỡ giả phình mạch
- Tuột stent vào nang dịch

2. Biến chứng muộn

- Chảy máu muộn sau chọc vào mạch máu.
- Nhiễm trùng sau thủ thuật: tắc stent.
- Dịch ổ bụng tăng có hoặc không viêm phúc mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai, Khoa Tiêu hóa (2001) “Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa” Trang 127-140.

2. Gress.F, Savides.T (2007) “Endoscopic Ultrasonography” Trang 174-175.

RỬA DẠ DÀY CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

Rửa dạ dày là kỹ thuật luôn ống thông vào dạ dày người bệnh để tháo rửa các chất trong dạ dày ra như thức ăn, dịch vị, chất độc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trước phẫu thuật đường tiêu hóa (khi người bệnh ăn chưa quá 6 giờ).
- Các trường hợp ngộ độc cấp (thức ăn, thuốc, hóa chất) trong vòng 6 giờ sau khi uống độc chất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc acid hoặc base mạnh hoặc ngộ độc sau 6 tiếng.
- Phồng động mạch chủ, tổn thương thực quản, bóng, u, dò thực quản.
- Người bệnh suy kiệt nặng...
- Thủng dạ dày.
- Hôn mê (nếu rửa phải đặt nội khí quản).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 điều dưỡng và 01 bác sĩ đeo yếm nylon, găng tay nếu người bệnh ngộ độc phospho hữu cơ.

2. Phương tiện

- Ống Faucher cỡ to 14 - 22 (đường kính trong từ 6-10mm) hoặc ống thông Levin với trẻ nhỏ.
- Phễu to hay béc có ngăn.
- Nước sôi để nguội có pha 5g muối ăn cho 1 lít. Chuẩn bị 5 lít.
- Nước ấm 37⁰C hay lạnh tùy chỉ định.
- Canun Guedel.
- Chậu đựng nước thải.
- Máy hút.
- Lọ lấy độc chất (100ml).
- Ống nghe và bộ đo huyết áp

- Ống nội khí quản và dụng cụ nội khí quản: đèn soi.
- Băng dính
- Bơm tiêm 50 ml

3. Người bệnh

- Động viên, giải thích cho người bệnh mọi việc sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác. Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà.
- Tháo răng giả (nếu có).
- Nếu hôn mê có nguy cơ sặc: đặt nội khí quản có bóng chèn, bơm căng bóng.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái.
- Trải 1 tấm nilon lên phía đầu giường và quàng 1 tấm quanh cổ người bệnh.
- Đặt thùng hứng nước bẩn.
- Đặt ống thông vào dạ dày theo đúng quy trình đặt ống thông dạ dày. Kiểm tra xem ống đã vào đúng dạ dày chưa. Cố định ống thông.
- Trước khi rửa nên hạ thấp đầu phễu dưới mức dạ dày để nước ứ đọng trong dạ dày chảy ra hoặc dùng bơm tiêm để hút dịch dạ dày ra. Lưu mẫu dịch dạ dày làm xét nghiệm.
- Cắm phễu hoặc béc, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.
- Đổ nước khoảng 300-500ml/lần đối với người lớn, hạ thấp đầu ống vào trong chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút hút ra.
- Lặp lại cho đến khi nước chảy ra trong, không còn thức ăn, không còn mùi.
- Trong khi rửa cần hạn chế đưa không khí vào dạ dày.
- Lượng nước rửa:
 - + Với lần (P) hữu cơ pha than hoạt trong những lít đầu tiên và rửa khoảng 10 lít lần đầu, khoảng 5 lít với lần hai.
 - + Với thuốc ngủ: 5-10 lít và chỉ rửa một lần đến khi nước trong.
- Kết thúc rửa: hút hết dịch trong dạ dày, bơm vào dạ dày 20g than hoạt uống cùng 20g sorbitol, nhắc lại sau 2 giờ cho đến khi đạt 120g than hoạt.
- Rút ống thông, tháo băng dính cố định. Thu dọn dụng cụ.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
- Phản xạ ho sặc tránh hít phải dịch.
- Kết quả của than hoạt và tẩy: đi ngoài ra than hoạt.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: nội khí quản có bóng chèn, rút nước một lần dưới 500ml.
- Nhịp tim chậm, ngất do kích thích dây X: hồi sức cấp cứu.
- Rối loạn nước, điện giải do ngộ độc nước nếu không pha muối và rửa quá nhiều (trên 20 lít): phải dùng lợi tiểu mạnh (Lasix) kết hợp truyền dung dịch NaCl ưu trương.
- Tăng natri máu và mất nước nếu pha muối trên 9g/lít: truyền bù dịch rồi cho lasix, theo dõi và điều chỉnh điện giải theo kết quả xét nghiệm.
- Hạ thân nhiệt do trời lạnh: khi thời tiết lạnh, pha nước ấm để rửa dạ dày, sưởi ấm cho người bệnh.

SIÊU ÂM Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm là một trong những phương pháp thăm khám hình ảnh phổ biến nhất được áp dụng đánh giá tình trạng ổ bụng nói chung (các tạng đặc), có độ chính xác và tin cậy cao. Có thể áp dụng được với mọi đối tượng, không ảnh hưởng đến sức khỏe. Đây là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh nhằm đánh giá các tổn thương, bệnh lý thuộc gan, mật, lách, tụy, hệ tiết niệu, hệ sinh dục, viêm ruột thừa, khối u lớn ở ruột, dịch ổ bụng, dịch màng phổi và dịch màng ngoài tim...

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau bụng.
- Sờ thấy hoặc nghi ngờ có khối trong ổ bụng.
- Sụt cân, mệt mỏi không rõ nguyên nhân.
- Rối loạn tiêu hóa kéo dài.
- Chấn thương bụng.
- Kiểm tra sức khỏe định kỳ (không có triệu chứng gì).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối với siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Một bác sĩ siêu âm và một điều dưỡng ghi kết quả.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò siêu âm ổ bụng.
- Gel
- Giấy vệ sinh

3. Người bệnh

- Nhịn ăn trước 6 giờ (để đánh giá túi mật, đường mật).
- Nhịn tiểu căng (để đánh giá bàng quang, tử cung, buồng trứng, tiền liệt tuyến): có cảm giác rất mót tiểu.
- Trong điều kiện siêu âm cấp cứu, có thể không cần nhịn ăn hoặc nhịn tiểu. Khi đó sẽ hạn chế đánh giá một số bộ phận.

4. Hồ sơ bệnh án

Mang theo để cung cấp mọi hồ sơ, tư liệu đã thăm khám trước đó cho bác sĩ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu

Tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, hai tay đưa cao lên đầu, hai chân duỗi thẳng.
- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm ổ bụng.
- Thoa gel lên vùng bụng.
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm theo thứ tự để tránh bỏ sót các tạng trong ổ bụng, có thể chuyển tư thế người bệnh sang tư thế nằm nghiêng phải, nghiêng trái hoặc nằm sấp để khảo sát tốt hơn gan, lách, thận.
- Đọc kết quả
- Dừng máy ở chế độ nghỉ
- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ
- Lau sạch gen ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Nguyễn Phước Bảo Quân (2006). Siêu âm bụng tổng quát.

SIÊU ÂM DOPPLER MẠCH MÁU KHỐI U GAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Chẩn đoán chính xác khối u gan bằng siêu âm 2D cũng đã được ghi nhận, tuy nhiên việc chẩn đoán phân biệt các loại khối u gan: HCC, u máu, u tuyến trong gan..., thì siêu âm 2D khó phân biệt. Siêu âm doppler màu ra đời đã góp thêm thông tin quan trọng cho chúng ta thăm khám và biết được các thông tin như: Khối u có tăng sinh mạch hay không, mạch máu quanh khối u như thế nào. Tuy nhiên với những khối ung thư nhỏ thì ngay cả chụp mạch cũng không thấy tăng sinh mạch, mà chẩn đoán bằng sinh thiết khối u dưới hướng dẫn của siêu âm mới cho chẩn đoán xác định.

II. CHỈ ĐỊNH

Các khối u gan.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ chuyên khoa đã được đào tạo về siêu âm doppler.
- 01 Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm doppler: 01 chiếc
- Máy tính: 01 chiếc
- Máy in màu: 01 chiếc
- Bàn làm việc để máy tính, máy in.
- Bàn siêu âm (dùng cho người bệnh nằm): 01 chiếc
- Gel siêu âm.

3. Người bệnh

Cũng như siêu âm bụng, người bệnh nên được nhịn ăn sau 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án

Nếu có hồ sơ bệnh án nên tham khảo thêm các thăm dò hình ảnh khác như: Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, chụp cộng hưởng từ ổ bụng có tiêm thuốc.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

- Người bệnh được nằm lên bàn siêu âm, tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái, thẳng hai chân, cho hai tay lên đầu, bộc lộ toàn bộ phần thượng vị và vùng hạ sườn phải.
- Sau khi kiểm tra vị trí khối u bằng siêu âm 2D, sau đó sẽ kiểm tra bằng siêu âm doppler năng lượng và siêu âm doppler màu.
- Kiểm tra sự tăng sinh mạch bằng siêu âm doppler năng lượng, xét nghiệm HIV.
- Kiểm tra các mạch máu quanh khối u.
- Đánh giá kết quả, chụp ảnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Minh Thông và CS: Siêu âm Doppler màu trong thăm khám mạch máu tạng và mạch ngoại biên. Nhà xuất bản Y học, 2012
2. Thomas L.Szabo: Diagnostic ultrasound Imaging: Inside out. Elsevier acadermia press, 2004.
3. W.Schaberle. “Ultraound in vascular Diagnosis”, Spinger-Verlag Berlin heidelberg, 2004.
4. Killi RM. “Doppler sonography of the native liver”. Eur J Radiol 1999; 32 (1): 21-36.
5. Leslie M. Scoutt “ Ultrasound Clinics” Elsevier Saunders, 2007.
6. Phillip M Hokgkin, A.R. Bodenham, Scott T. Reeves: “*Practical Ultrasound in Anesthesia for critical care and pain management*”, Informa Healthcare, New York London, 2008.

SIÊU ÂM DOPPLER MẠCH MÁU HỆ TĨNH MẠCH CỬA HOẶC MẠCH MÁU Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm doppler hệ tĩnh mạch cửa trong gan có vai trò quan trọng trong thăm khám bệnh lý về gan cũng như mạch máu trong gan như: Tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch trên gan..., là kỹ thuật không xâm lấn, không chỉ cho chúng ta biết hướng dòng chảy mà còn biết được tốc độ dòng chảy, sự bí tắc hay sự thông động tĩnh mạch (Shunt).

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý động mạch: Hẹp tắc, giả phình, phình mạch, các rối loạn huyết động.
- Bệnh lý tĩnh mạch: Tắc mạch do huyết khối, suy tĩnh mạch.
- Các bệnh lý khác: Dò động tĩnh mạch (Shunt).
- Các bệnh lý không phải bệnh mạch máu: Xơ gan.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ chuyên khoa đã được đào tạo về siêu âm doppler.
- 01 Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm doppler: 01 chiếc
- Máy tính: 01 chiếc
- Máy in màu: 01 chiếc
- Bàn siêu âm (dùng cho người bệnh nằm): 01 chiếc
- Gel siêu âm.

3. Người bệnh

Cũng như siêu âm bụng, người bệnh nên được nhịn ăn sau 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án

Nếu có hồ sơ bệnh án nên tham khảo thêm các thăm dò hình ảnh khác như: Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, chụp cộng hưởng từ ổ bụng có tiêm thuốc.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra chỉ định lâm sàng, cần khảo sát thăm khám mạch máu nào.

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra xem người bệnh có nhịn ăn không, người bệnh nhịn ăn sự thăm khám sẽ tốt hơn.

3. Thực hiện kỹ thuật

– Người bệnh được thăm khám siêu âm như siêu âm bụng bình thường với các mặt cắt khác nhau tùy theo mạch máu chúng ta cần thăm khám: người bệnh được nằm lên bàn tư thế nằm ngửa, bộc lộ vùng thượng vị, hạ sườn phải.

– Siêu âm B-Scan, khảo sát toàn bộ ổ bụng nói chung và xác định kích thước gan và lách.

– Siêu âm doppler màu thường, dùng đầu dò với tần số 3MHz để khảo sát mạch máu sâu, trong khi dùng đầu dò với tần số cao hơn (5-7.5MHz) để khảo sát mạch máu nông hơn.

– Siêu âm doppler năng lượng.

– Siêu âm phổ.

– Các nghiệm pháp kèm theo: hít thở, valsalva, chèn ép, hồi lưu...

– Dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán, khảo sát cả hệ mạch cửa, lách, mạc treo tràng và mạch thân tạng cũng như hệ mạch chủ dưới.

– Lưu ý rằng: dòng chảy tĩnh mạch cửa luôn chậm (16-40cm/s) hơn các động mạch gan chạy bên cạnh.

– Đánh giá các chỉ số: khẩu kính mạch, tốc độ dòng chảy, tắc mạch, xơ vữa mạch máu... ghi kết quả, chụp ảnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Minh Thông và CS: “Siêu âm Doppler màu trong thăm khám mạch máu tạng và mạch ngoại biên”. Nhà xuất bản Y học, 2012.

2. Thomas L. Szabo: *Diagnostic ultrasound Imaging: Inside out*. Elsevier acadermia press, 2004.

3. W.Schaberle.” *Ultrasound in vascular Diagnosis*”,Spinger-Verlag Berlin heidelberg, 2004.

4. Killi RM. “*Doppler sonography of the native liver*”. Eur J Radiol 1999; 32 (1): 21-36.

5. Leslie M. Scoult “ *Ultrasound Clinics*” Elsevier Saunders, 2007.

6. Phillip M Hokgkin, A.R. Bodenham, Scott T. Reeves: “*Practical Ultrasound in Anesthesia for critical care and pain management*”, Informa Healthcare, New York London, 2008.

SIÊU ÂM CAN THIỆP - ĐẶT ỐNG THÔNG DẪN LƯU Ổ ÁP XE GAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật dẫn lưu mũ các ổ áp xe trong gan dưới sự quan sát và hướng dẫn của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ổ áp xe có đường kính ≥ 5 cm.
- Ổ áp xe có đường kính < 5 cm đã chọc hút bằng kim 18G tái phát nhiều lần.
- Ổ áp xe dọa vỡ.
- Ổ áp xe đã dịch hóa trên siêu âm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu: tỷ lệ prothrombin $< 50\%$, tiểu cầu < 100 G/L.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ: 01 điều khiển máy siêu âm, 01 thực hiện thủ thuật.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Máy siêu âm đầu dò quét thẳng hoặc quét hình quạt.
- Bộ ống thông dẫn lưu Pigtail 8F.
- Dây dẫn đường (Guide-wire).
- Găng, bông, gạc vô khuẩn.
- Các dụng cụ vô khuẩn khác: bơm và kim tiêm, chỉ khâu chân dẫn lưu, khay men, khay quả đậu, khăn trải có lỗ, các lọ đựng bệnh phẩm làm xét nghiệm, lam kính.

2.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn, thuốc gây tê lidocain 2%.

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh về mục đích làm thủ thuật, động viên người bệnh an tâm và hợp tác với thầy thuốc.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo qui định chung, có đủ xét nghiệm máu chảy, máu đông, đông máu cơ bản nằm trong giới hạn bình thường và một số xét nghiệm vi sinh khác.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

– Đặt đầu dò tìm vị trí thuận lợi nhất: ổ áp xe gan nằm giữa đường dẫn, đường đi của kim không đi qua các mạch máu lớn, túi mật. Đường đi của kim ngắn nhất nhưng phải qua nhu mô gan lành.

– Sát khuẩn vùng định chọc, trải khăn có lỗ.

– Gây tê và chọc theo kỹ thuật đã giới thiệu, khi kim vào giữa ổ áp xe, rút nòng thông, dùng bơm tiêm 20 ml hút mủ, lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm.

– Đưa guide-wire dẫn đường vào ổ áp xe: đưa guide-wire ổ áp xe qua kim chọc dẫn lưu, tiếp tục đẩy guide-wire vào trong ổ áp xe cho đến khi toàn bộ phần ngọn của guide-wire đã nằm trong ổ áp xe.

– Đưa ống thông dẫn lưu vào trong ổ áp xe: đưa ống thông dẫn lưu Pigtail vào trong ổ áp xe theo guide-wire, kiểm tra đầu ống thông Pigtail đã nằm ở vị trí dẫn lưu thuận lợi, rút guide-wire, cố định ống thông dẫn lưu qua da.

– Hút mủ và bơm rửa ổ áp xe: dịch mủ từ trong ổ áp xe được hút một chiều bằng syring qua dẫn lưu. Sau đó dùng nước muối sinh lý bơm rửa nhiều lần đến khi dịch trong trở lại.

VI. THEO DÕI

Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, vị trí chọc kim, chân ống thông dẫn lưu, tình trạng bụng, tình trạng hô hấp của người bệnh trong 24 giờ sau làm thủ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chảy máu: nếu có dịch ổ bụng chọc dò ra máu thì cần xét chỉ định ngoại khoa để phẫu thuật.

– Viêm phúc mạc: do rỉ mủ vào trong ổ bụng, rỉ mật vào ổ bụng, chỉ định khoa ngoại để phẫu thuật.

– Thủng tạng rỗng: chỉ định khoa ngoại để phẫu thuật.

– Tràn khí màng phổi: dẫn lưu khí màng phổi.

– Tràn mủ màng phổi: dẫn lưu mủ màng phổi.

– Tắc, tụt ống thông dẫn lưu: bơm nước muối sinh lý thông ống thông dẫn lưu nếu tắc, đặt lại ống thông dẫn lưu nếu tụt.

SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT NANG GAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là quá trình dùng kim chọc vào nang gan để hút dịch trong nang gan ra. Mục đích để chẩn đoán hoặc điều trị dưới hướng dẫn của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chọc hút để chẩn đoán nang gan.
- Điều trị: Nang lớn gây đau, khó chịu cho người bệnh. Nang nhiễm trùng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu: Prothrombine < 50%
- Tiểu cầu < 50 G/l
- Dị ứng với thuốc gây tê: Xylocain
- Đường vào không an toàn trên siêu âm
- Người bệnh không đồng ý can thiệp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ: 01 làm siêu âm và 01 chọc hút.
- 01 hoặc 02 điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm: 01 chiếc
- Cáng nằm: 01 chiếc.
- Kim chọc dò tủy sống loại 21G hoặc 23G: 01 cái
- Bơm tiêm 5ml: 01 cái, bơm tiêm 10 ml: 01 cái
- Xylocain 2% 2ml: 01 ống
- Bông cotton: vừa đủ
- Gạc vô trùng miếng nhỏ: 10 cái
- Xăng có lỗ: 01 cái
- Cồn sát trùng 70⁰: 01 lọ to dùng sát trùng tay
- Băng dính y tế: 01 cuộn
- Găng tay vô trùng: 03 đôi

3. Người bệnh

- Cần được giải thích rõ mục đích của thủ thuật, các tai biến có thể xảy ra. Phải ký vào giấy cam đoan làm thủ thuật.
- Có người nhà đi cùng.

4. Hồ sơ bệnh án

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, kèm theo phim chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ nếu có.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra phiếu chỉ định, phiếu cam đoan của người bệnh.
- Kiểm tra các xét nghiệm: Công thức máu, đông máu cơ bản, xét nghiệm HIV, xét nghiệm dịch trong nang.
- Kiểm tra xem người bệnh có dị ứng thuốc gì không.
- Các thăm dò cận lâm sàng: Kết quả siêu âm, CT scanner, MRI.

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được nằm trên cang theo quy trình siêu âm bụng.
- Bác sĩ làm siêu âm kiểm tra vị trí nang gan và xác định đường vào, cùng bác sĩ chọc hút xác định hướng đi của kim.
- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên sát trùng nơi định chọc.
- Bác sĩ làm chọc hút đi gắng vô trùng, trải sẵn có lỗ vào vị trí chọc hút nang.
- Gậy tê nơi chọc.
- Dùng kim chọc qua da và vào thẳng vị trí nang gan, khi đầu kim vào tới nang gan, dùng syringe 10ml lấp vào kim chọc hút để ch hút dịch trong nang, tùy theo từng người bệnh mà hút nhiều hay ít dịch ra.
- Dặn người bệnh nhin thở và rút nhanh kim ra khỏi cơ thể.
- Băng dính gạc chỗ chọc, sau đó chuyển người bệnh về phòng theo dõi.

V. THEO DÕI

Người bệnh được theo dõi: toàn trạng, mạch, huyết áp trong 6 giờ, nằm tại giường.

VI. TAI BIẾN

Nhìn chung đây là thủ thuật khá an toàn cho người bệnh, tuy nhiên cũng lưu ý một số tai biến có thể xảy ra như sau:

- Chảy máu: theo dõi sát, nếu chảy ít không cần can thiệp mà người bệnh cần nằm theo dõi thêm, chảy nhiều nên can thiệp ngoại khoa, truyền máu.
- Thủng tạng rỗng: phẫu thuật.
- Đau chỗ chọc: có thể uống thuốc giảm đau như: Efferalgan...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Loes van Keimpema, Daan B. de Koning, Simon P. Strijk, and Joost P. H. Drenth: "Aspiration- sclerotherapy results in effective control of liver volume in patient with liver cysts". Dig Dis Sci. 2008 August; 53(8): 2251-2257.
3. Brian C. Lucey and Ewa Kuligowska: "Radiologic management of cysts in the abdomen and pelvis", Americal journal of roentgetology, Volume 186, number 2, 2006.

SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT TẾ BÀO KHỐI U GAN, TỤY, KHỐI U Ổ BỤNG BẰNG KIM NHỎ

I. ĐỊNH NGHĨA

Là quy trình dùng kim có kích thước 21G hoặc nhỏ hơn để chọc vào tổn thương là các khối u tụy, gan, ổ bụng dưới hướng dẫn của siêu âm, mục đích là lấy tế bào từ những tổn thương này phết lên lam kính, nhuộm và đọc tế bào.

II. CHỈ ĐỊNH

U gan, tụy, lách, thận, hạch và các khối u khác trong ổ bụng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu: Prothrombine < 50%
- Tiểu cầu < 50 G/l
- Dị ứng với thuốc gây tê: Xylocain
- Đường vào không an toàn trên siêu âm
- Người bệnh không đồng ý can thiệp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ: 01 làm siêu âm, 01 chọc hút.
- 01 hoặc 02 điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm: 01 chiếc
- Cáng nằm: 01 chiếc
- Kim chọc hút loại nhỏ 21G hoặc 23G: 01 cái
- Bơm tiêm 5ml: 1 cái, bơm tiêm 10 ml: 01 cái
- Xylocain 2% 2ml: 01 ống
- Băng cồn: Vừa đủ
- Gạc vô trùng miếng nhỏ: 10 cái
- Xăng có lỗ: 01 cái
- Lam kính: 4 - 6 cái
- Cồn tuyệt đối: 10 ml

- Cồn sát trùng 70⁰: 01 lọ to dùng sát trùng tay.
- Băng dính y tế: 01 cuộn
- Găng tay vô trùng: 03 đôi

3. Người bệnh

- Cần được giải thích rõ mục đích của thủ thuật, các tai biến có thể xảy ra. Phải ký vào giấy cam đoan làm thủ thuật.
- Có người nhà đi cùng.

4. Hồ sơ bệnh án

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, kèm theo phim chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ nếu có.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra phiếu chỉ định, phiếu cam đoan của người bệnh, phiếu làm tế bào học.
- Kiểm tra các xét nghiệm: Công thức máu, đông máu cơ bản, xét nghiệm HIV.
- Kiểm tra xem người bệnh có dị ứng thuốc gì không.
- Các thăm dò cận lâm sàng: Kết quả siêu âm, CT scanner, MRI.

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được nằm trên cang theo qui trình siêu âm bụng.
- Bác sĩ làm siêu âm kiểm tra vị trí khối u và xác định đường vào, cùng bác sĩ chọc hút xác định hướng đi của kim.
- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên sát trùng nơi định chọc.
- Bác sĩ chọc hút đi găng vô trùng, trải sẵn có lỗ.
- Gây tê nơi chọc.
- Dùng kim chọc qua da và vào thẳng vị trí khối u để hút tế bào, khi đầu kim vào tới nơi cần lấy tế bào: hút syringe chân không rồi đẩy vào, rút ra 3-5 lần để cho tế bào bị hút vào trong lòng kim.
- Dặn người bệnh nhịn thở và rút nhanh kim ra khỏi cơ thể.
- Băng dính gạc chỗ chọc, rồi chuyển người bệnh về phòng theo dõi.
- Bơm tế bào hút được lên lam kính, phết thành 4 đến 6 lam kính, để khô và cố định bằng cồn tuyệt đối.
- Gửi lam kính đã cố định đến trung tâm giải phẫu bệnh để đọc tế bào.

VI. THEO DÕI

Người bệnh được theo dõi: toàn trạng, mạch, huyết áp trong 6 giờ, nằm tại giường.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nhìn chung đây là thủ thuật khá an toàn cho người bệnh, tuy nhiên cũng lưu ý một số tai biến có thể xảy ra như sau:

- Chảy máu: theo dõi sát, nếu chảy ít không cần can thiệp mà người bệnh cần nằm theo dõi thêm, chảy nhiều nên can thiệp ngoại khoa, truyền máu.
- Thủng tạng rỗng: phẫu thuật.
- Đau chỗ chọc: có thể uống thuốc giảm đau như: Efferalgan...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Phillip M Hokgkin, A.R. Bodenham, Scott T. Reeves: “*Practical Ultrasound in Anesthesia for critical care and pain management*”, Informa Healthcare, New York London, 2008.
3. Daniel A. Lichtenstein: “*General Ultrasound in the Critically Ill*”, Springer – Verlag France, 2002.
4. <http://www.webmd.com/hepatitis/percutaneous-liver-biopsy?page=2>
<http://www.uptodate.com/contents/percutaneous-fine-needle-aspiration-and-laparoscopic-liver-biopsy>

SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT VÀ TIÊM THUỐC ĐIỀU TRỊ NANG GAN

I. ĐỊNH NGHĨA

Là một trong những phương pháp đơn giản và hiệu quả trong quá trình điều trị nang gan. Đây là quá trình dùng kim chọc vào nang gan dưới hướng dẫn của siêu âm, hút dịch trong nang gan ra rồi bơm thuốc vào nang gan nhằm làm xơ hóa thành nang.

II. CHỈ ĐỊNH

Nang gan đơn thuần, một nang lớn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu: Prothrombine < 50%
- Tiểu cầu < 50 G/l
- Dị ứng với thuốc gây tê: Xylocain
- Đường vào không an toàn trên siêu âm
- Người bệnh không đồng ý can thiệp
- Nang gan biến chứng: chảy máu, nhiễm trùng, vỡ
- Gan đa nang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ: 01 làm siêu âm, 01 chọc hút
- 01 hoặc 02 điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên

2. Phương tiện

- Máy siêu âm: 01 chiếc
- Cáng nằm: 01 chiếc
- Kim chọc hút loại 21G - 23G: 01 cái
- Bơm tiêm 5ml: 01 cái, bơm tiêm 10 ml: 01 cái
- Xylocain 2% 2ml: 01 ống
- Cồn tuyệt đối: tùy theo từng người bệnh mà tiêm nhiều hay ít.
- Băng cồn: vừa đủ
- Gạc vô trùng miếng nhỏ: 10 cái

- Xăng có lỗ: 01 cái
- Cồn sát trùng 70⁰: 01 lọ to dùng sát trùng tay
- Băng dính y tế: 01 cuộn
- Găng tay vô trùng: 03 đôi

3. Người bệnh

– Cần được giải thích rõ mục đích của thủ thuật, các tai biến có thể xảy ra. Phải ký vào giấy cam đoan làm thủ thuật.

- Có người nhà đi cùng.

4. Hồ sơ bệnh án

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, kèm theo phim chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ nếu có.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra phiếu chỉ định, phiếu cam đoan của người bệnh.
- Kiểm tra các xét nghiệm: Công thức máu, đông máu cơ bản, xét nghiệm HIV.
- Kiểm tra xem người bệnh có dị ứng thuốc gì không.
- Các thăm dò cận lâm sàng: kết quả siêu âm, CT scanner, MRI.

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được nằm trên cang theo qui trình siêu âm bụng.
- Kiểm tra nang gan trước khi làm thủ thuật.
- Bác sĩ làm siêu âm kiểm tra vị trí nang gan và xác định đường vào, cùng bác sĩ chọc hút xác định hướng đi của kim.
- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên sát trùng nơi định chọc.
- Bác sĩ làm chọc hút đi găng vô trùng, trái sáng có lỗ vào vị trí chọc hút nang.
- Gây tê nơi chọc.
- Dùng kim chọc qua da và vào thẳng vị trí nang gan, khi đầu kim vào tới nang gan, dùng bơm tiêm 10ml lắp vào kim chọc hút để chút dịch trong nang, tùy theo từng người bệnh mà hút nhiều hay ít dịch ra.
- Sau khi hút gần hết dịch, bơm còn tuyệt đối vào nang, số lượng tùy người bệnh: Thường bơm vào 30-50% so với lượng dịch hút ra, nhưng không quá 200ml. Và phụ thuộc vào khả năng chịu đựng của người bệnh với cồn. Thời gian lưu chất gây xơ khoảng 12- 16 giờ.

- Dẫn người bệnh nhin thờ và rút nhanh kim ra khỏi cơ thể.
- Băng dính gạc chỗ chọc, sau đó chuyển người bệnh về phòng theo dõi.

VI. THEO DÕI

Người bệnh được theo dõi: toàn trạng, mạch, huyết áp trong 6 giờ, nằm tại giường.

VII. TAI BIẾN

Nhìn chung đây là thủ thuật khá an toàn cho người bệnh, tuy nhiên cũng lưu ý một số tai biến có thể xảy ra như sau:

- Chảy máu: theo dõi sát, nếu chảy ít không cần can thiệp mà người bệnh cần nằm theo dõi thêm, chảy nhiều nên can thiệp ngoại khoa, truyền máu.
- Thủng tạng rỗng: phẫu thuật.
- Đau chỗ chọc: có thể uống thuốc giảm đau như: Efferalgan...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Loes van Keimpema, Daan B. de Koning, Simon P. Strijk, and Joost P. H. Drenth: "Aspiration- sclerotherapy results in effective control of liver volume in patient with liver cysts". Dig Dis Sci. 2008 August; 53(8): 2251-2257.
3. Brian C. Lucey and Ewa Kuligowska: "Radiologic management of cysts in the abdomen and pelvis", Americal journal of roentgetology, Volume 186, number 2, 2006.

SIÊU ÂM CẢN THIỆP- ĐẶT DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT, ĐẶT STENT ĐƯỜNG MẬT QUA DA

I. ĐẠI CƯƠNG

Có nhiều nguyên nhân gây tắc nghẽn đường mật, bao gồm cả những nguyên nhân lành tính và ác tính. Trong những trường hợp tắc mật dẫn lưu đường mật, đặt stent đường mật sẽ có hiệu quả làm giảm áp lực đường mật, lưu thông đường mật giải quyết sự tắc mật để phòng ngừa các biến chứng, cải thiện chất lượng sống và thời gian sống cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Giảm tắc nghẽn đường mật, lập lại lưu thông đường mật do: ung thư đường mật, ung thư từ cơ quan lân cận xâm lấn đường mật (ung thư túi mật, ung thư tế bào gan, ung thư tụy), ung thư di căn vùng rốn gan, ung thư vùng bóng Vater, ung thư đầu tụy mà không còn khả năng phẫu thuật hoặc tình trạng người bệnh chưa cho phép phẫu thuật, sỏi mật gây tắc mật có nhiễm trùng đường mật cấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu: PT < 60%, tiêu cầu < 50.000.
- Cổ trướng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Máy siêu âm với đầu dò 3,5MHz.
- Máy X quang C-arm với màn huỳnh quang tăng sáng.
- Kim Secalon 18-21G.
- Dây dẫn đường (guide wire): đầu chữ J và thẳng.
- Bộ ống nong và ống dẫn lưu (ODL) 8F-16F.
- Ống silicon 14F, ống latex phủ silicon 16F.
- Các dụng cụ vô khuẩn khác: bơm và kim tiêm, khay quả đậu, khăn trải có lỗ, túi chứa dịch.

2.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn, lidocain 2%, thuốc tiền mê (fentanyl, midazolam).

3. Người bệnh

Được đặt đường truyền tĩnh mạch và tiền mê.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm cần thiết.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

– Chọc đường mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm theo kỹ thuật bàn tay tự do của Matalon TA: chọc kim 18-21G vào đường mật gan phải.



- Chọc đường mật qua da:
 - + Đánh giá hệ thống cây đường mật bằng chọc đường mật qua da.
 - + Tiếp tục thực hiện chọc đường mật gan trái (nếu có chỉ định).
- Đưa guide wire theo catheter vào đường mật. Cố gắng vượt qua đoạn hẹp đường mật và xuống tá tràng.
 - Nếu guide wire qua được đoạn hẹp:
 - + Nong đường hầm mật da và nong đoạn hẹp theo kỹ thuật nong bằng ống.
 - + Đưa stent vào trong lòng đường mật: stent được đưa vào lòng đường mật qua guide wire. Kiểm tra và đặt các stent ở vị trí thích hợp.
 - + Mở stent và kiểm tra sự lưu thông đường mật: các stent được mở đồng thời. Kiểm tra lưu thông đường mật.
 - Đặt ống dẫn lưu mật qua da ra ngoài nếu:
 - + Nếu guide wire không vượt qua đoạn hẹp.
 - + Đặt phối hợp nhằm đề phòng biến chứng chảy máu qua vị trí kim chọc hoặc trong trường hợp stent chưa mở hoàn toàn. Dẫn lưu này sẽ được rút sau một vài ngày.
 - + Tổng trạng người bệnh nặng.

VI. THEO DÕI

Theo dõi mạch, huyết áp, vị trí chọc kim và chân dẫn lưu, tình trạng bụng, tình trạng hô hấp của người bệnh trong 24 giờ sau làm thủ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chọc vào mạch máu, chảy máu đường mật: ngừng thủ thuật, vitamin K1, plasma tươi đông lạnh nếu rối loạn đông máu nặng.

– Tràn khí màng phổi: hút hoặc dẫn lưu màng phổi.

– Nhiễm trùng đường mật, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật: sử dụng kháng sinh trước và sau khi làm thủ thuật.

– Viêm tụy cấp: điều trị như viêm tụy cấp.

– Tụt hoặc tắc ống thông dẫn lưu mật, rò mật quanh chân ống thông: đặt lại ống thông dẫn lưu, cố định lại ống thông dẫn lưu nếu có rò mật quanh chân ống thông.

SIÊU ÂM CAN THIỆP- CHỌC DỊCH Ổ BỤNG XÉT NGHIỆM

I. ĐỊNH NGHĨA

Là một thủ thuật dùng kim chọc vào ổ bụng hút dịch ra làm xét nghiệm dưới hướng dẫn của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp dịch ổ bụng số lượng không nhiều, cần phải chọc dưới hướng dẫn của siêu âm để làm xét nghiệm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu: Prothrombine < 30%.
- Tiểu cầu < 30 G/l.
- Đường vào không an toàn trên siêu âm.
- Người bệnh không đồng ý can thiệp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ: 01 làm siêu âm, 01 chọc hút.
- 01 hoặc 02 điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm: 01 chiếc
- Cáng nằm: 01 chiếc
- Kim chọc dò tùy sống 18G- 20G: 01 cái
- Bơm tiêm 5ml: 01 cái, bơm tiêm 10 ml: 01 cái
- Bông cotton: 01 lọ
- Gạc vô trùng miếng nhỏ: 10 cái
- Xăng có lỗ: 01 cái
- Cồn sát trùng 70⁰: 01 lọ to dùng sát trùng tay
- Băng dính y tế: 01 cuộn
- Găng tay vô trùng: 03 đôi.

3. Người bệnh

Cần được giải thích rõ mục đích của thủ thuật, các tai biến có thể xảy ra. Phải ký vào giấy cam đoan làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, kèm theo phim chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ nếu có.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra phiếu chỉ định, phiếu cam đoan của người bệnh. Phiếu xét nghiệm theo yêu cầu của bác sĩ điều trị.
- Kiểm tra các xét nghiệm: Công thức máu, đông máu cơ bản, xét nghiệm HIV.

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được nằm trên cang theo qui trình siêu âm bụng.
- Bác sĩ làm siêu âm kiểm tra vị trí dịch trong ổ bụng, chọn đường vào.
- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên sát trùng nơi sẽ chọc.
- Bác sĩ làm chọc hút đi găng vô trùng, trải sẵn có lỗ vào vị trí chọc dịch.
- Dùng kim chọc qua da và vào thẳng vị trí dịch, sau đó dùng bơm tiêm tiêm 10ml hút dịch ra làm xét nghiệm theo yêu cầu của bác sĩ điều trị ghi trên giấy xét nghiệm: Nuôi cấy, làm tế bào, hóa sinh....
- Băng dính gạc chỗ chọc, sau đó chuyển người bệnh về phòng theo dõi.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nhìn chung đây là thủ thuật khá an toàn cho người bệnh, tuy nhiên cũng lưu ý một số tai biến có thể xảy ra như sau:

- Chảy máu: theo dõi sát, nếu chảy ít không cần can thiệp mà người bệnh cần nằm theo dõi thêm, chảy nhiều nên can thiệp ngoại khoa, truyền máu.
- Thủng tạng rỗng: phẫu thuật.
- Đau chỗ chọc: có thể uống thuốc giảm đau như: Efferalgan...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
 2. Phillip M Hokgkin, A.R. Bodenham, Scott T. Reeves: “*Practical Ultrasound in Anesthesia for critical care and pain management*”, Informa Healthcare, New York London, 2008.
 3. Daniel A. Lichtenstein: “*General Ultrasound in the Critically Ill*”, Springer – Verlag France, 2002.
- <http://emedicine.medscape.com/article/80944-overview>.

SIÊU ÂM CAN THIỆP - ĐẶT ỐNG THÔNG ĐƯỜNG MẬT QUA DA ĐỂ CHỤP ĐƯỜNG MẬT CÓ PHỐI HỢP DƯỚI C-ARAM

I. ĐẠI CƯƠNG

Chẩn đoán xác định nguyên nhân tắc mật thường rất khó khăn đòi hỏi phải có sự hỗ trợ của nhiều thăm dò đường mật khác nhau. Chụp đường mật xuyên gan qua da sẽ cung cấp nhiều thông tin để chẩn đoán bệnh lý đường mật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xác định mức độ tắc nghẽn ở người bệnh giãn đường mật.
- Đánh giá sỏi đường mật nếu nghi ngờ.
- Xác định nguyên nhân viêm đường mật.
- Đánh giá nếu nghi ngờ có rối loạn viêm đường mật.
- Chứng minh vị trí rò rỉ mật khi ERCP thất bại hoặc chống chỉ định.
- Đánh giá, phân loại nang ống mật chủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu: tỷ lệ prothrombin < 60%, tiểu cầu < 50.000.
- Cổ trướng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Máy siêu âm có doppler với đầu dò 3,5MHz.
- Máy X quang C-arm có màn huỳnh quang tăng sáng.
- Kim 21G hoặc 22G.
- Các dụng cụ vô khuẩn khác: bơm và kim tiêm, khay quả đậu, khăn trải có lỗ, các lọ đựng bệnh phẩm xét nghiệm.

2.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn, lidocain 2%, thuốc tiền mê (fentanyl, midazolam).

3. Người bệnh

Được đặt đường truyền tĩnh mạch và tiền mê.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm cần thiết.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sử dụng kỹ thuật Doppler để phân biệt mạch máu và đường mật, tránh biến chứng chọc nhầm vào mạch máu.
- Chọc đường mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm theo kỹ thuật bàn tay tự do của Matalon TA.



- Sau khi chọc kim được vào đường mật bơm thuốc cản quang vào để chụp đường mật.
- Đánh giá hệ thống cây đường mật sau khi chụp đường mật qua da.

VI. THEO DÕI

Theo dõi mạch, huyết áp, vị trí chọc kim, tình trạng bụng, tình trạng hô hấp của người bệnh trong 24 giờ sau làm thủ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn, viêm đường mật, viêm phúc mạc mật: kháng sinh, trước và sau khi làm thủ thuật dùng kháng sinh để hạn chế biến chứng nhiễm khuẩn nặng lên.
- Chảy máu: ngừng thủ thuật, vitamin K1, trường hợp nặng cần truyền plasma tươi.
- Tràn khí màng phổi: hút hoặc dẫn lưu khí màng phổi.
- Rò mật: kháng sinh, băng ép vị trí chọc kim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Matalon, T. A., Silver, B. (1990). "US guidance of intervention procedure". Radiology. 174, pp 43-47
3. Wael E. A. Saad, MD, Michael J. Wallace, MD, Joan C. Wojak, MD, Sanjoy Kundu, MD, and John F. Cardella, MD (2010). " Quality Improvement Guidelines for Percutaneous Transhepatic Cholangiography, Biliary Drainage, and Percutaneous Cholecystostomy. J Vasc Interv Radiol; 21:789 –795.

SIÊU ÂM CAN THIỆP - TIÊM CỒN TUYỆT ĐỐI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ GAN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Nguyên lý

Cồn tuyệt đối được tiêm trực tiếp vào khối u gan qua da. Cồn tuyệt đối (Ethanol 98%) làm hoại tử tế bào theo hai cơ chế: gây mất nước cấp làm nguyên sinh chất tế bào bị đông vón dẫn đến xơ hoá, cồn còn xâm nhập vào mạch máu gây hoại tử tế bào nội mạc, gây ngưng kết tiểu cầu tạo hiện tượng tắc mạch quanh u gây thiếu máu tổ chức u.

2. Kỹ thuật

Sau khi gây tê tại chỗ, kim tiêm cồn được đưa qua da vào khối u dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính. Thường sử dụng cồn 99,5%, lượng cồn mỗi lần tiêm từ 2-10ml.

Tổng lượng cồn được tính theo công thức: $V(\text{ml}) = 4/3 \times \pi (\gamma+1)^3$

Trong đó γ là bán kính khối u (cm) thêm 1cm vùng ngoại vi khối u.

Việc tiêm cồn có thể lặp lại hai lần một tuần đến khi vùng tăng âm chiếm toàn bộ khối u. Với khối u 3cm thường cần 6 lần, tối đa là 12 lần.

II. CHỈ ĐỊNH

Khối u nhỏ < 5cm, đặc biệt khối < 3 cm ở người bệnh không thể phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Xơ gan giai đoạn Child Pugh C.
- Huyết khối tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch trên gan, di căn hạch và các cơ quan khác.
- Có rối loạn đông máu nặng.
- Có các bệnh khác kèm theo: suy tim, suy thận.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 bác sĩ có kinh nghiệm làm siêu âm can thiệp, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm.
- Kim tiêm cồn 21G x 200mm, hoặc dùng kim chọc tủy sống 20G x 88mm.
- Bơm tiêm, dây truyền dịch, kim lùn 1 bộ.

- Còn tuyệt đối 10 ml.
- Xylocain, Perfalgal 1 lọ 1g, dung dịch NaCl 9% 500ml.
- Găng vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn tay, cồn iod, gạc vô trùng, khăn có lỗ.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích mục đích, tai biến của thủ thuật, tác dụng phụ thường gặp. Người bệnh được viết cam đoan theo mẫu.

4. Hồ sơ bệnh án

Có đủ các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, đông máu cơ bản, HIV. Kết quả xét nghiệm nằm trong giới hạn cho phép.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

– Chuẩn bị người bệnh: tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái. Được đặt đường truyền tĩnh mạch tay trái bằng dung dịch NaCl 0,9%.

– Đặt đầu dò siêu âm tìm vị trí thuận lợi nhất: khối u gan nằm giữa đường dẫn, đường đi của kim không đi qua các mạch máu lớn, túi mật.

– Sát trùng vị trí chọc kim. Trải khăn có lỗ.

– Gây tê tại chỗ chọc kim: da, cơ, màng bụng.

– Chọc kim tiêm cồn qua da vào gan theo đường dẫn của siêu âm tới khối u. Bơm 2-10 ml dung dịch cồn tuyệt đối vào khối u. Giảm đau cho người bệnh bằng Perfalgal nếu người bệnh đau nhiều.

– Ghi hồ sơ bệnh án: ngày giờ làm thủ thuật, bác sĩ thực hiện thủ thuật. Vị trí khối u gan được tiêm cồn, lượng cồn đã tiêm vào khối u.

VI. THEO DÕI

– Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng bụng của người bệnh trong 36 giờ sau khi làm thủ thuật.

– Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu, thủng tạng...), ghi hồ sơ bệnh án.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chảy máu trong ổ bụng: tiêm tĩnh mạch transamin; bù dịch và máu nếu cần, theo dõi chặt chẽ và can thiệp ngoại khoa nếu tình trạng chảy máu trong ổ bụng không kiểm soát được.

– Viêm phúc mạc do chọc vào tạng rỗng, thấm mật phúc mạc: chuyên ngoại khoa.

– Tràn khí màng phổi: chọc hút, dẫn lưu khí và theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Tito Livraghi M.D., Claudio Vettori. Percutaneous ethanol injection therapy of hepatoma. *CardioVascular and Interventional Radiology* 1990, Volume 13, Issue 3, pp 146-152.
3. R. Lencioni, F. Pinto, Long-term results of percutaneous ethanol injection therapy for hepatocellular carcinoma in cirrhosis: a European experience. *European Radiology*. May 1997, Volume 7, Issue 4, pp 514-519.

SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT MỦ Ổ ÁP XE GAN

I. ĐỊNH NGHĨA

Là một thủ thuật dùng kim chọc vào ổ áp xe gan dưới hướng dẫn của siêu âm nhằm chẩn đoán và điều trị ổ áp xe gan.

II . CHỈ ĐỊNH

- Ổ áp xe lớn > 5cm.
- Ổ áp xe giai đoạn hóa mủ.
- Ổ áp xe dọa vỡ.
- Cặn ổ áp xe cần hút để điều trị.
- Trong trường hợp cần chẩn đoán phân biệt với u gan.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu: Prothrombine < 50%.
- Tiểu cầu < 50 G/l.
- Dị ứng với thuốc gây tê: Xylocain.
- Đường vào không an toàn trên siêu âm.
- Người bệnh không đồng ý can thiệp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ: 01 làm siêu âm, 01 chọc hút.
- 01 hoặc 02 điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm: 01 chiếc
- Cáng nằm: 01 chiếc
- Kim chọc tủy sống loại 18G - 20G hoặc kim sắt có nòng loại lớn: 01 cái
- Bơm tiêm 5ml: 01 cái, bơm tiêm 10 ml: 01 cái
- Xylocain 2% 2ml: 01 ống
- Bông cotton: 01 lọ
- Gạc vô trùng miếng nhỏ: 10 cái

- Săng có lỗ: 01 cái
- Cồn sát trùng 70⁰: 01 lọ to dùng sát trùng tay
- Băng dính y tế: 01 cuộn
- Găng tay vô trùng: 03 đôi

3. Người bệnh

- Cần được giải thích rõ mục đích của thủ thuật, các tai biến có thể xảy ra. Phải ký vào giấy cam đoan làm thủ thuật.
- Có người nhà đi cùng.

4. Hồ sơ bệnh án

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, kèm theo phim chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ nếu có.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra phiếu chỉ định, phiếu cam đoan của người bệnh. Phiếu xét nghiệm nuôi cấy dịch ổ áp xe hoặc làm tế bào học.
- Kiểm tra các xét nghiệm: công thức máu, đông máu cơ bản, xét nghiệm HIV.
- Kiểm tra xem người bệnh có dị ứng thuốc gì không.
- Các thăm dò cận lâm sàng: kết quả siêu âm, CT scanner, MRI.

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được nằm trên cang theo qui trình siêu âm bụng.
- Bác sĩ làm siêu âm kiểm tra vị trí nang gan và xác định đường vào, cùng bác sĩ chọc hút xác định hướng đi của kim.
- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên sát trùng nơi sẽ chọc.
- Bác sĩ làm chọc hút đi găng vô trùng, trải săng có lỗ vào vị trí chọc hút.
- Gây tê nơi chọc.
- Dùng kim chọc qua da và vào thẳng vị trí ổ áp xe gan, khi đầu kim vào tới ổ áp xe gan, dùng bơm tiêm 10ml lắp vào kim chọc hút để chích dịch trong ổ áp xe, hút ra càng nhiều càng tốt, hút cho tới khi nào không thể hút được nữa thì dừng.
- Dặn người bệnh nhịn thở và rút nhanh kim ra khỏi cơ thể.
- Băng dính gạc chỗ chọc, sau đó chuyển người bệnh về phòng theo dõi.

VI. THEO DÕI

Người bệnh được theo dõi: toàn trạng, mạch, huyết áp trong 6 giờ, nằm tại giường.

VII. TAI BIẾN

Nhìn chung đây là thủ thuật khá an toàn cho người bệnh, tuy nhiên cũng lưu ý một số tai biến có thể xảy ra như sau:

- Chảy máu: theo dõi sát, nếu chảy ít không cần can thiệp mà người bệnh cần nằm theo dõi thêm, chảy nhiều nên can thiệp ngoại khoa, truyền máu.
- Thủng tạng rỗng: phẫu thuật.
- Đau chỗ chọc: có thể uống thuốc giảm đau như Efferalgan...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Evan J Samett, MD; Chief Editor: Kyung J Cho, MD: "Percutaneous Abscess Drainage" Medscape Reference

SIÊU ÂM CAN THIỆP - ĐẶT ỐNG THÔNG DẪN LƯU Ồ ÁP XE GAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật dẫn lưu mủ các ổ áp xe trong gan dưới sự quan sát và hướng dẫn của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ổ áp xe có đường kính $\geq 5\text{cm}$.
- Ổ áp xe có đường kính $< 5\text{cm}$ đã chọc hút bằng kim 18G tái phát nhiều lần.
- Ổ áp xe dọa vỡ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu: tỷ lệ prothrombin $< 50\%$, tiểu cầu $< 50\text{G/L}$.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ: 01 điều khiển máy siêu âm, 01 thực hiện thủ thuật.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Máy siêu âm đầu dò quét thẳng hoặc quét hình quạt.
- Bộ ống thông dẫn lưu Pigtail 8F.
- Dây dẫn đường (Guide-wire).
- Găng, bông, gạc vô khuẩn.
- Các dụng cụ vô khuẩn khác: bơm và kim tiêm, chỉ khâu chân dẫn lưu, khay men, khay quả đậu, khăn trải có lỗ, các lọ đựng bệnh phẩm làm xét nghiệm, lam kính.

2.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn, thuốc gây tê lidocain 2%.

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh về mục đích làm thủ thuật, động viên người bệnh an tâm và hợp tác với thầy thuốc.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo qui định chung, có đủ xét nghiệm máu chảy, máu đông, đông máu cơ bản nằm trong giới hạn bình thường và một số xét nghiệm vi sinh khác.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

– Đặt đầu dò tìm vị trí thuận lợi nhất: ổ áp xe gan nằm giữa đường dẫn, đường đi của kim không đi qua các mạch máu lớn, túi mật. Đường đi của kim ngắn nhất nhưng phải qua nhu mô gan lành.

– Sát khuẩn vùng định chọc, trải khăn có lỗ.

– Gây tê và chọc theo kỹ thuật đã giới thiệu, khi kim vào giữa ổ áp xe, rút nòng thông, dùng bơm tiêm 20 ml hút mủ, lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm.

– Đưa guide-wire dẫn đường vào ổ áp xe: đưa guide-wire ổ áp xe qua kim chọc dẫn lưu, tiếp tục đẩy guide-wire vào trong ổ áp xe cho đến khi toàn bộ phần ngọn của guide-wire đã nằm trong ổ áp xe.

– Đưa ống thông dẫn lưu vào trong ổ áp xe: đưa ống thông dẫn lưu Pigtail vào trong ổ áp xe theo guide-wire, kiểm tra đầu ống thông Pigtail đã nằm ở vị trí dẫn lưu thuận lợi, rút guide-wire, cố định ống thông dẫn lưu qua da.

– Hút mủ và bơm rửa ổ áp xe: dịch mủ từ trong ổ áp xe được hút một chiều bằng bơm tiêm qua dẫn lưu. Sau đó dùng nước muối sinh lý bơm rửa nhiều lần đến khi dịch trong trở lại.

VI. THEO DÕI

Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, vị trí chọc kim, chân ống thông dẫn lưu, tình trạng bụng, tình trạng hô hấp của người bệnh trong 24 giờ sau làm thủ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu

Nếu có dịch ổ bụng chọc dò ra máu thì cần xét chỉ định ngoại khoa để phẫu thuật.

2. Viêm phúc mạc

Do rỉ mủ vào trong ổ bụng, rỉ mật vào ổ bụng, chỉ định ngoại khoa để phẫu thuật.

3. Thủng tạng rỗng

Chỉ định ngoại khoa để phẫu thuật.

4. Tràn khí màng phổi

Dẫn lưu khí màng phổi.

5. Tràn mủ màng phổi

Dẫn lưu mủ màng phổi.

6. Tắc, tụt ống thông dẫn lưu

Bơm nước muối sinh lý thông ống thông dẫn lưu nếu tắc, đặt lại ống thông dẫn lưu nếu tụt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Matalon, T. A., Silver, B. (1990). "US guidance of intervention procedure". *Radiology*. 174, pp 43-47.
3. Enver Zerem, Goran Imamović. (2006). "Ultrasound-Guided Percutaneous Treatment of Liver Abscesses: Long Term Results in a Single Center".

SIÊU ÂM CAN THIỆP - SINH THIẾT NHU MÔ GAN TỔN THƯƠNG U GAN BẰNG SÚNG PROMAG

I. ĐẠI CƯƠNG

Sinh thiết nhu mô gan, u gan bằng súng Promag là kỹ thuật lấy bệnh phẩm để xét nghiệm mô bệnh học tại đúng vùng tổn thương. Thủ thuật được thực hiện dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương khu trú ở gan, nhất là những tổn thương nghi ngờ ác tính.

- Các tổn thương lan tỏa: viêm gan, lao, xơ, rối loạn chuyển hóa.
- Sarcoidose.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tuyệt đối: các rối loạn đông máu như tỷ lệ Prothrombin < 60%, tiểu cầu < 80 G/l.
- Tương đối: cổ trướng nhiều, người bệnh trong tình trạng nặng, gan đa nang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 bác sĩ (01 điều khiển máy, 01 thủ thuật viên) và 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

Máy siêu âm với đầu dò chuyên dụng. Súng Promag với kim. Dụng cụ khác: kim, bơm tiêm, thuốc sát khuẩn, thuốc tê, lọ đựng bệnh phẩm sinh thiết, khăn trải có lỗ.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Có đủ xét nghiệm về công thức máu, đông máu cơ bản, HIV.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: tên, tuổi người bệnh, các xét nghiệm đông máu chảy máu.
- Kiểm tra người bệnh: tình trạng toàn thân, mạch, huyết áp.
- Thực hiện kỹ thuật:

+ Đặt đầu dò tìm vị trí chọc thuận lợi nhất, đường đi không xuyên qua mạch máu hoặc túi mật, đường đi ngắn nhất. Khối u nằm vào giữa đường dẫn sinh thiết, nên qua một phần gan lành.

+ Điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc kim.

+ Bác sĩ làm thủ thuật lắp kim vào súng, thử súng 1 lần trước khi tiến hành sinh thiết.

+ Gây tê tại chỗ chọc.

+ Chọc kim vào đúng vị trí tổn thương, bấm nút ở súng. Bảo người bệnh ngừng thở rồi rút kim ra ngoài.

+ Sát khuẩn và băng lại chỗ chọc.

+ Mở súng ra lấy bệnh phẩm ra cho vào lọ đựng bệnh phẩm.

+ Dẫn người bệnh nằm bất động tại giường 6 giờ, theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, thành bụng trong 24 giờ.

+ Bác sĩ làm thủ thuật ghi vào hồ sơ bệnh án giờ làm, tình trạng người bệnh.

VI. THEO DÕI

Sau khi làm thủ thuật người bệnh nằm bất động tại giường 6 giờ, việc theo dõi tình trạng mạch, huyết áp, thành bụng trong 24 giờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chảy máu: Cần hội chẩn với khoa ngoại xét khả năng can thiệp phẫu thuật. Nếu chưa cần thiết thì điều trị nội khoa và theo dõi sát.

– Rỉ mật vào ổ bụng: chuyển khoa ngoại phẫu thuật.

– Thủng tạng rỗng: chụp bụng có liềm hơi. Chuyển khoa ngoại mổ.

– Tràn khí màng phổi: dẫn lưu khí màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện (2001): 326-327

SIÊU ÂM CAN THIỆP - SINH THIẾT HẠCH Ổ BỤNG, U TỤY

I. ĐẠI CƯƠNG

Sinh thiết là phương pháp lấy mẫu bệnh phẩm bằng kim chuyên dụng, với những tổ chức nằm sâu trong cơ thể, sinh thiết có thể thực hiện được dưới hướng dẫn của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính.... Các khối u tụy, hạch trong ổ bụng có thể tiến hành sinh thiết qua da lấy mẫu bệnh phẩm dưới hướng dẫn của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

U tụy, hạch ổ bụng có thể phát hiện được bằng siêu âm 2D.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu: PT < 60%, tiêu cầu < 50.000.
- Cổ trướng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Máy siêu âm với đầu dò 3,5MHz.
- Kim sinh thiết.
- Các dụng cụ vô khuẩn khác: bơm và kim tiêm, khay quả đậu, khăn trải có lỗ, túi chứa dịch.

2.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn, lidocain 2%, thuốc tiền mê (fentanyl, midazolam).

3. Người bệnh

Được đặt đường truyền tĩnh mạch và tiền mê.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm cần thiết.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

- Xác định đường vào của kim sinh thiết bằng siêu âm. Lưu ý chọn đường vào trực tiếp khối u không xuyên qua các tạng trong ổ bụng.
- Xác định vị trí chọc kim trên da.
- Sát khuẩn vị trí chọc kim.
- Trãi toan vô khuẩn.
- Gây tê vị trí chọc kim bằng lidocain 2%.
- Chọc kim qua da theo một góc từ 30 - 60⁰ với mặt phẳng ngang, hướng kim trùng với mặt phẳng đứng dọc của đầu dò siêu âm, quan sát đầu kim trên màn hình siêu âm đến khi kim đi vào khối u.
- Lấy mẫu bệnh phẩm.
- Rút kim theo đúng hướng đi vào.
- Cho mẫu bệnh phẩm vào lọ bảo quản.

VI. THEO DÕI

Theo dõi mạch, huyết áp, vị trí chọc kim, tình trạng bụng, tình trạng hô hấp của người bệnh trong 24 giờ sau làm thủ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chọc vào mạch máu: ngừng thủ thuật, vitamin K1, plasma tươi đông lạnh nếu rối loạn đông máu nặng.
- Chọc xuyên qua các tạng rỗng như dạ dày, ruột: ngừng thủ thuật, cho người bệnh nhịn ăn, theo dõi tình trạng bụng.

SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT NANG GIẢ TỤY

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm can thiệp chọc hút nang giả tụy qua da là một kỹ thuật nhằm hút dẫn lưu dịch từ nang giả tụy qua kim nhỏ.

II. CHỈ ĐỊNH

Nang giả tụy tồn tại > 4 tuần, kích thước lớn (> 6cm), có triệu chứng đau hoặc có biến chứng nhiễm trùng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nghi ngờ nhồi máu cơ tim, hội chứng mạch vành cấp, phình tách động mạch chủ, rối loạn nhịp tim phức tạp, tăng huyết áp không kiểm soát được, suy hô hấp, tụt huyết áp.
- Rối loạn đông máu: tỷ lệ prothrombin < 50%, tiểu cầu < 50 G/l.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Máy siêu âm đầu dò quét thẳng hoặc quét hình quạt.
- Kim Seldinger 18G.
- Găng, bông, gạc vô khuẩn.
- Các dụng cụ vô khuẩn khác: bơm và kim tiêm, chỉ khâu chân dẫn lưu, khay men, khay quả đậu, khăn trải có lỗ, các lọ đựng bệnh phẩm làm xét nghiệm, lam kính.

2.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn, thuốc gây tê lidocain 2%.

3. Người bệnh

- Người bệnh phải nhịn ăn sáng.
- Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải được giải thích trước và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.
- Người bệnh phải làm các thăm dò chẩn đoán hình ảnh khác (chụp CT ổ bụng hoặc làm siêu âm nội soi) để xác định tổn thương nang giả tụy.

4. Hồ sơ bệnh án

- Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để trả lại cho người bệnh. Nếu người bệnh nội trú thì dán kết quả vào bệnh án.
- Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt đầu dò tìm vị trí thuận lợi nhất: đường đi của kim không đi qua các mạch máu, tránh vị trí có ống tiêu hóa, túi mật.
- Sát khuẩn vùng định chọc, trải khăn có lỗ.
- Gây tê tại chỗ.
- Dưới hướng dẫn siêu âm tìm nang tụy, chọn đường đi vào nang an toàn nhất, dùng kim chọc hút đi qua da và nang, tiến hành hút dịch nang đến khi hết dịch. Bệnh phẩm đưa làm xét nghiệm.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, vị trí chọc kim, chân ống thông dẫn lưu, tình trạng bụng, tình trạng hô hấp của người bệnh trong 24 giờ sau làm thủ thuật.
- Thay băng, vệ sinh chân dẫn lưu hằng ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu

Nếu có dịch ổ bụng chọc dò ra máu thì cần xét chỉ định ngoại khoa để phẫu thuật.

2. Thủng tạng rỗng

Theo dõi, hội chẩn chuyên khoa Ngoại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Alexander A. Aghdassi, Julia Mayerle, Matthias Kraft et al. Pancreatic pseudocysts when and how to treat? HPB (oxford). 2006;(8): 432-441

SIÊU ÂM CAN THIỆP - ĐẶT ỚNG THÔNG DẪN LƯU NANG GIẢ TỤY

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm can thiệp đặt ống thông dẫn lưu nang giả tụy qua da là một kỹ thuật nhằm dẫn lưu dịch từ nang giả tụy qua một ống thông qua da.

II. CHỈ ĐỊNH

Nang giả tụy tồn tại > 4 tuần, kích thước lớn (> 6cm), có triệu chứng đau hoặc có biến chứng nhiễm trùng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

– Người bệnh nghi ngờ nhồi máu cơ tim, hội chứng mạch vành cấp, phình tách động mạch chủ, rối loạn nhịp tim phức tạp, tăng huyết áp không kiểm soát được, suy hô hấp, tụt huyết áp.

– Rối loạn đông máu: tỷ lệ prothrombin < 50%, tiểu cầu < 50 G/l.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Máy siêu âm đầu dò quét thẳng hoặc quét hình quạt.
- Bộ ống thông dẫn lưu Pigtail 7-10F.
- Kim Seldinger 18G.
- Dây dẫn đường (Guide-wire).
- Găng, bông, gạc vô khuẩn.
- Các dụng cụ vô khuẩn khác: bơm và kim tiêm, chỉ khâu chân dẫn lưu, khay men, khay quả đậu, khăn trải có lỗ, các lọ đựng bệnh phẩm làm xét nghiệm, lam kính.

2.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn, thuốc gây tê lidocain 2%.

3. Người bệnh

- Người bệnh phải nhịn ăn sáng.

– Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải được giải thích trước và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

– Người bệnh phải làm các thăm dò chẩn đoán hình ảnh khác (chụp CT ổ bụng hoặc làm siêu âm nội soi) để xác định tổn thương nang giả tụy.

4. Hồ sơ bệnh án

– Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để trả lại cho người bệnh. Nếu người bệnh nội trú thì dán kết quả vào bệnh án.

– Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

– Đặt đầu dò tìm vị trí thuận lợi nhất: đường đi của kim không đi qua các mạch máu, tránh vị trí có ống tiêu hóa, túi mật.

– Sát khuẩn vùng định chọc, trải khăn có lỗ, gây tê.

– Ống thông dẫn lưu được đưa vào nang giả tụy theo kỹ thuật Seldinger:

+ Gắn bơm tiêm 20ml vào kim seldinger 18G và chọc vào nang giả tụy ở vị trí thuận lợi đã xác định.

+ Sau khi hút ra dịch nang giả tụy rút bơm tiêm có dịch để làm xét nghiệm.

+ Đưa guide-wire dẫn đường vào nang giả tụy: đưa guide-wire qua kim chọc dẫn lưu, tiếp tục đẩy guide-wire vào trong nang giả tụy cho đến khi toàn bộ phần ngọn của guide-wire đã nằm trong nang giả tụy.

+ Đưa ống thông dẫn lưu vào trong nang giả tụy: đưa ống thông dẫn lưu Pigtail vào trong nang giả tụy theo guide-wire, kiểm tra đầu ống thông Pigtail đã nằm ở vị trí dẫn lưu thuận lợi, rút guide-wire, cố định ống thông dẫn lưu qua da.

VI. THEO DÕI

– Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, vị trí chọc kim, chân ống thông dẫn lưu, tình trạng bụng, tình trạng hô hấp của người bệnh trong 24 giờ sau làm thủ thuật.

– Thay băng, vệ sinh chân dẫn lưu hằng ngày.

– Theo dõi lượng dịch qua dẫn lưu.

– Liên hệ rút dẫn lưu khi: lượng dịch ra < 10ml/ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu

Nếu có dịch ổ bụng chọc dò ra máu thì cần xét chỉ định ngoại khoa để phẫu thuật.

2. Thủng tạng rỗng

Theo dõi, hội chẩn chuyên khoa ngoại.

3. Tắc, tụt ống thông dẫn lưu

Bơm nước muối sinh lý thông ống thông dẫn lưu nếu tắc, đặt lại ống thông dẫn lưu nếu tụt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Karlson KB, Martin EC, Fankuchen EI, Mattern RF, Schultz RW, Casarella WJ. (1982). "Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts and abscesses". Radiology. 42(3):619-24.

SIÊU ÂM CAN THIỆP - ĐIỀU TRỊ SÓNG CAO TẦN KHỐI UNG THƯ GAN BẰNG KIM CHÙM LEVEEN

I. ĐẠI CƯƠNG

Nguyên lý: Sử dụng dòng điện xoay chiều với tần số cao 200-1200 kHz để tạo nhiệt phá hủy khối u. Một mạch điện khép kín được tạo bởi nguồn phát, điện cực kim, điện cực phân tán, trong đó người bệnh đóng vai trò như một điện trở. Khi máy hoạt động sóng cao tần được tạo ra bởi dòng điện xoay chiều sẽ làm các ion âm và dương bên trong khối u đập vào đầu kim với tốc độ rất lớn làm đầu kim nóng lên rất nhanh. Tổn thương của mô gây ra do nhiệt phụ thuộc vào nhiệt độ và thời gian tác động.

Tác động của nhiệt độ đối với các tế bào của cơ thể:

41⁰C - 45⁰C: tế bào dễ bị tổn thương bởi tia xạ và hoá chất.

45⁰C - 50⁰C: trong vòng 1-2 giờ tế bào bị phá huỷ không hồi phục.

50⁰C - 55⁰C: trong vòng 4-6 phút tế bào không hồi phục.

60⁰C - 100⁰C: ty lạp thể và hệ men không hồi phục.

100⁰C - 110⁰C: tế bào bị than hóa và bốc hơi.

Để phá hủy hoàn toàn khối u nhiệt độ cần được duy trì từ 60⁰C- 100⁰C ít nhất từ 4-6 phút. Nhiệt độ sinh ra tỷ lệ thuận với cường độ sóng cao tần và thời gian đốt. Cường độ cao, thời gian đốt càng dài nhiệt sinh ra càng nhiều, kích thước vùng hoại tử do nhiệt càng lớn. Tác dụng điều trị còn phụ thuộc vào lượng nhiệt mất đi. Điều này phụ thuộc vào tính dẫn nhiệt (cấu tạo u) và tỏa nhiệt của tổ chức. Trong thực tế, nhiệt độ cần đạt được khi đốt sóng là 95⁰C và duy trì trong thời gian 8 phút ở toàn bộ thể tích u và 10 mm chiều dày của tổ chức gan lành xung quanh để tránh tái phát.

II. CHỈ ĐỊNH

U gan 1 khối \leq 5 cm hoặc 3 khối $<$ 3 cm. Khối u được nút mạch trước nếu $>$ 3cm có nhiều mạch. Có thể cân nhắc đốt sóng nhiều lần cho khối u 5-7 cm ít tăng sinh mạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Xơ gan giai đoạn Child Pugh C. Billirubin $>$ 3mg/dL.
- Ung thư gan giai đoạn D, C theo phân loại Barcelona: đã xâm lấn mạch máu hoặc có di căn xa.
- Có rối loạn đông máu nặng: tiểu cầu $<$ 50G/l, PT $<$ 50%.
- Có các bệnh khác kèm theo: suy tim, suy thận. Có thai.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 bác sĩ có kinh nghiệm làm siêu âm can thiệp, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm.
- Máy cắt đốt cao tần RF 3000- BOSTON SCIENTIFIC.
- Kim đốt chùm LeVeen™, có nhiều loại kim có đường kính đốt từ 2- 5cm. Thường được sử dụng trong các khối u, mô lớn. Tùy thuộc kích thước khối u để lựa chọn loại kim có đường kính phù hợp.
- Máy theo dõi Life Scope.
- Perfangan 1g. Thuốc tiền mê: Midazolam và Fentanyl, Xylocain, Glucose 5% 500ml.
- Găng vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn tay, cồn iốt, gạc vô trùng, khăn có lỗ.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích mục đích, tai biến của thủ thuật, tác dụng phụ thường gặp. Người bệnh được viết cam đoan theo mẫu.

4. Hồ sơ bệnh án

Có đủ các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, đông máu cơ bản, HIV. Kết quả xét nghiệm nằm trong giới hạn cho phép.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Người bệnh được lắp Life Scope theo dõi, được đặt đường truyền tĩnh mạch và tiền mê bằng Midazolam và Fentanyl.

Sử dụng 4 bản điện cực Pad-Guard™, mỗi bên đùi đặt hai miếng và kết nối trở lại với máy cắt đốt.

Đặt đầu dò siêu âm tìm vị trí thuận lợi nhất: khối u gan nằm giữa đường dẫn, đường đi của kim không đi qua các mạch máu lớn, túi mật.

Sát trùng vị trí chọc kim. Trải khăn có lỗ.

Gây tê da, cơ, màng bụng ở vị trí chọc kim bằng Xylocain.

Chọc kim điện cực qua da vào gan theo đường dẫn của siêu âm tới khối u.

Điều chỉnh mức công suất cắt đốt POWER bằng tay phù hợp theo từng loại kim, mỗi loại kim sẽ có một thuật toán điều trị riêng.

Khi kết thúc thủ thuật phải ghi hồ sơ bệnh án: ngày giờ làm thủ thuật, bác sĩ làm thủ thuật, vị trí khối u được đốt sóng, thời gian đốt sóng, cường độ tối đa.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng bụng của người bệnh 36 giờ sau thủ thuật;
- Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu, thủng tạng, nhiễm trùng, bông...), ghi hồ sơ bệnh án.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu trong ổ bụng: tiêm transamin; bù dịch và máu, theo dõi chặt và can thiệp ngoại khoa nếu tình trạng chảy máu trong ổ bụng không kiểm soát được.

Thủng tạng rỗng: chuyển ngoại khoa.

Áp xe gan: điều trị kháng sinh, chọc hút mũ ổ áp xe.

Bông vị trí dán điện cực: mỡ kháng sinh tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. M. B. Majella Doyle et al. Thermal Ablation of Liver tumors by Radiofrequency, Microwave and Laser therapy. *Malignant Liver Tumors Current and Emerging Therapies* 3rd edition. Wiley Blackwell 2010. 244 – 265
3. Jordi Bruix and Morris Sherman. 2012 Management of Hepatocellular Carcinoma: An Update. AASLD practice guideline.

SIÊU ÂM CAN THIỆP - ĐIỀU TRỊ SÓNG CAO TẦN KHỐI UNG THƯ GAN BẰNG KIM ĐƠN CỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Mục đích của kỹ thuật: loại bỏ tổ chức ung thư bằng nhiệt độ cao tạo ra từ sóng cao tần nhằm thay thế cho phẫu thuật cắt gan thường qui.

Nguyên lý: Sử dụng dòng điện xoay chiều với tần số cao 200 - 1200 kHz để tạo nhiệt phá hủy khối u. Một mạch điện khép kín được tạo bởi nguồn phát, điện cực kim, điện cực phân tán, trong đó người bệnh đóng vai trò như một điện trở. Khi máy hoạt động sóng cao tần được tạo ra bởi dòng điện xoay chiều sẽ làm các ion âm và dương bên trong khối u đập vào đầu kim với tốc độ rất lớn làm đầu kim nóng lên rất nhanh. Tổn thương của mô gây ra do nhiệt phụ thuộc vào nhiệt độ và thời gian tác động.

II. CHỈ ĐỊNH

U gan < 3 cm, nhiều nhất là ba khối.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Xơ gan giai đoạn Child Pugh C. Billirubin > 3mg/dL.
- U gan giai đoạn C, D (theo phân loại Barcelona): đã xâm lấn mạch máu, di căn xa
- Có rối loạn đông máu nặng: tiểu cầu < 50G/l, PT < 50%.
- Có các bệnh lý nặng khác kèm theo: suy tim, suy thận.
- Có thai.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 bác sĩ có kinh nghiệm làm siêu âm can thiệp, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm.
- Máy cắt đốt cao tần RF 3000- BOSTON SCIENTIFIC.
- Kim đốt đơn Soloist™ lý tưởng để điều trị những khối u, mô nhỏ, vôi hóa, những nơi khó có thể đâm thủng, tổn thương bề mặt, vị trí khó khăn. Vùng cắt bỏ có đường kính 1,0cm x 1,5cm chiều dài, vẫn có thể dùng cho cắt đốt những khối lớn bằng việc dịch chuyển vị trí kim đốt.

- Máy theo dõi Life Scope.
- Perfangan 1g. Thuốc tiền mê: Midazolam và Fentanyl, Glucose 5%, 500ml.
- Găng vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn tay, cồn iốt, gạc vô trùng, khăn có lỗ.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích mục đích, tai biến của thủ thuật, tác dụng phụ thường gặp. Người bệnh được viết cam đoan theo mẫu.

4. Hồ sơ bệnh án

Có đủ các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, đông máu cơ bản, HIV. Kết quả xét nghiệm nằm trong giới hạn cho phép.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Người bệnh được lắp Life Scope theo dõi và được đặt đường truyền tĩnh mạch, tiền mê bằng Midazolam và Fentanyl.

Sử dụng 4 bản điện cực Pad-Guard™, mỗi bên đùi đặt 2 miếng và kết nối trở lại với máy cắt đốt.

Đặt đầu dò siêu âm tìm vị trí thuận lợi nhất: khối u gan nằm giữa đường dẫn, đường đi của kim không đi qua các mạch máu lớn, túi mật.

Sát trùng vị trí chọc kim, trải khăn có lỗ.

Gây tê tại chỗ chọc kim: da, cơ, màng bụng bằng xylocain.

Chọc kim điện cực qua da vào gan theo đường dẫn của siêu âm tới khối u. Điều chỉnh công suất cắt đốt POWER bằng tay theo thuật toán điều trị riêng.

Dịch chuyển vị trí kim đốt: rút kim lên 0,5 cm đốt tiếp 15 phút để làm tăng diện hoại tử nếu cần.

Ghi hồ sơ bệnh án: ngày giờ làm thủ thuật, vị trí khối u được đốt sóng, thời gian đốt sóng, cường độ tối đa, bác sĩ làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI

Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng bụng của người bệnh trong 36 giờ sau khi làm thủ thuật;

Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu, thủng tạng, nhiễm trùng, bông...), ghi hồ sơ bệnh án.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu trong ổ bụng

Tiêm tĩnh mạch transamin; bù dịch và máu nếu cần, theo dõi chặt chẽ và can thiệp ngoại khoa nếu tình trạng chảy máu trong ổ bụng không kiểm soát được.

2. Thủng tạng rỗng

Chuyên ngoại khoa.

3. Áp xe gan

Điều trị kháng sinh, chọc hút mũ ổ áp xe.

4. Bông ở vị trí dán điện cực

Mỡ kháng sinh tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. M. B. Majella Doyle et al. Thermal Ablation of Liver tumors by Radiofrequency, Microwave and Laser therapy. *Malignant Liver Tumors Current and Emerging Therapies* 3rd edition. Wiley Blackwell 2010. 244 – 265
3. Jordi Bruix and Morris Sherman. 2012 Management of Hepatocellular Carcinoma: *An Update. AASLD practice guideline.*

SIÊU ÂM CAN THIỆP - ĐẶT ỐNG THÔNG DẪN LƯU DỊCH MÀNG BỤNG LIÊN TỤC

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật đưa ống thông qua thành bụng vào khoang ổ bụng và lưu lại để hút và dẫn lưu dịch màng bụng làm xét nghiệm chẩn đoán và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dịch nhiều quá gây cho người bệnh khó thở.
- Dịch nhiều gây chèn ép vào các tạng làm cho người bệnh khó chịu.
- Dẫn lưu dịch màng bụng trong viêm tụy cấp
- Lấy dịch làm xét nghiệm tế bào, vi khuẩn, hóa sinh để tìm nguyên nhân gây ổ trướng.
- Tạo điều kiện để khám bụng dễ dàng hơn khi quá nhiều dịch làm bụng quá căng khó xác định được các tạng hoặc các u trong ổ bụng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có rối loạn đông máu nặng: tỷ lệ prothrombin < 50, tiểu cầu < 50G/l.
- Tình trạng tụt huyết áp.
- Tiền hôn mê gan và hôn mê gan.
- Bụng trướng hơi nhiều.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ có kinh nghiệm làm siêu âm can thiệp, 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm.
- Kim chọc dài 5 - 6 cm, đường kính 10/10mm bằng polystyrene hay teflon có ống thông bằng chất dẻo, có thể dùng 01 catheter tĩnh mạch trung tâm dài 30 cm có kim chọc bằng sắt.
- Ống dẫn bằng dây truyền dịch để nối vào đuôi kim, bơm tiêm 10 ml.
- Dụng cụ vô trùng khác: găng vô trùng, cồn iod, bông băng, gạc, khăn có lỗ, khay quả đậu.

– Ống nghiệm đựng bệnh phẩm xét nghiệm làm xét nghiệm sinh hóa, tế bào, chai cấy định danh vi khuẩn... Thuốc gây tê xylocain.

3. Người bệnh

Được giải thích về mục đích của thủ thuật, những tai biến có thể xảy ra, động viên người bệnh an tâm hợp tác với thầy thuốc. Người bệnh được viết cam đoan theo mẫu.

4. Hồ sơ bệnh án

Có đủ các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, đông máu cơ bản, HIV. Kết quả xét nghiệm nằm trong giới hạn cho phép.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Chuẩn bị người bệnh: tư thế nằm ngửa đưa hai tay lên đầu, bộc lộ vùng bụng và ngực.

Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò.

Đặt đầu dò siêu âm tìm vị trí thuận lợi nhất: khối dịch nằm giữa đường dẫn, đường đi của kim không đi qua mạch máu, các tạng trong ổ bụng: túi mật, gan tụy, các tạng rỗng như dạ dày, đại tràng, ruột non, bàng quang.

Gây tê tại chỗ chọc kim: da, cơ, màng bụng.

Chọc kim qua da theo đường dẫn của siêu âm tới ổ dịch, rút nòng kim, lắp bơm 10ml vào kim hút dịch, lấy bệnh phẩm xét nghiệm. Rút nòng kim loại sau khi đã luồn ống thông bằng chất dẻo vào ổ dịch. Cố định ống vào thành bụng. Theo dõi trên siêu âm khi hút dịch. Lắp dây truyền vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào chai nhựa có áp lực âm.

Ghi hồ sơ bệnh án: ngày, giờ làm thủ thuật. Bác sĩ làm thủ thuật. Màu sắc, tính chất, tốc độ dịch chảy.

VI. THEO DÕI

Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng bụng của người bệnh trong 36 giờ sau khi làm thủ thuật.

Theo dõi dịch dẫn lưu: tốc độ dịch chảy, số lượng, màu sắc.

Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu, thủng tạng, nhiễm trùng, ..), ghi hồ sơ bệnh án.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Quai ruột bịt kín đầu ống dẫn lưu

Lúc đầu dịch chảy nhanh sau yếu dần, nên nhẹ nhàng xoay ống thông hoặc rút ra vài cm, thay đổi tư thế người bệnh.

2. Chọc vào mạch máu

Ít gặp, phải rút kim ra ngay.

3. Chọc vào ruột

Thấy hơi và nước bần. Xử trí: phải rút kim ra ngay. Theo dõi tình trạng nhiễm trùng, đau, nhiệt độ và phản ứng thành bụng. Hội chẩn chuyên khoa ngoại.

4. Chảy máu trong ổ bụng

Tiêm tĩnh mạch transamin; bù dịch và máu nếu cần, theo dõi chặt chẽ và can thiệp ngoại khoa nếu tình trạng chảy máu trong ổ bụng không kiểm soát được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
 2. Duszak RL Jr, Levy JM, Percutaneous catheter drainage of infected intra-abdominal fluid collections. Radiology. 2000 Jun;215 Suppl:1067-75.
- Giuseppe Civardi M.D., Fabio Fornari, Ultrasonically guided percutaneous drainage of abdominal fluid collections: A long-term study of its therapeutic efficacy *Gastrointestinal Radiology* Winter 1990, Volume 15, Issue 1, pp 245-250.

SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT Ổ ÁP XE TRONG Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật chọc tháo các ổ áp xe trong ổ bụng dưới sự quan sát và hướng dẫn của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ổ áp xe gan có đường kính trên 6 cm.
- Ổ áp xe gan điều trị nội khoa đầy đủ nhưng không có kết quả, ổ áp xe gan dọa vỡ, ổ cận áp xe.
- Ổ áp xe gan cần chọc hút mũ để xác định nguyên nhân: cấy định danh vi khuẩn...
- Các ổ áp xe các tạng trong ổ bụng: áp xe lách, nang giả tụy bội nhiễm...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có rối loạn đông máu nặng: tỷ lệ prothrombin < 50, tiểu cầu < 50G/l.
- Những ổ áp xe nằm sâu trong ổ bụng có ống tiêu hóa và các tạng khác bao quanh, trên siêu âm không tìm được đường chọc kim.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 bác sĩ có kinh nghiệm làm siêu âm can thiệp, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm.
- Kim có nòng đường kính 1,8 - 2,1mm, dài 9 - 15cm.
- Máy hút.
- Găng vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn tay, cồn iốt, gạc vô trùng, khăn có lỗ.
- Các dụng cụ vô khuẩn khác: bơm, kim tiêm, khay quả đậu, các lọ đựng bệnh phẩm xét nghiệm.
- Thuốc gây tê Xylocain.

3. Người bệnh

Được giải thích về mục đích của thủ thuật, những tai biến có thể xảy ra, động viên người bệnh an tâm hợp tác với thầy thuốc. Người bệnh được viết cam đoan theo mẫu.

4. Hồ sơ bệnh án

Có đủ các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, đông máu cơ bản, HIV. Kết quả xét nghiệm nằm trong giới hạn cho phép.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

– Chuẩn bị người bệnh: tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái hay phải tùy thuộc vị trí ổ áp xe, đưa hai tay lên đầu, bộc lộ vùng bụng và ngực.

– Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò.

– Đặt đầu dò siêu âm tìm vị trí thuận lợi nhất: ổ áp xe nằm giữa đường dẫn, đường đi của kim không đi qua các mạch máu lớn, túi mật, các tạng rỗng.

– Gây tê tại chỗ chọc kim: da, cơ, màng bụng.

– Chọc kim qua da theo đường dẫn của siêu âm tới ổ áp xe, rút nòng kim, lắp bơm 20ml vào kim hút mủ, lấy bệnh phẩm xét nghiệm (phết lam, cấy mủ). Theo dõi trên siêu âm khi hút mủ. Khi hút hết mủ, lắp nòng kim vào kim và rút kim. Bảo người bệnh nín thở nếu là ổ áp xe trong gan.

Ghi hồ sơ bệnh án: ngày giờ làm thủ thuật, bác sĩ làm thủ thuật, mủ ổ áp xe: số lượng, tính chất, màu sắc, mùi.

VI. THEO DÕI

Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng bụng của người bệnh trong 36 giờ sau khi làm thủ thuật;

Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu, thủng tạng, nhiễm trùng,...), ghi hồ sơ bệnh án.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu trong ổ bụng: tiêm tĩnh mạch transamin; bù dịch và máu nếu cần, theo dõi chặt chẽ và can thiệp ngoại khoa nếu tình trạng chảy máu trong ổ bụng không kiểm soát được.

2. Thủng tạng rỗng: chuyển ngoại khoa.

3. Rỉ mật vào ổ bụng: chuyển ngoại khoa.

4. Tràn khí màng phổi: dẫn lưu khí màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

2. Simon CH at al. 2004 Treatment of Pyogenic Liver Abscess: Prospective Randomized Comparison of Catheter Drainage and Needle Aspiration. HEPATOLOGY. 2004; 39:932-938

3. Duszak RL Jr, Levy JM, Percutaneous catheter drainage of infected intra-abdominal fluid collections. Radiology. 2000 Jun;215 Suppl:1067-75.

TEST THỞ $C_{14}O_2$ TÌM H. PYLORI

I. ĐẠI CƯƠNG

Xét nghiệm Urea qua hơi thở là một test đơn giản cho phép xử trí hơi thở của người bệnh để phát hiện tình trạng nhiễm khuẩn *Helicobacter pylori* (HP). Nó được xem như là “tiêu chuẩn vàng” cho chẩn đoán nhiễm khuẩn HP trong phòng thí nghiệm. Người bệnh được cho uống một lượng nhỏ ure có gắn ^{14}C . Enzym urease của *Helicobacter Pylori* (nếu có) sẽ nhanh chóng phân hủy ure ^{14}C thành ammoniac và dioxyt carbon phóng xạ $^{14}CO_2$. Dioxyt carbon có hoạt tính phóng xạ này sẽ nhanh chóng chuyển vào máu và đi tới phổi, chúng sẽ được phát hiện qua khí thở ra.

II. CHỈ ĐỊNH

- Theo dõi và đánh giá kết quả sau điều trị diệt HP.
- Chẩn đoán nhiễm HP, đặc biệt trẻ em và người cao tuổi không có chỉ định nội soi dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối cho người bệnh làm test thở tìm HP.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng viên.

2. Phương tiện

- 02 túi thở
- 01 cốc nước và một viên urea
- 01 máy quang phổ kế

3. Chuẩn bị người bệnh

- Không ăn uống trước khi thực hiện test thở ít nhất từ 4-6 giờ đồng hồ.
- Dừng thuốc kháng sinh ít nhất 4 tuần trước khi làm test thở.
- Dừng thuốc PPI ít nhất 1 tuần trước khi làm test thở.
- Dừng thuốc Sucralfate ít nhất 2 tuần trước khi làm test thở.
- Hướng dẫn người bệnh các bước tiến hành cụ thể.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

2. Thực hiện kỹ thuật

– Bước 1: thở vào túi đựng mẫu thứ 1 trước khi uống viên thuốc có chứa ure gắn đồng vị phóng xạ ^{14}C .

Chú ý khi lấy mẫu hơi thở:

+ Ngậm túi lấy mẫu hơi thở vào miệng, hít vào bằng mũi và giữ hơi thở trong vòng 5 - 10 giây.

+ Thở từ từ vào túi lấy mẫu.

+ Khi thở vào túi, chú ý hơi thở phải ra từ phổi.

– Bước 2: uống ngay (trong vòng 5 giây) 1 viên thuốc có chứa ure gắn đồng vị phóng xạ ^{14}C khi bụng đói với 100 ml nước. Không nhai, làm nát hoặc hòa tan viên thuốc.

– Bước 3: sau khi uống viên thuốc nằm nghiêng trái 5 phút.

– Bước 4: Ngồi yên trong 15 phút.

– Bước 5: 20 phút sau khi uống viên thuốc, thở lần nữa vào túi đựng mẫu hơi thở thứ 2. Hai túi mẫu hơi thở trước và sau khi uống thuốc sẽ được mang đi phân tích bằng máy quang phổ kế.

3. Đọc và trả kết quả cho người bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quy trình kỹ thuật bệnh viện.

2. R Logan. Urea breath tests in the management of *Helicobacter pylori* infection. Gut. 1998 July; 43(Suppl 1): S47–S50.

TEST NHANH TÌM HỒNG CẦU ẨN TRONG PHÂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Test nhanh tìm hồng cầu ẩn trong phân là xét nghiệm tìm máu người dạng vi thể trong phân không bị dương tính giả với máu động vật khác. Hiện nay người ta hay sử dụng phương pháp xét nghiệm miễn dịch sắc ký cho sàng lọc máu ẩn trong phân.

II. CHỈ ĐỊNH

Mục đích để sàng lọc, phát hiện sớm người bệnh bị polyp, ung thư đại trực tràng, viêm loét đại trực tràng:

- Những người tuổi trên 50, không có tiền sử bị bệnh polyp đại trực tràng, ung thư đại trực tràng, viêm đại tràng mạn tính, không có tiền sử gia đình bị bệnh ung thư đại trực tràng.
- Những người bị rối loạn tiêu hóa, đau bụng chưa rõ nguyên nhân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đi đại tiện phân máu đại thể.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Hướng dẫn và giải thích cho người bệnh những bước tiến hành cụ thể.

2. Dụng cụ

01 lọ xét nghiệm để tiến hành làm test.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Hướng dẫn thực hiện

Bước 1: Người bệnh đi đại tiện xong, lấy một ít phân quệt vào phần đầu màu trắng có mũi tên chỉ xuống của giấy thấm.

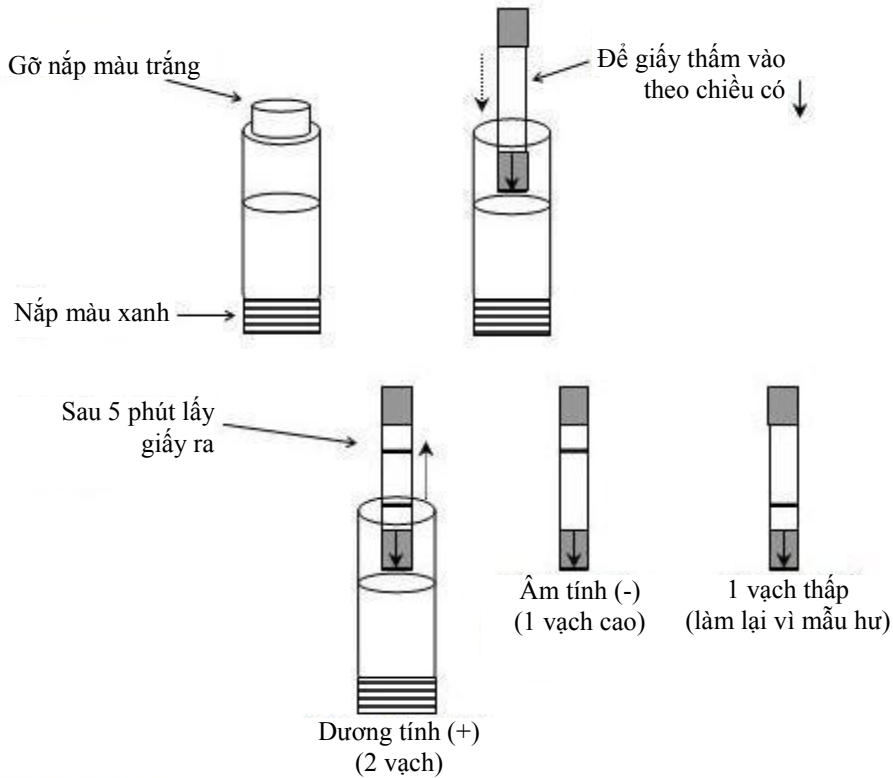
Bước 2: gỡ nắp màu trắng của Test Kit, cầm que giấy thấm đã lấy phân rồi cho vào Test Kit theo chiều mũi tên chỉ xuống. Sau đó đặt nắp lại ghi họ tên lên nhãn của Test Kit.

Bước 3: Đọc kết quả sau 5 phút.

2. Cách đọc kết quả

– Xét nghiệm dương tính: có hồng cầu trong phân, khi có hai vạch màu xanh ở đầu trên và đầu dưới của que giấy thấm.

- Xét nghiệm âm tính: không có hồng cầu trong phân, khi có một vạch màu xanh ở đầu trên của que giấy thấm.
- Xét nghiệm bị hỏng: khi không có vạch màu xanh nào hoặc có một vạch màu xanh ở đầu dưới của giấy thấm.



3. Biện luận

- Khi test FOBT dương tính nghĩa là trong phân có máu, có thể do khối u ác (ung thư), u nhú (polip), có thể do ký sinh trùng, viêm ruột, trĩ...
- Khi test FOBT bị hỏng, làm lại mẫu phân này theo quy trình đã hướng dẫn như trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. James E. Alliston. The role of fecal occult blood testing in screening for colorectal cancer. *Practical Gastroenterology*, June 2007; 20- 32.

THỤT THUỐC QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Thụt thuốc qua đường hậu môn là thủ thuật đưa thuốc vào đại tràng qua đường hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh não gan.
- Viêm loét đại trực tràng chảy máu có tổn thương nhiều vùng trực tràng, đại tràng sigma.
- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.
- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Quá mẫn cảm với hoạt chất hay thành phần nào của thuốc.
- Viêm ruột thừa.
- Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.
- Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng viên.

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.
- Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Vải miếng gạc.

- Dầu nhờn
- 01 tấm nylon
- 01 vải đắp hoặc chăn.
- 01 xô đựng
- Giấy vệ sinh

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Đối chiếu

Tên tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.
- Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.
- Ấn chai xuống, bỏ nắp niêm phong. Vòi được bôi trơn, nhét vòi vào ống hậu môn, tránh làm xây xước thành hậu môn, bóp nhẹ ống thuốc và bóp liên tục cho đến khi có được khối lượng thuốc yêu cầu, rút vòi ra. Sẽ tốt hơn nếu người bệnh giữ nguyên tư thế cho đến khi cảm thấy buồn đi cầu.
- Đưa xô cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.
- Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.
- Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ thực, thuốc thực - số lượng, kết quả thực, tính chất phân, tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỰC THÁO

- Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thực (đau bụng).
- Nếu có chảy máu hậu môn sau khi dùng thuốc, xin ý kiến bác sĩ chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. "Giving a Medicated Enema." In *Nurse's Clinical Guide to Medication Administration*. Springhouse, PA: Springhouse Corporation, 2000.

THỤT THÁO CHUẨN BỊ SẠCH ĐẠI TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào đại tràng qua hậu môn nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng. Thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.
- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.
- Trước khi sinh đẻ.
- Chống táo bón.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm ruột thừa.
- Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.
- Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng viên.

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.
- Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- 01 bồn thụt có gắn ống cao su, trụ treo bồn thụt.
- 01 kẹp.

- 01 canun thụt hoặc ống thông hậu môn phù hợp với người bệnh.
- 01 bình đựng nước ấm thụt: số lượng nước thụt tùy theo chỉ định, thông thường đối với người lớn: 500 - 1.000 ml, không được quá 1.500ml.
- 01 khay quả đậu.
- Vài miếng gạc, dầu nhờn, giấy vệ sinh.
- 01 tấm nylon, 1 vải đắp hoặc chăn.
- 01 xô đựng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu

Tên tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.
- Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.
- Lắp canun hoặc ống thông vào ống cao su của béc thụt. Kẹp ống lại.
- Đổ nước vào béc thụt.
- Treo béc thụt lên trụ cách mặt giường 60 - 80 cm.
- Bôi trơn canun hoặc đầu ống thông.
- Mở kẹp cho nước chảy vào khay quả đậu nhằm đuổi không khí và phần nước lạnh trong ống ra ngoài, đồng thời kiểm tra sự thông thoát của ống cao su, canun hoặc ống thông. Sau đó lại kẹp ống lại. Có thể kiểm tra lại nhiệt độ của nước thụt bằng cách cho vài giọt chảy vào mu bàn tay. Nếu thấy nóng quá hoặc lạnh quá thì phải điều chỉnh lại.
- Bỏ vải đắp để lộ mông người bệnh, một tay vạch mông người bệnh để lộ hậu môn, một tay nhẹ nhàng đưa canun hoặc ống thông vào hậu môn cho tới khi được 2/3 canun hoặc ống vào sâu từ 12 - 15cm là được.
- + Trong khi đưa canun hoặc ống thông vào bảo người bệnh há miệng thở đều.
- + Nếu dùng canun thì lúc đầu phải hướng canun theo chiều hậu môn rốn tới khoảng 2 - 3cm sau đó đưa canun hướng về phía cột sống. Theo vị trí giải phẫu của ruột thẳng (trực tràng).
- Mở kẹp để cho nước chảy vào từ từ. Một tay phải luôn giữ canun hoặc ống thông để đề phòng canun hoặc ống thông bị bật ra ngoài.
- Khi nước trong béc đã chảy gần hết thì kẹp ống lại, nhẹ nhàng rút canun hoặc ống thông ra, dùng giấy vệ sinh bọc canun rồi để vào khay quả đậu hoặc lau qua rồi bỏ vào thùng đựng dung dịch sát khuẩn.

- Treo ống cao su lên trụ.
- Cho người bệnh nằm ngửa, dặn người bệnh cố gắng kiềm chế để giữ nước ở trong ruột từ 10 - 15 phút.
- Đưa xô cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.
- Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.
- Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu.
- Đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa để xử trí theo quy định.
- Trả các dụng cụ khác về chỗ cũ.

3. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ thực, dung dịch thực - số lượng.
- Kết quả thực, tính chất phân.
- Tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỰC THÁO

- Trong lúc nước vào đại tràng, nếu người bệnh kêu đau bụng hoặc muốn đi đại tiện, phải ngừng ngay không cho nước chảy vào và báo bác sĩ.

- Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thực (đau bụng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai. Sổ tay điều dưỡng tiêu hóa.

THỤT THÁO PHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật thụt tháo phân là kỹ thuật đưa thuốc nhuận tràng qua đường hậu môn nhằm mục đích đẩy phân ra ngoài trong trường hợp người bệnh không đại tiện được hoặc làm sạch lòng đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.
- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.
- Trước khi sinh đẻ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Quá mẫn cảm với hoạt chất hay thành phần nào của thuốc.
- Viêm ruột thừa.
- Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.
- Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng viên.

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.
- Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Vải miếng gạc.
- Dầu nhờn.

- 01 tấm nylon.
- 01 vải đắp hoặc chăn.
- 01 xô đựng.
- Giấy vệ sinh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu

Tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.
- Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.
- Ấn chai xuống, bỏ nắp niêm phong. Vòi được bôi trơn, nhét vòi vào ống hậu môn, tránh làm xây xước thành hậu môn, bóp nhẹ ống thuốc và bóp liên tục cho đến khi có được khối lượng thuốc yêu cầu, rút vòi ra. Sẽ tốt hơn nếu người bệnh giữ nguyên tư thế cho đến khi cảm thấy buồn đi cầu.
- Đưa xô cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.
- Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.
- Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ thực, thuốc thực, số lượng, kết quả thực, tính chất phân, tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỰC THÁO

- Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thực (đau bụng).
- Nếu có chảy máu hậu môn sau khi dùng thuốc, xin ý kiến bác sĩ chỉ định

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. "Giving a Medicated Enema. " *In Nurse's Clinical Guide to Medication Administration*. Springhouse, PA: Springhouse Corporation, 2000.