

MỤC LỤC

1. CHO ĂN QUA ỐNG MỎ THÔNG DẠ DÀY HOẶC HỒNG TRÀNG (MỘT LẦN).....	1
2. CHỌC DỖ DỊCH Ổ BỤNG XÉT NGHIỆM.....	3
3. CHỌC THÁO DỊCH Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ.....	5
4. ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY.....	8
5. ĐẶT ỐNG THÔNG HẬU MÔN.....	11
6. SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT VÀ TIÊM THUỐC ĐIỀU TRỊ NANG GAN.....	13
7. SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT Ổ ÁP XE TRONG Ổ BỤNG.....	16
8. SIÊU ÂM DOPPLER MẠCH MÁU KHỐI U GAN.....	18
9. QUY TRÌNH SIÊU ÂM DOPPLER MẠCH MÁU HỆ TĨNH MẠCH CỬA HOẶC MẠCH MÁU Ổ BỤNG.....	20
10. QUY TRÌNH SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT NANG GAN.....	22
11. QUY TRÌNH SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT TẾ BÀO KHỐI U GAN, TỤY, KHỐI U Ổ BỤNG BẰNG KIM NHỎ.....	24
12. QUY TRÌNH SIÊU ÂM CAN THIỆP - CHỌC HÚT MỦ.....	26
13. QUY TRÌNH THỤT THUỐC QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN.....	29
14. QUY TRÌNH THỤT THÁO CHUẨN BỊ SẠCH ĐẠI TRÀNG.	31
15. QUY TRÌNH NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY- TÁ TRÀNG CẤP CỨU.....	34
16. QUY TRÌNH NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY- TÁ TRÀNG CÓ GÂY MÊ.....	36
17. QUY TRÌNH NỘI SOI THỰC QUẢN- DẠ DÀY- TÁ TRÀNG SINH THIẾT LÂM CLO-TEST CHẨN ĐOÁN NHIỄM H. PYLORI.....	39
18. NỘI SOI CAN THIỆP - GẤP GIUN DỊ VẬT ỐNG TIÊU HÓA	41
19. NỘI SOI HẬU MÔN ỐNG CỨNG CAN THIỆP THẮT TRĨ BẰNG VÒNG CAO SU.....	43
20. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ CAN THIỆP CẤP CỨU.....	45
21. NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT MỘT POLYP ỐNG TIÊU HÓA < 1CM.....	47
22. NỘI SOI CAN THIỆP CẮT POLYP ỐNG TIÊU HÓA >1CM HOẶC NHIỀU POLYP.....	50
23. NỘI SOI HẬU MÔN ỐNG CỨNG.....	53
24. NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM.....	55
25. NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CẤP CỨU.....	57
26. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM KHÔNG	

SINH THIẾT	58
27. NỘI SOI ĐẠI TRÀNG (ĐẠI TRỰC TRÀNG) TOÀN BỘ ỐNG MỀM CÓ DÙNG THUỐC GÂY MÊ	61
28. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT	65
29. NỘI SOI CAN THIỆP THẮT BÚI GIẢN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN BẰNG VÒNG CAO SU	68
30. NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT GẤP BÃ THỨC ĂN DẠ DÀY... ..	70
31. NỘI SOI CAN THIỆP - TIÊM CÀM MÁU	71
32. NỘI SOI CAN THIỆP - KẸP CLIP CÀM MÁU	73
33. NỘI SOI CAN THIỆP - NHUỘM MÀU CHẨN ĐOÁN UNG THƯ SỚM	75
34. NỘI SOI CAN THIỆP – SINH THIẾT NIÊM MẠC ỐNG TIÊU HÓA.....	78
35. ĐẶT ỐNG THÔNG MŨI MẬT.....	80
36. MỞ THÔNG DẠ DÀY BẰNG NỘI SOI	82
37. NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG QUA ĐƯỜNG MŨI.....	84
38. NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG CỨNG.....	87
39. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ.....	89
40. NỘI SOI CAN THIỆP - TIÊM XƠ BÚI GIẢN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN.....	93
41. NỘI SOI HẬU MÔN ỐNG CỨNG CAN THIỆP - TIÊM XƠ BÚI TRĨ.....	96
42. NỘI SOI CAN THIỆP - ĐẶT STENT ỐNG TIÊU HÓA	98
43. NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG - (ERCP)	101
44. NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG CAN THIỆP - CẮT CƠ ODDI	105
45. NỘI SOI SIÊU ÂM ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN	108
46. NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG DẪI TÀN HẸP (NBI)	110
47. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ DẪI TÀN HẸP (NBI)	113
48. NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG ĐỘ PHÂN DẪI CAO (HDTV).....	116
49. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ĐỘ PHÂN DẪI CAO (HDTV).....	118
50. NỘI SOI SIÊU ÂM TRỰC TRÀNG.....	120
51. NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CÓ SINH THIẾT	122

52. NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG KHÔNG SINH THIẾT	125
53. NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA KHÔNG SINH THIẾT	128
54. NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA CÓ SINH THIẾT	130
55. NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT	132
56. NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT	134
57. NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG CỨNG KHÔNG SINH THIẾT	136
58. NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG CỨNG CÓ SINH THIẾT	138
59. RỬA DẠ DÀY CẤP CỨU	140
60. SIÊU ÂM Ổ BỤNG	142
61. TEST THỞ $C_{14}O_2$ TÌM H. PYLORI	144
62. TEST NHANH TÌM HỒNG CẦU ẨN TRONG PHÂN	146
63. THỤT THÁO PHÂN	147
TÀI LIỆU THAM KHẢO	149

1. 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 khít môn vị.
- Tiêu chảy sau viêm phúc mạc sau 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, 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 TIẾN 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 túi đựng thức ăn lỏng với ống thông, điều chỉnh giọt sao cho phù hợp với lượng calo.
- Thời gian mỗi lần cho ăn 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 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 1 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.

2. 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 chướng 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 chướng 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 độ, 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 3 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, tình trạng 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 sỹ 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.

3. 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 chướng nhiều hơi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sĩ, 1 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 độ, 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 3 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

- Thắt 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 sỹ 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.

4. ĐẶT ống 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, dò, bóng thực quản dạ dày do acid 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 (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 shock
- 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 dái tai vòng xuống mũi ứ, 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 vòm 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 3 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.

5. 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 chướng 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: 1 chiếc
- Găng tay sạch: 2 đôi
- Băng dính
- K - Y hoặc parafin
- Gạc sạch: 1 gói
- 1 tấm nilon.

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 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 banh 2 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 đỡ chướng 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: rút ống thông ra ngay.

6. 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 sỹ: 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 sỹ làm siêu âm kiểm tra vị trí nang gan và xác định đường vào, cùng bác sỹ chọc hút xác định hướng đi của kim.
- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên sát trùng nơi định chọc.
- Bác sỹ làm chọc hút đi gang vô trùng, trái xăng 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 syringe 10ml lắp vào kim chọc hút để hút 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 nhện 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...

7. SIÊU ÂM CÂN 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 sỹ 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 - 15 cm
- Máy hút.
- Găng vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn tay, cồn iod, 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 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 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 sỹ làm thủ thuật, mủ ổ áp xe: số lượng, tính chất, màu sắc, mùi.

VI. THEO DÕI

Theo dõi mạch, HA, tình trạng bụng của người bệnh trong 36giờ sau 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.

8. 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 màu: 01 chiếc
- Máy tính: 01 chiếc
- Máy in: 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 TIẾN 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.
- Kiểm tra các mạch máu quanh khối u.
- Đánh giá kết quả, chụp ảnh.

9. QUY TRÌNH SIÊU ÂM DOPPLER MẠCH MÁU HỆ TĨNH MẠCH CỦA 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 màu: 01 chiếc
- Máy tính: 01 chiếc
- Máy in: 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 TIẾN 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, Doppler xung.
- 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 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.

10. QUY TRÌNH 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 :

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 điều dưỡng viên.

2. Phương tiện:

- Máy siêu âm
- 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
- Băng, gạc vô trùng
- Xăng có lỗ: 01 cái
- Cồn sát trùng 70°: 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 giường 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 gang vô trùng, trải sẵn 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 syringe 10ml lắp vào kim chọc hút để hút dịch trong nang, tùy theo từng người bệnh mà hút nhiều hay ít dịch ra.
- Dẫn 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.

11. QUY TRÌNH 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
- Càng hoặc giường 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 sát trùng 70° : 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 gang 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.
- Dẫn người bệnh nhin 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, để khô.
- 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...

12. QUY TRÌNH SIÊU ÂM CÂN 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.
- Căn 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
- Càng hoặc giường 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 70° : 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 gang vô trùng, trải sẵn 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 hút dịch trong ổ áp xe, hút ra càng nhiều càng tốt, hút cho tới khi nào không thể hút được nữa thì dừng.
- Dẫn 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.

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...

13. QUY TRÌNH 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 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 cần 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.

Vài miếng gạc

Dầu nhờn

01 tấm nylon

01 vải đắp hoặc chắn.

01 xô dẹt

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.
- 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 THẢO:

- 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.

14. QUY TRÌNH 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 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 tiêu trước khi thụt.

3. Dụng cụ :

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.

- 01 béc thụt có gắn ống cao su, trụ treo béc 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.

- Vải 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 :

- Rửa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Trải tấm nylon dưới mông người bệnh.
- Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới gối, chân trên co.
- Lắp canun hoặc ống thông vào ống cao su của bóp thắt. Kẹp ống lại.
- Đổ nước vào bóp thắt.
- Treo bóp thắt 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 thắt 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 (trục 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 bóp 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.
- Rửa 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 thụt, dung dịch thụt - số lượng.
- Kết quả thụt, tính chất phân.
- Tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỤT THẢO:

- 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 thụt (đau bụng).

15. QUY TRÌNH 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.

Kìm 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 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:

Thắt giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su.

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 Cl

16. QUY TRÌNH NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY- TÁ TRÀNG CÓ GÂY MÊ

I. ĐỊNH NGHĨA:

Soi thực quản - dạ dày - tá tràng gây 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 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.

Sau phẫu thuật dạ dày.

Xơ gan. Bệnh polyp gia đình.

Bệnh Crohn.

II. 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 của khoa nội soi, 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên khoa gây mê hồi sức

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: Propofol 1%, ống 10mg/ ml, Ketamin 20mg/ml, Atropin ống 0,25mg, Solumedro 40mg, Adrenalin 1mg, Nanoxon 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 TIỀN HÀNH:

1. Kiểm tra người bệnh đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ, chỉ định.

2. Bác sĩ gây mê khám khám tổng thể trước khi nội soi kiểm tra xem bệnh nhân có các chống chỉ định của gây mê không và làm điện tâm đồ.

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm

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 gây mê cho người bệnh 3 - 4 phút trước khi nội soi.

3.5. Khi người bệnh đã nhắm mắt, mất 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

- Sấy khô máy: dùng van bơm tăng cường, bộ phận bơm khí của nguồn sáng, 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 gây mê:
- + Nhịp tim chậm dưới 50 lần/ phút. Tiêm Atropin 0,25 mg 1 ống dưới da hoặc mạch chậm.
- + Suy hô hấp: tiến hành bóp bóng oxy qua ambu và tiêm Naloxon 0,5 mcg/ kg.
- Các tai biến khác và xử trí giống nội soi dạ dày thông thường.

17. QUY TRÌNH NỘI SOI THỰC QUẢN- DẠ DÀY- TÁ TRÀNG SINH THIẾT LÀM CLO-TEST CHẨN ĐOÁN NHIỄM H. PYLORI

I. ĐỊNH NGHĨA :

Nội soi thực quản dạ dày tá tràng sinh thiết 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 .

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%. Tiểu 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.

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, tiền sử bệnh lý nhất là bệnh về tim mạch và hô hấp

2. Thực hiện kỹ thuật:

- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.
- 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, gửi lên khoa vi sinh để làm xét nghiệm.

(Test urease: 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:

- 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.

18. 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 $< 90\text{mmHg}$.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ đã có chứng chỉ tốt nghiệp nội soi Tiêu hóa.

02 điều dưỡng

1. Phương tiện

01 Máy nội soi dạ dày đồng bộ, máy nội soi đại tràng.

Kìm gấp dị vật

Nếu làm nội soi gây mê thì chuẩn bị như phần nội soi gây mê của dạ dày và đại tràng.

3. Người bệnh

Chuẩn bị người bệnh:

Giải thích người bệnh: mục đích, tai biến thủ thuật.

Người bệnh ký giấy cam kết làm thủ thuật và có người nhà đi cùng.

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 kìm 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.

19. 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

+ Kìm 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 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 soi ống hậu môn.

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 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 24h. Cho thuốc 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.

20. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ CÁN 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, 01 kim tiêm cầm máu

01 bơm tiêm 10ml.

Adrenalin 1/10.000 gây co mạch tại chỗ, pha Adrenalin với dung dịch ưu trương

Kẹp clip

3. Người bệnh

Người bệnh ký giấy cam kết làm thủ thuật và có người nhà đi cùng.

Hồi sức

Phải hồi sức thật tốt cho người bệnh để đảm bảo tình trạng huyết động của người bệnh ổn định.

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.

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.

Hỏi 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

Thực hiện kỹ thuật nội soi đại tràng ống mềm theo quy trình soi đại tràng ống mềm toàn bộ

Các phương pháp cầm máu đang triển khai:

Thực hiện kỹ thuật cắt polyp: xem quy trình cắt polyp đại tràng.

Thực hiện kỹ thuật tiêm cầm máu:

- Kỹ thuật đơn giản rẽ 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 kìm sinh thiết và đưa kìm sinh thiết vào vị trí cần kẹp clip và phóng clip vào tổn thương.

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 nội soi đại tràng toàn bộ

21. 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.

Các kim nhiệt.

Kim gấp polyp ra ngoài.

Lưới đựng polyp.

Dụng cụ cầm máu: clip, kim tiêm cầm máu.

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 đại tràng: chuẩn bị giống soi đại tràng.

Nếu là polyp trực tràng: 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%

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.

Người bệnh ký giấy cam kết làm thủ thuật và có người nhà đi cùng.

3. Thực hiện kỹ thuật

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 nhấc 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.

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 nhấc 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 tự cầm.

Áp dụng các phương pháp cầm máu qua nội soi.

Tiêm cầm máu, kẹp clip.

Đốt điện.

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.

22. NỘI SOI CAN THIỆP CẮT POLYP ỐNG 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 hoặc nhiều polyp.

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.

Thông lọng cắt polyp bằng nhiệt điện với kích thước khác nhau và các loại dây khác nhau.

Các kìm nhiệt.

Kim gấp polyp ra ngoài.

Lưới đựng polyp.

Dụng cụ cầm máu; clip, kim tiêm cầm máu

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 đại tràng: chuẩn bị giống soi đại tràng.

Nếu là polyp trực tràng: thụt tháo sạch phân.

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%

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.

Người bệnh ký giấy cam kết làm thủ thuật và có người nhà đi cùng.

3. Thực hiện kỹ thuật

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. 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 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 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.

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 tịt cầm.

Áp dụng các phương pháp cầm máu qua nội soi.

Tiêm cầm máu, clip cầm máu.

Đốt điện.

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.

23. 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, kìm 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 TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Tư thế chống hông, 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.

24. 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

Kìm sinh thiết, bông băng.

2. Người bệnh

Người bệnh được giải thích để hợp tác với thầy thuốc.

Thụt tháo làm sạch trực tràng.

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 bẩm 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.

25. 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, kim gấp
- Kim sinh thiết, bông băng

2. Người bệnh

Người bệnh được giải thích để hợp tác với thầy thuốc.

Thụt tháo làm sạch trực tràng trước khi soi.

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.

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 bấm 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.

26. NỘI SOI ĐẠI TRỰC 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, 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

2. Phương tiện

01 máy nội soi đại tràng ống mềm

01 kim sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy

Overtube

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

Nguyên tắc chung

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

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

Phải rút bớt máy và làm ngắn lại mỗi khi có thể thực hiện được. Khi khó đưa máy phải thay đổi tư thế người bệnh.

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 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

Theo dõi người bệnh trong và sau khi soi.

Nếu người bệnh có dùng thuốc 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. Chướng hơi nhiều: Hút hết hơi.

4. Phản xạ dây X: Atropin.

27. NỘI SOI ĐẠI TRÀNG (ĐẠI TRỰC TRÀNG) TOÀN BỘ ỐNG MỀM 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.

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

Bộ máy nội soi đại tràng ống mềm

Các phụ tùng đi kèm

Kim sinh thiết, dây cắt polyp

Kim lấy dị vật

Kim tiêm cầm máu

Overtube

Các thuốc dùng trong soi đại tràng

Thuốc: Propofol 1%, ống 10mg/ ml, Ketamin 20mg/ml, Atropin ống 0,25mg, Solumedro 40mg, Adrenalin 1mg, Nanoxon 0,25mg...

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.

Chế độ ăn

Ngừng các thuốc có chất sắt trước 3 - 4 ngày.

Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày.

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 gây mê

Người bệnh được thăm khám tổng thể, làm điện tâm đồ thường quy trước soi. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm liên quan.

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.

Trong trường hợp có ức chế hô hấp Naloxone 0,4 mg tiêm tĩnh mạch.

Tiêm thuốc mê cho người bệnh 3 - 4 phút trước khi nội soi.

Sau khi tiến hành xong thủ thuật người bệnh được theo dõi trên lifestope 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.

Đưa 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

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 phối 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.

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.

Chướng hơi nặng

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

Hút hết hơi

Biến chứng liên quan với tiền mê

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.

28. 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 ở khoa nội soi

01 bác sỹ và 01 điều dưỡng ở khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện

01 máy nội soi đại tràng ống mềm có video.

01 kim sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy.

Overtube

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 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

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.

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 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.

Rửa tổn thương khi phân hay chất bẩn làm che lấp tổn thương.

Tiến hành nhuộm mau bằng Indigocarmine 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.

29. 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 thục.

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

Ống hút có thể lắp nhiều vòng cao su.

Vòng cao su.

Hoặc bộ thắt giãn dùng 1 lần.

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

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 hoặc sử dụng bộ thắt giãn dùng 1 lần.

Đưa máy nội soi (đã gắn với súng bắn) vào sát búi tĩnh mạch cần thắt, hút từ từ để 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 của chủ.

Sốt: dùng kháng sinh.

30. NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT GẤP 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.

Thông 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 khuyên 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.

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.

31. 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 phong 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

Ồ 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

Dàn 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 gây mê: Trong trường hợp người bệnh kích thích cần sử dụng thuốc.

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.

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.

32. 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

Ồ 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 gây mê trong trường hợp người bệnh kích thích cần sử dụng thuốc.

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 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.

33. 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

Nghỉ ngờ hội chứng mạch vành cấp

Tăng huyết áp chưa kiểm soát được

Nghỉ ngờ thủng tạng rỗng

Nghỉ 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
 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 TIẾN HÀNH

Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh nằm lên cang nội soi

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.

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.

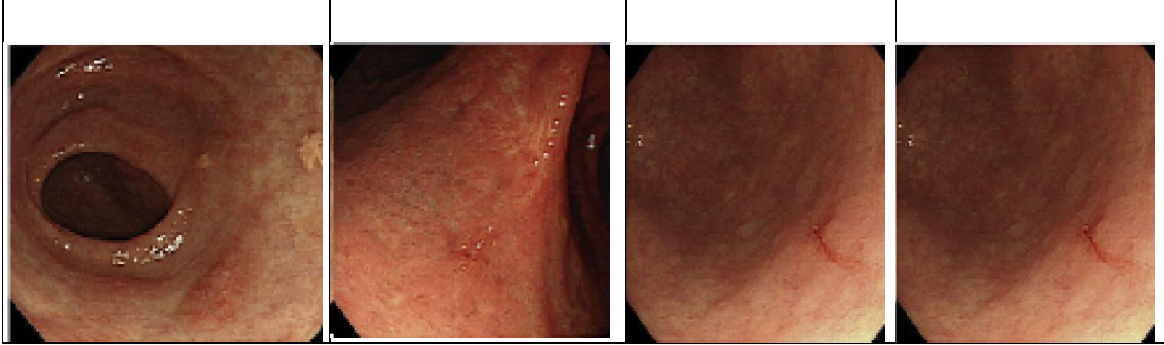
VI. THEO DÕI

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

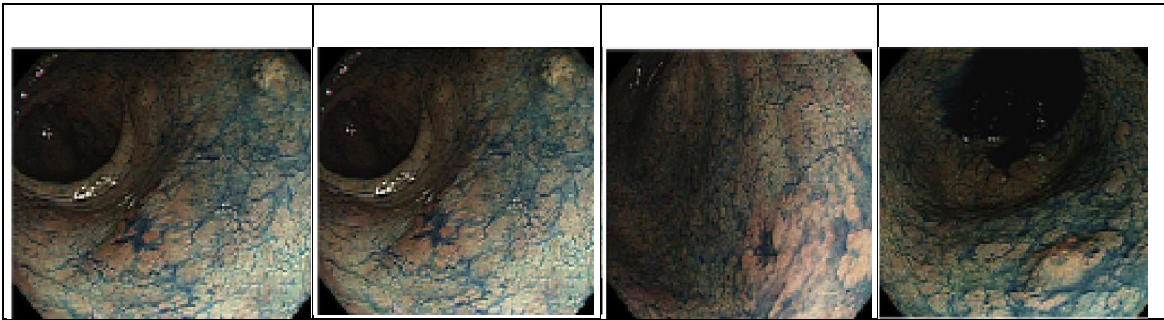
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

34. NỘI SOI CAN THIỆP – SINH THIẾT NIÊM MẠC ỐNG 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 $< 50 \text{ G/l}$, 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 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 cho vào ống đựng gửi giải phẫu bệnh.

VI. THEO DÕI TAI BIẾN

Sinh thiết có nguy cơ chảy máu.

35. ĐẶT ống 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

- 1 bác sĩ có chuyên môn nội soi, sử dụng kỹ thuật ERCP thành thạo.
- 2 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^3 70G/l, PT^3 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.

36. 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 bong, 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 sỹ 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 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

I. 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 pince 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.

II. THEO DÕI

- Khán sinh dự phòng: Augmeitn 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.

III. 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.

37. 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: 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 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 3 chiều để tẩy uế

- Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch tẩy uế, dùng bàn chải, van 3 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 3 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 nếu cần thiết

38. 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, kim 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, qu 2 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

39. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM CÓ DÙNG THUỐC TIỀN 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
- BN trong tình trạng suy hô hấp
- BN suy tim nặng
- BN rối loạn tâm thần không hợp tác
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp HA tâm trương < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ 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 - 140 cm là hay dùng nhất
- Máy soi đại tràng dài 165- 180 cm cho phép quan sát tốt manh tràng trong trường hợp đại tràng quá dài.
- Máy soi đại tràng ngắn 70-110 cm 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 tiếng trước khi nội soi 6h. 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 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
- Mặc 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 40-70 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 giả phễu: 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 BN 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 BN 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 0,14-0,2 %

- Nguyên nhân: Hay liên quan tới dính sau mổ, túi thừa viêm nặng, viêm loét nặng, hẹp đại tràng, bác sỹ ít kinh nghiệm
- Vị trí hay thủng: đại tràng sigma
- Thủng có thể do: đưa đèn không đúng hướng, đứt dây dính, bơm hơi phối 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 chướng

6.1.3. Chướng 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:

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

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

40. 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 90/60mmHg.
- 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: 1 bác sỹ và 2 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: polidocanone 1%.
 - + Các loại khác: oleat d'ethanolamin 5%, chlorhydrate de quinin-uree, morrhuate de sodium, tetradecyl sulfat 1,5%, cồn tuyệt đối.

3. Người bệnh

- Người bệnh phải nhịn ăn tối thiểu 6giờ. Nếu <6giờ 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 03 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 2 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 hóa, đặc biệt là thủng ống tiêu hóa.
- 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 acid 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 chén 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.

41. NỘI SOI HẬU MÔN ỐNG CỨNG CAN THIỆP - 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 sỹ 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 sỹ 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 lộ xuất 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 1 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 1 lần điều trị. Tránh tiêm ở vị trí 12h. 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

- Shock phản vệ: Mạch nhanh, huyết áp tụt. Xử trí theo phác đồ Shock 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

42. 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: 1 bác sỹ chuyên nội soi tiêu hóa, 1 kỹ thuật viên gây mê, 2 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 liflescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản
- Áo chì: 4 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

3. Người bệnh

- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ đối đặt stent thực quản hoặc tá tràng

- Đối người bệnh đặt stent đại tràng cần phải được làm sạch đại tràng trước khi đặt stent giống soi đại tràng nhưng bằng cách thắt 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 nên 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.

43. NỘI SOI MẬT TUY 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 sỹ 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, bong bóp, nội khí quản
- Áo chì 5 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

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 virut, 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 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 DIII 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, 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 3 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

VII. 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 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.

44. 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: 1 bác sỹ chuyên làm NSMTND, 1 kỹ thuật viên gây mê, 3 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 lifestope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bong bóng, nội khí quản.
- Áo chì 5 bộ.

2.2. Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao

- 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
- Vật tư
 - + 01 catheter, 01 dây dẫn (guidewire), 01 dao cắt cơ vòng Oddi,
 - + 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:

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 gò 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 độ 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 DIII 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, 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 3 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, tu 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 tới 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 kgoang 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.
- 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.

45. 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.
- Cơn 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: 1 bác sỹ chuyên khoa Tiêu hóa, 1 điều dưỡng giữ canuyn

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 2 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 2 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 có thể tiến hành bằng cách

- Trực tiếp áp sát đầu dò lên lớp niêm mạc đường tiêu hóa theo sự hướng dẫn của nội soi.
- Sử dụng balloon 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.

46. NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG DẢI TẦN HẸP (NBI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi thực quản dạ dày điều dưỡng 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 HA tâm thu $< 90\text{mmHg}$.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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 Kìm sinh thiết.
- Máy theo dõi lifestope 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 .
- 05 Lọ đựng bệnh phẩm
- 05 Lam kính
- 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

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 canuyl.

- Điều dưỡng giữ canuyl 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 nhầm vào khí quản, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho BN nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

47. 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 ($415 \pm 30\text{nm}$) 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 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 HA tâm thu $< 90\text{mmHg}$.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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 tiết trùng sạch và không hỏng.
- 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 Kìm 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 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 Fola x 3 gói/ngày trong 3 ngày.

Hướng dẫn Người bệnh uống thuốc làm sạch đại tràng hoặc liên hệ 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 BN 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 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, đề 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 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

48. 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 điều dưỡng 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 điều dưỡng 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 HA tâm thu < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sỹ 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 Kim sinh thiết
- 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 fentanyl 0,1 mg; 2 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 canuyl.
 - + Điều dưỡng giữ canuyl 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 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

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.

49. 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 HA tâm thu < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sỹ 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 lifestope 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
- 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 nơi thực tháo làm sạch đại tràng nếu người bệnh không uống được.

- Giải thích người bệnh: mục đích, tai biến thủ thuật.
- Các BN 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 cang thủ thuật.
- Mặc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sỹ soi.
- Hướng dẫn người bệnh nằm lên cang thủ thuật đúng tư thế. Người bệnh không tự đi lại được phải giúp người bệnh nằm lên cang.
- Điều dưỡng phải theo dõi tình trạng người bệnh, thông báo bác sỹ 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, đề 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 sỹ 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.

50. 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 sỹ 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.
- Balloon 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

51. 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 sinh thiết
- Ống nhựa, dung dịch cố định mẫu sinh thiết (phóc 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, 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 2 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 và ống đựng phóc môn để gửi xét nghiệm mô bệnh học

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 3 chiều để tẩy uế

+ Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch tẩy uế, dùng bàn chải, van 3 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 3 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.

52. 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 2 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. 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 3 chiều để tẩy uế

+ Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch tẩy uế, dùng bàn chải, van 3 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 3 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 miệng 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 miệng được 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 nếu cần thiết.

53. 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.
- Ía máu mãn, 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
- Kìm 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 khóa

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

- Chương 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 ngay ngừng cuộc soi.
- Nôn: hút bớt hơi hoặc rút đèn soi ra cho đại tràng đỡ căng, đặt ống thông dạ dày.
- Ngừng soi nếu làm như thế không có kết quả.

54. 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 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 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

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 khóa

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

55. 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: 1 bác sỹ và 1 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 sỹ.

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, qu 2 đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang
- Kỹ thuật:

- + Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo gang.
- + 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 mô.

56. 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 sỹ 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
 - + Bông băng
 - + Kim sinh thiết

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích để hợp tác với bác sỹ.

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, qu 2 đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.

- Kỹ thuật:

- + Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo gang.
- + 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 mô
- Chảy máu sau sinh thiết: cầm máu qua nội soi bằng dung dịch adrenaline 1% hoặc kim cầm máu hoặc gửi ngoại khoa.

57. 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: 1 bác sỹ và 1 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 sỹ.
- 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, qu 2 đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.
- Kỹ thuật:

- + Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo gang.
- + 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 mô.
- Chảy máu: cầm máu bằng dung dịch adrenaline 1% hoặc kim cầm máu hoặc gửi ngoại khoa.

58. 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 sỹ 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
 - + Bông băng
 - + Kim sinh thiết

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích để hợp tác với bác sỹ.

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, qu 2 đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.

- Kỹ thuật:

- + Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo gang.
- + 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 mổ
- Chảy máu sau sinh thiết: cầm máu qua nội soi bằng dung dịch adrenaline 1% hoặc kim cầm máu hoặc gửi ngoại khoa.

59. RỬA DẠ DÀY CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA

Rửa dạ dày là kỹ thuật luồn 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: một điều dưỡng (điều dưỡng) và một 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 bóp có ngăn.
- Nước sôi để nguội có pha 5g muối ăn cho 1 lít. Chuẩn bị 5 lít.
- Nước ấm 37 °C 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 bóp, 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 phải 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 sắc 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.

60. 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 sỹ siêu âm và một điều dưỡng ghi kết quả.

2. Phương tiện

- 01t 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 khó 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 sỹ

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.

61. 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 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 1 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 cacbon phóng xạ $^{14}CO_2$. Dioxyt cacbon 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

- Hai túi thở
- Một cốc nước và một viên urea
- Một máy quang phổ kế

3. Chuẩn bị người bệnh

- Không ăn uống trước khi thực hiện test thở ít nhất từ 4-6 tiếng 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

62. 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. Chuẩn bị người bệnh

Hướng dẫn và giải thích cho người bệnh những bước tiến hành cụ thể.

2. Chuẩn bị dụng cụ

Một 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 năm phút.

2. Cách đọc kết quả

- Xét nghiệm dương tính: có HC trong phân, khi có hai vạch màu xanh ở đầu trên và đầu dưới của que giấy thấm
- Xét nghiệm âm tính: không có HC 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.

63. 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 tiêu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Vải miếng gạc.
- Dầu nhờn
- 1 tấm nylon
- 1 vải đắp hoặc chăn.
- 1 bộ dẹt
- 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 bô 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 sỹ chỉ định

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3805/QĐ-BYT năm 2014 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình, kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa