

SỞ Y TẾ HẢI PHÒNG
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN AN DƯƠNG



QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN MÔN

NĂM 2024

BIÊN BẢN HỌP HỘI ĐỒNG KHOA HỌC KỸ THUẬT
Thông qua Danh mục và Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Nội soi

I. Thời gian, địa điểm

- Thời gian: Hồi 14 giờ, ngày 22 tháng 02 năm 2024
- Địa điểm: Hội trường B - Trung tâm y tế An Dương

II. Thành phần:

- Chủ tọa : BSCKII Phạm An Hiện - Giám đốc Trung tâm – Chủ tịch HĐ
- Thư ký: BS Nguyễn Thị Thu Hương - Trưởng phòng KHNH - Ủy viên TK
- Các thành viên:

1. BSCKI Bùi Thị Thu Hằng	Phó Giám đốc	Phó chủ tịch
2. BSCKII Trần Nam Trung	Phó Giám đốc	Phó chủ tịch
3. BSCKI Trương Thị Thanh Huế	Trưởng khoa HSCC	Ủy viên
4. BSCKI Trịnh Thị Hải	Trưởng khoa Nội Nhi	Ủy viên
5. Ths Phạm Thanh Hồng	Trưởng phòng TCHC	Ủy viên
6. BSCKI Phạm T. Thanh Quyên	T. khoa CSSKSS & PS	Ủy viên
7. BSCKI Đào Thị Quỳnh Thoa	TK YHCT và PHCN	Ủy viên
8. DSCKI Nguyễn Văn Hòa	TK Dược -TTB-VTYT	Ủy viên
9. Ths Bùi Thị Hương	Trưởng phòng TCKT	Ủy viên
10. CN Nguyễn Thị Quý	Trưởng phòng ĐD	Ủy viên
11. BSCKI Nguyễn Văn Minh	Trưởng khoa KB	Ủy viên
12. BSCKI Ngô Trung Kiên	TK XN và CDHA	Ủy viên
13. CN Quán Thị Hạnh	Trưởng khoa KSNK	Ủy viên
14. BSCKI Đoàn Mạnh Khoan	Trưởng khoa YTCC	Ủy viên

III. Nội dung:

Hội đồng khoa học TTYT đã họp về việc thông qua 73 Danh mục và quy trình kỹ thuật chuyên ngành Nội soi trong khám, chữa bệnh tại Trung tâm Y tế huyện An Dương.

Sau khi xem xét, thảo luận, Hội đồng khoa học TTYT thống nhất với danh mục và quy trình kỹ thuật chuyên ngành Nội soi.

THƯ KÝ



Nguyễn Thị Thu Hương

CHỦ TỊCH HĐKHKT



Phạm An Hiện

Số: 78 /QĐ-TTYT

Hải Phòng, ngày 22 tháng 2 năm 2024

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Nội soi

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN AN DƯƠNG

Căn cứ Luật khám chữa bệnh ban hành ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Căn cứ Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19 tháng 9 năm 1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 3805/QĐ-BYT ban hành ngày 25/09/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa;

Căn cứ Quyết định số 4825/QĐ-BYT ban hành ngày 07/09/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật nhi khoa;

Xét đề nghị của Chủ tịch Hội đồng khoa học bệnh viện,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Nội soi chẩn đoán, can thiệp trong khám, chữa bệnh tại Trung tâm y tế huyện An Dương.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

Điều 3. Các khoa, phòng, trung tâm trong bệnh viện căn cứ Quyết định thi hành./.

Nơi nhận:

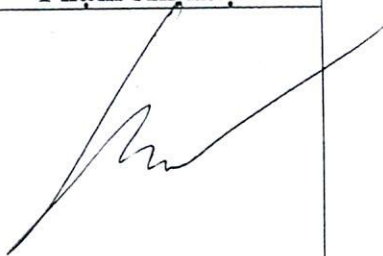
- Như điều 3;
- Ban Giám đốc (để b/c);
- Lưu: VT, KHNH.



Phạm An Hiện

SỞ Y TẾ HẢI PHÒNG
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN AN DƯƠNG

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
NỘI SOI CHÂN ĐOÁN CAN THIỆP

	Người viết	Người soát xét	Người phê duyệt
Họ tên	BS Nguyễn Huy Hoàng	BCKI Nguyễn Thị Thu Hường	BCKII Phạm An Hiện
Ký tên			

NĂM 2024

MỤC LỤC

NỘI SOI TIÊU HÓA VỚI GÂY MÊ (DẠ DÀY - ĐẠI TRÀNG).....	1
NỘI SOI CÀM MÁU BẰNG CLIP TRONG CHẢY MÁU ĐƯỜNG TIÊU HÓA.....	4
NỘI SOI DẠ DÀY THỰC QUẢN CẤP CỨU CHẢY MÁU TIÊU HOÁ CAO ĐỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ.....	6
NỘI SOI THỰC QUẢN-DẠ DÀY, LẤY DỊ VẬT	9
NỘI SOI ĐẠI TRÀNG-LẤY DỊ VẬT.....	11
NỘI SOI ĐẠI TRÀNG TIÊM CÀM MÁU	13
NỘI SOI TRỰC TRÀNG-HẬU MÔN THẮT TRĨ	16
NỘI SOI ĐẠI, TRỰC TRÀNG CÓ THẺ SINH THIẾT	18
NỘI SOI CẮT POLIP ÔNG TIÊU HOÁ (THỰC QUẢN, DẠ DÀY, TÁ TRÀNG, ĐẠI TRỰC TRÀNG).....	21
NỘI SOI HẬU MÔN CÓ SINH THIẾT, TIÊM XƠ	23
NỘI SOI BĂNG TÀN HẸP (NBI).....	25
NỘI SOI THỰC QUẢN, DẠ DÀY, TÁ TRÀNG KẾT HỢP SINH THIẾT.....	28
NỘI SOI THỰC QUẢN, DẠ DÀY, TÁ TRÀNG	30
NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA.....	35
SOI TRỰC TRÀNG.....	37
NỘI SOI DẠ DÀY THỰC QUẢN CẤP CỨU CHẨN ĐOÁN VÀ CÀM MÁU.....	39
NỘI SOI DẠ DÀY THỰC QUẢN CẤP CỨU CÓ GÂY MÊ TĨNH MẠCH.....	42
NỘI SOI TRỰC TRÀNG CẤP CỨU	45
NỘI SOI ĐẠI TRÀNG CHẨN ĐOÁN BẰNG ỐNG SOI MỀM.....	48
NỘI SOI ĐẠI TRÀNG CÀM MÁU	51
NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SINH THIẾT.....	53
NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY- TÁ TRÀNG CẤP CỨU	55
NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY- TÁ TRÀNG.....	58
CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ.....	58
NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM.....	61
NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CẤP CỨU	63
NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT	65
NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM.....	69
CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ.....	69
NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM.....	74
CÓ DÙNG THUỐC GÂY MÊ	74
NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT	79
NỘI SOI CAN THIỆP - TIÊM XƠ BỞI GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN.....	83

NỘI SOI CAN THIỆP - THẮT BỞI GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN BẰNG VỖNG CAO SU	86
NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT GẤP BÃ THỨC ĂN DẠ DÀY	88
NỘI SOI CAN THIỆP - SINH THIẾT NIÊM MẠC ỐNG TIÊU HÓA.....	90
NỘI SOI CAN THIỆP - TIÊM CÀM MÁU	92
NỘI SOI CAN THIỆP - LÀM CLO-TEST CHẨN ĐOÁN NHIỄM H.PYLORI	94
NỘI SOI HẬU MÔN ỐNG CỨNG CAN THIỆP - TIÊM XƠ BÚI TRĨ	96
NỘI SOI CAN THIỆP - MỞ THÔNG DẠ DÀY	98
NỘI SOI CAN THIỆP - KẸP CLIP CÀM MÁU.....	101
NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT HỚT NIÊM MẠC ỐNG TIÊU HÓA ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM	103
NỘI SOI CAN THIỆP - NHUỘM MÀU CHẨN ĐOÁN UNG THƯ SỚM.....	106
NỘI SOI CAN THIỆP - GẮP GIUN, DỊ VẬT ỐNG TIÊU HÓA	109
NỘI SOI HẬU MÔN ỐNG CỨNG CAN THIỆP - THẮT TRĨ BẰNG VÒNG CAO SU.....	111
NỘI SOI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ CÓ SINH THIẾT.....	113
NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ CAN THIỆP CẤP CỨU.....	117
NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT 1 POLYP ỐNG TIÊU HÓA < 1 CM.....	121
NỘI SOI CAN THIỆP-CẮT POLYP ỐNG TIÊU HÓA >1 CM HOẶC NHIỀU POLYP	124
NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG DÀI TÀN HẸP (NBI)	127
NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CÓ SINH THIẾT	131
NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG KHÔNG SINH THIẾT	134
NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA KHÔNG SINH THIẾT	137
NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA CÓ SINH THIẾT	139
NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT	141
NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT	143
NỘI SOI DẠ DÀY CÀM MÁU.....	145
CÀM MÁU THỰC QUẢN QUA NỘI SOI.....	147
NỘI SOI TRỰC TRÀNG CẤP CỨU	150
NỘI SOI TIÊU HÓA DƯỚI GÂY MÊ (DẠ DÀY - ĐẠI TRÀNG)	153
NỘI SOI MỞ THÔNG DẠ DÀY.....	156
NỘI SOI CÀM MÁU BẰNG CLIP TRONG CHẢY MÁU ĐƯỜNG TIÊU HÓA	158
NỘI SOI DẠ DÀY THỰC QUẢN CẤP CỨU CHẢY MÁU TIÊU HÓA CAO ĐỂ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ.....	160
NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY, TIÊM CÀM MÁU.....	163
NỘI SOI THỰC QUẢN-DẠ DÀY, ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN.....	165
NỘI SOI THỰC QUẢN-DẠ DÀY, LẤY DỊ VẬT	168
NỘI SOI THỰC QUẢN, DẠ DÀY, TÁ TRÀNG CÓ THỂ KẾT HỢP VỚI SINH THIẾT	170

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA.....	173
SOI ĐẠI TRÀNG LẤY DỊ VẬT	175
NỘI SOI ĐẠI TRÀNG TIÊM CẦM MÁU	177
NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG CÓ THỂ SINH THIẾT	180
NỘI SOI ĐẠI, TRỰC TRÀNG CÓ THỂ SINH THIẾT	183
NỘI SOI CẮT POLYP ỐNG TIÊU HÓA (THỰC QUẢN, DẠ DÀY, TÁ TRÀNG, ĐẠI TRỰC TRÀNG)	186
NỘI SOI HẬU MÔN CÓ SINH THIẾT, TIÊM XƠ	188
SOI TRỰC TRÀNG	190
NỘI SOI BĂNG TÀN HẸP (NBI).....	192

NỘI SOI TIÊU HÓA VỚI GÂY MÊ (DẠ DÀY - ĐẠI TRÀNG)

I. ĐẠI CƯƠNG

Máy nội soi mềm đã đánh dấu một bước ngoặt lớn trong lịch sử phát triển về chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định nội soi tiêu hóa trên (dạ dày)

Cấp cứu	Chẩn đoán	Can thiệp
- Chảy máu tiru hóa nặng, đe dọa tính mạng. - Nuốt chất ăn mòn - Dị vật tiêu hóa nguy hiểm	- Đau bụng trên tái diễn. - Nuốt khó, nuốt nghẹn. - Nôn chưa rõ nguyên nhân. - Sụt cân - Thiếu máu hoặc mất máu chưa rõ nguyên nhân. - Ỉa chảy mạn tính.. - Xquang có tổn thương niêm mạc điển hình (như loét hành tá tràng). - Phát hiện thấy u ống tiêu hóa trên khi chụp Xquang hoặc CT. - Bệnh lý polyp.	- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa không chảy máu. - Cầm máu xuất huyết tiêu hóa trên. - Mở thông dạ dày qua nội soi - Bệnh lý polyp - Nong thực quản - Achalacie - Dị vật ống tiêu hóa - Dẫn lưu nang giả tụy - Đặt sten thực quản.

2. Chỉ định nội soi tiêu hóa dưới (đại tràng)

Chẩn đoán	Can thiệp
- Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu) - Ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân - Viêm đại tràng do dị ứng, Crohn, viêm đại trực tràng chảy máu - Đánh giá hiệu quả của điều trị viêm đại tràng. - Đau bụng mạn tính - Theo dõi ung thư, loại thải ghép. - Siêu âm nội soi đại trực tràng, đo vận động đại trực tràng	- Cắt polyp - Cầm máu - Gắp dị vật - Nong chỗ hẹp của ống tiêu hóa - Tháo lồng ruột - Mở manh tràng qua da - Xoắn đại tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định nội soi tiêu hóa

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối
- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc - Viêm đại tràng cấp tính - Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định - Chấn thương đốt sống cổ	- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu - Nhiễm trùng máu - Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa - Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột - Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng, nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, lồng cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống. Tiêm kháng sinh dự phòng nếu nội soi ống tiêu hóa, thắt giãn tĩnh mạch thực quản, mở thông dạ dày, làm sạch đại tràng (nếu nội soi đại tràng).

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa trên và dưới, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mỏ (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tai mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán và các xét nghiệm khác (nếu có)).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (Thời gian khoảng 35-65 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 10-40 phút

3.1. Nội soi tiêu hóa trên

Gây mê toàn thân.

Kỹ thuật nội soi tiêu hóa trên:

- Đẩy đèn máy nội soi từ từ đi xuống vùng cơ thắt hầu họng.
- Bơm khí và đẩy nhẹ đèn nội soi đi qua cơ thắt thực quản trên đến cơ thắt thực quản dưới và đường Z. Quay nhẹ máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ và bơm hơi, đẩy đèn nội soi qua cơ thắt thực quản dưới và vào dạ dày sẽ thấy thân vị.
- Quay máy nội soi sang phải và Up đồng thời đẩy đèn nội soi tiến lên sẽ thấy hang vị và môn vị. Đẩy đèn nội soi qua môn vị vào hành tá tràng.
- Chỉnh đèn nội soi áp sát đỉnh của hành tá tràng, quay máy nội soi xuôi chiều kim đồng hồ 180° và Up 150° kết hợp đẩy nhẹ máy nội soi, sẽ thấy niêm mạc D2. Quay máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ sẽ thấy bóng Vater.

– Rút đèn nội soi lên dạ dày, bơm căng hơi, quay máy nội soi sang trái 180° và Up sẽ thấy tâm vị. Giữ góc quay 180° xung quanh trục ống nội soi sẽ quan sát được cả bờ cong lớn, bờ cong nhỏ, tâm vị và phình vị.

3.2. Nội soi tiêu hóa dưới

– Đặt người bệnh nằm nghiêng trái. Bôi trơn gel KY vào hậu môn. Đẩy đèn nội soi qua hậu môn. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng.

– Đẩy máy nội soi đến khi nhìn thấy góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma ở bên trái. Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp Up và đẩy nhẹ, sẽ thấy lòng đại tràng sigma.

– Đẩy máy nội soi men theo bờ trái đại tràng sigma sẽ thấy góc lách. Quay máy nội soi xuôi chiều kim đồng hồ 180° và rút ngắn khoảng 20-30cm thường là xoắn alpha).

– Đẩy máy nội soi trong lòng đại tràng ngang sẽ quan sát thấy hình vòng cung hoặc hình núp ở bên phải (góc gan). Quay máy nội soi xuôi chiều kim đồng hồ, hút hơi và Down kết hợp R đồng thời rút máy nội soi 1-2cm sẽ quan sát thấy manh tràng.

– Nếu đại tràng bản : ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.

VI. THEO DÕI

– Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chảy máu : Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.

– Thủng : kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

– Đề phòng hội chứng hít.

– Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được và có sức cản.

– Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI CÀM MÁU BẰNG CLIP TRONG CHẢY MÁU ĐƯỜNG TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG:

Nội soi can thiệp kẹp clip cầm máu là một phương pháp can thiệp điều trị nhằm mục đích cầm chảy máu tổn thương qua nội soi ống tiêu hoá.

II. CHỈ ĐỊNH:

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện:

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

Clip cầm máu

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

3. Người bệnh:

- Người bệnh phải nhịn ăn tối thiểu 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.

NỘI SOI DẠ DÀY THỰC QUẢN CẤP CỨU CHẢY MÁU TIÊU HOÁ CAO ĐỂ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi có giá trị quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân, vị trí và can thiệp cầm chảy máu tiêu hóa trên.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: Chảy máu xảy ra ở trên góc Treitz do nguyên nhân tại dạ dày, thực quản hoặc hành tá tràng có thể do giãn tĩnh mạch thực quản hoặc không giãn tĩnh mạch thực quản (hay gặp nhất là loét hành tá tràng).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Truy tim mạch, suy h hấp
- Thủng ruột, thủng rò thực quản, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa 1 tháng, tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiêu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 03 điều dưỡng, nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như lồng cắt polyp, đốt đông, dụng cụ thắt, kim tiêm cầm máu qua nội soi, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng (nếu can thiệp tĩnh mạch thực quản). Đặt ống thông hút rửa dịch dạ dày.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi cấp cứu thực quản hoặc dạ dày cầm máu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

Gây mê nội khí quản tránh trào ngược).

Nội soi tiêu hóa trên xác định tổn thương gây chảy máu và nên thực hiện vào thời điểm 24 giờ sau khi chảy máu ồ ạt. Trong trường hợp đã truyền máu > 70ml/kg cân nặng, huyết động học vẫn không ổn, nội soi tiêu hóa phối hợp ngoại để xác định vị trí chảy máu.

3.1. Cầm máu qua nội soi do giãn tĩnh mạch thực quản

Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản

– Chất gây xơ polidocain 1%, 1 tuần/1 lần x 3 tuần, sau đó 1 tháng/1 lần đến khi hết hoàn toàn búi giãn.

– Tiêm tại búi tĩnh mạch cách tâm vị vài mm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây chảy máu, sau đó vòng theo chu vi của thực quản lên cao dần thứ ng là tiêm vào 3 điểm).

– Xác định vị trí tiêm, sau đó đẩy kim tiêm ra khỏi kênh can thiệp và cố định vào vị trí đó. Tiếp theo, đẩy kim tiêm xơ ra khỏi vỏ và bơm chất gây xơ.

– Rút kim tụt vào trong vỏ của kim và kéo vỏ của kim 2cm về phía máy nội soi, sau đó tìm vị trí cần tiêm khác.

– Liều tiêm là 2,5ml polidocanol 1 mũi, tổng liều 10 -12 ml. Tiêm cạnh búi giãn 1-2 ml hoặc tiêm trong búi giãn 2-3ml hoặc tiêm hỗn hợp: Bắt đầu tiêm vào dưới niêm mạc cạnh hai bên thành tĩnh mạch, sau đó tiêm trong lòng tĩnh mạch.

Thắt tĩnh mạch qua nội soi (súng bắn nhiều phát)

– Lòng súng bắn vào máy soi: Luôn dây dẫn qua kênh can thiệp tại đầu xa của máy nội soi, lắp ống nhựa vào đầu máy nội soi, sau đó cố định vào tay quay và chốt tay quay tại lỗ ngoài kênh can thiệp.

– Các bước thắt tĩnh mạch :

+ Đặt đầu máy soi đã được gắn với súng bắn vào sát búi tĩnh mạch.

+ Hút từ từ búi tĩnh mạch chui vào trong vòng nhựa.

+ Quay tay quay 1 vòng theo chiều kim đồng hồ để bắn vòng cao su ra thắt búi tĩnh mạch, sau đó tìm búi tĩnh mạch cần thắt khác.

– Đốt đầu thắt vào các búi tĩnh mạch cách tâm vị vài cm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây vỡ và thường chỉ nên thắt khoảng 2 vòng theo chu vi của thực quản. Đốt sau thắt các búi tĩnh mạch còn lại.

Gây tắc tĩnh mạch thực quản – dạ dày.

– 1ml keo dán trộn với 1ml lipiodol, sau đó pha với 1ml lipiodol nữa

– Tiêm từ 2-3 mũi vào trong búi tĩnh mạch

– Tiêm 2-3 đ t gần nhau để gây tắc hoàn toàn.

– Chỉ định : giãn tĩnh mạch dạ dày hoặc tĩnh mạch thực quản khi các phương pháp xơ hoá khác bị thất bại.

3.2. Cầm máu qua nội soi không do giãn tĩnh mạch thực quản

– Phương pháp : Đông nhiệt bao gồm laser, heater súng , Argon, monopolar, hoặc multipolar probes. Phương pháp cầm máu không bằng nhiệt bao gồm tiêm các chất có thể gây xơ hóa hoặc co mạch, clip.

Hai phương pháp được sử dụng nhiều nhất :

– Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu.

– Cầm máu bằng kẹp kim loại (clip) : Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn, luôn dụng cụ qua kênh can thiệp, phát hiện chính xác điểm chảy máu, xác định chính xác vị trí đặt clip, mở rộng toàn bộ clip, đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất, bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip.

VI. THEO DÕI

– Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu : đẩy máy nội soi vào và hút xẹp hơi dạ dày và rút máy nội soi sau 15phút, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng.
- Thủng : mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.
- Tắc mạch xa : hội chẩn tim mạch
- Lau vật kính liên tục khi keo sinh học rò ra ngoài

Ghi chú

- Đưa vòng nhựa ouvertube qua cơ thắt trên nhẹ nhàng
- Xác định chính xác vị trí cần can thiệp.

NỘI SOI THỰC QUẢN-DẠ DÀY, LẤY DỊ VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Nuốt dị vật là lí do nội soi can thiệp khá phổ biến trong cấp cứu nhi khoa. Nội soi ống mềm can thiệp dị vật là một phương pháp hiệu quả và an toàn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật thực quản cản quang bị tắc nghẽn tại thực quản trên 24 giờ, cần được lấy ra khỏi thực quản ngay.
- Các dị vật cản quang trong dạ dày cần lấy ra ngoài khi :
 - + Đường kính trên 20mm
 - + Chiều dài trên 50mm trên 70mm đối với người lớn)
 - + Dạng nhọn có khả năng đâm xuyên kim loại có ngành, kim, thủy tinh..)
 - + Dị vật ăn mòn
 - + Dị vật tồn tại trên 2-4 tuần
 - + Dị vật gây nên triệu chứng, đặc biệt có chứa chì
 - + Dị vật pin trong thực quản cần được lấy ra ngay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Truy tim mạch, suy h hấp
- Thủng ruột, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa 1 tháng , tắc ruột
- Bệnh rối loạn đ ng máu, giảm tiêu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 03 điều dưỡng , nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim, vợt, gắp dị vật qua nội soi ..., 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai khác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi tiêu hóa can thiệp dị vật, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ cấp cứu, X quang dị vật và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

Gây mê nội khí quản để phòng dị vật rơi vào đường thở khi can thiệp)

- Nguyên tắc : xác định dị vật về vị trí, hình dạng, kích thước, hướng đi, vị trí, mối tương quan với các tổ chức xung quanh, thời gian tồn tại, bản chất của dị vật ...và quan sát rõ dị vật khi di chuyển.

- Dùng cụ can thiệp được mở khi đối diện với dị vật và điều chỉnh đầu đèn nội soi để dụng cụ can thiệp bắt được dị vật và kéo ra dị vật ngoài cơ thể.
- Dị vật cản quang dẹt hoặc có ngạnh: nên dùng kìm cá sấu.
- Dị vật mềm, tròn: nên dùng giỏ hoặc vợt.
- Dị vật hữu cơ như quả nhãn thực quản, đồng xu thực quản : gấp ra ngoài hoặc đẩy xuống dạ dày.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực ...
- Trong trường hợp tổn thương loét nhiều cần điều trị kháng sinh và thuốc giảm bài tiết axít.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: cầm máu qua nội soi tối đa, xét nghiệm, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng..
- Thủng: kẹp clip và hoặc mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Khi lấy dị vật nguy cơ cao cần mời bác sĩ ngoại cùng có mặt để đánh giá.
- Phải phân tích kỹ dị vật trước khi can thiệp.
- Luôn luôn quan sát rõ dị vật khi di chuyển.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG-LẤY DỊ VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Đây là một phương pháp chẩn đoán bằng cách đưa đèn của máy nội soi mềm đi từ hậu môn lên đến manh tràng để phát hiện và lấy dị vật ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

Dị vật đại tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Truy tim mạch, hô hấp không ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 03 điều dưỡng, nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ gấp dị vật, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm sạch đại tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi đại tràng lấy dị vật, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mồm, Xquang dị vật, CT và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (Thời gian khoảng 60-90 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

- Gây mê toàn thân.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.
- Nội soi đại tràng tìm dị vật, chú ý không nên thực hiện động tác ép bụng đặc biệt khi nghi ngờ có dị vật sắc nhọn.
- Nguyên tắc : xác định dị vật về vị trí, hình dạng, kích thước, hướng đi, vị trí, mối tương quan với các tổ chức xung quanh, thời gian tồn tại, bản chất của dị vật ... và quan sát rõ dị vật khi di chuyển.

Kỹ thuật lấy dị vật :

- Dùng cụ can thiệp được mở khi đối diện với dị vật và điều chỉnh đầu đèn nội soi để dụng cụ can thiệp bắt được dị vật và kéo ra dị vật ngoài cơ thể.

- Dị vật cản quang dẹt hoặc có ngành: nên dùng kim cá sấu.
- Dị vật mềm, tròn: nên dùng gọng hoặc vợt.
- Đại tràng bẩm: bơm rửa sạch, quan sát rõ dị vật trước khi can thiệp.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực ...
- Trong trường hợp tổn thương loét nhiều cần điều trị kháng sinh và thuốc giảm bài tiết axít.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: cầm máu qua nội soi tối đa, xét nghiệm, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng..
- Thủng: kẹp clip và hoặc mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Khi lấy dị vật nguy cơ cao cần mời bác sĩ ngoại cùng có mặt để đánh giá.
- Phải phân tích kỹ dị vật trước khi can thiệp.
- Luôn luôn quan sát rõ dị vật khi di chuyển.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG TIÊM CẦM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm cầm chảy máu trong nội đại tràng là một phương pháp phổ biến.

II. CHỈ ĐỊNH

Cắt polyp

Cầm máu ổ loét, chân polyp chảy máu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

*** Chống chỉ định tuyệt đối**

Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc

Viêm đại tràng cấp tính

Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định

*** Chống chỉ định tương đối**

Giảm tiêu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu

Nhiễm trùng máu

Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa

Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột

Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim cầm máu, đầu đốt nhiệt, long cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm sạch đại tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa đại tràng cầm máu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mỏ (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tại mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán) và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(thời gian khoảng 60-90 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ: 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật: 30-60 phút

- *Tiến hành gây mê toàn thân.*

- *Tiến hành nội soi đại tràng tìm vị trí, nguyên nhân gây chảy máu.*

- *Kỹ thuật nội soi đại tràng:*

Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.

Bôi trơn (gel KY) vào hậu môn. Kéo môn phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quạt ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.

Đẩy máy nội soi đến khi nhìn thấy hình vòng cung bên trái (góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma), chỉnh đèn nội soi áp sát góc này.

Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp với điều khiển Up và đẩy nhẹ, sẽ quan sát thấy lòng đại tràng sigma.

Tiếp tục đẩy máy nội soi men theo bờ trái đại tràng sigma sẽ quan sát thấy vòng cung bên trái (góc lách), thường máy nội soi đã luôn vào đại tràng khoảng 70cm và tạo xoắn alpha.

Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ 180° và rút máy nội soi ra khoảng 20-30cm, nhưng vị trí đèn nội soi trong đại tràng vẫn không thay đổi. Lúc này, máy nội soi đã được làm thẳng.

Tiếp tục đẩy máy nội soi trong lòng đại tràng ngang sẽ quan sát thấy hình vòng cung hoặc hình núp ở bên phải (góc gan).

Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ kèm theo hút hơi và dùng điều khiển Down kết hợp R đồng thời rút ống nội soi 1-2cm sẽ quan sát thấy manh tràng.

Thận trọng: người bệnh đã phẫu thuật tiểu khung hoặc đại tràng, viêm túi thừa, đại tràng quá dài, người bệnh béo hoặc quá gầy bé.

Nếu đại tràng bản: ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.

Trường hợp khó: có thể thay đổi tư thế người bệnh hoặc ép bụng hoặc tháo cuộn theo chiều ngược lại.

Kỹ thuật tiêm :

Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu. Phương pháp này áp dụng cho tổn thương chảy máu nhẹ hoặc hỗ trợ trước khi bắn clip hoặc đốt.

VI. THEO DÕI

Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.

Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được hoặc có sức cản.

Tai biến chảy máu, thủng ruột có thể xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG-HẬU MÔN THẮT TRĨ

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

Bông 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 kìm hay máy hút kéo búi trĩ vào trong lòng ống hình trụ, bắt lấy cho vòng cao su ôm vào cổ búi trĩ. Có thể thắt 1-2 búi trĩ hay 3 búi trĩ trong một lần điều trị.

Nhất thiết phải thắt ở trên đường lược ít nhất 5mm, người bệnh không đau.

Có thể phối hợp tiêm thuốc gây xơ, còn tuyệt đối, xylocain, điều trị ngay.

Các lần thắt trĩ điều trị cách nhau ít nhất 3 tuần lễ.

Luôn theo dõi tình trạng người bệnh, có choáng cần phát hiện, điều trị ngay.

VI. THEO DÕI

Mạch, huyết áp trước và sau khi thắt.

Người bệnh cần nhịn đi ngoài 24 giờ.

Cho giảm đau, nhuận tràng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Đau: do vòng thắt quá thấp, phải tháo vòng đặt lại cao hơn. Làm đúng kỹ thuật, người bệnh không đau, có thể về sau 15 phút nghỉ ngơi.

Tuột vòng do đi ngoài sớm: đặt lại vòng

Chảy máu khi búi trĩ rụng

Tắc mạch trĩ

Nhiễm khuẩn nặng: ba dấu hiệu là sốt cao, đau nhiều và bí tiểu: cho vào viện ngay, nhất là người bệnh suy giảm miễn dịch.

NỘI SOI ĐẠI, TRỰC TRÀNG CÓ THỂ SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Đây là một phương pháp chẩn đoán bằng cách đưa đèn của ống nội soi mềm từ hậu môn lên đến manh tràng để quan sát và sinh thiết niêm mạc đại, trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu)

Ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân

Viêm đại tràng do dị ứng, Crohn, viêm đại trực tràng chảy máu

Đánh giá hiệu quả của điều trị viêm đại tràng

Đau bụng mạn tính

Theo dõi ung thư, loại thải ghép

Polyp nghi ác tính hoặc polypose

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc

Viêm đại tràng cấp tính

Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định

Chống chỉ định tương đối

Giảm tiêu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu

Nhiễm trùng máu

Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa

Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột

Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

Người thực hiện Quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 02 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm sạch đại tràng.

Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa, giấy cam đoan, kết quả khám tai mũi họng bình thường và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(thời gian khoảng 45-65 phút/1 người bệnh)

Kiểm tra hồ sơ:

10 phút

Kiểm tra người bệnh:

15 phút

Thực hiện kỹ thuật:

20-40 phút

Gây mê toàn thân.

Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.

Bôi trơn (gel KY) vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quạt ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.

Đẩy máy nội soi đến khi nhìn thấy hình vòng cung bên trái (góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma), chỉnh đèn nội soi áp sát góc này.

Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp với điều khiển Up và đẩy nhẹ, sẽ quan sát thấy lòng đại tràng sigma.

Tiếp tục đẩy máy nội soi men theo bờ trái đại tràng sigma sẽ quan sát thấy vòng cung bên trái (góc lách), thường máy nội soi đã luồn vào đại tràng khoảng 70cm và tạo xoắn alpha.

Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ 180° và rút máy nội soi ra khoảng 20-30cm, nhưng vị trí đèn nội soi trong đại tràng vẫn không thay đổi. Lúc này, máy nội soi đã được làm thẳng.

Tiếp tục đẩy máy nội soi trong lòng đại tràng ngang sẽ quan sát thấy hình vòng cung hoặc hình núp ở bên phải (góc gan).

Quay máy nội soi sang phải kèm theo hút hơi và dùng điều khiển Down kết hợp R đồng thời rút máy nội soi 1-2cm sẽ quan sát thấy manh tràng.

Thận trọng: người bệnh đã phẫu thuật tiểu khung hoặc đại tràng, viêm túi thừa, đại tràng quá dài, người bệnh béo hoặc quá gầy bé.

Nếu đại tràng bản: ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.

Trường hợp khó: có thể thay đổi tư thế người bệnh hoặc ép bụng hoặc tháo cuộn theo chiều ngược lại.

Kỹ thuật sinh thiết: đẩy kim sinh thiết đưa ra ngoài ống nội soi không quá 3cm, sinh thiết ngay niêm mạc đại, trực tràng khi thấy tổn thương nhỏ vì sau đó có thể không quan sát thấy. Số mảnh sinh thiết tùy theo bệnh lý.

VI. THEO DÕI

Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.

Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được hoặc có sức cản.

Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI CẮT POLIP ÔNG TIÊU HOÁ (THỰC QUẢN, DẠ DÀY, TÁ TRÀNG, ĐẠI TRỰC TRÀNG)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi cắt polyp ống tiêu hóa là kỹ thuật cắt rời polyp ra khỏi niêm mạc ống tiêu hóa đồng thời lấy ra ngoài làm xét nghiệm tế bào học.

II. CHỈ ĐỊNH

Polyp tiêu hóa trên và dưới

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định
- Chấn thương đốt sống cổ

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Dẫn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 03 điều dưỡng, nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa kèm theo các dụng cụ can thiệp như lồng cắt polyp, máy cắt đốt, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, làm sạch đại tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi cắt polyp ống tiêu hóa trên và dưới, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (Thời gian khoảng 50-90 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 20-60 phút

Gây mê nội khí quản (tránh hội chứng hít khi lấy polyp ra ngoài từ ống tiêu hóa trên).

Nội soi dạ dày và đại tràng xác định số lượng, vị trí và hình thái polyp. Đánh giá khả năng can thiệp đối với các polyp.

Nguyên tắc: Cắt ngay tất cả các polyp khi nhìn thấy đối với polyp thiếu niên, vì sau đó có thể không tìm thấy nữa. Bệnh lý polypose: cắt nhiều đợt, khoảng 20 polyp/1 đợt, nếu polyp dày đặc cần mời hội chẩn ngoài.

Kỹ thuật cắt polyp:

- Đưa lồng đến vị trí có polyp, mở lồng ôm lấy đầu polyp sau đó tụt xuống ôm lấy

chân polyp. Đẩy vỏ nhựa của lọng sát với cuống polyp, thắt từ từ lọng cho đến khi có cảm giác chặt tay. Kéo nhẹ đầu polyp lên, kiểm tra kỹ không để niêm mạc trực tràng chui vào lọng và không chạm thành trực tràng

– Cắt đốt 2-3 giây, xen kẽ pha cầm máu và pha cắt, lọng sẽ từ từ được thắt chặt dần đến khi polyp bị cắt rời hoàn toàn. Lấy polyp ra ngoài làm giải phẫu bệnh.

– Polyp không cuống : Tiêm nước muối sinh lí ở phần ranh giới giữa polyp và niêm mạc lành để tách niêm mạc và polyp để tạo cuống. Trường hợp khó, không an toàn : phải cắt polyp thành nhiều mảnh nhỏ.

– Polyp cuống to : Thời gian cầm máu đốt kéo dài hơn để tránh chảy máu.

– Ống tiêu hóa bản : bơm rửa sạch, quan sát rõ chân polyp trước khi cắt.

VI. THEO DÕI

– Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chảy máu : Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.

– Thủng : kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

– Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI HẬU MÔN CÓ SINH THIẾT, TIÊM XƠ

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.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trĩ nội độ 3 to, độ 4, trĩ hỗn hợp, trĩ ngoại, huyết khối trĩ.

Viêm nhiễm tại hậu môn.

Bệnh rối loạn đông máu, bệnh toàn thân giai đoạn cấp, bệnh suy giảm miễn dịch HIV.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

Ống soi hậu môn, nguồn sáng tốt, bơm tiêm, thuốc sát trùng.

Thuốc gây xơ: Polidocanol.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Tên, tuổi người bệnh, các xét nghiệm.

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

Lau sạch ống hậu môn, bôi thuốc khử khuẩn dịu như Betadine, banh hậu môn để gốc búi trĩ. Tiêm thuốc gây xơ vào gốc búi trĩ vùng dưới niêm mạc, mỗi búi từ 1, 2, 3 ml tùy kích thước búi trĩ. Rút kim ra, nếu chảy máu ở lỗ đâm kim, ấn chặt một miếng bông.

Tiêm trên đường lược ít nhất 5 mm, người bệnh không đau. Tiếp tục điều trị búi trĩ khác. Không tiêm quá 3 búi trĩ trong một lần điều trị. Tránh tiêm ở vị trí 12 giờ. Các lần tiêm cách nhau 1-2 tuần lễ.

VI. THEO DÕI

Trước, trong và sau khi làm thủ thuật: theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp.

Sau khi làm người bệnh nghỉ ngơi 15 phút rồi cho về.

Cho thuốc giảm đau, nhuận tràng, an thần.

Ngâm hậu môn bằng nước ấm 2 lần/1 ngày trong 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Sốc phản vệ: Mạch nhanh, huyết áp tụt. Xử trí theo phác đồ sốc phản vệ.

Choáng: cho người bệnh nằm nghỉ, theo dõi mạch, huyết áp.

Tiêm không đúng khoang dưới niêm mạc: sâu quá lớp cơ, người bệnh đau, rút bớt kim lại. Tiêm nông quá, niêm mạc trắng bệch, thuốc trào ra ngoài, không có tác dụng.

Chảy máu chỗ tiêm: ấn chặt miếng bông, ép gạc.

Đau do tiêm thấp dưới đường lược hoặc tiêm quá sâu: cho thuốc giảm đau.

Áp xe hay nứt kẽ hậu môn.

Nhiễm khuẩn nặng: sốt cao, đau nhiều, bí đái: cho người bệnh vào viện.

NỘI SOI BĂNG 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 huyết áp tâm thu $< 90\text{mmHg}$.

IV. CHUẨN BỊ

Người thực hiện

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

02 Điều dưỡng

Phương tiện

01 Máy nội soi đại tràng đồng bộ có hệ thống NBI.

Chuẩn bị dây soi sẵn sàng, đảm bảo dây soi được tiệt trùng sạch và không hỏng hóc.

Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.

Thuốc mê và tiền mê: 2 ống midazolam 5mg; 2 ống fentanyl 0,1 mg; 2 ống propofol.

01 Kim sinh thiết

05 Lọ đựng bệnh phẩm

05 Lam kính

02 Bơm tiêm 20 ml

06 Đôi găng tay

02 Áo mổ

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 Folax x 3 gói/ngày trong 3 ngày.

Hướng dẫn người bệnh uống thuốc làm sạch đại tràng hoặc liên hệ với nơi thực thao làm sạch đại tràng nếu người bệnh không uống được.

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

Các người bệnh nguy cơ cao: tuổi > 60, nghi ngờ có bệnh lý tim - phổi mạn tính cần làm thêm xét nghiệm điện tâm đồ và X quang tim phổi.

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.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh thay quần.

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 lên cang thủ thuật đúng tư thế.

Điều dưỡng phải theo dõi tình trạng người bệnh, thông báo cho bác sĩ khi có bất thường, luôn động viên và hướng dẫn người bệnh hợp tác để tiến hành thủ thuật thuận lợi.

Thông báo cho người bệnh bắt đầu làm thủ thuật, hướng dẫn người bệnh phối hợp trong quá trình làm thủ thuật.

Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát niêm mạc trực tràng và toàn bộ đại tràng, để chế độ NBI quan sát kỹ các tổn thương nghi ngờ. Phân biệt tổn thương ở chế độ NBI dựa trên thay đổi mạng lưới mao mạch (CP: capillary pattern), tùy thuộc vào thay đổi cấu 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.

THEO DÕI

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

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.

NỘI SOI THỰC QUẢN, DẠ DÀY, TÁ TRÀNG KẾT HỢP SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Cuối năm 1960, ống nội soi ra đời đánh dấu một bước ngoặt lớn trong lịch sử phát triển về chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ống tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu tiêu hóa, đau bụng trên tái diễn
- Nuốt khó, nuốt nghẹn, n n chưa rõ nguyên nhân
- Sụt cân, thiếu máu hoặc mất máu chưa rõ nguyên nhân
- Ỉa chảy mạn tính
- Xquang có tổn thương niêm mạc điển hình như loét hành tá tràng
- Phát hiện thấy u ống tiêu hóa trên khi chụp Xquang hoặc CT
- Bệnh lý polyp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Truy tim mạch, suy h hấp
- Thủng ruột, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa 1 tháng , tắc ruột
- Bệnh rối loạn đ ng máu, giảm tiểu cầu nặng
- Thận trọng khi tr khóc quá mức

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 02 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên, các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa trên có sinh thiết, 01 bệnh án kèm theo kết quả khám tại mũi họng và các xét nghiệm khác như xét nghiệm đông máu...nếu người bệnh có tiền sử bệnh đông chảy máu), giấy cam đoan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 35-40 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ: 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật: 10-20 phút

Gây mê toàn thân. Nội soi tiêu hóa trên có 4 mốc quan trọng quan sát: tâm vị, góc bờ cong, môn vị và gờ trên tá tràng.

Kỹ thuật nội soi tiêu hóa trên:

- Cầm máy nội soi cách khoảng 20-30cm so với đầu máy nội soi cong xuống, đẩy đèn máy nội soi từ từ đi xuống vùng cơ thắt hầu họng.
- Bơm khí và đẩy nhẹ đèn nội soi đi qua thực quản sau trên đến cơ thắt thực quản dưới và đường Z.
- Quay nhẹ máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ và bơm hơi, đẩy đèn nội soi qua cơ thắt thực quản dưới và vào dạ dày, đến khi quan sát rõ các nếp niêm mạc thân vị.
- Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ đi theo bờ cong nhỏ) và dùng điều khiển Up đồng thời đẩy đèn nội soi tiến lên sẽ thấy hang vị và môn vị.
- Đẩy đèn nội soi qua môn vị vào hành tá tràng.
- Kéo nhẹ máy nội soi ra và bơm hơi nhẹ kiểm tra toàn bộ hành tá tràng (mặt trước nằm ở bên trái, mặt sau nằm ở bên phải).
- Chỉnh đèn nội soi áp sát đỉnh của hành tá tràng, quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ 180° và dùng điều khiển Up 150° kết hợp đẩy nhẹ ống nội soi, sẽ quan sát thấy niêm mạc tá tràng D2. Quay máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ sẽ thấy bóng Vater.
- Rút đèn nội soi lên dạ dày khoảng 5cm cách lỗ môn vị, bơm căng hơi, quay máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ 180° và dùng điều khiển Up sẽ thấy tâm vị.
- Giữ góc quay 180° xung quanh trục máy nội soi sẽ quan sát được cả bờ cong lớn, bờ cong nhỏ, tâm vị và phình vị.

Kỹ thuật sinh thiết : thực hiện trong quá trình rút máy nội soi

- Xác định đúng vị trí cần sinh thiết.
- Điều chỉnh kim sinh thiết phải vuông góc với niêm mạc.
- Kim sinh thiết chui ra ngoài máy nội soi không quá 3cm.
- Mở kim ra trước sau đó đẩy kim tỳ vào niêm mạc, rồi đóng kim từ từ.
- Vị trí sinh thiết thường qui ở hang vị: cách môn vị 2-5cm.
- Vị trí sinh thiết thường qui ở thân vị: cách tâm vị 10cm đối với người lớn).
- Vị trí: tá tràng, hang vị, thân vị, thực quản và tại vị trí tổn thương.

VI. THEO DÕI

Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: cầm máu qua nội soi, nếu nặng cần mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu.
- Thủng: áp dụng kỹ thuật kẹp clip bịt lỗ thủng dạ dày, nếu không có hiệu quả, cần mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

NỘI SOI THỰC QUẢN, DẠ DÀY, TÁ TRÀNG

I. MỤC ĐÍCH

Nội soi thực quản- dạ dày- tá tràng 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.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tiêu hóa
- Đau thượng vị
- Loét dạ dày - hành tá tràng
- K dạ dày
- Viêm dạ dày
- Hẹp môn vị
- Giun chui ống mật
- Polype dạ dày
- Thiếu máu Biermer
- Crohn
- Thiếu máu không rõ nguyên nhân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- 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.

- Phòng giãn động mạch chủ.
- Suy tim
- Suy hô hấp
- Nhồi máu cơ tim mới.
- Cơn cao huyết áp.
- Khó thở do bất cứ nguyên nhân gì.
- Cổ chướng to, bụng chướng hơi nhiều.
- Ho nhiều.
- Gù vẹo cột sống.

*** Chống chỉ định tương đối:**

- Người bệnh quá già yếu và suy nhược.
- Người bệnh tâm thần không phối hợp được.
- Tụt huyết áp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa: Các Bác sỹ và KTV chuyên ngành Nội soi tiêu hóa

2. Phương tiện: Máy nội soi thực quản - dạ dày tá tràng ống mềm và các dụng cụ kèm theo máy soi:

- + Máy hút
- + Nguồn sáng
- + Màn hình
- + Kim sinh thiết
- + Canuyn
- + Gạc lau máy....

3. Dung dịch thử UREASE - tesr.

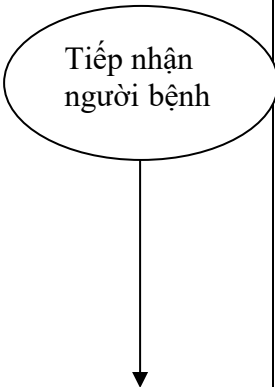
4. Người bệnh.

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

- Cho người bệnh uống thuốc tan bọt dạ dày (Simethicon) trước khi soi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Sơ đồ quá trình tiếp nhận và nội soi cho NB

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Yêu cầu kỹ thuật
KTV phụ 1	 Tiếp nhận người bệnh	* Gọi sắp xếp và hướng dẫn người bệnh - Tiếp nhận người bệnh: + Hỏi người bệnh đã nhịn ăn, uống chưa? + Hỏi kết quả Nội soi cũ (nếu có) + Tiền sử bệnh có liên quan + Hỏi xem NB có răng giả không? Nếu có răng giả tháo răng giả trước khi soi (trừ những NB lắp răng cố định) - Xếp giấy theo thứ tự, đánh số, NB nào cài giấy trước được gọi vào soi trước dưới sự sắp xếp của Điều dưỡng tiếp đón. - Những trường hợp NB được ưu tiên như: Nội soi cấp cứu, NB già yếu và trẻ em. - Khi gọi NB vào soi cần đối chiếu tên tuổi, địa chỉ của NB ở phiếu chỉ định soi với thông tin trên máy đã được các Bác sỹ của các phòng khám và các khoa lâm sàng chỉ định trên máy tính. - Hướng dẫn NB lên bàn soi, giải thích, động viên và hướng dẫn những thông tin cần thiết để NB yên tâm, bớt lo lắng.

Bác sỹ	Chuẩn bị trước soi cho NB	- Chuẩn bị máy soi: Lắp dây soi vào nguồn sáng: Kiểm tra hoạt động của dây soi (Kênh hơi, kênh nước, hệ thống cơ...) nguồn sáng, bộ xử lý, màn hình TV, máy in, bộ phận ghi ảnh....
KTV phụ 1 + KTV phụ 2	Tiến hành soi thực quán, dạ dây, tá tràng cho NB	+ Kiểm tra chống chỉ định của thủ thuật Nội soi đối với NB, hỏi tiền sử bệnh. + Tiến hành thủ thuật Nội soi: Trước khi làm thủ thuật cần kiểm tra lại máy soi. + Thực hiện kỹ thuật soi cho từng người bệnh. + Trong quá trình soi, tùy từng NB mà Bác sỹ ra chỉ định KTV làm thủ thuật can thiệp như: Tiêm cầm máu ổ loét, cắt đốt Polype, thắt búi giãn TMTQ, sinh thiết, gấp giun, gấp dị vật... + Cho các mẫu sinh thiết vào lọ đựng bệnh phẩm (nếu có), ghi tên, tuổi, địa chỉ của NB, giải thích cho NB về những xét nghiệm kèm theo. Đối với những NB nghi ngờ K cần làm XN tế bào, những NB làm tes vi khuẩn HP phải đánh số thứ tự lần lượt theo ký hiệu A,B,C,D... trên khay đựng hóa chất chảnh nhằm kết quả của NB. + Trong suốt quá trình soi KTV phụ phải chú ý, quan sát, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường của NB như: Mạch, huyết áp, nhịp thở, sắc mặt... để kịp thời xử lý tránh nguy hiểm cho NB. + Sau khi Bác sỹ rút ống soi ra khỏi NB, KTV phụ 1 đỡ máy soi tiến hành khử nhiễm, sau đó đưa sang phòng máy để thực hiện quy trình khử khuẩn máy soi và chuẩn bị máy cho ca Nội soi tiếp theo.
Bác sỹ	Đánh kết quả và In kết quả	+ Bác sỹ nội soi đánh kết quả nội soi cho NB bằng phần mềm máy tính (ngôn từ chuyên môn phải phù hợp, rõ ràng, chính xác). Lưu và in kết quả nội soi.
KTV phụ 2	Trả kết quả	+ Hướng dẫn NB ra ngoài chờ kết quả (thời gian trả kết quả cho NB thường sau 10 - 15 phút) để đảm bảo đủ thời gian đọc kết quả xét nghiệm HP. + Giải thích cho NB mang kết quả về nơi khám chữa bệnh ban đầu. + Gọi NB tiếp theo vào Nội soi theo thứ tự đã đánh số.

KTV phụ 1+KTV phụ 2		+ Cuối các buổi soi KTV tiến hành khử khuẩn máy soi theo quy trình, dọn dẹp các phòng thủ thuật sạch sẽ để chuẩn bị cho ngày soi tiếp theo. + Tổng kết buổi soi (Tổng số ca soi, thủ thuật, số ca NB soi cấp cứu.... để chuẩn bị báo cáo giao ban ngày hôm sau.
---------------------	---	---

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Tai biến trong và sau thủ thuật:

- Đưa nhằm máy soi vào khí quản, phải rút máy ra và đưa vào thực quản.
- Thủng thực quản, dạ dày. Chuyển khoa ngoại mô cấp cứu.
- Vào đến lỗ tâm vị quặt ngược đèn quá mức, đầu đèn quay ngược lại thực quản do đó không đưa đèn ra hoặc vào được phải phẫu thuật.
- Chảy máu dạ dày - tá tràng nhất là cắt polype, lấy dị vật.
- Trật khớp hàm - thái dương làm người bệnh không ngậm hàm lại được, nhất là đối với người bệnh bị trật khớp hàm mãn tính (nắn lại khớp hàm - thái dương cho NB, trường hợp khó mời bác sỹ chuyên khoa để xử trí kịp thời cho người bệnh)

* Biện pháp phòng tránh:

- Đeo khẩu trang, đeo kính bảo vệ mắt.

2. Đối với máy nội soi:

- Trong quá trình nội soi một số người bệnh(nhất là NB là trẻ em) có phản xạ gờ tay lên tự cầm đầu dây soi rút ra ngoài gây hư hại cho máy soi
- Người bệnh tự ý nhả canuyn và cắn vào dây soi gây thủng dây soi.

* Biện pháp phòng tránh:

- Các KTV phụ phải tập trung giữ người bệnh, luôn luôn động viên, hướng dẫn người bệnh trong suốt quá trình soi, tuyệt đối không để NB thò tay lên rút máy và nhả ca nuyen ra khỏi miệng.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản y học 1999.
2. Soi dạ dày - tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch mai 2001.

VIII. NHỮNG TỪ NGỮ VIẾT TẮT TRONG QUY TRÌNH:

- Điều dưỡng: DD
- Kỹ thuật viên: KTV
- Thăm dò chức năng: TDCN
- Người bệnh: NB

- Tỉnh mạch thực quản: TMTQ

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi đại tràng sigma là một phương pháp chẩn đoán bằng cách đưa đèn của máy nội soi mềm đi từ hậu môn lên đến hết đại tràng sigma để quan sát niêm mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chẩn đoán

- Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu)
- Viêm đại tràng do dị ứng, Crohn, viêm đại trực tràng chảy máu
- Đánh giá hiệu quả điều trị viêm đại tràng
- Theo dõi ung thư, loại thải ghép
- Siêu âm nội soi đại trực tràng, đo vận động đại trực tràng

2.2. Can thiệp

- Cắt polyp
- Cầm máu
- Gấp dị vật
- Nong đại tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Truy tim mạch, hô hấp không ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiêu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 02 điều dưỡng, nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, lọng cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm sạch đại tràng theo phác đồ.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi đại tràng sigma, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tai mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán và các xét nghiệm khác (nếu có)).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 40-50 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 15-25 phút

Gây mê toàn thân.

Kỹ thuật nội soi đại tràng sigma:

- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.
- Bôi trơn gel KY vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quạt ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.
- Đẩy máy nội soi lên khi nhìn thấy hình vòng cung bên trái (góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma), chỉnh đèn nội soi áp sát góc này.
- Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp với điều khiển Up và đẩy nhẹ, sẽ quan sát thấy lòng đại tràng sigma.
- Tiếp tục đẩy máy nội soi men theo bờ trái đại tràng sigma sẽ quan sát thấy vòng cung bên trái (góc lách), kết thúc nội soi.
- Nếu đại tràng bẩm sinh : ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu : Cầm máu qua nội soi, nếu hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng : kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được
- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

SOI TRỰC TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi trực tràng là phương pháp đưa máy nội soi đi từ hậu môn vào trực tràng để quan sát tổn thương hoặc can thiệp bệnh lý trực tràng qua nội soi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu)
- Siêu âm nội soi đại trực tràng, đo vận động đại trực tràng
- Cắt polyp
- Châm máu
- Gấp dị vật
- Nong hẹp trực tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 02 điều dưỡng, nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa dưới kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, kẹp cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, thực Microlisme 3-9g tùy theo tuổi trước nội soi.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi trực tràng, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mỏ (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tai mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 25-35 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh 10 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 5-15 phút

- Gây mê toàn thân.

- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.
- Bôi trơn gel KY vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quặt ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.
- Nếu lòng trực tràng bản không quan sát được, cần bơm rửa sạch.

VI. THEO DÕI

Tình trạng hô hấp, tim mạch, tri giác, đau bụng và ỉa máu, chướng hơi.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng : kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được.
- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI DẠ DÀY THỰC QUẢN CẤP CỨU CHẨN ĐOÁN VÀ CÀM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi có giá trị quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân, vị trí và can thiệp cầm chảy máu tiêu hóa trên.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: Chảy máu xảy ra ở trên góc Treitz do nguyên nhân tại dạ dày, thực quản hoặc hành tá tràng có thể do giãn tĩnh mạch thực quản hoặc không giãn tĩnh mạch thực quản (hay gặp nhất là loét hành tá tràng).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Truy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, thủng rò thực quản, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa 1 tháng, tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 03 điều dưỡng, nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như lồng cắt polyp, đốt đông, dụng cụ thắt, kim tiêm cầm máu qua nội soi, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng (nếu can thiệp tĩnh mạch thực quản). Đặt ống thông hút rửa dịch dạ dày.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi cấp cứu thực quản hoặc dạ dày cầm máu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

Gây mê nội khí quản tránh trào ngược).

Nội soi tiêu hóa trên xác định tổn thương gây chảy máu và nên thực hiện vào thời điểm 24 giờ sau khi chảy máu ồ ạt. Trong trường hợp đã truyền máu > 70ml/kg cân nặng, huyết động học vẫn không ổn, nội soi tiêu hóa phối hợp ngoại để xác định vị trí chảy máu.

3.1. Cầm máu qua nội soi do giãn tĩnh mạch thực quản

Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản

– Chất gây xơ polidocain 1%, 1 tuần/1 lần x 3 tuần, sau đó 1 tháng/1 lần đến khi hết hoàn toàn búi giãn.

– Tiêm tại búi tĩnh mạch cách tâm vị vài mm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây chảy máu, sau đó vòng theo chu vi của thực quản lên cao dần thứ ng là tiêm vào 3 điểm).

– Xác định vị trí tiêm, sau đó đẩy kim tiêm ra khỏi kênh can thiệp và cố định vào vị trí đó. Tiếp theo, đẩy kim tiêm xơ ra khỏi vỏ và bơm chất gây xơ.

– Rút kim tụt vào trong vỏ của kim và kéo vỏ của kim 2cm về phía máy nội soi, sau đó tìm vị trí cần tiêm khác.

– Liều tiêm là 2,5ml polidocanol 1 mũi, tổng liều 10 -12 ml. Tiêm cạnh búi giãn 1-2 ml hoặc tiêm trong búi giãn 2-3ml hoặc tiêm hỗn hợp: Bắt đầu tiêm vào dưới niêm mạc cạnh hai bên thành tĩnh mạch, sau đó tiêm trong lòng tĩnh mạch.

Thắt tĩnh mạch qua nội soi (súng bắn nhiều phát)

– Lòng súng bắn vào máy soi: Luôn dây dẫn qua kênh can thiệp tại đầu xa của máy nội soi, lắp ống nhựa vào đầu máy nội soi, sau đó cố định vào tay quay và chốt tay quay tại lỗ ngoài kênh can thiệp.

– Các bước thắt tĩnh mạch :

+ Đặt đầu máy soi đã được gắn với súng bắn vào sát búi tĩnh mạch.

+ Hút từ từ búi tĩnh mạch chui vào trong vòng nhựa.

+ Quay tay quay 1 vòng theo chiều kim đồng hồ để bắn vòng cao su ra thắt búi tĩnh mạch, sau đó tìm búi tĩnh mạch cần thắt khác.

– Đốt đầu thắt vào các búi tĩnh mạch cách tâm vị vài cm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây vỡ và thường chỉ nên thắt khoảng 2 vòng theo chu vi của thực quản. Đốt sau thắt các búi tĩnh mạch còn lại.

Gây tắc tĩnh mạch thực quản – dạ dày.

– 1ml keo dán trộn với 1ml lipiodol, sau đó pha với 1ml lipiodol nữa

– Tiêm từ 2-3 mũi vào trong búi tĩnh mạch

– Tiêm 2-3 đ t gần nhau để gây tắc hoàn toàn.

– Chỉ định : giãn tĩnh mạch dạ dày hoặc tĩnh mạch thực quản khi các phương pháp xơ hoá khác bị thất bại.

3.2. Cầm máu qua nội soi không do giãn tĩnh mạch thực quản

– Phương pháp : Đông nhiệt bao gồm laser, heater súng , Argon, monopolar, hoặc multipolar probes. Phương pháp cầm máu không bằng nhiệt bao gồm tiêm các chất có thể gây xơ hóa hoặc co mạch, clip.

Hai phương pháp được sử dụng nhiều nhất :

– Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu.

– Cầm máu bằng kẹp kim loại (clip) : Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn, luôn dụng cụ qua kênh can thiệp, phát hiện chính xác điểm chảy máu, xác định chính xác vị trí đặt clip, mở rộng toàn bộ clip, đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất, bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu : đẩy máy nội soi vào và hút xẹp hơi dạ dày và rút máy nội soi sau 15phút, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng.
- Thủng : mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.
- Tắc mạch xa : hội chẩn tim mạch
- Lau vật kính liên tục khi keo sinh học rò ra ngoài

Ghi chú

- Đưa vòng nhựa ouvertube qua cơ thắt trên nhẹ nhàng
- Xác định chính xác vị trí cần can thiệp.

NỘI SOI DẠ DÀY THỰC QUẢN CẤP CỨU CÓ GÂY MÊ TỈNH MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Máy nội soi mềm đã đánh dấu một bước ngoặt lớn trong lịch sử phát triển về chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định nội soi tiêu hóa trên (dạ dày)

1. Chỉ định nội soi tiêu hóa trên (dạ dày)

Cấp cứu	Chẩn đoán	Can thiệp
- Chảy máu tiru hóa nặng, đe dọa tính mạng. - Nuốt chất ăn mòn - Dị vật tiêu hóa nguy hiểm	- Đau bụng trên tái diễn. - Nuốt khó, nuốt nghẹn. - Nôn chưa rõ nguyên nhân. - Sụt cân - Thiếu máu hoặc mất máu chưa rõ nguyên nhân. - Ỉa chảy mạn tính.. - Xquang có tổn thương niêm mạc điển hình (như loét hành tá tràng). - Phát hiện thấy u ống tiêu hóa trên khi chụp Xquang hoặc CT. - Bệnh lý polyp.	- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa không chảy máu. - Cầm máu xuất huyết tiêu hóa trên. - Mở thông dạ dày qua nội soi - Bệnh lý polyp - Nong thực quản - Achalacie - Dị vật ống tiêu hóa - Dẫn lưu nang giả tụy - Đặt sten thực quản.

2. Chỉ định nội soi tiêu hóa dưới (đại tràng)

Chẩn đoán	Can thiệp
- Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu) - Ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân - Viêm đại tràng do dị ứng, Crohn, viêm đại trực tràng chảy máu - Đánh giá hiệu quả của điều trị viêm đại tràng. - Đau bụng mạn tính - Theo dõi ung thư, loại thải ghép. - Siêu âm nội soi đại trực tràng, đo vận động đại trực tràng	- Cắt polyp - Cầm máu - Gắp dị vật - Nong chỗ hẹp của ống tiêu hóa - Tháo lồng ruột - Mở manh tràng qua da - Xoắn đại tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định nội soi tiêu hóa

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối
- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc - Viêm đại tràng cấp tính - Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định Chấn thương đốt sống cổ	- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu - Nhiễm trùng máu - Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa - Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột - Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, kẹp cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống. Tiêm kháng sinh dự phòng nếu nội soi ống tiêu hóa, thắt giãn tĩnh mạch thực quản, mở thông dạ dày, làm sạch đại tràng (nếu nội soi đại tràng).

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa trên và dưới, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mỏ (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tai mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán và các xét nghiệm khác (nếu có)).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (Thời gian khoảng 35-65 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 10-40 phút

3.1. Nội soi tiêu hóa trên

Gây mê toàn thân.

Kỹ thuật nội soi tiêu hóa trên:

- Đẩy đèn máy nội soi từ từ đi xuống vùng cơ thắt hầu họng.
- Bơm khí và đẩy nhẹ đèn nội soi đi qua cơ thắt thực quản trên đến cơ thắt thực quản dưới và đường Z. Quay nhẹ máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ và bơm hơi, đẩy đèn nội soi qua cơ thắt thực quản dưới và vào dạ dày sẽ thấy thân vị.
- Quay máy nội soi sang phải và Up đồng thời đẩy đèn nội soi tiến lên sẽ thấy hang vị và môn vị. Đẩy đèn nội soi qua môn vị vào hành tá tràng.
- Chính đèn nội soi áp sát đỉnh của hành tá tràng, quay máy nội soi xuôi chiều kim đồng hồ 180° và Up 150° kết hợp đẩy nhẹ máy nội soi, sẽ thấy niêm mạc D2. Quay máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ sẽ thấy bóng Vater.
- Rút đèn nội soi lên dạ dày, bơm căng hơi, quay máy nội soi sang trái 180° và Up sẽ thấy tâm vị. Giữ góc quay 180 độ xung quanh trục ống nội soi sẽ quan sát được cả bờ cong lớn, bờ cong nhỏ, tâm vị và phình vị.

3.2. Nội soi tiêu hóa dưới

- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái. Bôi trơn gel KY vào hậu môn. Đẩy đèn nội soi qua hậu môn. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng.
- Đẩy máy nội soi đến khi nhìn thấy góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma ở bên trái. Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp Up và đẩy nhẹ, sẽ thấy lòng đại tràng sigma.
- Đẩy máy nội soi men theo bờ trái đại tràng sigma sẽ thấy góc lách. Quay máy nội soi xuôi chiều kim đồng hồ 180° và rút ngắn khoảng 20-30cm thường là xoắn alpha).
- Đẩy máy nội soi trong lòng đại tràng ngang sẽ quan sát thấy hình vòng cung hoặc hình núm ở bên phải (góc gan). Quay máy nội soi xuôi chiều kim đồng hồ, hút hơi và Down kết hợp R đồng thời rút máy nội soi 1-2cm sẽ quan sát thấy manh tràng.
- Nếu đại tràng bản : ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu : Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng : kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Đề phòng hội chứng hít.
- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được và có sức cản.
- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi trực tràng cấp cứu là để chẩn đoán hoặc can thiệp sớm các bệnh lý nguy hiểm ở trực tràng như chảy máu chân polyp, dị vật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ía máu tươi gây thiếu máu
- Polyp kẹt ra ngoài hậu môn
- Gấp dị vật
- Nong hẹp trực tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Truy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, viêm phúc mạc

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa 1 tháng , tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 03 điều dưỡng , nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa dưới kèm theo các dụng cụ can thiệp như kẹp gấp dị vật, lồng cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống. Thụt Microlisme 3-9g tùy theo tuổi trước nội soi.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi trực tràng cấp cứu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mỏ (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tai mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 30-50 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ: 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 10 phút

3. Thực hiện kỹ thuật: 10-30 phút

3.1. Kỹ thuật nội soi chẩn đoán

- Gây mê toàn thân.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, căng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.
- Bôi trơn gel KY vào hậu môn. Kéo môn phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng.
- Rút ống nội soi ra một chút kết hợp điều khiển bánh xe và quay ống nội soi phải trái nếu không quan sát thấy lòng trực tràng.

3.2. Cắt polyp

- Đưa lọng đến vị trí có polyp, mở lọng ôm lấy đầu polyp sau đó tụt xuống ôm lấy chân polyp. Đẩy vỏ nhựa của lọng sát với cuống polyp, thắt từ từ lọng cho đến khi có cảm giác chặt tay. Kéo nhẹ đầu polyp lên, kiểm tra kỹ khi ngẩng để niêm mạc trực tràng chui vào lọng và không chạm thành trực tràng.
- Cắt đốt 2-3 giây, xen kẽ pha cầm máu và pha cắt, lọng sẽ từ từ được thắt chặt dần đến khi polyp bị cắt rời hoàn toàn. Lấy polyp ra ngoài làm giải phẫu bệnh.
- Polyp không cuống : Tiêm nước muối sinh lý ở phần ranh giới giữa polyp và niêm mạc lành để tách niêm mạc và polyp để tạo cuống. Trường hợp khó, không an toàn: phải cắt polyp thành nhiều mảnh nhỏ.
- Polyp cuống to: thời gian cầm máu đốt kéo dài hơn để tránh chảy máu.

3.3. Cầm máu do nguyên nhân khác

Hai phương pháp được sử dụng nhiều nhất :

- Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu.
- Cầm máu bằng kẹp kim loại (clip): Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn, luồn dụng cụ qua kênh can thiệp, phát hiện chính xác điểm chảy máu, xác định chính xác vị trí đặt clip, mở rộng toàn bộ clip, đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất, bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip.

3.4. Lấy dị vật

- Nguyên tắc: xác định dị vật về vị trí, hình dạng, kích thước, hướng đi, vị trí, mối tương quan với các tổ chức xung quanh, thời gian tồn tại, bản chất của dị vật ... và quan sát rõ dị vật khi di chuyển.
- Dụng cụ can thiệp được mở khi đối diện với dị vật và điều chỉnh đầu đèn nội soi để dụng cụ can thiệp bắt được dị vật và kéo ra dị vật ngoài cơ thể.
- Dị vật cản quang dẹt hoặc có ngạnh: nên dùng kim cá sấu. Dị vật mềm, tròn: nên dùng gọng hoặc vợt. Đối với nếu dị vật mềm và kích thước không lớn, dị vật có thể được hút bằng ống nội soi ra ngoài.

3.5. Nong hẹp trực tràng

- Nong bằng bóng nong: Bóng nong các cỡ và dây dẫn, các bước thực hiện :
 - + Nội soi kiểm tra chỗ hẹp: vị trí, kích thước, tổn thương đi kèm
 - + Đánh dấu vị trí hẹp bằng 1 miếng kim loại
 - + Luồn đầu mềm dây dẫn qua kênh can thiệp, đưa catheter bóng trượt trên dây dẫn
 - + Kiểm tra vị trí bóng nong tại chỗ hẹp: màn tăng sáng bằng bơm cản quang) hoặc trên màn hình nội soi với dây dẫn hoặc ống nội soi nhỏ đi cạnh bóng.
 - + Bơm căng bóng để nong chỗ hẹp
 - + Nguyên tắc: đường kính bóng **không vượt quá đường kính** chỗ hẹp trên 2mm và ≤ 3 lần đường kính chỗ hẹp. Nong ≤ 3 lần trong 1 buổi. Bơm 1-2ml

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Không di chuyển dị vật khi không quan sát được.
- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được.
- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG CHẨN ĐOÁN BẰNG ỐNG SOI MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Đây là một phương pháp chẩn đoán bằng cách đưa đèn của máy nội soi mềm đi từ hậu môn lên đến manh tràng để quan sát niêm mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chẩn đoán

- Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu)
- Ía chảy kéo dài không rõ nguyên nhân
- Viêm đại tràng do dị ứng, Crohn, viêm đại trực tràng chảy máu
- Đánh giá hiệu quả của điều trị viêm đại tràng
- Đau bụng mạn tính
- Theo dõi ung thư, loại thải ghép
- Siêu âm nội soi đại trực tràng, đo vận động đại trực tràng

2.2. Can thiệp

- Cắt polyp
- Cầm máu
- Gắp dị vật
- Nong chỗ hẹp của ống tiêu hóa
- Tháo lồng ruột
- Mở manh tràng qua da
- Xoắn đại tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Truy tim mạch, hô hấp không ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 02 điều dưỡng, nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, lọng cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khai khác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm sạch đại tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi đại tràng, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mô (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tai mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 35-55 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 10-30 phút

Tiến hành gây mê toàn thân.

Kỹ thuật nội soi đại tràng:

– Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.

– Bôi trơn gel KY vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quạt ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.

– Đẩy máy nội soi đến khi nhìn thấy hình vòng cung bên trái (góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma), chỉnh đèn nội soi áp sát góc này.

– Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp với điều khiển Up và đẩy nhẹ, sẽ quan sát thấy lòng đại tràng sigma.

– Tiếp tục đẩy máy nội soi men theo bờ trái đại tràng sigma sẽ quan sát thấy vòng cung bên trái góc lách, thường máy nội soi đã luồn vào đại tràng khoảng 70cm và tạo xoắn alpha.

– Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ 180° và rút máy nội soi ra khoảng 20-30cm, nhưng vị trí đèn nội soi trong đại tràng vẫn không thay đổi. Lúc này, máy nội soi đã được làm thẳng.

– Tiếp tục đẩy máy nội soi trong lòng đại tràng ngang sẽ quan sát thấy hình vòng cung hoặc hình núp ở bên phải (góc gan).

– Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ kèm theo hút hơi và dùng điều khiển Down kết hợp R đồng thời rút máy nội soi 1-2cm sẽ quan sát thấy manh tràng.

– Thận trọng: người bệnh đã phẫu thuật tiểu khung hoặc đại tràng, viêm túi thừa, đại tràng quá dài, người bệnh béo hoặc quá gầy bé.

– Nếu đại tràng bản: ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.

– Trường hợp khó: có thể thay đổi tư thế người bệnh hoặc ép bụng hoặc tháo cuộn theo chiều ngược lại.

VI. THEO DÕI

– Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được hoặc có sức cản.
- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG CẦM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi đại tràng cầm máu là một phương pháp có hiệu quả tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cắt polyp
- Cầm máu ổ loét, chân polyp chảy máu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 03 điều dưỡng, nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa đại tràng cầm máu, kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim cầm máu, đầu đốt nhiệt, lồng cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm đại tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa đại tràng cầm máu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tại mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (Thời gian khoảng 60-90 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

Tiến hành gây mê toàn thân.

Tiến hành nội soi đại tràng tìm vị trí, nguyên nhân gây chảy máu và lựa chọn phương pháp cầm máu phù hợp.

- Kỹ thuật cầm máu : Đông nhiệt bao gồm laser, heater súng, Argon, monopolar, hoặc multipolar probes. Phương pháp cầm máu không bằng nhiệt bao gồm tiêm các chất có thể gây xơ hóa hoặc co mạch, clip.

Các phương pháp được sử dụng nhiều nhất trong chảy máu đại tràng:

- Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu. Phương pháp này áp dụng cho tổn thương chảy máu nhẹ hoặc hỗ trợ trước khi bắn clip hoặc đốt.

– Cầm máu bằng kẹp kim loại (clip) : Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn, luồn dụng cụ qua kênh can thiệp, phát hiện chính xác điểm chảy máu, xác định chính xác vị trí đặt clip, mở rộng toàn bộ clip, đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất, bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip. Phương pháp này áp dụng cho chảy máu chân polyp, loét chảy máu mạnh.

– Cắt polyp hoặc chân polyp gây chảy máu :

+ Đưa lòng đến vị trí có polyp, mở lòng ôm lấy đầu polyp sau đó tụt xuống ôm lấy chân polyp. Đẩy vỏ nhựa của lòng sát với cuống polyp, thắt từ từ lòng cho đến khi có cảm giác chặt tay. Kéo nhẹ đầu polyp lên, kiểm tra kỹ khi để niêm mạc trực tràng chui vào lòng và không chạm thành trực tràng.

+ Cắt đốt 2-3 giây, xen kẽ pha cầm máu và pha cắt, lòng sẽ từ từ được thắt chặt dần đến khi polyp bị cắt rời hoàn toàn.

– Đầu nhiệt : đưa đầu nhiệt áp vào điểm chảy máu nguy cơ gây thủng cao).

VI. THEO DÕI

– Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

– Chảy máu : Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.

– Thủng : kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

– Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được hoặc có sức cản.

– Tai biến chảy máu, thủng ruột có thể xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Đây là một phương pháp chẩn đoán bằng cách đưa đèn của máy nội soi mềm đi từ hậu môn lên đến manh tràng để quan sát toàn bộ niêm mạc và sinh thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu)
- Ía chảy kéo dài không rõ nguyên nhân
- Viêm đại tràng do dị ứng, Crohn, viêm đại trực tràng chảy máu
- Đánh giá hiệu quả của điều trị viêm đại tràng
- Đau bụng mạn tính
- Theo dõi ung thư, loại thải ghép
- Polyp nghi ác tính hoặc polypose

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 02 điều dưỡng, nhóm gây mê 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm sạch đại tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa, giấy cam đoan, kết quả khám tai mũi họng bình thường và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 45-65 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 20-40 phút

- Gây mê toàn thân.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, căng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.
- Bôi trơn gel KY vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quạt ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.
- Đẩy máy nội soi đến khi nhìn thấy hình vòng cung bên trái (góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma), chỉnh đèn nội soi áp sát góc này.
- Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp với điều khiển Up và đẩy nhẹ, sẽ quan sát thấy lòng đại tràng sigma.
- Tiếp tục đẩy máy nội soi men theo bờ trái đại tràng sigma sẽ quan sát thấy vòng cung bên trái góc lách, thường máy nội soi đã luồn vào đại tràng khoảng 70cm và tạo xoắn alpha.
- Quay máy nội soi xuôi chiều kim đồng hồ 180° và rút máy nội soi ra khoảng 20-30cm, nhưng vị trí đèn nội soi trong đại tràng vẫn không thay đổi. Lúc này, máy nội soi đã được làm thẳng.
- Tiếp tục đẩy máy nội soi trong lòng đại tràng ngang sẽ quan sát thấy hình vòng cung hoặc hình núp ở bên phải (góc gan).
- Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ kèm theo hút hơi và dùng điều khiển Down kết hợp R đồng thời rút máy nội soi 1-2cm sẽ quan sát thấy manh tràng.
- Thận trọng: người bệnh đã phẫu thuật tiêu khung hoặc đại tràng, viêm túi thừa, đại tràng quá dài, người bệnh béo hoặc quá gầy bé.
- Nếu đại tràng bần: ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.
- Tường hợp khó: có thể thay đổi tư thế người bệnh hoặc ép bụng hoặc tháo cuộn theo chiều ngược lại.
- Kỹ thuật sinh thiết: đẩy kim sinh thiết đưa ra ngoài máy nội soi không quá 3cm, sinh thiết ngay khi thấy tổn thương nhỏ vì sau đó có thể không quan sát thấy. Số mảnh sinh thiết tùy theo bệnh lý.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được hoặc có sức cản.
- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

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 mm Hg mà chưa có sẵn đường truyền máu.
- Chưa có sẵn đường truyền máu.

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, 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 gây tê vùng họng: Xylocain 2% hoặc Lidocain 10 %
- Thuốc Adrenalin 1/1000, Natriclorua 0,9% hoặc 5 %.
- Găng, gạc, bơm tiêm 20 ml
- Hệ thống Oxy, máy Monitor theo dõi

3. Người bệnh

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

- Người nhà người bệnh viết cam đoan

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án: nếu người soi là người bệnh nội trú. Kiểm tra các xét nghiệm về đông, cầm máu.

2. Kiểm tra người bệnh: đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ

3. Thực hiện kỹ thuật

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

3.2. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi

3.3. Đặt ống ngậm miệng vào giữa 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. Có thể dùng bơm tiêm bơm nước cất vào cho sạch chất bẩn ở những vùng cần quan sát kỹ.

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

2010: 94.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY- TÁ TRÀNG

CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

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

2. Chống chỉ định tương đối

- Bệnh phổi mạn tính
- Chấn thương sọ não, tăng áp lực nội sọ
- Nhịp tim chậm
- Trầm cảm
- Có thai

IV/ CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 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, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi
- Nguồn sáng
- Máy hút
- Máy monitor theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO₂
- Hệ thống thở oxy kính, mặt nạ oxy, bóng Ambu
- Dịch truyền Natriclorua 0,9%, Glucose 5%
- Thuốc:
 - + Midazolam, ống 5mg/ 1ml
 - + Fentanyl, ống 100 mcg/2ml
 - + Naloxon, Atropin ống 0,25mg

3. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án nếu người soi là người bệnh nội trú
2. Kiểm tra người bệnh đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ
3. Thực hiện kỹ thuật
 - 3.1. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi
 - 3.2. Người bệnh được đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên bằng Natriclorua 0,9% hoặc Glucose 5%, thở Oxy kính 3l/ phút, mắc monitor theo dõi
 - 3.3. Người bệnh nằm nghiêng trái. Đặt ống ngậm miệng vào giữa 2 cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt
 - 3.4. Tiêm thuốc cho người bệnh 3 - 4 phút trước khi nội soi
 - Midazolam: tiêm tĩnh mạch chậm trong vòng 30 giây với liều 0,05 - 0,1mg/kg. Liều có thể tới 0,15 - 0,2 mg/kg. Nếu không đạt kết quả có thể lặp lại sau 2 phút.
 - Fentanyl: 50 - 100 mcg trong 1 - 2 phút. Liều tối đa là 8 ml.
 - Tiếp tục cho dịch truyền tĩnh mạch chảy với tốc độ LX giọt/ phút
 - 3.5. Khi người bệnh đã nhắm mắt, 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 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

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

VI. THEO DÕI

- Nhịp tim chậm

- Suy hô hấp

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Các tai biến do dùng thuốc tiền mê:

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

+ Suy hô hấp: tiến hành bóp bóng oxy qua ambu và tiêm Naloxon 0,5 mcg/ kg.

- Các tai biến khác và xử trí giống nội soi dạ dày thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

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

NỘI SOI 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 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: 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 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

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 Ngoại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CẤP CỨU

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

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

2. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích để hợp tác với thầy thuốc
- Thụt tháo 2 lần hoặc bơm Microlax 2 lần

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa hoặc nghiêng trái

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

2. Tiến hành

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

VI. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Ít xảy ra tai biến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM 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
- Ỉa chảy kéo dài chưa rõ nguyên nhân
- Ỉa chảy cấp tính
- Rối loạn phân
- Rối loạn đại tiện
- Kiểm tra những bất thường trên phim XQ khung đại tràng
- Đau bụng không rõ nguyên nhân
- Xuất huyết tiêu hóa thấp không rõ nguyên nhân
- Soi kiểm tra định k 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 shock

Người bệnh đang có thai (3 tháng đầu và 3 tháng cuối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 Bác sĩ đã được đào tạo về nội soi đại tràng và đã được cấp chứng chỉ nội soi
- 2 điều dưỡng

2. Phương tiện

- 1 máy nội soi đại tràng ống mềm có video hoặc không có video, có chiều dài 130-140cm hoặc 165-180cm
- 1 kim sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy
- Overtube
- Thuốc nhuộm màu để phát hiện tổn thương nghi ngờ: xanhmethylen, Indigocarmin,
- Thuốc tiền mê: Seduxen 10mg, Hypnovel 2.5-5mg

3. Người bệnh

- Chế độ ăn

Ngừng các thuốc có chứa sắt 3-4g ngày trước soi

Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày trước soi

- Làm sạch đại tràng bằng 2 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 không dùng thuốc nhuận tràng

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

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nguyên tắc chung

Bơm hơi vừa đủ và hút hơi thừa để tránh 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

3.2. Kỹ thuật soi

Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái

- Bước đầu tiên: thăm dò hậu môn, trực tràng rồi đưa đèn vào sua 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 2 kiểu cuộn

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

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

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

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

- Theo dõi mạch huyết áp và những triệu chứng như: đau bụng, chướng bụng, buồn nôn,

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Thủng đại tràng: hay gặp nhất (0.14%-0.2%)

- Vị trí hay thủng: đại tràng Sigma

- Điều trị ngoại khoa là chính

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

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

3. Trướng hơi nhiều: hút hết hơi

4. Phản xạ dây X: Atropin

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

5.2. Kỹ thuật soi

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái
- Ở tư thế nằm ngửa thì dễ áp dụng, dễ nhìn thấy ánh sáng qua thành bụng và người bệnh dễ thở hơn
- Còn ở tư thế nghiêng trái: dễ đưa đèn qua chỗ nối trực tràng-đại tràng sigma
- Bước đầu tiên: thăm hậu môn trực tràng rồi đưa đèn vào sau khi đã bôi trơn máy bằng mỡ lidocain hoặc silicon
- Soi đoạn trực tràng ít gặp khó khăn, có thể quan sát toàn bộ trực tràng khi phối hợp quay ngược máy
- Khó khăn đầu tiên là khi đưa đèn qua đại tràng sigma, đoạn này đại tràng rất lỏng lẻo, dễ tạo thành cuộn kiểu α. Khi đẩy máy, máy tiến lên cao ra phía trước trực tràng sau đó lại vòng xuống và ra sau. Phải rút hơi và quay đèn theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược lại và hút hơi
- Cuộn kiểu omega: đôi khi đưa đèn qua đại tràng sigma để 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 cuống, cắt vào thành hoặc cường độ điện mạnh làm hoại tử thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI ĐẠI 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 collagen).
- 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 k người bệnh có polyp, ung thư đại tràng
- Bệnh túi thừa
- Các bệnh viêm đại tràng do mọi nguyên nhân

2. Chỉ định soi đại tràng điều trị

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

3. Chỉ định soi đại tràng theo dõi

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp.

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

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

2.3. Các thuốc dùng trong soi đại tràng

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

3. Người bệnh: được chuẩn bị làm sạch đại tràng trước. BN tối hôm trước khi soi ăn cháo. BN 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 BN táo bón, cho BN uống thuốc nhuận tràng Folvax 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 gây mê

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

2. Kỹ thuật soi

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái
- Ở tư thế nằm ngửa thì dễ áp dụng, dễ nhìn thấy ánh sáng qua thành bụng và người bệnh dễ thở hơn.
- Còn ở tư thế nghiêng trái: dễ đưa đèn qua chỗ nối trực tràng- đại tràng sigma.
- Bước đầu tiên: thăm hậu môn trực tràng rồi đưa đèn vào sau khi đã bôi trơn máy bằng mỡ lidocain hoặc silicon.
- Soi đoạn trực tràng ít gặp khó khăn, có thể quan sát toàn bộ trực tràng khi phối hợp quay ngược máy.
- Khó khăn đầu tiên là khi đưa đèn qua đại tràng sigma, đoạn này đại tràng rất lỏng lẻo, dễ tạo thành cuộn kiểu α . Khi đẩy máy, máy tiến lên cao ra phía trước trực tràng sau đó lại vòng xuống và ra sau. Phải rút hơi và quay đèn theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược lại và hút hơi
- Cuộn kiểu omega: đôi khi đưa đèn qua đại tràng sigma để 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 người bệnh trong quá trình làm thủ thuật.
- Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu khi lấy bệnh phẩm, thủng đại tràng, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị), ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

1. Các biến chứng soi đại tràng

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

- Nguyên nhân: Hay liên quan tới dính sau mổ, túi thừa viêm nặng, viêm loét nặng, hẹp đại tràng, bác 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.

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

1.3. Chướng hơi nặng

- Do bơm hơi nhiều, để đề phòng thủng phải chụp bụng không chuẩn bị
- Hút hết hơi

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

Điều trị: Atropin

1.5. Biến chứng liên quan với tiền mê

2. Biến chứng của soi đại tràng điều trị

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

1. Nội soi đại tràng chẩn đoán

- Người bệnh có tiền sử gia đình có người bị mắc ung thư đại tràng
- Đi ngoài phân đen (soi dạ dày bình thường)
- Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân
- Test tìm hồng cầu trong phân dương tính
- Ỉa chảy kéo dài chưa rõ nguyên nhân
- Ỉa chảy cấp tính
- Rối loạn phân
- Rối loạn đại tiện
- Kiểm tra những bất thường trên phim XQ 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

1. Thủng đại tràng
2. Viêm phúc mạc
3. Suy tim

4. Người bệnh nhồi máu cơ tim mới
5. Mới phẫu thuật ở đại tràng, mổ ở tiểu khung
6. Phình lớn động mạch chủ bụng
7. Bệnh túi thừa cấp tính
8. Người bệnh có tắc mạch phổi
9. Tình trạng shock
10. Người bệnh đang có thai (3 tháng đầu và 3 tháng cuối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- 01 máy nội soi đại tràng ống mềm có video hoặc không có video, có chiều dài 130-140cm hoặc 165-180cm
- 01 kim sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy
- Overtube
- Thuốc nhuộm màu để phát hiện tổn thương nghi ngờ: xanh methylene, Indigocarmin.
- Thuốc tiền mê: Seduxen 10mg, Hypnovel 2.5-5mg

3. Người bệnh

- Chế độ ăn
- + Ngừng các thuốc có chứa sắt 3-4g/ ngày trước soi
- + Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày trước soi
- Làm sạch đại tràng bằng 2 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****3.1. 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.

3.2. Kỹ thuật soi

Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái

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

- Đưa máy qua trực tràng: ít gặp khó khăn

- Đưa máy qua đại tràng Sigma: có 2 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, chướng bụng, buồn nôn.

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Thủng đại tràng: hay gặp nhất (0.14%-0.2%)

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

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

3. Trướng hơi nhiều: hút hết hơi.

4. Phản xạ dây X: Atropin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI CAN THIỆP - TIÊM XƠ BỞI 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: polidocanol 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 hoá, 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI CAN THIỆP - THẮT BỞI 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 sỹ có trình độ nội soi thuần thực.
- 02 điều dưỡng biết sử dụng các dụng cụ nội soi và nắm được các bước tiến hành thủ thuật.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Soi thực quản dạ dày để nhận định mức độ giãn tĩnh mạch thực quản, vị trí giãn, các tổn thương phối hợp ở dạ dày.
- Tiến hành lồng vòng cao su vào ống hút, sau đó lắp ống hút có vòng cao su vào đầu đèn soi, mỗi lần lắp được 6 vòng cao su.
- Đưa máy nội soi (đã gắn với súng bắn) vào sát búi tĩnh mạch cần thắt, hút từ 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 axit.
- Hội chứng não cửa chủ.
- Sốt: dùng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI CAN THIỆP - 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: 1 bác sỹ và 2 điều dưỡng thành thạo 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.
- Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

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

VI. THEO DÕI TAI BIẾN

- Biến chứng thủng, chảy máu

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI CAN THIỆP - SINH THIẾT NIÊM MẠC 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 G/l, tỷ lệ prothrombin < 50%, thiếu hụt yếu tố đông máu < 50%.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ và 1 điều dưỡng thành thực kỹ thuật sinh thiết niêm mạc ống tiêu hóa qua nội soi

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ giấy tờ: ghi vào kết quả nội soi đã tiến hành sinh thiết

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

Đưa kim sinh thiết qua kênh thủ thuật, quan sát trên màn hình, khi đầu kim sinh thiết tới gần tổn thương, người phụ giúp mở kim sinh thiết, bác sỹ soi đẩy kim sát vào tổn thương để người phụ đóng kim sinh thiết, bác sỹ soi gạt 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 (tu thuộc thể hệ máy soi) như NBI, FICE hoặc nhuộm màu bằng thuốc nhuộm để xác định chính xác vị trí sinh thiết.

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

VI. THEO DÕI TAI BIẾN

Sinh thiết có nguy cơ chảy máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI CAN THIỆP - 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 phồng lớp tổ chức dưới niêm mạc ép vào mạch máu đang chảy máu để làm cầm máu và Adrenalin gây co mạch tại chỗ. Tuy nhiên ngày nay không khuyến cáo dùng đơn thuần phương pháp này mà phối hợp với các phương pháp cầm máu khác.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc giảm thể tích tuần hoàn, Huyết áp dưới 90/60mmHg.
- 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.
- 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: 1 bác sỹ và 2 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
- Xi lanh 10ml x 1 cái.
- Thuốc tiền mê: Midazolam, Fentanyl trong trường hợp người bệnh kích thích cần sử dụng thuốc tiền mê

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

- Pha dung dịch Natriclorua và Adrenalin theo tỷ lệ Adrenalin 1mg/1ml + 9ml Natriclorua 0.9% vào xi lanh 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 hóa.
- Các tác dụng phụ do Adrenalin: hầu như hiếm gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ, 2 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, canuyn ngậm miệng.
- Thuốc thử urease test.

3. Người bệnh.

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

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra tên, tuổi người bệnh, chẩn đoán.

2. Kiểm tra người bệnh

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

Khám các bệnh tim mạch.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.
- Tiêm thuốc chống co thắt như Buscopan, Spasfon trước khi soi. Tiêm thuốc an thần khi cần thiết.
- Đặt ống ngậm miệng vào giữa 2 cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.
- Đưa máy vào dạ dày điều dưỡng tràng bơm hơi, quan sát.
- Dùng kim sinh thiết lấy 1 miếng bệnh phẩm ở vùng hang vị dạ dày. Cho bệnh phẩm vào 1 ống nghiệm nhỏ.
- Nhỏ 0,5 ml thuốc thử A và nhỏ tiếp 0,1 ml thuốc thử B vào mảnh sinh thiết. Ngâm

mảnh sinh thiết trong hỗn hợp dung dịch trên. Chờ 5 - 10 phút đọc kết quả.

- Nếu dung dịch đổi sang màu hồng cánh sen là Test H.Pylori dương tính.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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 đại: cho người bệnh vào viện

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI CAN THIỆP - MỞ THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ và 2 điều dưỡng thành thạo kỹ thuật.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để

trả lại cho người bệnh. Nếu người bệnh nội trú thì dán kết quả vào bệnh án.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN

1. Biến chứng nhẹ

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

2. Biến chứng nặng

- Rò dạ dày, đại tràng.

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

NỘI SOI CAN THIỆP - KẸP CLIP CẦM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp kẹp clip cầm máu là một phương pháp can thiệp điều trị nhằm mục đích cầm chảy máu tổn thương qua nội soi ống tiêu hoá.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc giảm thể tích tuần hoàn, Huyết áp dưới 90/60mmHg.
- 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.
- Các trường hợp nghi ngờ thủng ống tiêu hóa.
- 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: 1 bác sỹ và 2 điều dưỡng thành thực kỹ thuật

2. Phương tiện

- Dàn máy nội soi, dây soi có kênh thủ thuật
- Clip cầm máu
- Thuốc tiền mê: Midazolam, Fentanyl trong trường hợp người bệnh kích thích cần sử dụng thuốc tiền mê

3. Người bệnh

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT HỚT NIÊM MẠC ỐNG TIÊU HÓA ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM

I. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị ung thư dạ dày sớm qua nội soi được chia làm hai phương pháp: phương pháp cắt niêm mạc và phương pháp gây đông (điều trị bằng laser).

Phương pháp cắt niêm mạc được quan tâm hơn vì ưu điểm có thể lấy tổn thương làm giải phẫu bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Theo hiệp hội nội soi tiêu hóa của Nhật bản khuyến cáo điều trị nội soi cho các trường hợp sau:

- Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa, thể nhô lên nhẹ (elevated) và kích thước dưới 2 cm và tổn thương ung thư chưa ăn qua lớp niêm mạc.
- Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa, thể lún xuống (depressed), có kích thước dưới 1 cm, tổn thương ung thư chưa ăn qua lớp niêm mạc và không có loét hoặc sẹo loét.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

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 hoặc 01 máy nội soi đại tràng
- 01 Kim tiêm nước muối sinh lý
- 02 Dao cắt niêm mạc chuyên dùng
- Catheter bơm thuốc nhuộm: 1 dây cho mỗi loại chất nhuộm màu
- Thuốc nhuộm màu: Lugol 1 - 4%, xanh Methylene, Indigo carmine
- Máy theo dõi 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
- 5 bơm tiêm 2ml
- 6 đôi Găng tay
- 02 Áo mổ

3. Người bệnh

Nhịn ăn chuẩn bị như quy trình nội soi thực quản dạ dày, hoặc được làm sạch đại tràng như quy trình nội soi đại trực tràng

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mời Người bệnh vào phòng, hướng dẫn Người bệnh nằm lên cang thủ thuật
- Mặc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi
- Hướng dẫn Người bệnh nằm đúng tư thế
- Điều dưỡng phụ soi phải theo dõi tình trạng Người bệnh, thông báo bác sĩ khi có bất thường, luôn động viên và hướng dẫn Người bệnh hợp tác để tiến hành thủ thuật thuận lợi.
- Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát kỹ tổn thương cần phải cắt hết niêm mạc, xác định ranh giới tổn thương, bắt đầu đánh dấu diện cần cắt hết niêm mạc cách ranh giới tổn thương khoảng 1 cm sau đó dùng tiêm làm phồng lớp niêm mạc lên sau đó dùng snare hoặc dao cắt.
- Theo dõi toàn trạng Người bệnh trong toàn bộ quá trình làm thủ thuật.
- Sau khi kết thúc thủ thuật, đánh và in kết quả.
- Sau khi bác sĩ kết thúc quá trình nội soi, điều dưỡng phải giúp Người bệnh lau miệng, đỡ Người bệnh dậy và đưa Người bệnh ra khỏi phòng nội soi tới nơi ngồi chờ.
- Hướng dẫn Người bệnh bổ sung thêm phiếu xét nghiệm, sinh thiết nếu cần
- Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.
- Trả kết quả nội soi cho Người bệnh

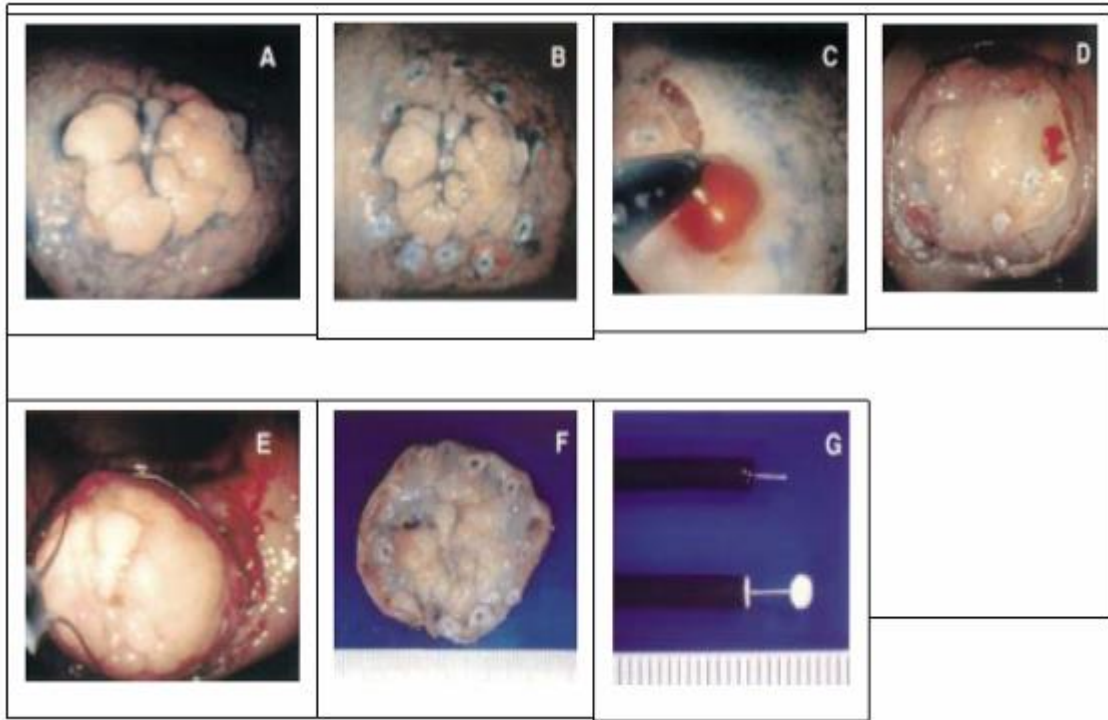
VI. THEO DÕI

Theo dõi toàn trạng Người bệnh trong quá trình làm thủ thuật

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, mạch chậm hoặc

ngừng tim do cường phế vị, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho Người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.



Hình 1. Minh họa cắt hớt niêm mạc ung thư dạ dày sử dụng dao IT. (A) hình ảnh nội soi có nhuộm indigo carmine để làm rõ ranh giới khối u, ung thư dạ dày giai đoạn IIa. (B) Dùng dao IT đánh dấu làm rõ vùng rìa khối u. (C) sau khi tiêm vào lớp dưới niêm mạc bằng muối saline pha với epinephrine (0,025mg/ml) và tiến hành cắt phía ngoài rìa đánh dấu. (D) vùng khối u đánh dấu đã tách khỏi niêm mạc bình thường. (E) Vùng khối u được cắt bằng snare như quy trình cắt polyp. (F) mảnh cắt được lấy ra với phần ranh giới đánh dấu rõ. (G) dao cắt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H Ono, H Kondo, T Gotoda, K Shirao, H Yamaguchi, D Saito, K Hosokawa, T Shimoda, S Yoshida(2001). Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer. Gut; 48:225-229
2. Mitsuhiro Fujihiro, Naohisa Yahagi, Naomi Kakushima, Shinya Kodashima, Yosuke Muraki, Satoshi Ono, Nobutake Yamamichi et al(2007). Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Epithelial Neoplasms in 200 Consecutive Cases. Clinical Gastroenterology and Hepatology; 5: 678-683

NỘI SOI CAN THIỆP - NHUỘM MÀU CHẨN ĐOÁN UNG THƯ SỚM

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp nhuộm màu là phương pháp nội soi có dùng chất màu nhuộm lớp niêm mạc ống tiêu hóa nhằm mục đích khu trú tổn thương, nhận rõ đặc điểm tổn thương, giúp làm rõ ranh giới các tổn thương ung thư.

Tùy thuộc vị trí niêm mạc ống tiêu hóa mà người ta sử dụng các chất nhuộm màu khác nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Lugol có ái lực với tế bào biểu mô vảy không sừng hóa như thực quản, lugol 1 - 4% bơm nhuộm 20 - 50 ml, tế bào biểu mô bình thường sẽ bị nhuộm màu đen hoặc nâu đen Chỉ định:

+ Ung thư thực quản (không bắt màu)

+ Barrett thực quản

+ Viêm thực quản trào ngược

- Nhuộm xanh Methylene, các tế bào ruột hoặc các tổn thương dị sản ruột sẽ được nhuộm bởi xanh Methylene, cơ chế là do chất này hấp thu tích cực vào tế bào, bình thường các tế bào được nhuộm màu xanh. Chỉ định:

+ Barrett thực quản (dị sản ruột)

+ Dị sản ruột trong dạ dày

+ Tổn thương ung thư dạ dày sớm (không bắt màu)

+ Celiac and tropical sprue

- Nhuộm Indigo carmine, bình thường các tế bào không nhuộm, đặc điểm tổn thương nhô ra tạo thành khe rãnh chứa chất nhuộm. Chỉ định:

+ Tổn thương thực quản, dạ dày, tá tràng, đại tràng

+ Barrett thực quản

- Một số chất nhuộm màu khác như đỏ congo, đỏ phenol, xanh Toluidine

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp

- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được

- Nghi ngờ thủng tạng rỗng

- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ

- BN (người bệnh) 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 thu < 90mmHg.

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 điều dưỡng được đào tạo về kỹ thuật phụ giúp bác sỹ 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 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 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 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 sỹ soi
- Hướng dẫn Người bệnh nằm đúng tư thế
- Điều dưỡng phụ soi 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 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.

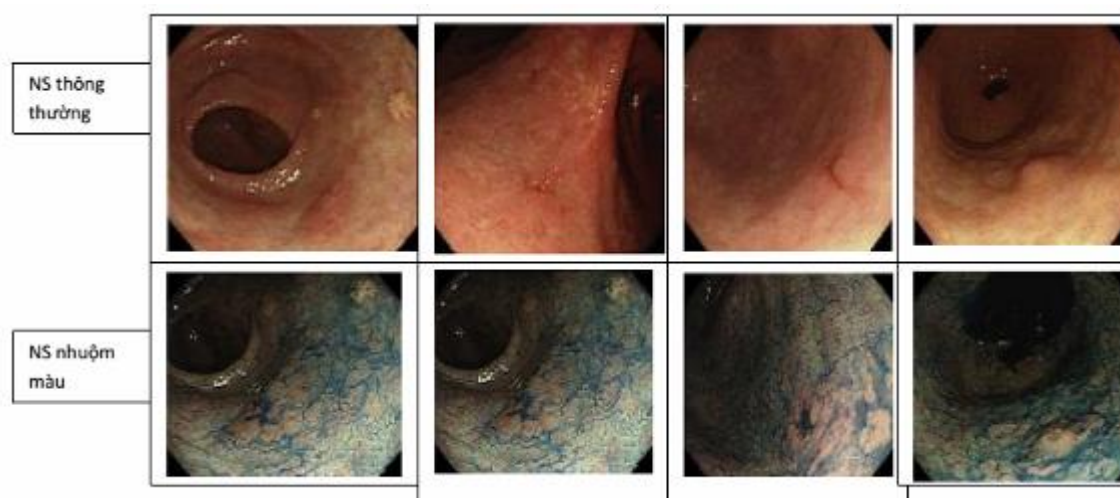
- Theo dõi toàn trạng Người bệnh trong toàn bộ quá trình làm thủ thuật
- Sau khi kết thúc thủ thuật, đánh và in kết quả
- Sau khi bác sĩ kết thúc quá trình nội soi, điều dưỡng phải giúp đỡ Người bệnh dậy và đưa Người bệnh ra khỏi phòng nội soi tới nơi ngồi chờ.
- Hướng dẫn Người bệnh bổ sung thêm phiếu 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.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Douglas O. Faigel, Michel (2006).** Gastrointestinal endoscopy and Cancer management. Humana press. pp20-24
2. **Guido Schachschal, Hartmut Schmidt (2004).** Endoscopy of the upper GI tract. A training manual. Berthold block. Thieme. pp177-180
3. **H. Niwa, H. Tajiri, M. Nakajima, K Yasuda (2008).** New Challenges in Gastrointestinal Endoscopy. Springer. pp133-200
4. **Kyosuke Tanaka, Hideki Toyoda, Shigenori Kadowaki, Yasuhiko Hamada, Ryo Kosaka, Shinpei Matsuzaki, Taizo Shiraishi et al(2008).** Surface pattern classification by enhanced-magnification endoscopy for identifying early gastric cancers. Gastrointestinal endoscopy Volume 67, No.3; 2008. pp 436

NỘI SOI 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 HA tâm thu < 90mmHg.

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, máy nội soi đại tràng.
- 01 kìm gấp dị vật
- Máy theo dõi lufoscope 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, propofol, 2 ống.
- 02 bơm tiêm 20 ml
- 06 đôi găng tay
- 02 áo mổ

3. Người bệnh: Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích Người bệnh: mục đích, tai biến thủ thuật.
- Các Người bệnh nguy cơ cao: tuổi > 60, nghi ngờ có bệnh lý tim - phổi mạn tính cần làm thêm xét nghiệm điện tâm đồ và X quang tim phổi.

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra không có chống chỉ định
- Nhận giấy chỉ định
- Giải thích Người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật, xếp thứ tự làm và sắp xếp chỗ ngồi chờ cho Người bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mời Người bệnh vào phòng, hướng dẫn Người bệnh nằm lên cang thủ thuật.
- Mắc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.
- Hướng dẫn Người bệnh nằm đúng tư thế.
- Điều dưỡng phải theo dõi tình trạng Người bệnh, thông báo bác sĩ khi có bất thường, luôn động viên và hướng dẫn Người bệnh hợp tác để tiến hành thủ thuật thuận lợi.
- Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát thực quản, niêm mạc dạ dày hành tá tràng và tá tràng hoặc đại tràng, tìm vị trí có giun hay dị vật đường tiêu hóa, đưa 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.

TÀI LIỆU THĂM KHẢO

1. **Berthold block, Guido Schachschal, Hartmut Schmidt (2004).** Endoscopy of the upper GI tract. A training manual. Thieme. pp158-159
2. **Jacques Van Dam. Richard C. K. Wong (2004).** Gastrointestinal endoscopy. Landes

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: 1 bác sỹ và 1 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng soi kín và bàn soi.
- Dụng cụ soi:
- + Ống soi hậu môn
- + Dụng cụ thắt trĩ và vòng cao su
- + Nguồn sáng
- + Máy hút
- + Kim gấp
- + Băng băng

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích để hợp tác với bác sỹ, 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, qu 2 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, bắt lấy 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, cần tuyệt đối, xylocain, điều trị ngay.
- + Các lần thắt trĩ điều trị cách nhau ít nhất 3 tuần lễ.

Luôn theo dõi tình trạng người bệnh, có choáng cần phát hiện, điều trị ngay.

VI. THEO DÕI

Mạch, huyết áp trước và sau khi thắt

Người bệnh cần nhịn đi ngoài 24 giờ. Cho giảm đau, nhuận tràng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau: do vòng thắt quá thấp, phải tháo vòng đặt lại cao hơn. Làm đúng kỹ thuật, người bệnh không đau, có thể về sau 15 phút nghỉ ngơi.
- Tuột vòng do đi ngoài sớm: đặt lại vòng
- Chảy máu khi búi trĩ rụng
- Tắc mạch trĩ
- Nhiễm khuẩn nặng: 3 dấu hiệu sốt cao, đau nhiều và bí tiểu: cho vào viện ngay, nhất là người bệnh suy giảm miễn dịch.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ 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

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.

Nội soi đại tràng điều trị

Cắt polyp.

Lấy dị vật.

Cầm máu.

Nong chỗ hẹp.

Điều trị xoắn đại tràng.

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

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.

Phương tiện

01 máy nội soi đại tràng ống mềm có video hoặc không có video, có chiều dài 130 - 140cm hoặc 165 - 180cm.

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

Overtube.

Thuốc nhuộm màu để phát hiện tổn thương nghi ngờ: xanh methylene, Indigocarmine.

Thuốc tiền mê: Seduxen 10mg, Hypnovel 2,5 - 5mg.

Người bệnh

Chế độ ăn:

Ngừng các thuốc có chứa sắt 3 - 4g/ ngày trước soi.

Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày trước soi.

Làm sạch đại tràng bằng hai cách:

Dùng thuốc nhuận tràng: Có nhiều loại thuốc nhưng hiện nay dùng Fortrans, Flead.

Dùng 3 gói thuốc pha vào 3 lít nước đun sôi để nguội uống trước khi soi 6 giờ.

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

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

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

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

Người bệnh ký vào giấy đồng ý soi.

Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

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 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 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 Indigocarmin hay xanh methylen với tổn thương nghi ngờ.

Sinh thiết với tổn thương nghi ngờ: viêm loét, loạn sản, polyp.

VI. THEO DÕI

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

Nếu người bệnh có dùng thuốc tiền mê theo dõi cho tới lúc tỉnh hoàn toàn. Theo dõi mạch huyết áp và những triệu chứng như: đau bụng, trướng bụng, buồn nôn.

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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.

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.

Trướng hơi nhiều

Hút hết hơi.

Phản xạ dây X

Atropin.

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ CAN THIỆP CẤP CỨU

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

Đi ngoài ra máu đỏ

Đi ngoài ra máu đen (Soi dạ dày bình thường) Bán tắc ruột nghi u đại tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thủng đại tràng
2. Viêm phúc mạc
3. Suy tim
4. Người bệnh nhồi máu cơ tim mới
5. Mới phẫu thuật ở đại tràng, mô ở tiểu khung
6. Phình lớn động mạch chủ bụng
7. Bệnh túi thừa cấp tính
8. Người bệnh có tắc mạch phổi
9. Tình trạng shock
10. Người bệnh đang có thai (3 tháng đầu và 3 tháng cuối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- 01 máy nội soi đại tràng ống mềm có kênh hoạt động lớn hoặc có 2 kênh hoạt động.
- 01 kim sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy.
- 01 kim tiêm cầm máu qua nội soi: có đầu cắt ngắn khoảng 4mm, để tránh nguy cơ thủng do tiêm quá sâu.
- 1 bơm tiêm 10ml.
- Adrenalin 1/10.000 gây co mạch tại chỗ, pha Adrenalin với dung dịch ưu trương
- Kẹp clip
- Heater probe: Các loại đầu dò
- + Đầu dò đơn cực: một đầu kim loại gắn với hệ thống bơm rửa nằm ở đầu dưới của một catheter mềm. Loại này phối hợp bơm rửa được nên giảm nguy cơ dính ở tổ

chức. Dòng điện truyền đi giữa điện cực sẽ được khuếch đại ở vùng có tổn thương và một bảng dây đất sẽ được tiếp xúc với da của người bệnh. Dòng điện sẽ dẫn qua thành ống tiêu hóa và gây nên những tổn thương ở sâu.

+ Đầu dò lưỡng cực; dòng điện cầm máu chạy qua 2 điện cực nên tránh được sự lan truyền của dòng điện xuống ở tổ chức sâu, giảm nguy cơ thủng.

+ Đầu dò nhiều cực: có 3 điện cực dương và 3 điện cực âm. Dòng điện chạy giữa các điện cực đó có tác dụng cầm máu. Quá trình cầm máu xảy ra không sâu quá 1mm và việc bơm nước với áp lực mạch máu làm quan sát tổn thương dễ dàng hơn và tránh được sự mất hơi nước của tổ chức và do đó nguy cơ thủng rất thấp

- Máy APC

3. Người bệnh

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

3.2. Nếu người bệnh có suy hô hấp hoặc rối loạn tri giác: đòi hỏi phải đặt nội khí quản trong quá trình làm nội soi

3.3. Làm sạch đại tràng bằng 2 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

- Hồi kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc tiền mê, giảm đau, giảm nhu động

- Người bệnh hoặc người nhà ký vào giấy đồng ý soi

4. Hồ sơ bệnh án:

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra tình trạng huyết động của người bệnh: Mạch<100, HA>90/60

- Kiểm tra các xét nghiệm về đông máu và cầm máu

- Kiểm tra tình trạng dùng thuốc trước đó của người bệnh đặc biệt là dùng thuốc chống đông

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng ý thức của người bệnh, trong trường hợp cần thiết có thể đặt nội khí quản

- Kiểm tra lại huyết động trước khi soi

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật soi đại tràng ống mềm: xin xem quy trình soi đại tràng toàn bộ

3.2. Các phương pháp cầm máu

3.2.1. Quang đông bằng laser Nd: YAG

- Nguyên tắc: làm đông máu bằng phương pháp bốc hơi của tổ chức, niêm mạc
- Ưu điểm: sử dụng tia đồng trục của khí cacbonic có tác dụng quét sạch máu và do đó nhận xét được rõ ràng các vùng tổn thương, các ổ loét nên chùm laser sẽ xác định được chính xác vị trí cầm máu
- Nhược điểm: giá thành đắt
- Kỹ thuật: Đặt một sợi mạ có xung động ngắn và công suất cao 70-90w vào vùng có tổn thương. Khoảng cách giữa sợi mạ và nơi tổn thương là 1 cm.
- + Khi thấy mạch máu tổn thương thì bắn chùm laser vào nơi tổn thương. Lúc đầu bắn vòng theo chu vi của tổn thương và sau đó quang đông có chọn lọc vào đúng mạch máu bị tổn thương.
- + Để tăng hiệu quả của phương pháp bắn laser có thể phối hợp với tiêm cầm máu tại chỗ bằng Adrenalin vào chu vi ổ loét.

3.2.2. Đông điện

- Nguyên tắc: Dùng dòng điện tạo ra một nhiệt năng làm khô tổ chức và đông tổ chức do đó tạo ra quá trình đông máu
 - Ưu điểm: dễ dàng cầm máu.
 - Nhược điểm: Kỹ thuật đòi hỏi phải có sự tiếp xúc trực tiếp giữa đầu dò và tổn thương nên cục máu đông dễ dính vào đầu dò, do đó làm giảm hiệu quả cầm máu và khi rút đèn ra sẽ dễ làm bong cục máu đông nên có nguy cơ chảy máu tái phát.
- Có một số tổn thương ở những vị trí không thể đặt được đầu dò vào nên không thực hiện được phương pháp này.
- Thực hiện kỹ thuật cắt polyp: xin xem quy trình cắt polyp đại tràng.
 - + Thực hiện kỹ thuật tiêm cầm máu:
 - Kỹ thuật đơn giản rẻ tiền
 - Bắt đầu tiêm dưới niêm mạc ở rìa tổn thương. Nếu mạch máu ở trung tâm một ổ loét lớn và sâu thì sẽ tiêm dung dịch xung quanh mạch máu cũng như ở rìa tổn thương
 - + Thực hiện kỹ thuật kẹp clip: lắp clip vào kim sinh thiết và đưa kim sinh thiết vào vị trí cần kẹp clip và phóng clip vào tổn thương.
 - + Thực hiện kỹ thuật cầm máu bằng máy APC: xin xem quy trình soi can thiệp cầm máu ống tiêu hóa bằng máy APC.

VI. THEO DÕI

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

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ: Như soi đại tràng toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT 1 POLYP ỐNG TIÊU HÓA < 1 CM

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 polyps 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 2 kênh hoạt động
- Thông lộng cắt polyp bằng nhiệt điện với kích thước khác nhau và các loại dây khác nhau.
- Tay nắm điều khiển
- Các kim nhiệt
- Kim gấp polyp ra ngoài
- Lưới đựng polyp
- Dụng cụ cầm máu: clip, đầu dò nhiệt, máy APC
- Catheter để bơm chất nhuộm máu khi cần
- Nguồn cắt điện: sử dụng dòng điện xoay chiều với tần số cao trên 106 chu kỳ/giây. Với tần số này không gây ra điện giật, không kích thích sợi thần kinh cơ nên không gây rung thất. Nguồn cắt có nhiều công suất khác nhau. Để cắt polyp thường dùng công suất 175w.

3. Người bệnh

Phải làm sạch vùng polyp cần cắt.

Nếu là polyp ở thực quản, dạ dày điều dưỡng tràng: Người bệnh phải nhịn ăn trước đó ít nhất 6 giờ.

Nếu là polyp ở đại tràng: chuẩn bị giống soi đại tràng.

Nếu là polyp ở trực tràng: phải thực tháo sạch phân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ Kiểm tra xét nghiệm Nhóm máu

Công thức máu Tiểu cầu $>50G/l$

Đông máu cơ bản PT $>60\%$

Xét nghiệm HIV, HbsAg, Anti HCV

2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh đã được làm sạch vùng polyp cần cắt

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Loại polyp có cuống

- Đưa thông lọng đến vị trí polyp, mở thông lọng ôm lấy đầu polyp rồi tụt xuống ôm lấy cuống polyp. Đẩy vỏ ngoài của thông lọng sát với cuống của polyp.
- Thắt từ từ thông lọng cho đến khi có cảm giác chặt tay rồi kéo nhẹ đầu polyp lên.
- Kiểm tra xem niêm mạc thành ống tiêu hóa có chui vào trong thông lọng hay không. Nếu có niêm mạc nằm trong thông lọng phải để thông lọng ra khỏi vỏ catheter rồi mở thông lọng ra và 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 kẹp gấp polyp rồi kéo nó ra ngoài.
- Hút áp lực cao để polyp dính chặt vào đầu đèn soi và kéo ra ngoài cùng máy soi.
- Nếu polyp có kích thước nhỏ có thể hút polyp và hứng bằng lưới mà không cần phải rút máy soi.
- Phải ghi rõ vị trí của polyp vào giấy xét nghiệm mô bệnh học.

3.2. Loại polyp không cuống

- Cần tạo ra một cuống cho polyp: Dùng dung dịch Adrenalin 1/10.000 tiêm dưới niêm mạc để đẩy polyp lên, sau khi trùm thông lọng qua đầu polyp thì thắt từ từ thông lọng để chu vi của thông lọng nhỏ hơn đầu của polyp- thông lọng sẽ không bị tụt ra khỏi polyp. Sau đó kéo thông lọng lên phía đầu của polyp sao cho làm tách lớp niêm mạc ra khỏi lớp cơ niêm sẽ làm giảm nguy cơ thủng.

Hoặc phải cắt polyp làm nhiều mảnh nhỏ

- Sau khi tạo được cuống polyp rồi, lấy polyp như phần trên.

Polyp nhỏ là những polyp có đường kính <6mm, có thể cắt polyp bằng kim sinh thiết lạnh. Ngày nay hạn chế dùng kim sinh thiết nóng do nguy cơ dễ gây thủng.

Dùng kim kẹp vào polyp rồi tạo cuống giả cho polyp bằng cách 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
 - + Đầu dò nhiệt
 - + Đốt điện hay máy APC.

2. Thủng

- Điều trị bảo tồn: khi đại tràng chuẩn bị sạch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, hút dạ dày liên tục.
- Phẫu thuật sớm

3. Hội chứng sau cắt polyp

Kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và hút dạ dày liên tục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI CAN THIỆP-CẮT POLYP ỚNG TIÊU HÓA >1 CM HOẶC NHIỀU POLYP

I. ĐỊNH NGHĨA

Cắt polyp qua nội soi là phương pháp điều trị, thường là cắt polyp ở trực tràng, đại tràng. Polyp dạ dày hành tá tràng ít gặp hơn. Kỹ thuật cắt polyp còn có ý nghĩa ngăn ngừa biến chứng ung thư hóa của các polyp này

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi ống tiêu hóa phát hiện tổn thương polyp <1cm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu cầm máu

Người bệnh đang dùng thuốc chống đông

Người bệnh có chống chỉ định nội soi dạ dày (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

- 1 máy nội soi dạ dày, đại tràng ống mềm có kênh hoạt động > 9,8mm.
- Thông lộng cắt polyp bằng nhiệt điện với kích thước khác nhau và các loại dây khác nhau.
- Tay nắm điều khiển
- Các kim nhiệt
- Kim gấp polyp ra ngoài
- Lưới đựng polyp
- Dụng cụ cầm máu; clip, đầu dò nhiệt, máy APC
- Catheter để bơm chất nhuộm máu khi cần
- Nguồn cắt điện: sử dụng dòng điện xoay chiều với tần số cao trên 106 chu k /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 điều dưỡng tràng: Người bệnh phải nhịn ăn trước đó ít nhất 6 giờ

Nếu là polyp ở đại tràng: chuẩn bị giống soi đại tràng

Nếu là polyp ở trực tràng: phải thực tháo sạch phân

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

- Người bệnh đã được làm sạch vùng polyp cần cắt
- Đã được giải thích đầy đủ về quá trình làm kỹ thuật và các biến chứng có thể xảy ra.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Loại polyp có cuống

- Kích thước polyp phải được đo bằng tay cầm của thông lọng.
- Đưa thông lọng đến vị trí polyp, mở thông lọng ôm lấy đầu polyp rồi tụt xuống ôm lấy cuống polyp. 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

3.2. Loại polyp không cuống

- Dùng Adrenalin 1/10.000 và Natriclorua bơm xuống dưới niêm mạc. Đầu tiên

dùng thông lọng thắt từng phần của polyp rồi vừa thắt chặt thông lọng vừa cắt điện. Chú ý không được cắt gọn một nhát vì nguy cơ chảy máu cao do thời gian cắt quá nhanh nên nhiệt độ tạo ra không đủ để cầm máu. Cắt từng phần như vậy cho đến khi cắt hết polyp và còn trở 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 tụt cầm
 - + Áp dụng các phương pháp cầm máu qua nội soi
 - + Tiêm cầm máu, clip cầm máu
 - + Đốt điện hay máy APC
 - + Đầu dò nhiệt

2. Thủng

- Điều trị bảo tồn: khi đại tràng chuẩn bị sạch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, hút dạ dày liên tục.
- Phẫu thuật sớm.

3. Hội chứng sau cắt polyp

Kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và hút dạ dày liên tục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI 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.

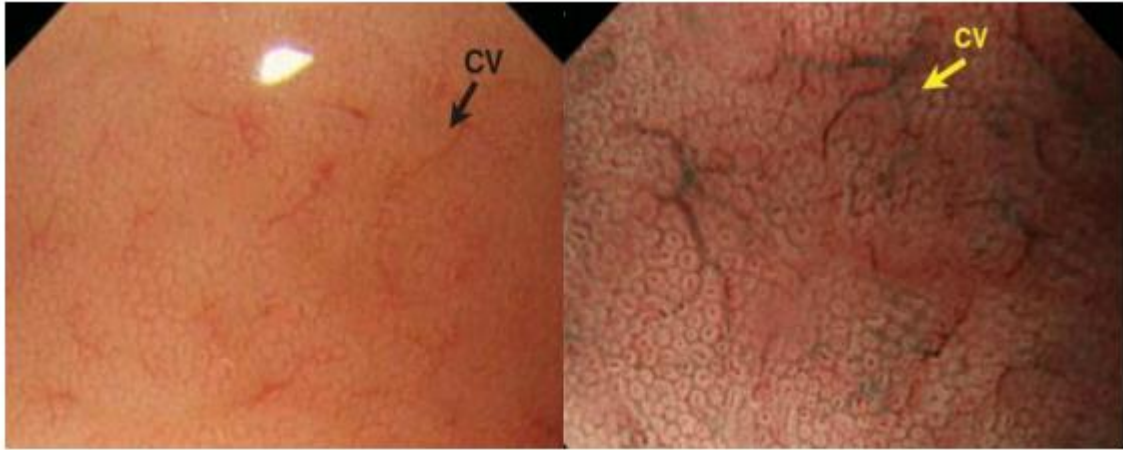
- Điều dưỡng giữ canuyl phải theo dõi tình trạng Người bệnh, thông báo bác sĩ khi có bất thường, luôn động viên và hướng dẫn Người bệnh hợp tác để tiến hành thủ thuật thuận lợi.

- 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 nhằm 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. Niwa, H. Tajiri, M. Nakajima, K Yasuda (2008).** New Challenges in Gastrointestinal Endoscopy. Springer. pp163-200.
2. **Jonathan Cohen (2007).** Comprehensive Atlas of High Resolution Endoscopy and Narrowband Imaging. Blackwell publishing. Pp 83-104.

NỘI SOI 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 kìm 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi thực quản- dạ dày- tá tràng không sinh thiết là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng. Trong quá trình này chỉ nội soi đơn thuần mà không tiến hành sinh thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Các bệnh lý ở thực quản có nguy cơ làm thủng thực quản như bong thực quản do hóa chất và thuốc gây hẹp thực quản.
- Phình động mạch chủ ngực
- Suy tim, nhồi máu cơ tim, cơn tăng huyết áp
- Suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân gì, ho nhiều.

2. Chống chỉ định tương đối

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

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

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

3. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án: nếu người soi là người bệnh nội trú

2. Kiểm tra người bệnh: đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi

3.2. Gây tê vùng hầu họng bằng Xylocain 2% hoặc Lidocain 10%

3.3. Đặt ống ngậm miệng vào giữa 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. 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 ngậm 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật đưa ống soi mềm từ hậu môn đi ngược lên đến đại tràng sigma để quan sát, chẩn đoán tổn thương đại tràng sigma và trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Soi cấp cứu

- Dị vật đại tràng
- Chảy máu thấp, nặng
- Tắc ruột

2. Soi kế hoạch

- Làm bilan trước mổ ung thư.
- Ỉa 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 cân quang có nghi ngờ
- Theo dõi sau điều trị bệnh lý (polyp, Crohn).
- Kiểm tra gia đình có bệnh polyp, ung thư đại tràng ở người bệnh trên 40 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng, viêm phúc mạc
- Suy tim, suy tuần hoàn cấp, suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân nào
- Nhồi máu cơ tim
- Mới mổ thủng đại tràng
- Phình tách động mạch chủ bụng
- Người bệnh có thai trên 3 tháng

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện, thuốc

1.1. Dụng cụ

- Máy soi đại tràng ống mềm, máy hút.
- Máy theo dõi mạch, Huyết áp, spO2
- Kim sinh thiết

1.2. Thuốc: seduxen, buscopan, midazolam, fentanyl

2. Người bệnh

- Hướng dẫn rửa ruột trước soi hoặc dùng Fortran uống 6 giờ trước soi (1 gói Fortrans với 1 lít nước).

- Chế độ ăn không có chất bã trước 2 ngày.
- Không uống thuốc gây bám dính vào niêm mạc đại tràng 4 ngày trước.
- Chụp X quang đại tràng trước 72 giờ (trừ cấp cứu)
- Nhịn uống 4 giờ trước khi soi

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm nghiêng trái hoặc tư thế sản 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

- Chướng 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai, Khoa Tiêu hóa (2001) “Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa” trang 71-77.
2. Bộ Y tế (1999) “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện” tập 1, trang 510 -511.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA CÓ SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật đưa ống soi mềm từ hậu môn đi ngược lên đến đại tràng sigma để sinh thiết tổn thương đại tràng sigma và trực tràng làm tế bào học.

II. CHỈ ĐỊNH

- Polyp trực tràng, đại tràng sigma
- Ung thư đại tràng sigma (làm bilan trước mổ ung thư)
- Viêm loét trực tràng chảy máu
- Crohn đại tràng
- Theo dõi sau điều trị bệnh lý (polyp, Crohn)
- Kiểm tra gia đình có bệnh polyp, ung thư đại tràng ở người bệnh trên 40 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng, viêm phúc mạc
- Suy tim, suy tuần hoàn cấp, suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân nào.
- Nhồi máu cơ tim
- Mới mổ 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
- Kìm 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai, Khoa Tiêu hóa (2001) “Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa” trang 71 -77.
2. Bộ Y tế (1999) “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện” tập 1, trang 510 -511.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Nội soi trực tràng ống mềm là thủ thuật đưa ống soi mềm qua hậu môn vào trực tràng để phát hiện các tổn thương, chẩn đoán và điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Soi cấp cứu: chảy máu tiêu hóa cấp, nặng.
2. Soi có kế hoạch:
 - Đi ngoài ra máu
 - Rối loạn đại tiện: đau vùng hậu môn, đi ngoài không tự chủ.
 - Rối loạn phân: khó đại tiện.
 - Ngứa hậu môn.
 - Viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn, ung thư, polyp, dò hậu môn, nứt hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 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 mổ

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Nội soi trực tràng ống mềm là thủ thuật đưa ống soi mềm qua hậu môn vào trực tràng để phát hiện các tổn thương, chẩn đoán và điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Soi cấp cứu: chảy máu tiêu hóa cấp, nặng.

2. Soi có kế hoạch

- Đi ngoài ra máu
- Rối loạn đại tiện: đau vùng hậu môn, đi ngoài không tự chủ
- Rối loạn phân: khó đại tiện
- Ngứa hậu môn
- Viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn, ung thư, polyp, dò hậu môn, nứt hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác 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
 - + Băng 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.

NỘI SOI DẠ DÀY CẦM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi ống là phương pháp can thiệp hiệu quả đối với chảy máu dạ dày.

II. CHỈ ĐỊNH

Xuất huyết tiêu hóa do nguyên nhân tại dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Trụy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa (1 tháng), tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiêu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên, dụng cụ can thiệp như lồng cắt polyp, đốt đông, dụng cụ thắt, kim tiêm cầm máu qua nội soi, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, đặt ống thông hút rửa dịch dạ dày.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi dạ dày cầm máu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ: 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

Gây mê nội khí quản (tránh trào ngược).

Nội soi tiêu hóa trên xác định tổn thương gây chảy máu và nên thực hiện vào thời điểm 24 giờ sau khi chảy máu ồ ạt. Trong trường hợp đã truyền máu > 70ml/kg cân nặng, huyết động học vẫn không ổn, nội soi tiêu hóa phối hợp ngoại để xác định vị trí chảy máu.

3.1. Chảy máu dạ dày không do giãn tĩnh mạch thực quản

- Phương pháp: Đông nhiệt bao gồm laser, heater (súng), Argon, monopolar, hoặc multipolar probes. Các phương pháp như cầm máu bằng dung dịch Argon tại bệnh viện Nhi trung ương chưa có thiết bị này. Phương pháp cầm máu không bằng nhiệt bao gồm tiêm các chất có thể gây xơ hóa hoặc co mạch, clip.

Hai phương pháp được sử dụng nhiều nhất

- Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu.

- Cầm máu bằng kẹp kim loại (clip):

+ Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn, luồn dụng cụ qua kênh can thiệp

+ Phát hiện chính xác điểm chảy máu

+ Xác định chính xác vị trí đặt clip

+ Mở rộng toàn bộ clip, đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất

+ Bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip

3.2. Chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày

- 1ml keo dán trộn với 1ml lipiodol rồi pha với 1ml lipiodol

- Tiêm từ 2 đến 3 mũi vào trong búi tĩnh mạch.

- Tiêm 2-3 đặt gần nhau để gây tắc hoàn toàn.

- Gây tắc tĩnh mạch áp dụng cả đối với tĩnh mạch ở dạ dày và thực quản khi các phương pháp xơ hóa bị thất bại.

VI. THEO DÕI

Tình trạng chảy máu gia tăng và thủng dạ dày: mạch, huyết áp, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, bụng chướng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.

- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

- Tắc mạch xa: hội chẩn tim mạch.

- Khi chất keo sinh học rò ra ngoài: kéo máy soi ra, rửa và lau vật kính liên tục, không được hút.

Ghi chú

Xác định chính xác vị trí cần can thiệp

CẦM MÁU THỰC QUẢN QUA NỘI SOI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi là phương pháp can thiệp hiệu quả đối với chảy máu thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

Xuất huyết tiêu hóa do nguyên nhân tại thực quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Trụy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, thủng rò thực quản, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa (1 tháng), tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên, các dụng cụ can thiệp như lọng cắt polyp, đốt động, dụng cụ thắt, kim tiêm cầm máu qua nội soi, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống. Đặt ống thông dạ dày để hút rửa dịch dạ dày. Tiêm kháng sinh dự phòng 30 phút trước và 6 giờ sau nội soi nếu can thiệp tĩnh mạch thực quản.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi thực quản cầm máu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ: 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật: 30-60 phút

Gây mê nội khí quản (tránh trào ngược).

Nội soi tiêu hóa trên xác định tổn thương gây chảy máu và nên thực hiện vào thời điểm 24 giờ sau khi chảy máu ồ ạt. Trong trường hợp đã truyền máu > 70ml/kg cân

nặng, huyết động học vẫn không ổn, nội soi tiêu hóa phối hợp ngoại để xác định vị trí chảy máu.

3.1. Cầm máu qua nội soi do giãn tĩnh mạch thực quản

Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản

- Chất gây xơ polidocain 1%, 1 tuần/1 lần x 3 tuần, sau đó 1 tháng/1 lần đến khi hết hoàn toàn búi giãn.
- Tiêm tại búi tĩnh mạch cách tâm vị vài mm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây chảy máu, sau đó vòng theo chu vi của thực quản lên cao dần (thường là tiêm vào 3 điểm).
- Xác định vị trí tiêm, sau đó đẩy kim tiêm ra khỏi kênh can thiệp và cố định vào vị trí đó. Tiếp theo, đẩy kim tiêm xơ ra khỏi vỏ và bơm chất gây xơ.
- Rút kim tụt vào trong vỏ của kim và kéo vỏ của kim 2cm về phía máy nội soi, sau đó tìm vị trí cần tiêm khác.
- Liều tiêm là 2,5ml polidocanol 1 mũi, tổng liều 10 - 12 ml. Tiêm cạnh búi giãn 1-2ml hoặc tiêm trong búi giãn 2-3ml hoặc tiêm hỗn hợp: Bắt đầu tiêm vào dưới niêm mạc cạnh hai bên thành tĩnh mạch, sau đó tiêm trong lòng tĩnh mạch.

Thắt tĩnh mạch qua nội soi (súng bắn nhiều phát)

- Lòng súng bắn vào máy soi: Luồn dây dẫn qua kênh can thiệp tại đầu xa của máy nội soi, lắp ống nhựa vào đầu máy nội soi, sau đó cố định vào tay quay và chốt tay quay tại lỗ ngoài kênh can thiệp.
- Các bước thắt tĩnh mạch:
 - + Đặt đầu máy soi (đã được gắn với súng bắn) vào sát búi tĩnh mạch.
 - + Hút từ từ búi tĩnh mạch chui vào trong vòng nhựa.
 - + Quay tay quay 1 vòng theo chiều kim đồng hồ để bắn vòng cao su ra thắt búi tĩnh mạch, sau đó tìm búi tĩnh mạch cần thắt khác.
 - Đốt đầu thắt vào các búi tĩnh mạch cách tâm vị vài cm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây vỡ và thường chỉ nên thắt khoảng 2 vòng theo chu vi của thực quản. Đốt sau thắt các búi tĩnh mạch còn lại.

3.2. Cầm máu qua nội soi không do giãn tĩnh mạch thực quản

- Phương pháp: Đông nhiệt bao gồm laser, heater (súng), Argon, monopolar, hoặc multipolar probes. Phương pháp cầm máu không bằng nhiệt bao gồm tiêm các chất có thể gây xơ hóa hoặc co mạch, clip.

Hai phương pháp được sử dụng nhiều nhất:

- Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu.
- Cầm máu bằng kẹp kim loại (clip): Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn, luồn dụng cụ qua kênh can thiệp, phát hiện chính xác điểm chảy máu, xác định chính xác vị trí đặt clip, mở rộng toàn bộ clip, đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất, bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: đẩy máy nội soi vào và hút xẹp hơi dạ dày và rút máy nội soi sau 15 phút, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng.

- Thủng: mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Đưa vòng nhựa (ouvertube) qua cơ thắt trên nhẹ nhàng.

- Xác định chính xác vị trí cần can thiệp

NỘI SOI TRỰC TRÀNG CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi trực tràng cấp cứu là để chẩn đoán hoặc can thiệp sớm các bệnh lý nguy hiểm ở trực tràng như chảy máu chân polyp, dị vật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ít máu tươi gây thiếu máu
- Polyp kẹt ra ngoài hậu môn
- Gấp dị vật
- Nong hẹp trực tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Trụy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, viêm phúc mạc

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa (1 tháng), tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa dưới kèm theo các dụng cụ can thiệp như kẹp gấp dị vật, kẹp cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống. Thụt Microlisme 3-9g tùy theo tuổi trước nội soi.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi trực tràng cấp cứu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mồm (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tai mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 30-50 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ: 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 10 phút

3. Thực hiện kỹ thuật: 10-30 phút

3.1. Kỹ thuật nội soi chẩn đoán

- Gây mê toàn thân.

- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.
- Bôi trơn (gel KY) vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng.
- Rút ống nội soi ra một chút kết hợp điều khiển bánh xe và quay ống nội soi phải trái nếu không quan sát thấy lòng trực tràng.

3.2. Cắt polyp

- Đưa lòng đến vị trí có polyp, mở lòng ôm lấy đầu polyp sau đó tụt xuống ôm lấy chân polyp. Đẩy vỏ nhựa của lòng sát với cuống polyp, thắt từ từ lòng cho đến khi có cảm giác chặt tay. Kéo nhẹ đầu polyp lên, kiểm tra kỹ không để niêm mạc trực tràng chui vào lòng và không chạm thành trực tràng
- Cắt đốt 2-3 giây, xen kẽ pha cầm máu và pha cắt, lòng sẽ từ từ được thắt chặt dần đến khi polyp bị cắt rời hoàn toàn. Lấy polyp ra ngoài làm giải phẫu bệnh.
- Polyp không cuống: Tiêm nước muối sinh lí ở phần ranh giới giữa polyp và niêm mạc lành để tách niêm mạc và polyp để tạo cuống. Trường hợp khó, không an toàn: phải cắt polyp thành nhiều mảnh nhỏ.
- Polyp cuống to: thời gian cầm máu (đốt) kéo dài hơn để tránh chảy máu.

3.3. Cầm máu do nguyên nhân khác

Hai phương pháp được sử dụng nhiều nhất:

- Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu.
- Cầm máu bằng kẹp kim loại (clip): Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn, luồn dụng cụ qua kênh can thiệp, phát hiện chính xác điểm chảy máu, xác định chính xác vị trí đặt clip, mở rộng toàn bộ clip, đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất, bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip.

3.4. Lấy dị vật

- Nguyên tắc: xác định dị vật về vị trí, hình dạng, kích thước, hướng đi, vị trí, mối tương quan với các tổ chức xung quanh, thời gian tồn tại, bản chất của dị vật... và quan sát rõ dị vật khi di chuyển.
- Dụng cụ can thiệp được mở khi đối diện với dị vật và điều chỉnh đầu đèn nội soi để dụng cụ can thiệp bắt được dị vật và kéo ra dị vật ngoài cơ thể.
- Dị vật cản quang dẹt hoặc có ngạnh: nên dùng kim cá sấu. Dị vật mềm, tròn: nên dùng gọng hoặc vợt. Đối với nếu dị vật mềm và kích thước không lớn, dị vật có thể được hút bằng ống nội soi ra ngoài.

3.5. Nong hẹp trực tràng

- Nong bằng bóng nong: Bóng nong các cỡ và dây dẫn, các bước thực hiện:
 - + Nội soi kiểm tra chỗ hẹp: vị trí, kích thước, tổn thương đi kèm
 - + Đánh dấu vị trí hẹp bằng 1 miếng kim loại
 - + Luồn đầu mềm dây dẫn qua kênh can thiệp, đưa catheter bóng trượt trên dây dẫn

+ Kiểm tra vị trí bóng nong tại chỗ hẹp: màn tăng sáng (bằng bơm cản quang) hoặc trên màn hình nội soi với dây dẫn hoặc ống nội soi nhỏ đi cạnh bóng.

+ Bơm căng bóng để nong chỗ hẹp

+ Nguyên tắc: đường kính bóng không vượt quá đường kính chỗ hẹp trên 2mm và $\leq$ 3 lần đường kính chỗ hẹp. Nong $\leq$ 3 lần trong 1 buổi. Bơm 1-2ml

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng,...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.

- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Không di chuyển dị vật khi không quan sát được.

- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được.

- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI TIÊU HÓA DƯỚI GÂY MÊ (DẠ DÀY - ĐẠI TRÀNG)

I. ĐẠI CƯƠNG

Máy nội soi mềm đã đánh dấu một bước ngoặt lớn trong lịch sử phát triển về chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định nội soi tiêu hóa trên (dạ dày)

Cấp cứu	Chẩn đoán	Can thiệp
- Chảy máu tiêu hóa nặng, đe dọa tính mạng. - Nuốt chất ăn mòn - Dị vật tiêu hóa nguy hiểm	- Đau bụng trên tái diễn - Nuốt khó, nuốt nghẹn - Nôn chưa rõ nguyên nhân - Sụt cân - Thiếu máu hoặc mất máu chưa rõ nguyên nhân - Ỉa chảy mạn tính - Xquang có tổn thương niêm mạc điển hình (như loét hành tá tràng) - Phát hiện thấy u ống tiêu hóa trên khi chụp Xquang hoặc CT - Bệnh lý polyp	- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa không chảy máu - Cầm máu xuất huyết tiêu hóa trên - Mở thông dạ dày qua nội soi - Bệnh lý polyp - Nong thực quản - Achalasie - Dị vật ống tiêu hóa - Dẫn lưu nang giả tụy - Đặt sten thực quản

2. Chỉ định nội soi tiêu hóa dưới (dạ tràng)

Chẩn đoán	Can thiệp
- Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu) - Ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân - Viêm đại tràng do dị ứng, Crohn, viêm đại trực tràng chảy máu - Đánh giá hiệu quả của điều trị viêm đại tràng - Đau bụng mạn tính - Theo dõi ung thư, loại thải ghép - Siêu âm nội soi đại trực tràng, đo vận động đại trực tràng	- Cắt polyp - Cầm máu - Gắp dị vật - Nong chỗ hẹp của ống tiêu hóa - Tháo lồng ruột - Mở manh tràng qua da - Xoắn đại tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định nội soi tiêu hóa

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối
--------------------------	--------------------------

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc	- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Viêm đại tràng cấp tính	- Nhiễm trùng máu
- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định	- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Chấn thương đốt sống cổ	- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
	- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, lồng cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống. Tiêm kháng sinh dự phòng nếu nội soi ống tiêu hóa, thắt giãn tĩnh mạch thực quản, mở thông dạ dày, làm sạch đại tràng (nếu nội soi đại tràng).

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa trên và dưới, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mỏ (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tai mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán) và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 35-65 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 10-40 phút

3.1. Nội soi tiêu hóa trên

Gây mê toàn thân.

Kỹ thuật nội soi tiêu hóa trên:

- Đẩy đèn máy nội soi từ từ đi xuống vùng cơ thắt hầu họng.
- Bơm khí và đẩy nhẹ đèn nội soi đi qua cơ thắt thực quản trên đến cơ thắt thực quản dưới và đường Z. Quay nhẹ máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ và bơm hơi, đẩy đèn nội soi qua cơ thắt thực quản dưới và vào dạ dày sẽ thấy thân vị.
- Quay máy nội soi sang phải và Up đồng thời đẩy đèn nội soi tiến lên sẽ thấy hang vị và môn vị. Đẩy đèn nội soi qua môn vị vào hành tá tràng.
- Chính đèn nội soi áp sát đỉnh của hành tá tràng, quay máy nội soi xuôi chiều kim đồng hồ 180° và Up 150° kết hợp đẩy nhẹ máy nội soi, sẽ thấy niêm mạc D2. Quay máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ sẽ thấy bóng Vater.

- Rút đèn nội soi lên dạ dày, bơm căng hơi, quay máy nội soi sang trái 180° và Up sẽ thấy tâm vị. Giữ góc quay 180° xung quanh trục ống nội soi sẽ quan sát được cả bờ cong lớn, bờ cong nhỏ, tâm vị và phình vị.

3.2. Nội soi tiêu hóa dưới

- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái. Bôi trơn (gel KY) vào hậu môn. Đẩy đèn nội soi qua hậu môn. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng.

- Đẩy máy nội soi đến khi nhìn thấy góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma ở bên trái. Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp Up và đẩy nhẹ, sẽ thấy lòng đại tràng sigma.

- Đẩy máy nội soi men theo bờ trái đại tràng sigma sẽ thấy góc lách. Quay máy nội soi xuôi chiều kim đồng hồ 180° và rút ngắn khoảng 20-30cm (thường là xoắn alpha).

- Đẩy máy nội soi trong lòng đại tràng ngang sẽ quan sát thấy hình vòng cung hoặc hình núm ở bên phải (góc gan). Quay máy nội soi xuôi chiều kim đồng hồ, hút hơi và Down kết hợp R đồng thời rút máy nội soi 1-2cm sẽ quan sát thấy manh tràng.

- Nếu đại tràng bản: ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng,...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.

- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Đề phòng hội chứng hít.

- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được và có sức cản.

- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI MỎ THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Đầu năm 1980, Ponsky và Gauderer đã phát triển mở thông dạ dày qua nội soi, mở ra một cách tiếp cận mới về việc cho ăn qua đường tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: nuốt khó, không có khả năng nuốt bao gồm khiếm khuyết thần kinh, bệnh cơ, trào ngược dạ dày thực quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định hoàn toàn: bệnh máu, giải phẫu bất thường bao gồm ruột quay bất thường, đại tràng, lách, gan vào giữa dạ dày và thành bụng, gan lách to, dạ dày trong lồng ngực và tiền sử cắt dạ dày, phẫu thuật ổ bụng, vẹo cột sống, béo phì, van não thất dẫn lưu vào ổ bụng.

- Chống chỉ định tương đối: dịch ổ bụng, lạc màng bụng, viêm dạ dày nặng, bệnh loét do axit, tăng áp lực tĩnh mạch cửa bao gồm cả dẫn tĩnh mạch dạ dày.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên).

2. Phương tiện

01 bộ mở thông dạ dày qua nội soi, 01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng 30 phút trước và 6 giờ sau nội soi.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định mở thông dạ dày, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ, chụp trasnsit, siêu âm bụng, các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: (60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ: 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật: 30-60 phút (kỹ thuật kéo)

- Tiến hành gây mê toàn thân.
- Đặt người bệnh nằm ngửa, sát trùng vùng bụng
- Nội soi dạ dày bơm hơi tối đa, đẩy đầu ống soi áp vào thành trước dạ dày
- Vị trí mở thông thường ở thân vị gần chỗ nối thân và hang vị, trên đường trắng giữa rốn. Dùng vật ấn lõm ngón tay trên thành bụng để kiểm tra vị trí chọc nhờ ánh sáng xuyên thành.

- Tiêm lidocain 1% bằng kim 25 tại vị trí mở thông vào dạ dày đến khi hút ra khí. Rạch da nhỏ, đặt troca vuông góc với thành bụng và đẩy troca đi vào khoang dạ dày (luôn giữ dạ dày căng hơi tối đa).
- Luồn sợi dây dẫn qua troca, thông lọng đi qua kênh can thiệp vào dạ dày để bắt sợi dây dẫn và kéo dây dẫn qua miệng cùng với ống nội soi.
- Nối ống mở thông với dây dẫn ở ngoài miệng, sau đó dây dẫn kéo từ từ ống mở thông qua miệng người bệnh vào trong dạ dày để áp sát vào thành bụng.
- Đoạn cuối mở thông có thanh chắn ở ngoài thành bụng và trong dạ dày, không để ép quá mức.
- Nội soi kiểm tra chính xác vị trí ống mở thông trong dạ dày.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tình trạng của chân ống mở thông.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tràn khí phúc mạc: Xuất hiện rò rỉ dịch và khí ở xung quang lỗ mở thông, phải hoãn cho ăn, chụp cản quang hòa tan trong nước để kiểm tra, nếu có tràn vào khoang phúc mạc thì cần nội soi mở ổ bụng hoặc nếu vẫn tồn tại từ 48-72 giờ, cần phải nội soi ổ bụng thăm dò.
- Nếu chảy máu trong thành dạ dày phải mời hội chẩn ngoại cấp cứu.
- Thủng đại tràng: Phẫu thuật.

Ghi chú

- Kháng sinh dự phòng và sát khuẩn da đúng cách, chiều dài da cắt vừa đủ, sát khuẩn kỹ chỗ nối ống mở thông với dây dẫn trước khi kéo vào dạ dày.
- Để đầu người bệnh cao.

NỘI SOI CÀM MÁU BẰNG CLIP TRONG CHẢY MÁU ĐƯỜNG TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi cầm máu bằng clip trong chảy máu tiêu hóa là một kỹ thuật sử dụng kẹp kim loại để cầm máu trong nội soi tiêu hóa có hiệu quả cao, ít tai biến.

II. CHỈ ĐỊNH

Xuất huyết tiêu hóa trên không do giãn tĩnh mạch thực quản, xuất huyết tiêu hóa dưới có quan sát thấy mạch máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Trụy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ
- Viêm đại tràng cấp tính

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa (1 tháng), tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng
- Nhiễm trùng cấp tính nặng tại ruột
- Giãn ruột do ngộ độc
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng, nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa, bộ bắn clip, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống. Đặt ống thông hút dịch dạ dày. Làm sạch đại tràng (nếu soi đại tràng).

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa can thiệp cầm chảy máu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mỏ và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

Gây mê nội khí quản (nếu xuất huyết tiêu hóa trên).

Nội soi tiêu hóa xác định chính xác tổn thương gây chảy máu.

Kỹ thuật cầm máu bằng kẹp kim loại (clip):

- + Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn.
- + Luồn dụng cụ qua kênh can thiệp.
- + Phát hiện chính xác điểm chảy máu.
- + Xác định chính xác vị trí đặt clip.
- + Mở rộng toàn bộ clip.
- + Đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất
- + Bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Không để kẹp kim loại va vào thành ruột trong quá trình đẩy ra ngoài.

NỘI SOI DẠ DÀY THỰC QUẢN CẤP CỨU CHẢY MÁU TIÊU HÓA CAO ĐỂ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi có giá trị quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân, vị trí và can thiệp cầm chảy máu tiêu hóa trên.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: Chảy máu xảy ra ở trên góc Treitz. Do nguyên nhân tại dạ dày, thực quản hoặc hành tá tràng có thể do giãn tĩnh mạch thực quản hoặc không giãn tĩnh mạch thực quản (hay gặp nhất là loét hành tá tràng).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Trụy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, thủng rò thực quản, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa (1 tháng), tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như lọng cắt polyp, đốt đông, dụng cụ thắt, kim tiêm cầm máu qua nội soi, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng (nếu can thiệp tĩnh mạch thực quản). Đặt ống thông hút rửa dịch dạ dày.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi cấp cứu thực quản hoặc dạ dày cầm máu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mồm và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

Gây mê nội khí quản (tránh trào ngược).

Nội soi tiêu hóa trên xác định tổn thương gây chảy máu và nên thực hiện vào thời điểm 24 giờ sau khi chảy máu ồ ạt. Trong trường hợp đã truyền máu > 70ml/kg cân nặng, huyết động học vẫn không ổn, nội soi tiêu hóa phối hợp ngoại để xác định vị trí chảy máu.

3.1. Cầm máu qua nội soi do giãn tĩnh mạch thực quản

Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản

- Chất gây xơ polidocain 1%, 1 tuần/1 lần x 3 tuần, sau đó 1 tháng/1 lần đến khi hết hoàn toàn búi giãn.
- Tiêm tại búi tĩnh mạch cách tâm vị vài mm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây chảy máu, sau đó vòng theo chu vi của thực quản lên cao dần thường là tiêm vào 3 điểm).
- Xác định vị trí tiêm, sau đó đẩy kim tiêm ra khỏi kênh can thiệp và cố định vào vị trí đó. Tiếp theo, đẩy kim tiêm xơ ra khỏi vỏ và bơm chất gây xơ.
- Rút kim tụt vào trong vỏ của kim và kéo vỏ của kim 2cm về phía máy nội soi, sau đó tìm vị trí cần tiêm khác.
- Liều tiêm là 2,5ml polidocanol 1 mũi, tổng liều 10 - 12 ml. Tiêm cạnh búi giãn 1-2 ml hoặc tiêm trong búi giãn 2-3ml hoặc tiêm hỗn hợp: Bắt đầu tiêm vào dưới niêm mạc cạnh hai bên thành tĩnh mạch, sau đó tiêm trong lòng tĩnh mạch.

Thắt tĩnh mạch qua nội soi (súng bắn nhiều phát)

- Lòng súng bắn vào máy soi: Luồn dây dẫn qua kênh can thiệp tại đầu xa của máy nội soi, lắp ống nhựa vào đầu máy nội soi, sau đó cố định vào tay quay và chốt tay quay tại lỗ ngoài kênh can thiệp.
- Các bước thắt tĩnh mạch:
 - + Đặt đầu máy soi (đã được gắn với súng bắn) vào sát búi tĩnh mạch.
 - + Hút từ từ búi tĩnh mạch chui vào trong vòng nhựa.
 - + Quay tay quay 1 vòng theo chiều kim đồng hồ để bắn vòng cao su ra thắt búi tĩnh mạch, sau đó tìm búi tĩnh mạch cần thắt khác.
- Đốt đầu thắt vào các búi tĩnh mạch cách tâm vị vài cm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây vỡ và thường chỉ nên thắt khoảng 2 vòng theo chu vi của thực quản. Đốt sau thắt các búi tĩnh mạch còn lại.

Gây tắc tĩnh mạch thực quản - dạ dày.

- 1ml keo dán trộn với 1ml lipiodol, sau đó pha với 1ml lipiodol nữa
- Tiêm từ 2-3 mũi vào trong búi tĩnh mạch
- Tiêm 2-3 đợt gần nhau để gây tắc hoàn toàn.
- Chỉ định: giãn tĩnh mạch dạ dày hoặc tĩnh mạch thực quản khi các phương pháp xơ hóa khác bị thất bại.

3.2. Cầm máu qua nội soi không do giãn tĩnh mạch thực quản

- Phương pháp: Đông nhiệt bao gồm laser, heater (súng), Argon, monopolar, hoặc multipolar probes. Phương pháp cầm máu không bằng nhiệt bao gồm tiêm các chất có thể gây xơ hóa hoặc co mạch, clip.

Hai phương pháp được sử dụng nhiều nhất:

- Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu.
- Cầm máu bằng kẹp kim loại (clip): Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn, luồn dụng cụ qua kênh can thiệp, phát hiện chính xác điểm chảy máu, xác định chính xác vị trí đặt clip, mở rộng toàn bộ clip, đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất, bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: đẩy máy nội soi vào và hút xẹp hơi dạ dày và rút máy nội soi sau 15phút, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.
- Tắc mạch xa: hội chẩn tim mạch
- Lau vật kính liên tục khi keo sinh học rò ra ngoài

Ghi chú

- Đưa vòng nhựa (ouvertube) qua cơ thắt trên nhẹ nhàng
- Xác định chính xác vị trí cần can thiệp.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY, TIÊM CẦM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm cầm máu qua nội soi là phương pháp có hiệu quả trong chảy máu dạ dày, thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

Xuất huyết tiêu hóa do nguyên nhân tại thực quản và dạ dày do giãn tĩnh mạch thực quản hoặc không giãn tĩnh mạch thực quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Trụy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, thủng rò thực quản, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa (1 tháng), tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi 01 bác sĩ và 03 điều dưỡng, nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên, dụng cụ can thiệp như kim tiêm cầm máu qua nội soi, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai khác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng. Đặt ống thông hút rửa dịch dạ dày.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi thực quản cầm máu, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ và các xét nghiệm khác (nếu có), giấy cam đoan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

Gây mê nội khí quản (tránh trào ngược).

Nội soi tiêu hóa trên xác định tổn thương gây chảy máu và nên thực hiện vào thời điểm 24 giờ sau khi chảy máu ồ ạt. Trong trường hợp đã truyền máu > 70ml/kg cân

nặng, huyết động học vẫn không ổn, nội soi tiêu hóa phối hợp ngoại để xác định vị trí chảy máu.

3.1. Tiêm cầm máu qua nội soi trong giãn tĩnh mạch thực quản

Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản

- Chất gây xơ polidocain 1%, 1 tuần/1 lần x 3 tuần, sau đó 1 tháng/1 lần đến khi hết hoàn toàn búi giãn.
- Tiêm tại búi tĩnh mạch cách tâm vị vài mm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây chảy máu, sau đó vòng theo chu vi của thực quản lên cao dần (thường là tiêm vào 3 điểm).
- Xác định vị trí tiêm, sau đó đẩy kim tiêm ra khỏi kênh can thiệp và cố định vào vị trí đó. Tiếp theo, đẩy kim tiêm xơ ra khỏi vỏ và bơm chất gây xơ.
- Rút kim tụt vào trong vỏ của kim và kéo vỏ của kim 2cm về phía máy nội soi, sau đó tìm vị trí cần tiêm khác.
- Liều tiêm là 2,5ml polidocanol 1 mũi, tổng liều 10 - 12 ml. Tiêm cạnh búi giãn 1-2 ml hoặc tiêm trong búi giãn 2-3ml hoặc tiêm hỗn hợp: Bắt đầu tiêm vào dưới niêm mạc cạnh hai bên thành tĩnh mạch, sau đó tiêm trong lòng tĩnh mạch.

Gây tắc tĩnh mạch thực quản - dạ dày.

- 1ml keo dán trộn với 1ml lipiodol, sau đó pha với 1ml lipiodol nữa
- Tiêm từ 2-3 mũi vào trong búi tĩnh mạch
- Tiêm 2-3 đợt gần nhau để gây tắc hoàn toàn.
- Chỉ định: giãn tĩnh mạch dạ dày hoặc tĩnh mạch thực quản khi các phương pháp xơ hóa khác bị thất bại.

3.2. Tiêm cầm máu qua nội soi không do giãn tĩnh mạch thực quản

- Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: đẩy máy nội soi vào và hút xẹp hơi dạ dày và rút máy nội soi sau 15 phút, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.
- Tắc mạch xa: hội chẩn tim mạch.

Ghi chú

- Lau vật kính liên tục khi keo sinh học rò ra ngoài.
- Xác định chính xác vị trí cần can thiệp.

NỘI SOI THỰC QUẢN-DẠ DÀY, ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi có giá trị quan trọng trong việc chẩn đoán xác định giãn tĩnh mạch thực quản, phân loại mức độ và vị trí giãn và can thiệp hiệu quả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thắt hoặc tiêm xơ tĩnh mạch thực quản đang chảy máu
- Dự phòng vỡ giãn tĩnh mạch thực quản tái phát ở người bệnh đã có tiền sử chảy máu và điều trị bằng beta-bloquants thất bại hoặc chống chỉ định dùng thuốc này.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Trụy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, thủng rò thực quản, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ
- Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản dự phòng khi có phối hợp với giãn tĩnh mạch ở phình vị hoặc ở thân vị.

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa (1 tháng), tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên, dụng cụ can thiệp như: dụng cụ thắt, kim tiêm cầm máu qua nội soi, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai khác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống. Đặt ống thông hút rửa dịch dạ dày. Tiêm kháng sinh dự phòng 30 phút trước và 6 giờ sau nội soi.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi điều trị giãn tĩnh mạch thực quản, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ và các xét nghiệm khác (nếu có), giấy cam đoan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

Gây mê nội khí quản (tránh trào ngược).

Nội soi tiêu hóa trên phân loại giãn tĩnh mạch thực quản và tìm tổn thương phối hợp gây chảy máu

3.1. Điều trị giãn tĩnh mạch thực quản

Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản

- Chất gây xơ polidocain 1%, 1 tuần/1 lần x 3 tuần, sau đó 1 tháng/1 lần đến khi hết hoàn toàn búi giãn.
- Tiêm tại búi tĩnh mạch cách tâm vị vài mm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây chảy máu, sau đó vòng theo chu vi của thực quản lên cao dần (thường là tiêm vào 3 điểm).
- Xác định vị trí tiêm, sau đó đẩy kim tiêm ra khỏi kênh can thiệp và cố định vào vị trí đó. Tiếp theo, đẩy kim tiêm xơ ra khỏi vỏ và bơm chất gây xơ.
- Rút kim tụt vào trong vỏ của kim và kéo vỏ của kim 2cm về phía máy nội soi, sau đó tìm vị trí cần tiêm khác.
- Liều tiêm là 2,5ml polidocanol 1 mũi, tổng liều 10 - 12 ml. Tiêm cạnh búi giãn 1-2 ml hoặc tiêm trong búi giãn 2-3ml hoặc tiêm hỗn hợp: Bắt đầu tiêm vào dưới niêm mạc cạnh hai bên thành tĩnh mạch, sau đó tiêm trong lòng tĩnh mạch.

Thắt tĩnh mạch qua nội soi (súng bắn nhiều phát)

- Lòng súng bắn vào máy soi: Luồn dây dẫn qua kênh can thiệp tại đầu xa của máy nội soi, lắp ống nhựa vào đầu máy nội soi, sau đó cố định vào tay quay và chốt tay quay tại lỗ ngoài kênh can thiệp.
- Các bước thắt tĩnh mạch:
 - + Đặt đầu máy soi (đã được gắn với súng bắn) vào sát búi tĩnh mạch.
 - + Hút từ từ búi tĩnh mạch chui vào trong vòng nhựa.
 - + Quay tay quay 1 vòng theo chiều kim đồng hồ để bắn vòng cao su ra thắt búi tĩnh mạch, sau đó tìm búi tĩnh mạch cần thắt khác.
- đặt đầu thắt vào các búi tĩnh mạch cách tâm vị vài cm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây vỡ và thường chỉ nên thắt khoảng 2 vòng theo chu vi của thực quản. Đợt sau thắt các búi tĩnh mạch còn lại.

Gây tắc tĩnh mạch thực quản - dạ dày.

- 1ml keo dán trộn với 1ml lipiodol, sau đó pha với 1ml lipiodol nữa
- Tiêm từ 2 đến 3 mũi vào trong búi tĩnh mạch
- Tiêm 2-3 đặt gần nhau để gây tắc hoàn toàn.
- Chỉ định: giãn tĩnh mạch dạ dày hoặc tĩnh mạch thực quản khi các phương pháp xơ hóa khác bị thất bại.

3.2. Điều trị giãn tĩnh mạch phình vị.

- 1ml keo dán trộn với 1ml lipiodol, sau đó pha với 1ml lipiodol nữa

- Tiêm từ 2 đến 3 mũi vào trong túi tĩnh mạch
- Tiêm 2-3 đặt gần nhau để gây tắc hoàn toàn.
- Chỉ định: giãn tĩnh mạch dạ dày hoặc tĩnh mạch thực khi các phương pháp xơ hóa khác bị thất bại.

VI. THEO DÕI

Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: đẩy máy nội soi vào và hút xẹp hơi dạ dày và rút máy nội soi sau 15 phút, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.
- Tắc mạch xa: hội chẩn tim mạch
- Lau vật kính liên tục khi keo sinh học rò ra ngoài

Ghi chú

- Đưa vòng nhựa (ouvertube) qua cơ thắt trên nhẹ nhàng.
- Xác định chính xác vị trí trước can thiệp.

NỘI SOI THỰC QUẢN-DẠ DÀY, LẤY DỊ VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Nuốt dị vật là lí do nội soi can thiệp khá phổ biến trong cấp cứu nhi khoa. Nội soi ống mềm can thiệp dị vật là một phương pháp hiệu quả và an toàn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật thực quản cản quang bị tắc nghẽn tại thực quản trên 24 giờ, cần được lấy ra khỏi thực quản ngay.
- Các dị vật cản quang trong dạ dày cần lấy ra ngoài khi:
 - + Đường kính trên 20mm
 - + Chiều dài trên 50mm (trên 70mm đối với người lớn)
 - + Dạng nhọn có khả năng đâm xuyên (kim loại có ngạnh, kim, thủy tinh..)
 - + Dị vật ăn mòn
 - + Dị vật tồn tại trên 2-4 tuần
 - + Dị vật gây nên triệu chứng, đặc biệt có chứa chì
 - + Dị vật pin trong thực quản cần được lấy ra ngay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Trụy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa (1 tháng), tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim, vợt, gắp dị vật qua nội soi..., 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi tiêu hóa can thiệp dị vật, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mô cấp cứu, X quang dị vật và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

Gây mê nội khí quản (để phòng dị vật rơi vào đường thở khi can thiệp)

- Nguyên tắc: xác định dị vật về vị trí, hình dạng, kích thước, hướng đi, vị trí, mối tương quan với các tổ chức xung quanh, thời gian tồn tại, bản chất của dị vật... và quan sát rõ dị vật khi di chuyển.
- Dùng cụ can thiệp được mở khi đối diện với dị vật và điều chỉnh đầu đèn nội soi để dụng cụ can thiệp bắt được dị vật và kéo ra dị vật ngoài cơ thể.
- Dị vật cản quang dẹt hoặc có ngạnh: nên dùng kìm cá sấu.
- Dị vật mềm, tròn: nên dùng giỏ hoặc vợt.
- Dị vật hữu cơ như quả nhãn thực quản, đồng xu thực quản: gấp ra ngoài hoặc đẩy xuống dạ dày.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực...
- Trong trường hợp tổn thương loét nhiều cần điều trị kháng sinh và thuốc giảm bài tiết axít.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: cầm máu qua nội soi tối đa, xét nghiệm, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng..
- Thủng: kẹp clip và hoặc mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Khi lấy dị vật nguy cơ cao cần mời bác sĩ ngoại cùng có mặt để đánh giá.
- Phải phân tích kỹ dị vật trước khi can thiệp.
- Luôn luôn quan sát rõ dị vật khi di chuyển.

NỘI SOI THỰC QUẢN, DẠ DÀY, TÁ TRÀNG CÓ THỂ KẾT HỢP VỚI SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Cuối năm 1960, ống nội soi ra đời đánh dấu một bước ngoặt lớn trong lịch sử phát triển về chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ống tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu tiêu hóa, đau bụng trên tái diễn
- Nuốt khó, nuốt nghẹn, nôn chưa rõ nguyên nhân
- Sụt cân, thiếu máu hoặc mất máu chưa rõ nguyên nhân
- Ỉa chảy mạn tính
- Xquang có tổn thương niêm mạc điển hình (như loét hành tá tràng)
- Phát hiện thấy u ống tiêu hóa trên khi chụp Xquang hoặc CT
- Bệnh lý polyp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Trụy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa (1 tháng), tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng
- Thận trọng khi trẻ khóc quá mức

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 02 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên, các dụng cụ can thiệp như kìm sinh thiết, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa trên có sinh thiết, 01 bệnh án kèm theo kết quả khám tại mũi họng và các xét nghiệm khác (như xét nghiệm đông máu... nếu người bệnh có tiền sử bệnh đông chảy máu), giấy cam đoan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 35-40 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ: 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật: 10-20 phút

Gây mê toàn thân. Nội soi tiêu hóa trên có 4 mốc quan trọng quan sát: tâm vị, góc bờ cong, môn vị và gúi trên tá tràng.

Kỹ thuật nội soi tiêu hóa trên:

- Cầm máy nội soi cách khoảng 20-30cm so với đầu máy nội soi cong xuống, đẩy đèn máy nội soi từ từ đi xuống vùng cơ thắt hầu họng.
- Bơm khí và đẩy nhẹ đèn nội soi đi qua thực quản sau trên đến cơ thắt thực quản dưới và đường Z.
- Quay nhẹ máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ và bơm hơi, đẩy đèn nội soi qua cơ thắt thực quản dưới và vào dạ dày, đến khi quan sát rõ các nếp niêm mạc thân vị.
- Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ (đi theo bờ cong nhỏ) và dùng điều khiển Up đồng thời đẩy đèn nội soi tiến lên sẽ thấy hang vị và môn vị.
- Đẩy đèn nội soi qua môn vị vào hành tá tràng.
- Kéo nhẹ máy nội soi ra và bơm hơi nhẹ kiểm tra toàn bộ hành tá tràng (mặt trước nằm ở bên trái, mặt sau nằm ở bên phải).
- Chỉnh đèn nội soi áp sát đỉnh của hành tá tràng, quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ 180° và dùng điều khiển Up 150° kết hợp đẩy nhẹ ống nội soi, sẽ quan sát thấy niêm mạc tá tràng D2. Quay máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ sẽ thấy bóng Vater.
- Rút đèn nội soi lên dạ dày khoảng 5cm cách lỗ môn vị, bơm căng hơi, quay máy nội soi ngược chiều kim đồng hồ 180° và dùng điều khiển Up sẽ thấy tâm vị.
- Giữ góc quay 180° xung quanh trục máy nội soi sẽ quan sát được cả bờ cong lớn, bờ cong nhỏ, tâm vị và phình vị.

Kỹ thuật sinh thiết: thực hiện trong quá trình rút máy nội soi

- Xác định đúng vị trí cần sinh thiết.
- Điều chỉnh kim sinh thiết phải vuông góc với niêm mạc.
- Kim sinh thiết chui ra ngoài máy nội soi không quá 3cm.
- Mở kim ra trước sau đó đẩy kim tỳ vào niêm mạc, rồi đóng kim từ từ.
- Vị trí sinh thiết thường qui ở hang vị: cách môn vị 2-5cm.
- Vị trí sinh thiết thường qui ở thân vị: cách tâm vị 10cm (đối với người lớn).
- Vị trí: tá tràng, hang vị, thân vị, thực quản và tại vị trí tổn thương.

VI. THEO DÕI

Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: cầm máu qua nội soi, nếu nặng cần mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu.
- Thủng: áp dụng kỹ thuật kẹp clip bịt lỗ thủng dạ dày, nếu không có hiệu quả, cần mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú:

- Luôn luôn kiểm soát được kim sinh thiết.
- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi đại tràng sigma là một phương pháp chẩn đoán bằng cách đưa đèn của máy nội soi mềm đi từ hậu môn lên đến hết đại tràng sigma để quan sát niêm mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chẩn đoán

- Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu)
- Viêm đại tràng do dị ứng, Crohn, viêm đại trực tràng chảy máu
- Đánh giá hiệu quả điều trị viêm đại tràng
- Theo dõi ung thư, loại thải ghép
- Siêu âm nội soi đại trực tràng, đo vận động đại trực tràng

2.2. Can thiệp

- Cắt polyp
- Cầm máu
- Gắp dị vật
- Nong đại tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 02 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, long cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm sạch đại tràng theo phác đồ.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi đại tràng sigma, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mô (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tai mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán) và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 40-50 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 15-25 phút

Gây mê toàn thân.

Kỹ thuật nội soi đại tràng sigma:

- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.
- Bôi trơn (gel KY) vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quét ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.
- Đẩy máy nội soi đến khi nhìn thấy hình vòng cung bên trái (góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma), chỉnh đèn nội soi áp sát góc này.
- Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp với điều khiển Up và đẩy nhẹ, sẽ quan sát thấy lòng đại tràng sigma.
- Tiếp tục đẩy máy nội soi men theo b trái đại tràng sigma sẽ quan sát thấy vòng cung bên trái (góc lách), kết thúc nội soi.
- Nếu đại tràng bản: ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được.
- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

SOI ĐẠI TRÀNG LẤY DỊ VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Đây là một phương pháp chẩn đoán bằng cách đưa đèn của máy nội soi mềm đi từ hậu môn lên đến manh tràng để phát hiện và lấy dị vật ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

Dị vật đại tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ gấp dị vật, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm sạch đại tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi đại tràng lấy dị vật, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mỏ, Xquang dị vật, CT và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 30-60 phút

Gây mê toàn thân.

Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.

Nội soi đại tràng tìm dị vật, chú ý không nên thực hiện động tác ép bụng đặc biệt khi nghi ngờ có dị vật sắc nhọn.

Nguyên tắc: xác định dị vật về vị trí, hình dạng, kích thước, hướng đi, vị trí, mối tương quan với các tổ chức xung quanh, thời gian tồn tại, bản chất của dị vật... và quan sát rõ dị vật khi di chuyển.

Kỹ thuật lấy dị vật:

- Dùng cụ can thiệp được mở khi đối diện với dị vật và điều chỉnh đầu đèn nội soi để dụng cụ can thiệp bắt được dị vật và kéo ra dị vật ngoài cơ thể.
- Dị vật cản quang dẹt hoặc có ngạnh: nên dùng kìm cá sấu.
- Dị vật mềm, tròn: nên dùng giỏ hoặc vợt.
- Đại tràng bản: bơm rửa sạch, quan sát rõ dị vật trước khi can thiệp.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực...
- Trong trường hợp tổn thương loét nhiều cần điều trị kháng sinh và thuốc giảm bài tiết axít.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: cầm máu qua nội soi tối đa, xét nghiệm, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: kẹp clip và hoặc mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Khi lấy dị vật nguy cơ cao cần mời bác sĩ ngoại cùng có mặt để đánh giá.
- Phải phân tích kỹ dị vật trước khi can thiệp.
- Luôn luôn quan sát rõ dị vật khi di chuyển.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG TIÊM CẦM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm cầm chảy máu trong nội đại tràng là một phương pháp phổ biến.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cắt polyp
- Cầm máu ổ loét, chân polyp chảy máu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện Quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim cầm máu, đầu đốt nhiệt, long cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm sạch đại tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa đại tràng cầm máu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tại mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán) và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ: 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật: 30-60 phút

3.1. Tiến hành gây mê toàn thân.

3.2. Tiến hành nội soi đại tràng tìm vị trí, nguyên nhân gây chảy máu.

3.3. Kỹ thuật nội soi đại tràng:

- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.
- Bôi trơn (gel KY) vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quạt ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.
- Đẩy máy nội soi đến khi nhìn thấy hình vòng cung bên trái (góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma), chỉnh đèn nội soi áp sát góc này.
- Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp với điều khiển Up và đẩy nhẹ, sẽ quan sát thấy lòng đại tràng sigma.
- Tiếp tục đẩy máy nội soi men theo bờ trái đại tràng sigma sẽ quan sát thấy vòng cung bên trái (góc lách), thường máy nội soi đã luồn vào đại tràng khoảng 70cm và tạo xoắn alpha.
- Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ 180° và rút máy nội soi ra khoảng 20-30cm, nhưng vị trí đèn nội soi trong đại tràng vẫn không thay đổi. Lúc này, máy nội soi đã được làm thẳng.
- Tiếp tục đẩy máy nội soi trong lòng đại tràng ngang sẽ quan sát thấy hình vòng cung hoặc hình núp ở bên phải (góc gan).
- Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ kèm theo hút hơi và dùng điều khiển Down kết hợp R đồng thời rút ống nội soi 1-2cm sẽ quan sát thấy manh tràng.
- Thận trọng: người bệnh đã phẫu thuật tiểu khung hoặc đại tràng, viêm túi thừa, đại tràng quá dài, người bệnh béo hoặc quá gầy bé.
- Nếu đại tràng bản: ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.
- Trường hợp khó: có thể thay đổi tư thế người bệnh hoặc ép bụng hoặc tháo cuộn theo chiều ngược lại.

Kỹ thuật tiêm:

- Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu. Phương pháp này áp dụng cho tổn thương chảy máu nhẹ hoặc hỗ trợ trước khi bắn clip hoặc đốt.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được hoặc có sức cản.
- Tai biến chảy máu, thủng ruột có thể xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG CÓ THỂ SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Đây là một phương pháp chẩn đoán bằng cách đưa đèn của ống nội soi mềm từ hậu môn lên đến manh tràng để quan sát và sinh thiết niêm mạc đại, trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu)
- Ía chảy kéo dài không rõ nguyên nhân
- Viêm đại tràng do dị ứng, Crohn, viêm đại trực tràng chảy máu
- Đánh giá hiệu quả của điều trị viêm đại tràng
- Đau bụng mạn tính
- Theo dõi ung thư, loại thải ghép
- Polyp nghi ác tính hoặc polypose

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện Quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 02 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai khác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm sạch đại tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa, giấy cam đoan, kết quả khám tai mũi họng bình

thường và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 45-65 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ: 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật: 20-40 phút

- Gây mê toàn thân.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.
- Bôi trơn (gel KY) vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quạt ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.
- Đẩy máy nội soi đến khi nhìn thấy hình vòng cung bên trái (góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma), chỉnh đèn nội soi áp sát góc này.
- Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp với điều khiển Up và đẩy nhẹ, sẽ quan sát thấy lòng đại tràng sigma.
- Tiếp tục đẩy máy nội soi men theo bờ trái đại tràng sigma sẽ quan sát thấy vòng cung bên trái (góc lách), thường máy nội soi đã luồn vào đại tràng khoảng 70cm và tạo xoắn alpha.
- Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ 180° và rút máy nội soi ra khoảng 20-30cm, nhưng vị trí đèn nội soi trong đại tràng vẫn không thay đổi. Lúc này, máy nội soi đã được làm thẳng.
- Tiếp tục đẩy máy nội soi trong lòng đại tràng ngang sẽ quan sát thấy hình vòng cung hoặc hình núp ở bên phải (góc gan).
- Quay máy nội soi sang phải kèm theo hút hơi và dùng điều khiển Down kết hợp R đồng thời rút máy nội soi 1-2cm sẽ quan sát thấy manh tràng.
- Thận trọng: người bệnh đã phẫu thuật tiểu khung hoặc đại tràng, viêm túi thừa, đại tràng quá dài, người bệnh béo hoặc quá gầy bé.
- Nếu đại tràng bần: ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.
- Trường hợp khó: có thể thay đổi tư thế người bệnh hoặc ép bụng hoặc tháo cuộn theo chiều ngược lại.
- Kỹ thuật sinh thiết: đẩy kim sinh thiết đưa ra ngoài ống nội soi không quá 3cm, sinh thiết ngay niêm mạc đại, trực tràng khi thấy tổn thương nhỏ vì sau đó có thể không quan sát thấy. Số mảnh sinh thiết tùy theo bệnh lý.

VI. THEO DÕI

Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.

- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được hoặc có sức cản.
- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI ĐẠI, TRỰC TRÀNG CÓ THỂ SINH THIẾT

ĐẠI CƯƠNG

Đây là một phương pháp chẩn đoán bằng cách đưa đèn của ống nội soi mềm từ hậu môn lên đến manh tràng để quan sát và sinh thiết niêm mạc đại, trực tràng.

CHỈ ĐỊNH

Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu)

Ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân

Viêm đại tràng do dị ứng, Crohn, viêm đại trực tràng chảy máu

Đánh giá hiệu quả của điều trị viêm đại tràng

Đau bụng mạn tính

Theo dõi ung thư, loại thải ghép

Polyp nghi ác tính hoặc polypose

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc

Viêm đại tràng cấp tính

Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định

Chống chỉ định tương đối

Giảm tiêu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu

Nhiễm trùng máu

Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa

Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột

Phình động mạch chủ bụng

CHUẨN BỊ

Người thực hiện Quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 02 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, làm sạch đại tràng.

Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi tiêu hóa, giấy cam đoan, kết quả khám tai mũi họng bình thường và các xét nghiệm khác (nếu có).

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(thời gian khoảng 45-65 phút/1 người bệnh)

Kiểm tra hồ sơ:

10 phút

Kiểm tra người bệnh:

15 phút

Thực hiện kỹ thuật:

20-40 phút

Gây mê toàn thân.

Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.

Bôi trơn (gel KY) vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quạt ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.

Đẩy máy nội soi đến khi nhìn thấy hình vòng cung bên trái (góc nối giữa trực tràng và đại tràng sigma), chỉnh đèn nội soi áp sát góc này.

Quay máy nội soi 90° ngược chiều kim đồng hồ kết hợp với điều khiển Up và đẩy nhẹ, sẽ quan sát thấy lòng đại tràng sigma.

Tiếp tục đẩy máy nội soi men theo bờ trái đại tràng sigma sẽ quan sát thấy vòng cung bên trái (góc lách), thường máy nội soi đã luồn vào đại tràng khoảng 70cm và tạo xoắn alpha.

Quay máy nội soi theo chiều kim đồng hồ 180° và rút máy nội soi ra khoảng 20-30cm, nhưng vị trí đèn nội soi trong đại tràng vẫn không thay đổi. Lúc này, máy nội soi đã được làm thẳng.

Tiếp tục đẩy máy nội soi trong lòng đại tràng ngang sẽ quan sát thấy hình vòng cung hoặc hình núp ở bên phải (góc gan).

Quay máy nội soi sang phải kèm theo hút hơi và dùng điều khiển Down kết hợp R đồng thời rút máy nội soi 1-2cm sẽ quan sát thấy manh tràng.

Thận trọng: người bệnh đã phẫu thuật tiểu khung hoặc đại tràng, viêm túi thừa, đại tràng quá dài, người bệnh béo hoặc quá gầy bé.

Nếu đại tràng bản: ngừng nội soi, phải bơm rửa sạch để quan sát.

Trường hợp khó: có thể thay đổi tư thế người bệnh hoặc ép bụng hoặc tháo cuộn theo chiều ngược lại.

Kỹ thuật sinh thiết: đẩy kim sinh thiết đưa ra ngoài ống nội soi không quá 3cm, sinh thiết ngay niêm mạc đại, trực tràng khi thấy tổn thương nhỏ vì sau đó có thể không quan sát thấy. Số mảnh sinh thiết tùy theo bệnh lý.

THEO DÕI

Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, ...

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.

Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được hoặc có sức cản.

Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI CẮT POLYP ỚNG TIÊU HÓA (THỰC QUẢN, DẠ DÀY, TÁ TRÀNG, ĐẠI TRỰC TRÀNG)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi cắt polyp ống tiêu hóa là kỹ thuật cắt rời polyp ra khỏi niêm mạc ống tiêu hóa đồng thời lấy ra ngoài làm xét nghiệm tế bào học.

II. CHỈ ĐỊNH

Polyp tiêu hóa trên và dưới

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định
- Chấn thương đốt sống cổ

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Dẫn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa kèm theo các dụng cụ can thiệp như lọng cắt polyp, máy cắt đốt, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, làm sạch đại tràng.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi cắt polyp ống tiêu hóa trên và dưới, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 50-90 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 20-60 phút

Gây mê nội khí quản (tránh hội chứng hít khi lấy polyp ra ngoài từ ống tiêu hóa trên).

Nội soi dạ dày và đại tràng xác định số lượng, vị trí và hình thái polyp. Đánh giá khả năng can thiệp đối với các polyp.

Nguyên tắc: Cắt ngay tất cả các polyp khi nhìn thấy (đối với polyp thiếu niên), vì sau đó có thể không tìm thấy nữa. Bệnh lý polypose: cắt nhiều đợt, khoảng 20 polyp/1 đợt, nếu polyp dày đặc cần mời hội chẩn ngoại.

Kỹ thuật cắt polyp:

- Đưa lồng đến vị trí có polyp, mở lồng ôm lấy đầu polyp sau đó tụt xuống ôm lấy chân polyp. Đẩy vỏ nhựa của lồng sát với cuống polyp, thắt từ từ lồng cho đến khi có cảm giác chặt tay. Kéo nhẹ đầu polyp lên, kiểm tra kỹ không để niêm mạc trực tràng chui vào lồng và không chạm thành trực tràng
- Cắt đốt 2-3 giây, xen kẽ pha cầm máu và pha cắt, lồng sẽ từ từ được thắt chặt dần đến khi polyp bị cắt rời hoàn toàn. Lấy polyp ra ngoài làm giải phẫu bệnh.
- Polyp không cuống: Tiêm nước muối sinh lý ở phần ranh giới giữa polyp và niêm mạc lành để tách niêm mạc và polyp để tạo cuống. Trường hợp khó, không an toàn: phải cắt polyp thành nhiều mảnh nhỏ.
- Polyp cuống to: thời gian cầm máu (đốt) kéo dài hơn để tránh chảy máu.
- Ống tiêu hóa bản: bơm rửa sạch, quan sát rõ chân polyp trước khi cắt.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng,...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI HẬU MÔN CÓ SINH THIẾT, TIÊM XƠ

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.

CHỈ ĐỊNH

Trĩ nội độ 1, độ 2, và độ 3 nhỏ.

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.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng phụ.

Phương tiện

Ống soi hậu môn, nguồn sáng tốt, bơm tiêm, thuốc sát trùng.

Thuốc gây xơ: Polidocanol.

Người bệnh

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

Hồ sơ bệnh án

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

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Tên, tuổi người bệnh, các xét nghiệm.

Kiểm tra người bệnh

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

Thực hiện kỹ thuật

Lau sạch ống hậu môn, bôi thuốc khử khuẩn dịu như Betadine, banh hậu môn để gốc búi trĩ. Tiêm thuốc gây xơ vào gốc búi trĩ vùng dưới niêm mạc, mỗi búi từ 1, 2, 3 ml tùy kích thước búi trĩ. Rút kim ra, nếu chảy máu ở lỗ đâm kim, ấn chặt một miếng bông.

Tiêm trên đường lược ít nhất 5 mm, người bệnh không đau. Tiếp tục điều trị búi trĩ khác. Không tiêm quá 3 búi trĩ trong một lần điều trị. Tránh tiêm ở vị trí 12 giờ. Các lần tiêm cách nhau 1- 2 tuần lễ.

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.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Sốc phản vệ: Mạch nhanh, huyết áp tụt. Xử trí theo phác đồ sốc phản vệ.

Choáng: cho người bệnh nằm nghỉ, theo dõi mạch, huyết áp.

Tiêm không đúng khoang dưới niêm mạc: sâu quá lớp cơ, người bệnh đau, rút bót 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 đại: cho người bệnh vào viện.

SOI TRỰC TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi trực tràng là phương pháp đưa máy nội soi đi từ hậu môn vào trực tràng để quan sát tổn thương hoặc can thiệp bệnh lý trực tràng qua nội soi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu tươi, phân có máu)
- Siêu âm nội soi đại trực tràng, đo vận động đại trực tràng
- Cắt polyp
- Cầm máu
- Gấp dị vật
- Nong hẹp trực tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc
- Viêm đại tràng cấp tính
- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lý khác gây chảy máu
- Nhiễm trùng máu
- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa
- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột
- Phình động mạch chủ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 02 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa dưới kèm theo các dụng cụ can thiệp như kim sinh thiết, lồng cắt polyp, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, thụt Microlisme 3-9g tùy theo tuổi trước nội soi.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định nội soi trực tràng, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mỏ (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tai mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán) và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 25-35 phút/1 người bệnh)

1. Kiểm tra hồ sơ 10 phút

2. Kiểm tra người bệnh 10 phút

3. Thực hiện kỹ thuật 5-15 phút

- Gây mê toàn thân.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.
- Bôi trơn (gel KY) vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quạt ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.
- Nếu lòng trực tràng bắn không quan sát được, cần bơm rửa sạch.

VI. THEO DÕI

Tình trạng hô hấp, tim mạch, tri giác, đau bụng và ỉa máu, chướng hơi.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được.
- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

NỘI SOI BĂNG TẦN HẸP (NBI)

1. PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI DẢI TẦN ÁNH SÁNG HẸP (NBI) TRONG NỘI SOI TIÊU HÓA

Nội soi tiêu hóa là một phương pháp quan trọng không thể thiếu trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý đường tiêu hóa.

Từ lâu, nội soi đã được sử dụng rất rộng rãi, nhưng người ta nhận thấy nội soi thông thường tồn tại những hạn chế trong việc phát hiện và phân biệt các tổn thương nhỏ và phức tạp.

Chính vì vậy, công nghệ nội soi đã có rất nhiều tiến bộ để cải thiện điều này, bao gồm bổ sung các kỹ thuật khác nhau để cải thiện độ tương phản như sử dụng thuốc nhuộm, kỹ thuật quang học hoặc điện tử.

Nổi bật trong số đó là phương pháp nội soi với dải tần số hẹp (NBI) kết hợp với nội soi phóng đại (NBI-ME), có thể đánh giá chính xác các tổn thương trong đường tiêu hóa, cũng như phát hiện sớm khối u bằng cách làm nổi bật sự tăng sinh mạch máu.

2. PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI DẢI TẦN ÁNH SÁNG HẸP (NBI) LÀ GÌ?

Phương pháp nội soi dải tần ánh sáng hẹp (Narrow Banding Imaging – NBI), là kỹ thuật sử dụng bộ lọc R/G/B filter ứng dụng loại ánh sáng đơn sắc. 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 ($540 \pm 30\text{nm}$).

Phương pháp này cung cấp hình ảnh có thể phân biệt rõ hơn 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 đường tiêu hóa, giúp đưa ra hình ảnh chẩn đoán chính xác hơn về các bệnh lý ở thực quản, dạ dày, tá tràng, đại tràng và trực tràng.

3. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI DẢI TẦN ÁNH SÁNG HẸP NBI

a. Các trường hợp chỉ định nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI

Phương pháp nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI được chỉ định cho các đối tượng sau:

- Người bệnh nghi ngờ có bệnh lý dạ dày (đau thượng vị, ợ hơi, ợ chua, nôn, xuất huyết tiêu hóa...) mà không có chống chỉ định.
- Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân.
- Nội soi tầm soát: Barrett thực quản, ung thư thực quản, dạ dày, đại trực tràng, hội chứng đa polyp...

b. Các trường hợp chống chỉ định nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI

Phương pháp nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI chống chỉ định với các đối tượng sau:

- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp;
- Người bệnh suy tim nặng;
- Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác;
- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp;
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ;
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được;

- Nghi ngờ thủng tạng rỗng;

Chống chỉ định tương đối với trường hợp tụt huyết áp HA tâm thu < 90mmHg.

4. ƯU ĐIỂM VÀ NHƯỢC ĐIỂM CỦA PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI DẢI TẦN ÁNH SÁNG HỢP NBI

Hệ thống máy nội soi NBI là sự kết hợp của 2 chế độ soi là:

- Chế độ NBI (dải tần ánh sáng hẹp).
- Chế độ nội soi tiêu chuẩn với độ phân giải cao sử dụng ánh sáng tự nhiên.

Việc chuyển đổi giữa 2 hệ thống được thực hiện một cách dễ dàng trong quá trình nội soi cũng như kết hợp với khả năng phóng đại, giúp việc quan sát bề mặt niêm mạc và mạch máu rõ nét mà không cần dùng đến thuốc nhuộm, dễ thực hiện và thân thiện với bệnh nhân.

Nội soi kết hợp NBI góp phần tăng tỷ lệ chẩn đoán chính xác các bệnh lý đường tiêu hóa, đặc biệt là ung thư giai đoạn sớm, rất sớm và các tổn thương tiền ung thư.

Nội soi kết hợp NBI được áp dụng cho cả nội soi đường tiêu hóa trên và nội soi đường tiêu hóa dưới với tỉ lệ biến chứng gần như bằng 0.

5. QUY TRÌNH NỘI SOI VỚI PHƯƠNG PHÁP DẢI TẦN ÁNH SÁNG HỢP NBI

Quy trình nội soi với NBI được thực hiện như sau:

Bước 1: Kiểm tra hồ sơ bệnh án;

Bước 2: Kiểm tra người bệnh và giải thích về kỹ thuật, ưu điểm và các biến chứng có thể xảy ra;

Bước 3: Thực hiện quá trình nội soi:

- Chuẩn bị tư thế, mắc monitor để theo dõi bệnh nhân, gây tê hoặc gây mê để giảm cảm giác khó chịu.
- Nội soi bằng ống mềm quan sát niêm mạc thực quản, dạ dày, tá tràng, đại trực tràng, bật chế độ NBI khi thấy các tổn thương nghi ngờ.
- Ghi nhận các bất thường về cấu trúc mạch máu hoặc bề mặt tổn thương nếu có.
- Bác sĩ ra y lệnh chụp hình ảnh minh họa, sinh thiết hoặc thực hiện Clotest tìm vi khuẩn HP.
- Theo dõi, đảm bảo an toàn cho người bệnh trong quá trình thực hiện,
- Kết thúc thủ thuật, đánh và in kết quả.

Nhìn chung, phương pháp nội soi dải tần ánh sáng hẹp NBI có vai trò đáng kể trong việc sàng lọc, tầm soát, chẩn đoán và theo dõi các bệnh lý đường tiêu hóa.

Phòng khám Bệnh viện Đại học Y Dược 1 được trang bị hệ thống máy nội soi hiện đại, tích hợp tính năng nội soi NBI và nội soi phóng đại, là một công cụ ngày càng hữu ích giúp bác sĩ chẩn đoán và điều trị sớm ung thư thực quản, dạ dày, tá tràng, đại trực tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3805/QĐ-BYT ban hành ngày 25/09/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa;

Quyết định số 4825/QĐ-BYT ban hành ngày 07/09/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật nhi khoa;

Quyết định số 5344/QĐ-BYT ngày 28/11/2017 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu 200 Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa

Thomson M (2008), “Ileocolonoscopy And Enteroscopy”, *Pediatric gastrointestinal desase*, 2(1), 1291-1308.

Gershman G (2012), “Pediatric colonoscopy”, *Practical pediatric gastrointestinal endoscopy*, 2(1), 104-131.