SỞ Y TẾ THANH HÓA

BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN HOẰNG HÓA

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
NỘI SOI TIÊU HÓA

Hoằng Hóa, tháng 08 năm 2024

DANH MỤC KỸ THUẬT NỘI SOI TIÊU HÓA

Trang

1. Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng cấp cứu 3
2. Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng có dùng thuốc tiền mê 6
3. Nội soi trực tràng ống mềm 10
4. Nội soi trực tràng ống mềm cấp cứu 12
5. Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm không sinh thiết 14
6. Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có dùng thuốc tiền mê 19
7. Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có dùng thuốc gây mê 25
8. Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có sinh thiết 31
9. Nội soi can thiệp - tiêm xơ búi giãn tĩnh mạch thực quản 36
10. Nội soi can thiệp - thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su 40
11. Nội soi can thiệp - Nong thực quản bằng bóng 43
12. Nội soi can thiệp - cắt gắp bã thức ăn dạ dày 46
13. Nội soi can thiệp - sinh thiết niêm mạc ống tiêu hóa 48
14. Nội soi can thiệp - tiêm cầm máu 50
15. Nội soi can thiệp - làm Clo test chẩn đoán nhiễm H.Pylori 53
16. Nội soi can thiệp –kẹp Clip cầm máu. 55
17. Nội soi can thiệp – Nhuộm màu chẩn đoán ung thư sớm. 58
18. Nội soi can thiệp –gắp giun 62
19. Nội soi đại trực tràng toàn bộ can thiệp cấp cứu 65
20. Nội soi can thiệp - cắt polyp ống tiêu hóa <1cm 69
21. Nội soi can thiệp - cắt polyp ống tiêu hóa > 1cm hoặc nhiều polyp 73
22. Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng dải tần hẹp (NBI) 77
23. Nội soi đại trực tràng toàn bộ dải tần hẹp (NBI) 81
24. Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng không sinh thiết 85
25. Nội soi đại tràng sigma không sinh thiết 89
26. Nội soi đại tràng sigma ổ có sinh thiết 92
27. Nội soi trực tràng ống mềm không sinh thiết 94
28. Nội soi trực tràng ống mềm có sinh thiết 96
29. Thụt thuốc qua đường hậu môn 99
30. Thụt tháo chuẩn bị sạch đại tràng 102
31. Thụt tháo phân 106

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

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

 Nôn ra máu, đi ngoài phân đen

 Hóc dị vật

 Giun chui ống mật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

 Chưa có sẵn đường truyền máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

 Nguồn sáng

 Máy hút

 Kim tiêm cầm máu qua nội soi, kẹp Clip cầm máu.

 Snare điện, nguồn đốt.

 Kìm gắp dị vật hoặc rọ.

 Súng thắt vòng cao su đối với thắt giãn tĩnh mạch thực quản.

 Ống ngậm miệng.

 Nước cất để bơm rửa khi cần thiết trong quá trình nội soi.

 Chất bôi trơn đầu máy soi: K - Y.

 Thuốc gây tê vùng họng: Xylocain 2% hoặc Lidocain 10%.

 Thuốc Adrenalin 1/1000, Natriclorua 0,9% hoặc 5 %.

 Găng, gạc, bơm tiêm 20 ml.

 Hệ thống Oxy, máy Monitor theo dõi.

3. Người bệnh

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

 Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.

 Người nhà người bệnh viết cam đoan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

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

2. Kiểm tra người bệnh

Đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ.

3. Thực hiện kỹ thuật

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

3.2. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.

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

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

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

 Tiêm cầm máu tại ổ loét dạ dày - tá tràng, vết rách tâm vị.

 Kẹp Clip cầm máu đối với loét dạ dày, tá tràng, chảy máu điểm mạch.

 Thắt giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su, tiêm xơ tĩnh mạch phình vị.

 Cắt polyp khi polyp đang chảy máu và các xét nghiệm đông cầm máu trong giới hạn bình thường.

 Gắp giun đang chui lên đường mật tại papilla.

 Gắp dị vật như xương (hóc xương), đồng xu…

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

VI. THEO DÕI

 Tình trạng chung của người bệnh, mạch, huyết áp.

 Tình trạng chảy máu, thủng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

 Các tai biến và xử trí giống như các tai biến của nội soi dạ dày thông thường.

 Ngoài ra có các tai biến của cầm máu qua nội soi như chảy máu do cắt polyp;

2.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
- Ứ đọng đờm, suy hô hấp
- Nhiễm độc rượu cấp
- Glaucom góc đóng
- Các trường hợp chống chỉ định của nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng.

2. Chống chỉ định tương đối

 Bệnh phổi mạn tính

 Chấn thương sọ não, tăng áp lực nội sọ

 Nhịp tim chậm

 Trầm cảm

 Có thai

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

 Nguồn sáng

 Máy hút

 Máy monitor theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO2

 Hệ thống thở oxy kính, mặt nạ oxy, bóng Ambu

 Dịch truyền Natriclorua 0,9%, Glucose 5%

 Thuốc: + Midazolam, ống 5mg/ 1ml

+ Fentanyl, ống 100 mcg/2ml

+ Naloxon, Atropin ống 0,25mg

3. Người bệnh

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

 Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Thực hiện kỹ thuật.

3.1. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.

3.2. Người bệnh được đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên bằng Natriclorua 0,9% hoặc Glucose 5%, thở oxy kính 3l/ phút, mắc monitor theo dõi.

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

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

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

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

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

3.5. Khi người bệnh đã nhắm mắt, 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 ba chiều để tẩy uế.

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

 Sát khuẩn:

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

 Nhịp tim chậm

 Suy hô hấp

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

 Các tai biến do dùng thuốc tiền mê:

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

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

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

3.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 gắp

 Kìm sinh thiết, bông băng.

2. Người bệnh

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

 Thụt tháo hai lần (tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ) hoặc bơm Microlax hai 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 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

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

 Nếu co thắt nhiều phải bơm hơi tìm đường mới vào.

 Nếu có thủng: gửi chuyên khoa Ngoại.

4.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 gắp

 Kìm sinh thiết, bông băng

2. Người bệnh

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

 Thụt tháo hai lần hoặc bơm Microlax hai lần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa hoặc nghiêng trái:

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

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

2. Tiến hành

 Bước đầu tiên: thăm hậu môn trực tràng rồi đưa đền 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.

5.NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi đại tràng là một kỹ thuật đưa một ống soi mềm qua hậu môn đi ngược lên đến manh tràng để quan sát toàn bộ niêm mạc đại tràng. Nếu cần thiết có thể tiến hành

sinh
thiết tổn thương ở đại tràng và một số thủ thuật như cắt polyp, lấy dị vật, tiêm cầm máu.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Nội soi đại tràng chẩn đoán

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

2. Nội soi đại tràng điều trị

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

3. Nội soi đại tràng theo dõi

- Sau cắt polyp

 Có loạn sản nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Thủng đại tràng

 Viêm phúc mạc

 Suy tim

 Người bệnh nhồi máu cơ tim mới

 Mới phẫu thuật ở đại tràng, mổ ở tiểu khung

 Phình lớn động mạch chủ bụng

 Bệnh túi thừa cấp tính

 Người bệnh có tắc mạch phổi

 Tình trạng sốc

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

 01 Bác sĩ đã được đào tạo về nội soi đại tràng và đã được cấp chứng chỉ 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 kìm sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy

 Overtube

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

Indigocarmin,

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

3. Người bệnh

 Chế độ ăn:

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

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

 Làm sạch đại tràng bằng hai cách:

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

Fleet. Dùng 3 gói thuốc pha vào 3 lít nước đun sôi để nguội uống trước khi soi 6 giờ.
Chú ý: Nếu người bệnh có bán tắc hay tắc ruột thì không dùng thuốc nhuận tràng.

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

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

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

 Người bệnh ký vào giấy đồng ý soi.

4. Hồ sơ bệnh án

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nguyên tắc chung

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

Đưa đèn vào nhẹ nhàng và chỉ đưa máy khi đã nhìn rõ đường.
Phải rút bớt máy và làm 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 soi khi đã bôi trơn bằng lidocaine hoặc silicone, KY.

 Đưa máy qua trực tràng: ít gặp khó khăn.

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

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

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

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

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

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

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Thủng đại tràng

Hay gặp nhất (0,14%-0,2%)
 Vị trí hay thủng: đại tràng Sigma
 Điều trị ngoại khoa là chính.

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

2. Nhiễm khuẩn huyết

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

3. Trướng hơi nhiều

Hút hết hơi.

4. Phản xạ dây X

Atropin.

6.NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘỐNG MỀM CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

1. Chỉ định soi đại tràng chẩn đoán

 Người bệnh có tiền sử gia đình có người mắc ung thư đại tràng.

 Đi ngoài phân đen (soi dạ dày bình thường).

 Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân.

 Hemocult dương tính.

 Ỉa chảy kéo dài chưa rõ nguyên nhân (soi để sinh thiết từng đoạn để chẩn đoán colite collagene).

 Ỉa chảy cấp tính.

 Rối loạn đại tiện.

 Kiểm tra những bất thường không rõ trên phim X quang.

 Đau dọc khung đại tràng chưa rõ nguyên nhân.

 Chảy máu thấp chưa rõ nguyên nhân.

 Soi kiểm tra định kỳ người bệnh có polyp, ung thư đại tràng.

 Bệnh túi thừa.

 Các bệnh viêm đại tràng do mọi nguyên nhân.

2. Chỉ định soi đại tràng điều trị

 Cắt polyp

 Lấy dị vật

 Cầm máu

 Nong chỗ hẹp

 Điều trị xoắn đại tràng (và manh tràng)

3. Chỉ định soi đại tràng theo dõi

 Sau cắt polyp, nếu polyp lành tính, soi kiểm tra sau 3 năm, sau đó cứ 5 năm một lần.

 Người bệnh viêm đại tràng có loạn sản nặng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp

 Tăng huyết áp chưa kiểm soát được

 Nghi ngờ thủng tạng rỗng

 Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ

 Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp

 Người bệnh suy tim nặng

 Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác

 Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm trương < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

2.1. Bộ máy nội soi đại tràng ống mềm

 Máy soi đại tràng có video hoặc không có video dài 130 - 140 cm là hay dùng nhất.

 Máy soi đại tràng dài 165 - 180cm cho phép quan sát tốt manh tràng trong trường hợp đại tràng quá dài.

 Máy soi đại tràng ngắn 70 - 110cm để soi đại tràng.

2.2. Các phụ tùng đi kèm

 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 methylen, indigo carmin, mực tàu v.v.. để đánh dấu chỗ polyp đã cắt.

2.3. Các thuốc dùng trong soi đại tràng

 Thuốc tiền mê: Midazolam 5 mg/ml, Propofol 10 mg/ml

 Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1 mg/2 ml

3. Người bệnh

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

cho
người bệnh uống thuốc nhuận tràng 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: Sp02, nhịp tim, nhịp thở, huyết áp.

 Thở oxy qua ống thông mũi.

 Liều ban đầu: Midazolam 2 mg và Fentanyl 25 µg tiêm tĩnh mạch, có thể tăng

thêm một liều tương tự cứ sau 2 - 3 phút nếu cần. Có thể dùng tới 5 mg Midazolam và
100 µg Fentanyl.

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

 Liều ban đầu với propofol: 20 - 40 mg mỗi 10 giây tùy đáp ứng đến khi bắt đầu mê, người cao tuổi: giảm liều. Tốc độ truyền: 2 ml/10 giây.

 Sau khi tiến hành xong thủ thuật người bệnh được theo dõi trên lifescope 15 - 30 phút tại phòng hồi tỉnh trước khi ra viện.

5.2. Kỹ thuật soi

 Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Sau khi phẫu thuật ở tiểu khung hoặc mổ đại tràng.

 Viêm túi thừa.

 Bất thường về giải phẫu: đại tràng quá dài.

 Ở các người bệnh quá béo, khó ép bụng hoặc ép không có kết quả.

 Những người bệnh gầy, bé.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

 Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu khi lấy bệnh phẩm, thủng đại tràng, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị), ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.6.1. Các biến chứng soi đại tràng

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

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

 Vị trí hay thủng: đại tràng sigma.

 Thủng có thể do: đưa đèn không đúng hướng, đứt dây dính, bơm hơi 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 trướng.

6.1.3. Trướng hơi nặng

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

 Hút hết hơi.

6.1.4. Vasovagal reflex

 Mạch chậm, hạ huyết áp, lạnh chân tay.

 Điều trị: Atropin.

6.1.5. Biến chứng liên quan với tiền mê

6.2. Biến chứng của soi đại tràng điều trị

 Chảy máu sau cắt polyp: 0,7 - 2,24%.

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

7.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 collagene).

 Ỉa chảy cấp tính.

 Rối loạn đại tiện.

 Kiểm tra những bất thường không rõ trên phim X quang.

 Đau dọc khung đại tràng chưa rõ nguyên nhân.

 Chảy máu thấp chưa rõ nguyên nhân.

 Soi kiểm tra định kỳ người bệnh có polyp, ung thư đại tràng.

 Bệnh túi thừa.

 Các bệnh viêm đại tràng do mọi nguyên nhân.

2. Chỉ định soi đại tràng điều trị

 Cắt polyp

 Lấy dị vật

 Cầm máu

 Nong chỗ hẹp

 Điều trị xoắn đại tràng (và manh tràng)

3. Chỉ định soi đại tràng theo dõi

 Sau cắt polyp, nếu polyp lành tính, soi kiểm tra sau 3 năm, sau đó cứ 5 năm một lần.

 Người bệnh viêm đại tràng có loạn sản nặng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp.

 Tăng huyết áp chưa kiểm soát được.

 Nghi ngờ thủng tạng rỗng.

 Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ.

 Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp.

 Người bệnh suy tim nặng.

 Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác.

 Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm trương < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

2.1. Bộ máy nội soi đại tràng ống mềm

 Máy soi đại tràng có video hoặc không có video dài 130 - 140cm là hay dùng nhất.

 Máy soi đại tràng dài 165 - 180cm cho phép quan sát tốt manh tràng trong trường hợp đại tràng quá dài.

 Máy soi đại tràng ngắn 70 - 110cm để soi đại tràng.

2.2. Các phụ tùng đi kèm

 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 ml70

3. Người bệnh

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

3.1. Chế độ ăn

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

 Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày.

3.2. Chuẩn bị đại tràng

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

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

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

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

V. CÁC BƯỚC 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: Sp02, 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 nghiệng trái: dễ đưa đèn qua chỗ nối trực tràng - đại tràng sigma.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Sau khi phẫu thuật ở tiểu khung hoặc mổ đại tràng

 Viêm túi thừa

 Bất thường về giải phẫu: đại tràng quá dài

 Ở các người bệnh quá béo, khó ép bụng hoặc ép không có kết quả

 Những người bệnh gầy, bé.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

1. Các biến chứng soi đại tràng

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

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

 Vị trí hay thủng: đại tràng sigma.

 Thủng có thể do: đưa đèn không đúng hướng, đứt dây dính, bơm hơi 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 trướng.

1.3. Chướng hơi nặng

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

 Hút hết hơi

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

1.5. Biến chứng liên quan với tiền mê
2. Biến chứng của soi đại tràng điều trị
2.1. Chảy máu sau cắt polyp

0,7 - 2,24 %

2.2. Thủng đại tràng

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

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

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

1. Nội soi đại tràng chẩn đoán

 Người bệnh có tiền sử gia đình có người bị mắc ung thư đại tràng.

 Đi ngoài phân đen (soi dạ dày bình thường)

 Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân

 Test tìm hồng cầu trong phân dương tính

 Iả chảy kéo dài chưa rõ nguyên nhân

 Iả chảy cấp tính

 Rối loạn phân

 Rối loạn đại tiện

 Kiểm tra những bất thường trên phim X quang khung đại tràng

 Đau bụng không rõ nguyên nhân

 Xuất huyết tiêu hóa thấp không rõ nguyên nhân

 Soi kiểm tra định kỳ người bệnh có polyp, ung thư đại trực tràng

 Bệnh túi thừa

 Các bệnh viêm đại tràng.

2. Nội soi đại tràng điều trị

 Cắt polyp

 Lấy dị vật

 Cầm máu

 Nong chỗ hẹp

 Điều trị xoắn đại tràng.

3. Nội soi đại tràng theo dõi

 Sau cắt polyp

 Có loạn sản nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Thủng đại tràng

 Viêm phúc mạc

 Suy tim

 Người bệnh nhồi máu cơ tim mới

 Mới phẫu thuật ở đại tràng, mổ ở tiểu khung

 Phình lớn động mạch chủ bụng

 Bệnh túi thừa cấp tính

 Người bệnh có tắc mạch phổi

 Tình trạng sốc

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

 02 điều dưỡng

2. Phương tiện

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

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

 Overtube

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

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

3. Người bệnh

 Chế độ ăn:

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

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

 Làm sạch đại tràng bằng hai cách:

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

Fleed. 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 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.

3.2. Kỹ thuật soi

Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái.

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

 Đưa máy qua trực tràng: ít gặp khó khăn.

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

 Cuộn α: khi 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

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.

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

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

III CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

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

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

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

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

 Các chất gây xơ tĩnh mạch:

 Chất sử dụng rộng rãi: polidocanon 1%.

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

3. Người bệnh

 Người bệnh phải nhịn ăn tối thiểu 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

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

 Có ba phương pháp tiêm:

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

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

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

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

 Kỹ thuật tiêm:

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

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

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

VI. THEO DÕI

 Lưu ý người bệnh can thiệp trong tình trạng cấp cứu có nguy cơ rối loạn chức năng tuần hoàn, hô hấp. Luôn phải theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình làm
thủ thuật.

 Theo dõi các biến chứng khác của nội soi tiêu hoá, đặc biệt là thủng ống tiêu hoá.

 Người bệnh nằm theo dõi 24 giờ sau tiêm xơ và ăn chế độ lỏng và lạnh.

 Theo dõi 24giờ: phân, chất nôn, mạch, huyết áp, triệu chứng đau ngực…

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

 Đau ngực sau xương ức, nuốt khó, nuốt đau: thường hết tự nhiên sau 72 giờ và thực hiện chế độ ăn lỏng và thuốc giảm đau.

 Tràn dịch màng phổi: thường số lượng dịch ít, tự khỏi.

 Loét thực quản: thuốc chống bài tiết axít và sucralfat.

 Hẹp thực quản: hẹp nhiều cần nong thực quản.

 Rối loạn vận động thực quản.

 Chảy máu tại chỗ tiêm: thường chảy ít, khỏi khi 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.

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

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

 Thắt cấp cứu khi đang chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản.

 Người bệnh giãn tĩnh mạch thực quản trong tiền sử có chảy máu.

 Người bệnh có giãn to tĩnh mạch thực quản, có nguy cơ vỡ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Hôn mê gan.

 Có kèm theo giãn tĩnh mạch phình vị dạ dày.

 Suy gan nặng.

 Suy tim phổi cấp.

 Choáng nặng, không có hồi sức hỗ trợ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

 01 bác sĩ có trình độ nội soi thuần thục.

 02 điều dưỡng biết sử dụng các dụng cụ nội soi và nắm được các bước tiến hành thủ thuật.

2. Phương tiện

 Máy nội soi ống mềm cửa sổ thẳng có đường can thiệp tương đối lớn: GIF1-T30 hoặc GIF2- T20.

 Ống hút có thể lắp nhiều vòng cao su.

 Vòng cao su.

3. Người bệnh

 Nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước khi làm thủ thuật.

 Giải thích kỹ cho người bệnh biết mục đích, lợi ích, tai biến của thủ thuật. Cho người bệnh ký giấy cam đoan.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

 Bác sĩ khám tình trạng người bệnh, các bệnh phối hợp.

 Điều dưỡng do 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 axít.

 Hội chứng não cửa chủ.

 Sốt: dùng kháng sinh.

11.NỘI SOI CAN THIỆP - NONG THỰC QUẢN BẰNG BÓNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

1. Hẹp thực quản do các nguyên nhân

 Viêm thực quản trào ngược

 Do bỏng

 Do tia xạ

2. Bệnh tâm vị co thắt (achalasia)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Mới phẫu thuật thực quản.

 Tổn thương sâu tại thực quản dễ dẫn đến thủng thực quản khi nong.

 Mới bị nhồi máu cơ tim.

 Bệnh lý tim phổi nặng.

 Rối loạn đông máu nặng.

 Giảm tiểu cầu nặng.

 Đang dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện, thước và vật tư tiêu hao

2.1. Phương tiện

 Phòng nội soi có hệ thống oxy.

 Hệ thống máy nội soi dạ dày cửa sổ thẳng, canun.

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

 Bóng nong thực quản.

 Bóng nong tâm vị dài 15 - 20 cm đường kính: 3; 3,5; 4 cm và bộ bơm hơi có đo áp lực, dùng cho điều trị bệnh tâm vị co thắt.

 Bóng dài 4 cm đường kính 2 cm và bộ bơm hơi có đo áp lực, dùng nong thực quản cho những trường hợp hẹp thực quản do các nguyên nhân khác.

 Một dây dẫn (guidewire) kim loại dài 2 m.

 Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao.

2.2. Thuốc

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

2.3. Vật tư

 Găng tay 6 đôi

 Áo mổ 02 cái

3. Người bệnh

 Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ.

 Đặt đường truyền tĩnh mạch.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

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

3.Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nong tâm vị bằng bóng hơi

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

 Đưa máy nội soi dạ dày cửa sổ thẳng vào dạ dày, qua kênh sinh thiết đưa dây dẫn vào dạ dày, rút máy nội soi.

 Qua dây dẫn đưa bóng hơi vào vị trí cơ thắt dưới của thực quản, vị trí cơ thắt dưới nằm ở đoạn giữa của bóng.

 Đưa máy nội soi vào đi cùng để quan sát vị trí bóng.

 Tiến hành nong thực quản với áp lực 5 - 12 Psi trong thời gian 60 giây.

 Rút bóng và dây dẫn.

3.2. Nong các vị trí hẹp tại thực quản

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

VI. THEO DÕI

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

 Theo dõi phát hiện thủng thực quản: đau ngực, tràn khí dưới da, chụp phim Xquang lồng ngực nếu nghi ngờ có thủng thực quản.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

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

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp cắt gắp 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 trichobenzoar (từ tóc, lông).

II. CHỈ ĐỊNH

Bã thức ăn ở trong dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

 Các trường hợp nghi ngờ thủng ống tiêu hoá.

IV. CHUẨN BỊ
1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

 Thòng lọng (snaire) kích thước lớn.

 Rọ gắp 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 thòng 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 gắp 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.

13.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

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

2. Phương tiện

 Kim sinh thiết qua nội soi.

 Ống đựng có dung dịch Formol để cố định bệnh phẩm.

3. Người bệnh

 Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ.

 Người bệnh được giải thích thủ thuật nội soi trước.

 Người bệnh phải ký cam kết làm thủ thuật.

4. Hồ sơ giấy tờ

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

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

dị
sản mạch.

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

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

VI. THEO DÕI TAI BIẾN

Sinh thiết có nguy cơ chảy máu.

14.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 90/60 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 thục kỹ thuật nội soi tiêm cầm máu.

2. Phương tiện

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

 Kim tiêm cầm máu qua nội soi: nên sử dụng kim có đầu vát ngắn khoảng 4 - 5mm.

 Thuốc tiêm cầm máu: nước muối sinh lý, Adrenalin 1/10.000 x 2 ống

 Bơm tiêm nhựa 10ml x 1 cái.

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

3. Người bệnh

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

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

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

 Kiểm tra tổn thương sau tiêm cầm chảy máu.

 Nếu đánh giá thấy nguy cơ tái chảy máu cao, nên phối hợp thêm các biện pháp cầm máu khác như kẹp clip, cầm máu bằng nhiệt.

VI. THEO DÕI TAI BIẾN

 Lưu ý người bệnh can thiệp trong tình trạng cấp cứu có nguy cơ rối loạn chức năng tuần hoàn, hô hấp. Luôn phải theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình làm
thủ thuật.

 Tiêm cầm máu bằng Adrenalin đơn thuần có nguy cơ tái chảy máu cao hơn so với phối hợp tiêm cầm máu bằng Adrenalin với kẹp clip hoặc cầm máu bằng nhiệt. Vì
vậy cần theo dõi kỹ người bệnh nhằm phát hiện kịp thời các trường hợp chảy máu lại để
xử trí thích hợp.

 Theo dõi các biến chứng khác của nội soi tiêu hoá, đặc biệt là thủng ống tiêu hoá.

 Các tác dụng phụ do Adrenalin: hầu như hiếm gặp.

15.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 mẩu 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

01 bác sĩ, 02 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

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

 Thuốc thử urease test.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra tên, tuổi người bệnh, chẩn đoán.

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

 Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.

 Tiêm thuốc chống co thắt như Buscopan, Spasfon trước khi soi. Tiêm thuốc an thần khi cần thiết.

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

 Đưa máy vào dạ dày bơm hơi, quan sát.

 Dùng kim sinh thiết lấy 1 miếng bệnh phẩm ở vùng hang vị dạ dày. Cho bệnh phẩm vào 1 ống nghiệm nhỏ.

 Nhỏ 0,5 ml thuốc thử A và nhỏ tiếp 0,1 ml thuốc thử B vào mảnh sinh thiết. Ngâm mảnh sinh thiết trong hỗn hợp dung dịch trên. Chờ 5 - 10 phút thì đọc kết quả.

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

VI. THEO DÕI

 Tình trạng mạch, huyết áp, toàn trạng trong quá trình soi.

 Tình trạng chảy máu tại chỗ lấy sinh thiết.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

 Tai biến của nội soi dạ dày: đưa nhầm vào khí quản, trật khớp hàm, thủng thực quản.

 Tai biến chảy máu tại vị trí sinh thiết: bơm rửa nước lạnh hoặc tiêm cầm máu.

16.NỘI SOI CAN THIỆP - KẸP CLIP CẦM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

 Ổ loét niêm mạc ống tiêu hoá đang chảy máu hoặc có dấu hiệu vừa chảy máu có nguy cơ tái xuất huyết cao (Phân loại Forrest độ IA, IB, IIA, IIB).

 Rách tâm vị chảy máu.

 Sau can thiệp qua nội soi tiêu hoá, tổn thương chảy máu hoặc có nguy cơ cao chảy máu có thể chỉ định tiêm cầm máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

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

 Các trường hợp nghi ngờ thủng ống tiêu hoá.

 Người bệnh không thể hợp tác được (bệnh lý tâm thần kinh), nếu bắt buộc soi phải sử dụng thuốc tiền mê.

 Người bệnh có thai, nếu bắt buộc phải nội soi can thiệp phải giải thích trước cho người nhà và người bệnh các nguy cơ rủi ro cho thai và được sự đồng ý của người
bệnh và gia đình, có ghi vào giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

 Clip cầm máu

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

3. Người bệnh

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

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

 Tiến hành nội soi tiêu hoá thông thường.

 Khi thấy tổn thương đang chảy máu hoặc đã chảy máu nhưng có nguy cơ tái phát chảy máu cao, hoặc các tổn thương sau can thiệp thủ thuật gây chảy máu hoặc có
nguy cơ chảy máu cao thì tiến hành can thiệp kẹp clip cầm máu.

 Trường hợp chảy máu nhiều hạn chế trường nhìn, có thể tiêm cầm máu trước bằng Adrenalin.

 Sau khi nhìn thấy điểm chảy máu, hoặc mạch máu, tiến hành kẹp clip. Có thể sử dụng nhiều clip cho đến khi kiểm soát được chảy máu.

VI. THEO DÕI TAI BIẾN

 Lưu ý người bệnh can thiệp trong tình trạng cấp cứu có nguy cơ rối loạn chức năng tuần hoàn, hô hấp. Luôn phải theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình làm
thủ thuật.

 Theo dõi các biến chứng khác của nội soi tiêu hoá, đặc biệt là thủng ống tiêu hoá.

17.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 vẩy không sừng hóa như thực quản, lugol 1 - 4% bơm nhuộm 20 - 50 ml, tế bào biểu mô bình thường sẽ bị nhuộm màu đen hoặc
nâu đen Chỉ định:

 Ung thư thực quản (không bắt màu)

 Barrett thực quản

 Viêm thực quản trào ngược

 Nhuộm xanh Methylene, các tế bào ruột hoặc các tổn thương dị sản ruột sẽ

được nhuộm bởi xanh Methylene, cơ chế là do chất này hấp thu tích cực vào tế bào, bình thường các tế bào được nhuộm màu xanh. Chỉ định:

 Barrett thực quản (dị sản ruột)

 Dị sản ruột trong dạ dày

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

 Celiac and tropical sprue

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

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

 Barrett thực quản

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp

 Tăng huyết áp chưa kiểm soát được

 Nghi ngờ thủng tạng rỗng

 Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ

 Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp

 Người bệnh suy tim nặng

 Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác

 Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm thu < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

 02 Điều dưỡng được đào tạo về kỹ thuật phụ giúp bác sĩ làm nội soi.

2. Phương tiện

 01 máy nội soi dạ dày hoặc máy nội soi đại tràng.

 Catheter bơm thuốc nhuộm: 1 dây cho mỗi loại chất nhuộm màu

 Thuốc nhuộm màu: Lugol 1 - 4%, xanh Methylene, Indigo carmine

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

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

 01 kìm sinh thiết

 05 ống đựng bệnh phẩm

 05 lam kính

 02 bơm loại 20 ml

 06 đôi găng tay

 02 áo mổ

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

 Kiểm tra không có chống chỉ định

 Nhận giấy chỉ định

 Giải thích cho người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

 Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh nằm lên cáng thủ thuật.

 Mắc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.

 Hướng dẫn người bệnh nằm đúng tư thế.

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

 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, nhộm Lugol cho

các
tổn thương ở thực quản, nhuộm xanh Methylene hoặc Indigo carmine với các tổn thương
ở dạ dày, với các tổn thương ở đại tràng dùng thuốc nhuộm Indigo carmine.

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

 Sau khi kết thúc thủ thuật, đánh và in kết quả.

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

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

 Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.

 Trả kết quả nội soi cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

Nội soi thông thường

Nội soi nhuộm màu

Hình 1. Minh họa so sánh các tổn thương ung thư dạ dày sớm. Hình ảnh trên là nội soi dạ dày thông thường, dưới là nhuộm màu hình ảnh tổn thương ung thư biểu hiện rõ hơn về ranh giới cũng như hình ảnh

18.NỘI SOI CAN THIỆP - GẮP GIUN, DỊ VẬT ỐNG 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 gắp các dị vật, giun trong ống tiêu hóa để điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

 Giun trong ống tiêu hóa.

 Dị vật trong đường tiêu hóa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp.

 Tăng huyết áp chưa kiểm soát được.

 Nghi ngờ thủng tạng rỗng.

 Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ.

 Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp.

 Người bệnh suy tim nặng.

 Người bệnh rối loạn tâm thần không hợp tác.

 Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp huyết áp tâm thu < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

 02 điều dưỡng

2. Phương tiện

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

 01 kìm gắp dị vật

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

 Thuốc mê và tiền mê: 2 ống midazolam 5mg, 2 ống fantanyl 0,1 mg, 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 cáng 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
gắp giun hoặc dị vật. Trong trường hợp dị vật quá lớn có thể dùng snare cắt nhỏ dị vật
để có thể gắp kéo ra khỏi ống tiêu hóa.

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

 Sau khi kết thúc thủ thuật, đánh và in kết quả.

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

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

 Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.

 Trả kết quả nội soi cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

19.NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ CAN THIỆP CẤP CỨU

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

Đi ngoài ra máu đỏ

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Thủng đại tràng

 Viêm phúc mạc

 Suy tim

 Người bệnh nhồi máu cơ tim mới

 Mới phẫu thuật ở đại tràng, mổ ở tiểu khung

 Phình lớn động mạch chủ bụng

 Bệnh túi thừa cấp tính

 Người bệnh có tắc mạch phổi

 Tình trạng sốc

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

 02 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

 01 máy nội soi đại tràng ống mềm có kênh hoạt động lớn hoặc có hai kênh hoạt động.

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

 01 kim tiêm cầm máu qua nội soi: có đầu cắt ngắn khoảng 4mm, để tránh nguy cơ thủng do tiêm quá sâu.

 01 bơm tiêm 10ml.

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

 Kẹp clip

 Heater probe: Các loại đầu dò

 Đầu dò đơn cực: một đầu kim loại gắn với hệ thống bơm rửa nằm ở đầu dưới của một catheter mềm. Loại này phối hợp bơm rửa được nên giảm nguy cơ dính ở tổ
chức. Dòng điện truyền đi giữa điện cực sẽ được khuếch đại ở vùng có tổn thương và
một bảng dây đất sẽ được tiếp xúc với da của người bệnh. Dòng điện sẽ dần qua thành
ống tiêu hóa và gây nên những tổn thương ở sâu.

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

3. Người bệnh

3.1. Hồi sức

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

3.2. Nếu người bệnh có suy hô hấp hoặc rối loạn tri giác

Đòi hỏi phải đặt nội khí quản trong quá trình làm nội soi.

3.3. Làm sạch đại tràng

 Dùng thuốc nhuận tràng: có nhiều loại thuốc nhưng hiện nay dùng Fortrans, Fleed. Dùng 3 gói thuốc pha vào 3 lít nước đun sôi để nguội uống trước khi soi 6 giờ.
Chú ý: Nếu người bệnh có bán tắc hay tắc ruột không dùng thuốc nhuận tràng.

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

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

 Kiểm tra tình trạng huyết động của người bệnh: Mạch < 100 lần/phút, HA > 90/60mmHg.

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

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

2. Kiểm tra người bệnh

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

 Kiểm tra lại huyết động trước khi soi.

3. Thực hiện kỹ thuật

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

 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 kìm sinh thiết và đưa kìm sinh thiết vào vị trí cần kẹp clip và phóng clip vào tổn thương.

 Thực hiện kỹ thuật cầm máu bằng máy APC: xem quy trình soi can thiệp cầm máu ống tiêu hóa bằng máy APC.

VI. THEO DÕI

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

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

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

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Như soi đại tràng toàn bộ.

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

I. ĐỊNH NGHĨA

Cắt polyp qua nội soi là phương pháp điều trị, thường là cắt poyp 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 (Như quy trình nội soi dạ dày).

 Người bệnh có chống chỉ định soi đại tràng (Như quy trình nội soi đại tràng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

 02 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

 01 máy nội soi dạ dày, đại tràng ống mềm có kênh hoạt động lớn hoặc có hai kênh hoạt động.

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

 Tay nắm điều khiển.

 Các kìm nhiệt.

 Kim gắp polyp ra ngoài.

 Lưới đựng polyp.

 Dụng cụ cầm máu: cllip, đầu dò nhiệt, máy APC.

 Catheter để bơm chất nhuộm máu khi cần.

 Nguồn cắt điện: sử dụng dòng điện xoay chiều với tần số cao trên 106 chu kỳ/giây. Với tần số này không gây ra điện giật, không kích thích sợi thần kinh cơ nên không gây rung thất. Nguồn cắt có nhiều công suất khác nhau. Để cắt polyp thường dùng công suất 175w.

3. Người bệnh

Phải làm sạch vùng polyp cần cắt.

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

Nếu là polyp ở đại tràng: chuẩn bị giống soi đại tràng.
Nếu là polyp ở trực tràng: phải thụt tháo sạch phân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra xét nghiệm
Nhóm máu

Công thức máu: Tiểu cầu > 50G/l
Đông máu cơ bản PT > 60%

Xét nghiệm HIV, HbsAg, Anti HCV

2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh đã được làm sạch vùng polyp cần cắt.

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Loại polyp có cuống

 Đưa thòng lọng đến vị trí polyp, mở thòng lọng ôm lấy đầu polyp rồi tụt xuống ôm lấy cuống polyp. Đẩy vỏ ngoài của thòng lọng sát với cuống của polyp.

 Thắt từ từ thòng 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 thòng lọng hay không. Nếu có niêm mạc nằm trong thòng lọng phải để thòng lọng ra khỏi vỏ catheter
rồi mở thòng lọng ra và nhấc thòng lọng ra khỏi đầu polyp. Thắt lại polyp.

 Cũng có thể đẩy vỏ catheter của thòng lọng vượt lên vị trí của đầu polyp rồi mở thòng 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 thòng 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 thòng lọng kéo polyp ra ngoài.

 Dùng kìm kẹp gắp 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 thòng lọng qua đầu polyp thì thắt từ từ
thòng lọng để chu vi của thòng lọng nhỏ hơn đầu của polyp - thòng lọng sẽ không bị tụt
ra khỏi polyp. Sau đó kéo thòng 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 kìm sinh thiết lạnh. Ngày nay hạn chế dùng kìm sinh thiết nóng do nguy cơ dễ gây thủng.

Dùng kìm kẹp vào polyp rồi tạo cuống giả cho polyp bằng cách nhấc kìm 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.

21.NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT POLYP ỐNG TIÊU HÓA > 1CM HOẶC NHIỀU POLYP

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu cầm máu.

Người bệnh đang dùng thuốc chống đông.

Người bệnh có chống chỉ định nội soi dạ dày (xem quy trình nội soi dạ dày).
Người bệnh có chống chỉ định soi đại tràng (xem quy trình nội soi đại tràng).

IV. CHUẨN BỊ
1. Người thực hiện

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

 02 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

 1 máy nội soi dạ dày, đại tràng ống mềm có kênh hoạt động > 9,8mm.

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

 Tay nắm điều khiển.

 Các kìm nhiệt.

 Kim gắp polyp ra ngoài.

 Lưới đựng polyp.

 Dụng cụ cầm máu; clip, đầu dò nhiệt, máy APC.

 Catheter để bơm chất nhuộm máu khi cần.

 Nguồn cắt điện: sử dụng dòng điện xoay chiều với tần số cao trên 106 chu

kỳ/giây. Với tần số này không gây ra điện giật, không kích thích sợi thần kinh cơ nên

không gây rung thất. Nguồn cắt có nhiều công suất khác nhau. Để cắt polyp thường dùng công suất 175w.

3. Người bệnh

Phải làm sạch vùng polyp cần cắt.

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

Nếu là polyp ở đại tràng: chuẩn bị giống soi đại tràng.
Nếu là polyp ở trực tràng: phải thụt tháo sạch phân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

 Kiểm tra xét nghiệm

 Nhóm máu

 Công thức máu: Tiểu cầu > 50G/l

 Đông máu cơ bản PT > 60%

 Xét nghiệm HIV, HbsAg, Anti HCV.

2. Kiểm tra người bệnh

 Người bệnh đã được làm sạch vùng polyp cần cắt.

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Loại polyp có cuống

 Kích thước polyp phải được đo bằng tay cầm của thòng lọng.

 Đưa thòng lọng đến vị trí polyp, mở thòng lọng ôm lấy đầu polyp rồi tụt xuống ôm lấy cuống polyp. Đẩy vỏ ngoài của thòng lọng sát với cuống của polyp.

 Thắt từ từ thòng 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 thòng lọng hay không. Nếu có nhiêm mạc nằm trong thòng lọng phải để thòng lọng ra khỏi vỏ catheter
rồi mở thòng lọng ra và nhấc thòng ra khỏi đầu polyp. Thắt lại polyp.

 Cũng có thể đẩy vỏ catheter của thòng lọng vượt lên vị trí của đầu polyp rồi mở thòng 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 thòng lọng loại lưỡng cực,
thời gian cắt cuống polyp phải dài hơn.

 Trong khi thòng 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 thòng lọng kéo polyp ra ngoài.

 Dùng kìm kẹp gắp 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 thòng lọng thắt từng phần của polyp rồi vừa thắt chặt thòng lọng vừa cắt điện. Chú
ý không được cắt gọn một nhát vì nguy cơ chảy máu cao do thời gian cắt quá nhanh nên
nhiệt độ tạo ra không đủ để cầm máu. Cắt từng phần như vậy cho đến khi cắt hết polyp
và còn trơ lại phần niêm mạc.

 Hoặc phải cắt polyp làm nhiều mảnh nhỏ, có thể cắt polyp trong một buổi hoặc nhiều buổi.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi ngay sau cắt

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

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

2. Theo dõi lâu dài: Tùy theo mô bệnh học mà có kế hoạch theo dõi thích hợp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu

 Hay gặp nhất.

 Xử trí:

 Truyền máu và máu tự 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.

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

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi thực quản dạ dày, tá tràng dải tần hẹp NBI (Narrow Banding Imaging) là một trong những kỹ thuật gần đây sử dụng bộ lọc R/G/B filter, sử dụng loại ánh sáng
đơn sắc, trong đó nguyên lý là sử dụng hệ thống kính lọc và bộ phân tích xử trí ánh sáng

với hai bước sóng 415nm (415 ± 30nm) và 540nm (540 ± 30nm). Nhờ kỹ thuật này mà
cho hình ảnh có khả năng phân biệt rõ hơn về một số đặc điểm - đặc thù cụ thể giữa tổ
chức bình thường và tổ chức bệnh lý, các mức độ khác nhau ở niêm mạc và tăng độ tương phản trên bề mặt biểu mô của mạng mao mạch dưới niêm mạc để đưa ra hình ảnh
chẩn đoán chính xác hơn trong chẩn đoán bệnh lý thực quản, dạ dày, tá tràng

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi với dải tần hẹp đã tạo nên một bước đột phá đối với sàng lọc và chẩn đoán ung thư ống tiêu hóa trên thực quản, dạ dày, tá tràng ở giai đoạn sớm và giai đoạn rất
sớm, cũng như các tổn thương khác.

Chỉ định cho tất cả các trường hợp nghi ngờ bệnh lý thực quản, dạ dày, hành tá tràng và tá tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

 01 Máy nội soi dạ dày đồng bộ có hệ thống NBI: ví dụ hệ thống Olympus EVIS LUCERA SPECTRUM system

 01 Kìm sinh thiết.

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

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

 05 lọ đựng bệnh phẩm

 05 lam kính

 02 bơm tiêm 20 ml

 06 đôi găng tay

 02 áo mổ

3. Người bệnh

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

 Kiểm tra không có chống chỉ định

 Nhận giấy chỉ định

 Giải thích người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

 Mời người bệnh vào phòng, hướng dẫn người bệnh nằm lên cáng thủ thuật.

 Mắc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.

 Hướng dẫn người bệnh nằm tư thế nghiêng trái, chân trên co, chân dưới duỗi. Cho người bệnh ngậm canun.

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

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

 Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát thực quản, niêm mạc dạ dày hành tá tràng và tá tràng, để chế độ NBI quan sát kỹ các tổn thương nghi ngờ. Khi nội soi với
chế độ NBI có hai đặc điểm cần phải được kiểm tra với niêm mạc của dạ dày.

 Cấu trúc hệ vi mạch dưới biểu mô (MV: microvascular):

Bình thường hệ thống vi mạch dưới biểu mô của niêm mạc thân dạ dày trông giống tổ ong, cùng các rãnh hội tụ (CV: collecting venules)

Hình 1. Hình ảnh niêm mạc dạ dày bình thường

 Cấu trúc vi niêm mạc bề mặt (MS: microsurface):

Cấu trúc vi niêm mạc bề mặt bình thường của dạ dày là các hố nhỏ hình tròn hoặc hình oval.

Hình 2. Cấu trúc vi mạch bình thường của hang vị dạ dày dưới ánh sáng thường và NBI

Ra y lệnh chụp ảnh minh họa tổn thương. Ra y lệnh làm xét nghiệm test H. pylori hoặc sinh thiết nếu cần.

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

 Sau khi kết thúc thủ thuật, đánh và in kết quả.

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

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

 Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.

 Trả kết quả nội soi cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, đưa đèn soi 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.

23.NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ DẢI TẦN HẸP (NBI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi đại trực tràng dải tần hẹp (NBI) là một trong những kỹ thuật gần đây sử dụng bộ lọc R/G/B filter sử dụng loại ánh sáng đơn sắc, trong đó nguyên lý là sử dụng
hệ thống kính lọc và bộ phân tích xử trí ánh sáng với hai bước sóng 415nm (415 ± 30nm) và 540nm (540 ± 30nm). 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 < 90mmHg.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

 02 Điều dưỡng

2. Phương tiện

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

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

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

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

 01 Kìm sinh thiết

 05 Lọ đựng bệnh phẩm

 05 Lam kính

 02 Bơm tiêm 20 ml

 06 Đôi găng tay

 02 Áo mổ

3. Người bệnh

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

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

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

 Kiểm tra không có chống chỉ định

 Nhận giấy chỉ định

 Giải thích cho người bệnh ký giấy đồng ý làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

 Hướng dẫn người bệnh nằm lên cáng thủ thuật.

 Mắc monitor theo dõi, theo chỉ định của bác sĩ soi.

 Hướng dẫn người bệnh nằm lên cáng 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.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phát hiện và xử trí các biến chứng chảy máu khi lấy bệnh phẩm, mạch chậm hoặc ngừng tim trong khi làm thủ thuật, ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho người bệnh nhập
viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

Hình 1. A là hình ảnh polyp trực tràng đường kính 20 mm với máy nội soi thông thường.
B sử dụng máy nội soi có NBI các mạch máu nổi rõ và các màu nâu tối

được chẩn đoán ung thư trong lớp niêm mạc

24.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 CHỊ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

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

 Phình động mạch chủ ngực

 Suy tim, nhồi máu cơ tim, cơn tăng huyết áp

 Suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân gì, ho nhiều.

2. Chống chỉ định tương đối

 Gù vẹo cột sống nhiều.

 Người bệnh già yếu.

 Người bệnh tâm thần không phối hợp được.

 Tụt huyết áp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

 Nguồn sáng.

 Máy hút.

 Ống ngậm miệng.

 Nước cất để bơm rửa khi cần thiết trong quá trình nội soi.

 Chất bôi trơn đầu máy soi: K-Y.

 Thuốc gây tê vùng họng: Xylocain 2% hoặc Lidocain 10%.

 Găng, gạc, bơm tiêm 20 ml.

3. Người bệnh

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

 Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Nếu người soi là người bệnh nội trú.

2. Kiểm tra người bệnh

Đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi

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

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

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

3.5. Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định

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

 Thử hơi: dùng dụng cụ thử hơi kèm máy soi để xem vỏ cao su của máy có bị rách không, nếu rách không được ngâm máy vào dung dịch tẩy uế mà phải gửi máy

đi
sửa ngay.

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

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

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

3.6. Sát khuẩn

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

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

3.7. Sấy khô máy

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

VI. THEO DÕI

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

 Không ngậm được 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 thì nắn lại khớp thái dương hàm.

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

25.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 mạn tính, đau bụng không rõ nguyên nhân, rối loạn đại tràng táo, lỏng.

 Túi thừa đại tràng.

 Viêm loét trực tràng chảy máu.

 Phim chụp đại tràng sigma cản quang có nghi ngờ.

 Theo dõi sau điều trị bệnh lý (polyp, Crohn).

 Kiểm tra gia đình có bệnh polyp, ung thư đại tràng ở người bệnh trên 40 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Thủng đại tràng, viêm phúc mạc.

 Suy tim, suy tuần hoàn cấp, suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân nào.

 Nhồi máu cơ tim.

 Mới mổ thủng đại tràng.

 Phình tách động mạch chủ bụng.

 Người bệnh có thai trên 3 tháng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện, thuốc

1.1. Dụng cụ

 Máy soi đại tràng ống mềm, máy hút.

 Máy theo dõi mạch, huyết áp, SpO2.

 Kìm sinh thiết.

1.2. Thuốc

Seduxen, buscopan, midazolam, fentanyl.

2. Người bệnh

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

 Chế độ ăn không có chất bã trước 2 ngày.

 Không uống thuốc gây bám dính vào niêm mạc đại tràng 4 ngày trước.

 Chụp X quang đại tràng trước 72 giờ (trừ cấp cứu).

 Nhịn uống 4 giờ trước khi soi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng trái hoặc tư thế sản khoa.

2. Vô cảm

Tiền mê bằng seduxen hoặc midazolam/ fentanyl gây mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản tùy trường hợp. Phải theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

3. Kỹ thuật

 Đưa đèn vào qua hậu môn, bơm hơi vừa đủ.

 Đẩy dần đèn vào sâu.

 Chỉ đẩy đèn khi thấy rõ đường, lòng đại tràng, không ấn mạnh, không quay khi đang đẩy ống soi.

 Thay đổi tư thế người bệnh khi khó đẩy ống soi.

 Quan sát đại tràng khi rút ra, chú ý quan sát những vị trí khó. Nguyên tắc

không được bơm căng, chiến thuật trong soi đại tràng đưa theo đường ngắn, không để
cuộn ống trong lòng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

 Trướng hơi ở bụng, vị trị đầu đèn soi.

 Đau bụng dữ dội, vã mồ hôi, hạ huyết áp.

 Thủng gây viêm phúc mạc.

 Mạch, huyết áp, nhiệt độ, phản ứng thành bụng, tình trạng đi ngoài.

2. Xử trí

 Thủng: chuyển phẫu thuật hoặc điều trị nội nếu nhỏ.

 Đau bụng do bơm nhiều hơi: phải hút hơi.

 Do đèn làm căng đại tràng: phải điều chỉnh, hút bớt hơi.

 Độ căng của đèn soi và rút bớt đèn soi ra: nếu không có kết quả thì ngừng cuộc soi.

 Nôn: hút bớt hơi hoặc rút đèn soi ra cho đại tràng đỡ căng, đặt ống ống thông dạ dày.

 Ngừng soi nếu làm như thế không có kết quả.

26.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 6giờ trước soi (1 gói Fortrans với 1 lít nước).

 Chế độ ăn không có chất bã trước 2 ngày.

 Không uống thuốc gây bám dính vào niêm mạc đại tràng 4 ngày trước.

 Chụp X quang đại tràng trước 72 giờ (trừ cấp cứu).

 Nhịn uống 4 giờ trước khi soi.

4. Bệnh án

Kiểm tra tình trạng đông máu (tiểu cầu, prothrombin).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng trái hoặc tư thế sản khoa.

2. Vô cảm

Tiền mê bằng seduxen hoặc midazolam/ fentanyl gây mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản tùy trường hợp. Phải theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

3. Kỹ thuật

 Soi đại tràng sigma thấy tổn thương.

 Đối với khối u sinh thiết nhiều miếng tại một vị trí để loại bỏ tổ chức hoại tử.

 Đối với tổn thương viêm sinh thiết tại ổ loét, và có thể sinh thiết nhiều vị trí

khác để đối chiếu và mảnh sinh thiết được làm tế bào học, nuôi cấy vi khuẩn, nấm, hoặc
lao nếu nghi ngờ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
1. Biến chứng

Chảy máu, thủng.

2. Theo dõi

Trong 24 giờ sau thủ thuật.

27.NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

2. Soi có kế hoạch

 Đi ngoài ra máu

 Rối loạn đại tiện: đau vùng hậu môn, đi ngoài không tự chủ.

 Rối loạn phân: khó đại tiện.

 Ngứa hậu môn.

 Viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn, ung thư, polyp, dò hậu môn, nứt hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Không có chống chỉ định tuyệt đối.

 Thận trọng khi người bệnh già yếu, người bệnh có thai hoặc các trường hợp viêm cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ
1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

 Phòng soi kín và bàn soi trực tràng.

 Dụng cụ soi:

 Ống soi mềm

 Nguồn sáng

 Máy hút

 Kìm gắp

 Bông băng

3. Người bệnh

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

Thụt tháo 2 lần tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ hoặc bơm microlax tối hôm trước và sáng hôm sau.

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Bệnh án có đầy đủ xét nghiệm đạt yêu cầu.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng người bệnh khả năng làm nội soi trực tràng.

3. Thực hiện kỹ thuật

 Tư thế người bệnh: người bệnh chổng mông, quỳ hai đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.

 Kỹ thuật:

 Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo găng.

 Lắp và kiểm tra dụng cụ soi trước khi soi.

 Bôi trơn ống soi.

 Đưa đèn soi vào trực tràng vừa bơm hơi và tìm đường đi.

VI. THEO DÕI

Theo dõi tinh thần, tình trạng huyết động và thành bụng của người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

 Đau bụng do co thắt: giải thích để người bệnh hợp tác, cần bơm hơi để tìm đường vào.

 Đau bụng do thủng: gửi ngoại khoa mổ.

28.NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

2. Soi có kế hoạch

 Đi ngoài ra máu

 Rối loạn đại tiện: đau vùng hậu môn, đi ngoài không tự chủ

 Rối loạn phân: khó đại tiện

 Ngứa hậu môn

 Viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn, ung thư, polyp, dò hậu môn, nứt hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Không có chống chỉ định tuyệt đối.

 Thận trọng khi người bệnh già yếu, người bệnh có thai hoặc các trường hợp viêm cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng

2. Phương tiện

 Phòng soi kín và bàn soi trực tràng

 Dụng cụ soi:

 Ống soi mềm

 Nguồn sáng

 Máy hút

 Kìm gắp

 Bông băng

 Kìm sinh thiết

3. Người bệnh

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

Thụt tháo 2 lần tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ hoặc 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 chổng mông, quỳ hai đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.

 Kỹ thuật:

 Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo găng.

 Lắp và kiểm tra dụng cụ soi trước khi soi.

 Bôi trơn ống soi.

 Đưa đèn soi vào trực tràng vừa bơm hơi và tìm đường đi.

 Sinh thiết khi có tổn thương bấm bằng kìm sinh thiết.

VI. THEO DÕI

Theo dõi tinh thần, tình trạng huyết động và thành bụng của người bệnh, tình trạng chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

 Đau bụng do co thắt: giải thích để người bệnh hợp tác, cần bơm hơi để tìm đường vào.

 Đau bụng do thủng: gửi ngoại mổ.

 Chảy máu sau sinh thiết: cầm máu qua nội soi bằng dung dịch adrenaline 1% hoặc kìm cầm máu hoặc gửi ngoại khoa.

29.THỤT THUỐC QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Thụt thuốc qua đường hậu môn là thủ thuật đưa thuốc vào đại tràng qua đường hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH

 Bệnh não gan.

 Viêm loét đại trực tràng chảy máu có tổn thương nhiều vùng trực tràng, đại tràng sigma.

 Người bệnh táo bón lâu ngày.

 Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.

 Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.

 Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Quá mẫn cảm với hoạt chất hay thành phần nào của thuốc.

 Viêm ruột thừa.

 Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.

 Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng viên.

2. Người bệnh

 Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.

 Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

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

 Vài miếng gạc.

 Dầu nhờn

 01 tấm nylon

 01 vải đắp hoặc chăn.

 01 bô dẹt

 Giấy vệ sinh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu

Tên tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật

 Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.

 Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.

 Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.

 Ấn chai xuống, bỏ nắp niêm phong. Vòi được bôi trơn, nhét vòi vào ống hậu môn, tránh làm xây xước thành hậu môn, bóp nhẹ ống thuốc và bóp liên tục cho đến khi
có được khối lượng thuốc yêu cầu, rút vòi ra. Sẽ tốt hơn nếu người bệnh giữ nguyên tư
thế cho đến khi cảm thấy buồn đi cầu.

 Đưa bô cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.

 Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.

 Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu.

 Ghi hồ sơ: ngày giờ thụt, thuốc thụt - số lượng, kết quả thụt, tính chất phân, tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỤT THÁO

 Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thụt (đau bụng).

 Nếu có chảy máu hậu môn sau khi dùng thuốc, xin ý kiến bác sĩ chỉ định.

30.THỤT THÁO CHUẨN BỊ SẠCH ĐẠI TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào đại tràng qua hậu môn nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng. Thành ruột được kích thích sẽ co lại
đẩy phân ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

 Người bệnh táo bón lâu ngày.

 Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.

 Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.

 Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.

 Trước khi sinh đẻ.

 Chống táo bón.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Viêm ruột thừa.

 Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.

 Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng viên.

2. Người bệnh

 Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.

 Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

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

 01 bốc thụt có gắn ống cao su, trụ treo bốc thụt.

 01 kẹp.

 01 canun thụt hoặc ống thông hậu môn phù hợp với người bệnh.

 01 bình đựng nước ấm thụt: số lượng nước thụt tùy theo chỉ định, thông thường đối với người lớn: 500 - 1.000 ml, không được quá 1.500ml.

 01 khay quả đậu.

 Vài miếng gạc, dầu nhờn, giấy vệ sinh.

 01 tấm nylon, 1 vải đắp hoặc chăn.

 01 bô dẹt.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu

Tên tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật

 Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.

 Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.

 Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.

 Lắp canun hoặc ống thông vào ống cao su của bốc thụt. Kẹp ống lại.

 Đổ nước vào bốc thụt.

 Treo bốc thụt lên trụ cách mặt giường 60 - 80 cm.

 Bôi trơn canun hoặc đầu ống thông.

 Mở kẹp cho nước chảy vào khay quả đậu nhằm đuổi không khí và phần nước lạnh trong ống ra ngoài, đồng thời kiểm tra sự thông thoát của ống cao su, canun hoặc ống
thông. Sau đó lại kẹp ống lại. Có thể kiểm tra lại nhiệt độ của nước thụt bằng cách cho vài
giọt chảy vào mu bàn tay. Nếu thấy nóng quá hoặc lạnh quá thì phải điều chỉnh lại.

 Bỏ vải đắp để lộ mông người bệnh, một tay vạch mông người bệnh để lộ hậu môn, một tay nhẹ nhàng đưa canun hoặc ống thông vào hậu môn cho tới khi được 2/3
canul hoặc ống vào sâu từ 12 - 15cm là được.

 Trong khi đưa canun hoặc ống thông vào bảo người bệnh há miệng thở đều.

 Nếu dùng canun thì lúc đầu phải hướng canun theo chiều hậu môn rốn tới khoảng 2 - 3cm sau đó đưa canun hướng về phía cột sống. Theo vị trí giải phẫu của ruột
thẳng (trực tràng).

 Mở kẹp để cho nước chảy vào từ từ. Một tay phải luôn giữ canun hoặc ống thông để đề phòng canun hoặc ống thông bị bật ra ngoài.

 Khi nước trong bốc đã chảy gần hết thì kẹp ống lại, nhẹ nhàng rút canun hoặc ống thông ra, dùng giấy vệ sinh bọc canun rồi để vào khay quả đậu hoặc lau qua rồi bỏ
vào thùng đựng dung dịch sát khuẩn.

 Treo ống cao su lên trụ.

 Cho người bệnh nằm ngửa, dặn người bệnh cố gắng kiềm chế để giữ nước ở trong ruột từ 10 - 15 phút.

 Đưa bô cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.

 Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.

 Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu.

 Đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa để xử trí theo quy định.

 Trả các dụng cụ khác về chỗ cũ.

3. Ghi hồ sơ

 Ngày giờ thụt, dung dịch thụt - số lượng.

 Kết quả thụt, tính chất phân.

 Tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỤT THÁO

 Trong lúc nước vào đại tràng, nếu người bệnh kêu đau bụng hoặc muốn đi đại tiện, phải ngừng ngay không cho nước chảy vào và báo bác sĩ.

 Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thụt (đau bụng).

31.THỤT THÁO PHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật thụt tháo phân là kỹ thuật đưa thuốc nhuận tràng qua đường hậu môn nhằm mục đích đẩy phân ra ngoài trong trường hợp người bệnh không đại tiện

được
hoặc làm sạch lòng đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

 Người bệnh táo bón lâu ngày.

 Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.

 Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.

 Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.

 Trước khi sinh đẻ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

 Quá mẫn cảm với hoạt chất hay thành phần nào của thuốc.

 Viêm ruột thừa.

 Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.

 Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng viên.

2. Người bệnh

 Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.

 Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

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

 Vài miếng gạc.

 Dầu nhờn.

 01 tấm nylon.

 01 vải đắp hoặc chăn.

 01 bô dẹt.

 Giấy vệ sinh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu

Tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật

 Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.

 Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.

 Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.

 Ấn chai xuống, bỏ nắp niêm phong. Vòi được bôi trơn, nhét vòi vào ống hậu môn, tránh làm xây xước thành hậu môn, bóp nhẹ ống thuốc và bóp liên tục cho đến khi có được khối lượng thuốc yêu cầu, rút vòi ra. Sẽ tốt hơn nếu người bệnh giữ nguyên tư thế cho đến khi cảm thấy buồn đi cầu.

 Đưa bô cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.

 Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.

 Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu.

 Ghi hồ sơ: ngày giờ thụt, thuốc thụt, số lượng, kết quả thụt, tính chất phân, tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỤT THÁO

 Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thụt (đau bụng).

 Nếu có chảy máu hậu môn sau khi dùng thuốc, xin ý kiến bác sĩ chỉ định

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1.Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa

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

3.Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

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

1.