

QUYẾT ĐỊNH

Về việc thực hiện Nội soi dạ dày - tá tràng, Nội soi đại trực tràng, Nội soi can thiệp ERCP-ES, Nội soi tiết niệu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KHÁNH HÒA

Căn cứ Quyết định số 1822/QĐ-UBND ngày 12/6/2019 của Ủy ban nhân dân tỉnh Khánh Hòa về việc kiện toàn tổ chức Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa;

Căn cứ Quyết định số 3592/QĐ-BYT ngày 11/09/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành thận tiết niệu”

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

Căn cứ Nghị định 109/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ về việc quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Nghị định 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế;

Căn cứ biên bản họp Hội đồng Khoa học Kỹ thuật Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa ngày 12/10/2023;

Theo đề nghị của Phòng Kế hoạch Tổng hợp.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Phân công các ông (bà) có tên sau (phụ lục I đính kèm) thực hiện nhiệm vụ chuyên môn Nội soi dạ dày - tá tràng, Nội soi đại trực tràng, Nội soi can thiệp ERCP-ES, Nội soi tiết niệu (phụ lục II, III, IV, V đính kèm).

Điều 2. Cho phép thực hiện Nội soi dạ dày - tá tràng, Nội soi đại trực tràng, Nội soi can thiệp ERCP-ES, Nội soi tiết niệu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành. Giám đốc các Trung tâm, Trưởng các Khoa, Phòng liên quan và các ông (bà) có tên tại Điều 1 chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận: (VBĐT)

- Như Điều 3;
- Ban Giám đốc;
- Lưu: VT, KHTH.

GIÁM ĐỐC

Phan Hữu Chính

Phụ lục I
DANH SÁCH BÁC SĨ THỰC HIỆN KỸ THUẬT NỘI SOI
(Kèm theo Quyết định số /QĐ-BVĐKT ngày / /2023 của
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa)

1. Nội soi dạ dày-tá tràng, Nội soi đại trực tràng:

STT	Họ và tên	TĐCM	Chứng chỉ/Chứng nhận	Nơi cấp
01	Cáp Thị Thanh Thủy	BSCKI	Phòng khám chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm và nội soi).	CCHN do Sở Y tế Khánh Hòa cấp
02	Trần Ngọc Hải	BSCKII	Nội soi dạ dày tá tràng - Chương trình đào tạo trong nước 2003. Nội soi điều trị - Chương trình đào tạo trong nước JICA - BVCR 2003.	Bệnh viện Chợ Rẫy Bệnh viện Chợ Rẫy
03	Lê Việt Cường	BSCKII	Nội soi dạ dày và trực tràng.	BV Trường ĐH Y Dược Huế
04	Huỳnh Vinh Quang	BSCKII	Nội soi dạ dày - tá tràng. Nội soi Đại tràng.	Bệnh viện Chợ Rẫy
05	Nguyễn Thế Nguyệt Hằng	BS	Nội soi dạ dày. Nội soi đại tràng và nội soi điều trị.	Bệnh viện Chợ Rẫy

2. Nội soi can thiệp ERCP - ES:

STT	Họ và tên	TĐCM	Chứng chỉ	Nơi cấp
01	Trần Ngọc Hải	BSCKII	Nội soi điều trị - Chương trình đào tạo trong nước JICA - BVCR 2003.	Bệnh viện Chợ Rẫy
02	Lê Việt Cường	BSCKII	Phẫu thuật nội soi căn bản.	Bệnh viện Chợ Rẫy

3. Nội soi tiết niệu:

STT	Họ và tên	TĐCM	Chứng chỉ	Nơi cấp
01	Tôn Thất Minh Thuyết	BSCCKII	Cập nhật nội soi tiết niệu	Trường ĐH Y Dược Huế
02	Nguyễn Đặng Đình Thi	ThS.BS	Phẫu thuật nội soi tiết niệu cơ bản và lấy sỏi qua da. Nội soi tiết niệu cơ bản. Nội soi ổ bụng tiết niệu cơ bản Cập nhật nội soi tiết niệu.	BV Trường ĐH Y Dược Huế Bệnh viện Bình Dân Bệnh viện Bình Dân Trường ĐH Y Dược Huế
03	Lê Văn Mỹ	BSCCKI	Nội soi tiết niệu cơ bản.	Bệnh viện Bình Dân

Phụ lục II
QUY TRÌNH NỘI SOI DẠ DÀY CAN THIỆP - LÀM CLO-TEST
CHẨN ĐOÁN NHIỄM H.PYLORI

*(Kèm theo Quyết định số /QĐ-BVĐKT ngày / /2023 của
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa)*

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ, 2 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh.

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

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra tên, tuổi người bệnh, chẩn đoán.

2. Kiểm tra người bệnh

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

Khám các bệnh tim mạch.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.
- Đặt ống ngậm miệng vào giữa 2 cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.

- Điều dưỡng giữ đầu và canyn ngáng miệng
- Đưa máy vào miệng – thực quản, bơm hơi, quan sát từ thực quản, tâm vị, phình vị, thân vị, hang vị, môn vị, tá tràng. Đưa dây soi lên trên góc bờ cong nhỏ, quặt ngược dây soi kiểm tra lại tâm vị và phình vị.
- Dùng kim sinh thiết lấy 1 miếng bệnh phẩm ở vùng hang vị dạ dày. Cho bệnh phẩm vào 1 ống nghiệm nhỏ thử HP. Ngâm mảnh sinh thiết trong hỗn hợp dung dịch trên. Chờ 5-10 phút đọc kết quả.
- Nếu dung dịch đổi sang màu hồng cánh sen là Test H.Pylori dương tính.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014): Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa chuyên ngành Tiêu hóa. Mục 32, Quyết định số 3805/QĐ-BYT
2. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản y học 1999, 506 - 507.
3. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày- tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch mai. 2001, 14- 30.

Phụ lục III
QUY TRÌNH NỘI SOI ĐẠI - TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM
KHÔNG SINH THIẾT, CÓ SINH THIẾT

*(Kèm theo Quyết định số /QĐ-BVĐKT ngày / /2023 của
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa)*

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 XQ khung đại tràng
- Đau bụng không rõ nguyên nhân
- Xuất huyết tiêu hóa thấp không rõ nguyên nhân
- Soi kiểm tra định kỳ người bệnh có polyp, ung thư đại trực tràng
- Bệnh túi thừa
- Các bệnh viêm đại tràng

2. Nội soi đại tràng điều trị

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

3. Nội soi đại tràng theo dõi

- Sau cắt polyp

- Có loạn sản nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thủng đại tràng

Viêm phúc mạc

Suy tim

Người bệnh nhồi máu cơ tim mới

Mới phẫu thuật ở đại tràng, mổ ở tiểu khung

Phình lớn động mạch chủ bụng

Bệnh túi thừa cấp tính

Người bệnh có tắc mạch phổi

Tình trạng shock

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

- 2 điều dưỡng

2. Phương tiện

-1 máy nội soi đại tràng ống mềm có video , có chiều dài 130-140cm hoặc 160-180cm

-1 kìm sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy

-Overtube

3. Người bệnh

- Chế độ ăn

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

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

- Làm sạch đại tràng bằng 2 cách

+ Dùng thuốc nhuận tràng: Có nhiều loại thuốc nhưng hiện nay dùng Fortrans, Fleet soda 15ml. Dùng 2 gói thuốc pha vào 2 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 tháo sạch ít nhất 3 lần trước khi soi

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

- **Người bệnh ký vào giấy đồng ý soi**

4. Hồ sơ bệnh án nếu bệnh nhân nội trú

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ
2. Kiểm tra người bệnh
3. Thực hiện kỹ thuật
 - Nguyên tắc chung

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

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

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

Khi khó đưa máy phải thay đổi tư thế người bệnh

- 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, K-Y

+ Đưa máy qua trực tràng: ít gặp khó khăn

+ Đưa máy qua đại tràng Sigma: có 2 kiểu cuộn

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

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

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

- Vị trí hay thủng: đại tràng Sigma

- Điều trị ngoại khoa là chính

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

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

3. Chướng hơi nhiều: hút hết hơi

4. Phản xạ dây X: Atropin 1ml

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014): Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa chuyên ngành Tiêu hóa. Mục 19, số 3805/QĐ-BYT

2. Jonathan Cohen. (2007). Colon . 121-164. *Advanced Digestive Endoscopy*

3. Wilcox CM., Munoz-Navas Miguel., Sung JJY.(2008). *Atlas of clinical gastrointestinal endoscopy. Saunders Elsevier.*

4. Jerow D., Way MD., Dogulas KR et al (2009). *Colonoscopy. Willey Blackwel*

5. DanL Longo, AS.Fauci (2010). *Harrisons Gastroenterology and Hepatology.*

Phụ lục IV
**QUY TRÌNH NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG CÁN THIỆP-
ĐẶT STENT ĐƯỜNG MẬT - TỤY**

*(Kèm theo Quyết định số /QĐ-BVĐKT ngày / /2023 của
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa)*

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

1. Đặt stent đường mật

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

2. Đặt stent đường tụy

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sỹ chuyên làm NSMTND, 01 kỹ thuật viên gây mê, 03 điều dưỡng trong đó có điều dưỡng phải sử dụng được máy C- Arm.
2. Phương tiện, thuốc, trang thiết bị và vật tư tiêu hao

- Phương tiện
- + Phòng nội soi cho phép chiếu tia Xquang, có hệ thống oxy.
- + Máy tăng sáng xquang (C.Arm).
- + Hệ thống máy nội soi tá tràng (máy nội soi cửa sổ bên) với kênh làm thủ thuật có đường kính 4,2mm, canun.
- + Nguồn cắt đốt.
- + Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bong bóng, nội khí quản
- + Áo chì 5 bộ
- Thuốc
- + Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1- 4 ống, fantanyl 0,1 mg từ 1-3 ống, propofol 20 ml 1- 4 ống.
- + Thuốc cản quang 50ml (telebrix, xenetix) 1-2 lọ.
- Trang thiết bị và vật tư
- + 01 catheter, 02 dây dẫn (guidewire), 01 dao cắt cơ vòng Oddi.
- + Ống đẩy stent
- + Stent đường mật: 02 stent kim loại hoặc 02 stent nhựa loại 7- 10 F, 10-12 cm
- + Stent đường tụy: 01stent nhựa 5F- 3 cm
- + Găng tay 10 đôi
- + Áo mổ 02

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: để đảm bảo có thể tiến hành tiền mê hoặc gây mê, đảm bảo có thể tiến hành thủ thuật gây chảy máu.
2. Kiểm tra người bệnh: đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.
3. Thực hiện kỹ thuật

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

- Đưa máy xuống tá tràng

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

- Tìm Papilla

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

- Luồn Catheter vào papilla để bơm thuốc cản quang

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

- Bơm thuốc chụp đường mật hoặc chụp đường tụy

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

+ Số lượng thuốc cản quang: từ 30ml - 100ml, tu theo mức độ giãn đường mật.

Khi chụp đường tụy không nên bơm nhiều thuốc cản quang, vì nếu bơm nhiều sẽ làm tăng áp lực đường tụy gây biến chứng viêm tụy.

+ Chụp đường tụy bằng 5-10 ml thuốc cản quang.

- Đặt stent đường mật trong trường hợp hẹp tại rốn gan

+ Trường hợp này cần đặt 2 stent vào 2 nhánh gan phải và trái.

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

+ Đưa catheter lên gan trái hoặc sử dụng chính dao cắt đưa lên gan trái, rồi đưa dây dẫn vào qua catheter hoặc dao cắt lên gan trái.

+ Sau khi tiến hành đặt được hai dây dẫn vào hai đường trong gan trái và gan phải, tiến hành lần lượt đặt stent gan phải và gan trái.

+ Đặt stent chủ yếu dùng phối hợp dùng ống đẩy stent và nẫy elevator.

- Đặt stent đường mật trong trường hợp hẹp tại ống mật chủ

- + Trường hợp này cần đặt 1 stent vào nhánh gan phải.
 - + Đưa dây dẫn vào qua catheter sau khi chụp đường mật, lên nhánh gan sau đó rút catheter ra, đưa dao cắt vào theo dây dẫn. Có thể ngay từ đầu không dùng catheter mà thay vào đó là dùng dao để đưa vào chụp đường mật. Tiến hành cắt cơ cơ vòng Oddi.
 - + Tiến hành đặt stent gan phải giống như trên
 - Đặt stents đường mật trong trường hợp sỏi lớn ống mật chủ
- Trường hợp này có thể đặt 2 hoặc nhiều stent, kỹ thuật giống đặt stent như trên nhưng đầu trong của stent chỉ cần nằm ở ống gan chung là đủ.
- Đặt stent đường tụy
 - + Sau khi dao cắt vào đường tụy thường tại vị trí 1 giờ, đưa dây dẫn vào trong ống tụy. Tiến hành cắt papilla. Rút dao cắt còn giữ lại dây dẫn.
 - + Tiến hành đặt stent ống tụy như đối với stent đường mật.

VI. THEO DÕI

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

VII TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hàng đầu là viêm tụy cấp với tỉ lệ khoảng 5%. Nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch dùng kháng sinh nếu có biểu hiện nhiễm trùng hoặc trước đó người bệnh có nhiễm trùng đường mật.
- Thủng tá tràng do cắt cơ Oddi, hay gặp ở những trường hợp có túi thừa tá tràng, papilla nằm cạnh hoặc trong túi thừa. Điều trị phẫu thuật.
- Viêm đường mật, hay xảy ra trong trường hợp tắc mật do ung thư đường mật mà sau nội soi chụp mật tụy ngược dòng mà không đặt được stent. Dùng kháng sinh và dẫn lưu mật qua da trong trường hợp thất bại dẫn lưu mật qua papilla.
- Chảy máu do cắt cơ Oddi. Nội soi cầm máu
- Biến chứng liên quan tới gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn. Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Phụ lục V
QUY TRÌNH THỦ THUẬT NỘI SOI BÀNG QUANG CHẨN ĐOÁN CÓ GÂY Mê
(Kèm theo Quyết định số /QĐ-BVĐKT ngày / /2023 của
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi bàng quang là một thủ thuật được sử dụng để quan sát bên trong bàng quang, niệu đạo.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đái máu.
- Đái mù.
- Hội chứng bàng quang.
- Viêm bàng quang mạn.
- U bàng quang.
- Sỏi, dị vật bàng quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương đứt niệu đạo.
- Nhiễm trùng đường niệu thấp đang tiến triển.
- Phì đại lành tính tuyến tiền liệt có kích thước to.
- Lao bàng quang.
- U vùng tiểu khung có chèn ép tắc nghẽn đường niệu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ, 01 điều dưỡng, 01 kỹ thuật viên gây mê ,

2. Phương tiện, dụng cụ

- Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm (sợi).
- Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video
- Nguồn ánh sáng lạnh.
- Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.
- Catheter các cỡ để chụp thận ngược dòng.
- Giường khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động: 01 chiếc
- Găng vô trùng: 02 đôi
- Cồn betadin sát trùng: 01 lọ
- Gạc vô trùng: 01 gói
- Kẹp vô trùng: 01 cái
- Quần áo mổ: 02 bộ
- Mũ, khẩu trang: 02 bộ
- Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1 - 4 ống, fantanyl 0,1mg từ 1 - 3 ống, propofol 20ml từ 1 - 4 ống.
- Máy theo dõi monitor và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.

3. Người bệnh

Cần được giải thích kỹ trước khi làm thủ thuật.

Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 06 giờ. Đặt đường truyền tĩnh mạch.

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

– Giảm đau cho người bệnh: tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật: gây mê cho người bệnh.

– Tư thế người bệnh: nằm theo tư thế sản khoa.

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

– Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước vào bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, niệu đạo, hai lỗ niệu quản, gấp dị vật nếu có, sinh thiết bướu.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Thủng bàng quang: rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

– Chảy máu: theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

– Nhiễm khuẩn: do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô khuẩn tuyệt đối: điều trị kháng sinh và theo dõi.

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

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Choe JH, Kwak KW, Hong JH, et al (2008) Efficacy of lidocaine spray as topical anesthesia for outpatient rigid cystoscopy in women: a prospective, randomized, double-blind trial. *Urology*; 71(4): 561-6.

2. Dimon M, Williams C. (2012) Continuous Retroflexion Cystoscopy During Prostate Cryoablation. *J Endourol*.

3. Wolf JS Jr, Bennett CJ, Dmochowski RR, et al. (2008) Best practice policy statement on urologic surgery antimicrobial prophylaxis. *J Urol*. ;179(4): 1379-90./.