

KHOA TIÊU HÓA  
BỆNH VIỆN BẠCH MAI

# NỘI SOI TIÊU HÓA



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

KHOA TIÊU HÓA  
BỆNH VIỆN BẠCH MAI

# **NỘI SƠI TIÊU HÓA**

*(TÁI BẢN LẦN THỨ BA CÓ CHỈNH LÍ VÀ BỔ SUNG)*

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC  
HÀ NỘI – 2008

**Chủ biên:**

GS. TS. NGUYỄN KHÁNH TRẠCH

**Tham gia biên soạn:**

PGS. TS. PHẠM THỊ THU HỒ

BSCKII. LÊ TUYẾT ANH

TS. BSCKII. PHẠM THỊ BÌNH

BSCKII. MAI MINH HUỆ

PSG. TS. ĐÀO VĂN LONG

TS. BSCKII. ĐẶNG KINH OANH

THS. KIỀU VĂN TUẤN

## LỜI NÓI ĐẦU

*Cùng bạn đọc thân mến!*

*Nội soi đóng một vai trò quan trọng trong y học, đặc biệt nội soi tiêu hoá lại càng đóng vai trò quan trọng hơn, không thể thiếu được trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh tiêu hoá. Hiện nay ở nhiều nước trên thế giới nội soi tiêu hoá đã trở thành một chuyên ngành sâu, có bác sĩ chuyên khoa riêng, bởi vì nó không chỉ còn đơn thuần là nội soi chẩn đoán như trước đây nữa mà nó còn là nội soi điều trị, nó không còn chỉ nhìn bằng mắt thường mà đã phát triển thành nội soi video, nội soi siêu âm. Ở nước ta nội soi tiêu hoá đã được phát triển từ lâu, từ những năm 60 của thế kỉ này, đặc biệt trong những năm gần đây sự phát triển nội soi tiêu hoá khá nhanh và mạnh, hầu hết các bệnh viện tuyến tỉnh đều đã thực hiện nội soi tiêu hoá. Những tài liệu hướng dẫn về vấn đề này lại không có, nhiều bạn đồng nghiệp yêu cầu chúng tôi viết một cuốn sách về nội soi trong tiêu hoá, nhưng do khó khăn về nhiều mặt nên chúng tôi chưa cho ra mắt bạn đọc được.*

*Được sự giúp đỡ rất nhiệt tình của hãng Fujinon một hãng sản xuất máy về y tế nổi tiếng của Nhật Bản trong đó có máy nội soi tiêu hoá. Khoa tiêu hoá Bệnh viện Bạch Mai được Bộ Y tế cho phép đã tổ chức một cuộc hội thảo về nội soi tiêu hoá với quy mô ở các tỉnh phía Bắc tháng 5 năm 1998. Nhân dịp cuộc hội thảo này chúng tôi cho in tập tài liệu về nội soi tiêu hoá cùng với sự giúp đỡ của hãng Fujinon bao gồm các chủ đề cần thiết nhất và cập nhật trong lĩnh vực nội soi tiêu hoá. Tập tài liệu này đã được hầu hết các bạn đồng nghiệp, chuyên khoa tiêu hoá và ngoài chuyên khoa tiêu hoá rất hoan nghênh.*

*Năm nay 1999 đúng một năm sau cuộc hội thảo lần trước. Khoa tiêu hoá Bệnh viện Bạch Mai cùng với sự giúp đỡ của hãng Fujinon lại tổ chức hội thảo về nội soi tiêu hoá và được sự đồng ý của Nhà xuất bản Y học nhân*

*dịp này chúng tôi cho in tập tài liệu trên thành sách chích thức để đáp ứng nguyện vọng tha thiết của nhiều bạn đồng nghiệp. Các tác giả của cuốn sách là các bác sĩ lâu năm về nội soi. Tôi hy vọng cuốn sách này sẽ giúp ích cho thầy thuốc cả nội lẫn ngoại khoa, trong chuyên khoa và ngoài chuyên khoa tiêu hoá.*

*Lần tái bản thứ hai này tác giả đã bổ sung thêm bài và sửa chữa để cuốn sách được hoàn thiện.*

*Mong được sự góp ý tiếp của bạn đọc và đồng nghiệp.*

**Hà Nội tháng 4/2005**

**THAY MẶT CÁC TÁC GIẢ**

**Chủ biên**

**GS. TS. NGUYỄN KHÁNH TRẠCH**

## MỤC LỤC

*Trang*

1. Lời nói đầu 5
2. Sơ lược sự phát triển nội soi tiêu hoá ống mềm ở nước ta  
(GS. TS. Nguyễn Khánh Trạch) 7
3. Đơn vị nội soi tiêu hoá (BSCK II. Mai Minh Huệ) 16
4. Phương pháp tiết trùng và bảo quản máy nội soi ống mềm  
(TS. BSCK II. Phạm Thị Bình) 21
5. Hình ảnh bình thường và bệnh lý của thực quản qua nội soi  
(TS. BSCK II. Phạm Thị Bình) 28
6. Soi dạ dày – tá tràng (TS. BSCK II. Phạm Thị Bình) 52
7. Mở thông dạ dày qua nội soi (BSCK II. Mai Minh Huệ) 81
8. Lấy dị vật ống tiêu hoá (BSCK II. Mai Minh Huệ) 87
9. Các phương pháp nội soi điều trị chảy máu tại ổ loét dạ dày  
tá tràng (TS. Đặng Kim Oanh) 94
10. Nong thực quản (TS. Đặng Kim Oanh) 101
11. Các phương pháp nội soi điều trị giãn tĩnh mạch thực quản  
(TS. Đặng Kim Oanh) 112
12. Soi đại tràng ống mềm (BSCK II. Mai Minh Huệ) 128
13. Phương pháp cắt polyp qua nội soi (TS. Đặng Kim Oanh) 138
14. Soi hậu môn - trực tràng (BSCK II. Lê Tuyến Anh) 153
15. Các phương pháp nội soi điều trị bệnh trĩ (TS. Đặng Kim Oanh) 161
16. Chụp đường mật tụy ngược dòng qua nội soi tá tràng  
(GS. Nguyễn Khánh Trạch) 171

17. Ứng dụng siêu âm nội soi trong thăm dò đường tiêu hoá (PGS. TS. Đào Văn Long)	182
18. Chẩn đoán giai đoạn các ung thư đường tiêu hoá theo phân loại TNM qua siêu âm nội soi (PGS. TS. Đào Văn Long )	193
19. Soi ổ bụng (PGS. TS. Phạm Thị Thu Hồ)	202
20. Phương pháp lấy sỏi – giun đường mật qua nội soi ngược dòng (TS. BSCK II. Phạm Thị Bình)	218
21. Kỹ thuật đặt Stent và dẫn lưu mật mũi trong điều trị bệnh lý đường mật tụy (ThS. Kiều Văn Tuấn)	230

# SƠ LƯỢC VỀ SỰ PHÁT TRIỂN NỘI SOI TIÊU HOÁ ỚNG MỀM Ở NƯỚC TA

Soi trực tràng bằng ống cứng trước năm 1954 đã thấy có, không biết có từ bao giờ.

Soi ổ bụng được giáo sư Hà Văn Mạo thực hiện đầu tiên vào khoảng 1961 - 1962 tại Quân y viện 108, sau đó đến năm 1965 tại Bệnh viện Bạch Mai do giáo sư Nguyễn Xuân Huyền thực hiện, rồi đến Bệnh viện Hữu nghị, Bệnh viện Việt Nam - Cu Ba Hà Nội, Bệnh viện Việt - Tiệp Hải Phòng và một số bệnh viện tỉnh.

Đối với nội soi ống mềm: bắt đầu bằng ống soi nửa cứng nửa mềm, người đầu tiên nói đến ống soi này là bác sĩ YTLam Quân y viện 108, vào khoảng 1964 - 1965. Tại bệnh viện Bạch Mai, soi dạ dày bằng ống nửa cứng nửa mềm được thực hiện vào khoảng 1966 và đã soi được khoảng 200 trường hợp, người thực hiện là giáo sư Nguyễn Khánh Trạch. Đến cuối 1967, Bệnh viện Bạch Mai nhận được sự viện trợ của quốc tế một đèn soi dạ dày ống mềm. Sau đó một số bệnh viện khác cũng thực hiện soi dạ dày ống mềm, mà trước tiên là bệnh viện Việt Nam - Cu ba Hà Nội, Bệnh viện Hữu nghị, Bệnh viện Việt - Tiệp Hải Phòng, Quân y viện 108, Bệnh viện Hải quân.v.v... Các bệnh viện trên cũng chỉ có một đèn soi. Các bệnh viện tỉnh không có. Sau 1975 nguồn viện trợ không còn nữa, soi dạ dày gần như bị tê liệt hoàn toàn, hoặc chỉ sống thoi thóp ở một vài bệnh viện lớn như Bệnh viện Hữu nghị, Bệnh viện Việt Nam - Cu Ba. Ngay tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1977 đến 1995 cũng không được thực hiện thường xuyên vì không có lấy một đèn soi nghiêm chỉnh, thỉnh thoảng xin được một vài đèn soi cũ soi được dăm ba tháng hỏng lại thôi, chờ xin được cái khác, xin được thì soi, không xin được thì nghỉ. Các bệnh viện khác cũng rơi vào tình trạng tương tự, trừ Bệnh viện Hữu nghị, Bệnh viện Việt Nam - Cu Ba và Quân y viện 108 có khá hơn Bệnh viện Bạch Mai. Có thể nói sự phát triển nội soi dạ dày trong thời kì đó là rất chậm chạp và hết sức ít ỏi.



Cho mãi tới 3 - 4 năm trở lại đây, nội soi dạ dày ống mềm đã có bước phát triển mới mang tính nhảy vọt, nhiều bệnh viện ở Hà Nội và bệnh viện tỉnh đã được trang bị đèn soi dạ dày (khoảng 2/3 bệnh viện tỉnh, thành phố phía Bắc).

Đó là đối với các tỉnh phía Bắc. Đối với các tỉnh phía Nam thì nội soi dạ dày phát triển sớm hơn, mạnh hơn. Trước 1975 nhiều bệnh viện đã được trang bị đèn soi mềm: Huế, Đà Nẵng, Thành phố Hồ Chí Minh... Năm 1975 không được phục hồi vì các máy cũ đều hỏng, hoặc không có người sử dụng. Nhưng từ khoảng 1980 trở đi, nhiều bệnh viện ở Thành phố Hồ Chí Minh dần dần đã được trang bị trở lại đèn soi dạ dày, sau đó nhiều bệnh viện tỉnh, thành phố khác cũng được trang bị.

Một số kĩ thuật nội soi điều trị như tiêm xơ tĩnh mạch thực quản, tiêm cầm máu, chụp đường mật ngược dòng... Các tỉnh phía Nam cũng phát triển trước các tỉnh phía Bắc khoảng 5 - 6 năm.

Có thể nói trong thời gian 3 - 4 năm trở lại đây, nội soi dạ dày ống mềm phát triển khá mạnh trên phạm vi toàn quốc. Đó là điều rất mừng và rất đáng phấn khởi.

Khoa Tiêu hoá - Bệnh viện Bạch Mai hiện có 9 đèn soi mềm (Olympus và Fujinon) do Nhà nước trang bị và do hợp tác Quốc tế; bao gồm đèn soi dạ dày, đèn soi tá tràng can thiệp, đèn soi đại trực tràng, máy siêu âm nội soi. Do đó chúng tôi có thể thực hiện hầu hết các kĩ thuật nội soi chẩn đoán và nội soi điều trị mà các nước trên thế giới đã làm. So với trong nước như thế là đã nhiều, nhưng so với các nước trong khu vực thì chưa phải là nhiều. Phòng nội soi tiêu hoá của Bệnh viện Việt - Đức cũng có khả năng thực hiện một số kĩ thuật nội soi điều trị. Số phòng nội soi còn lại ở các tỉnh và thành phố phía Bắc mới chỉ được trang bị một đèn soi dạ dày, chưa có đèn soi đại tràng mềm, đèn soi tá tràng can thiệp. Do đó chỉ hạn chế ở soi dạ dày và soi chẩn đoán mà thôi. Về mặt chất lượng chưa phải là đã tốt, còn bỏ sót một số chẩn đoán, hoặc chẩn đoán quá tràn lan. Một số nơi chỉ soi chay, không sinh thiết, không làm test urease, không nhuộm màu khi cần thiết, vấn đề tệt khuẩn đèn soi chưa tốt.v.v...

Mặc dù vậy, với sự phát triển nội soi trong mấy năm qua đã góp

phần đáng kể nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị.

Để biết rõ về Ngành Nội soi của Việt Nam, tôi xin trình bày sơ qua về sự phát triển nội soi ống mềm trên thế giới:

1932: Wolf, Schindler, Lange trình bày và sử dụng lần đầu tiên đèn soi dạ dày nửa cứng nửa mềm.

1958: Hirschowitz sử dụng ống soi mềm hoàn toàn, mở ra một thời đại phát triển mới.

1968: Lần đầu tiên đưa ống thông vào papille (Mac lune).

1970: Soi đại tràng ống mềm, cắt polyp.

1973: Lần đầu tiên cắt cơ Oddi (Kawai, Classen).

1979: Lần đầu tiên đặt ống dẫn lưu mật (Soehendra).

1980: Siêu âm nội soi.

1983: Nội soi video.

Hiện nay hầu hết các nước trên thế giới đều thực hiện nội soi ống mềm cho cả dạ dày và đại tràng, cả nội soi chẩn đoán và nội soi điều trị.

Ở Nhật, Hội Nội soi ra đời cách đây 53 năm, trước cả Hội Tiêu hoá. Nước Nhật đang dẫn đầu thế giới về phát hiện sớm ung thư dạ dày và đại tràng.

Ở Cộng hoà Liên bang Đức, Hội Nội soi ra đời đã được 44 năm, cứ 2 năm một lần tổ chức hội nghị khoa học, đến nay đã tổ chức 21 hội nghị. Chúng tôi xin giới thiệu kết quả điều tra về sự phát triển nội soi ống mềm do Ch.Ell và G.Schaller thực hiện năm 1989 ở Cộng hoà Liên bang Đức. Các ông đã gửi phiếu điều tra cho 1382 bệnh viện, trong đó 1116 bệnh viện đã tham gia với đầy đủ yêu cầu của cuộc điều tra. Sau đây là những kết quả chính:

#### **Bảng 1: Mốc thời gian về sự phát triển nội soi**

1957 - 1958: Nội soi ống mềm hoàn toàn.

1969 - 1970: Nội soi đại tràng toàn bộ.

1970: Chụp mật tụy ngược dòng.

1971 - 1972: Cắt polyp dạ dày, đại tràng, nội soi ruột non.

1973 - 1974: Cắt cơ vòng Oddi.

1975: Cầm máu bằng Laser.

1976: Tiêm cầm máu, siêu âm nội soi.

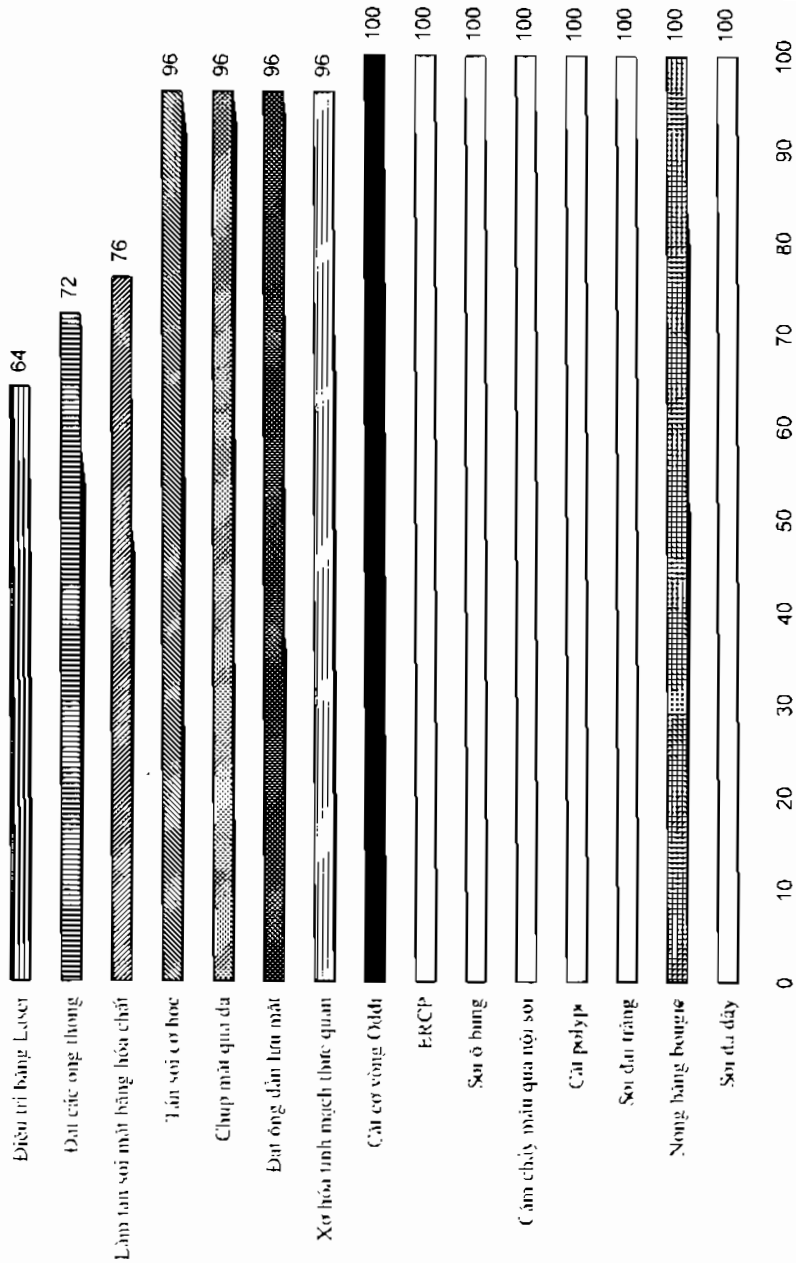
1977: Phá sỏi bằng nhiệt điện, tiêm xơ tĩnh mạch thực quản.

1979: Cầm chảy máu bằng thủy điện, dẫn lưu đường mật.

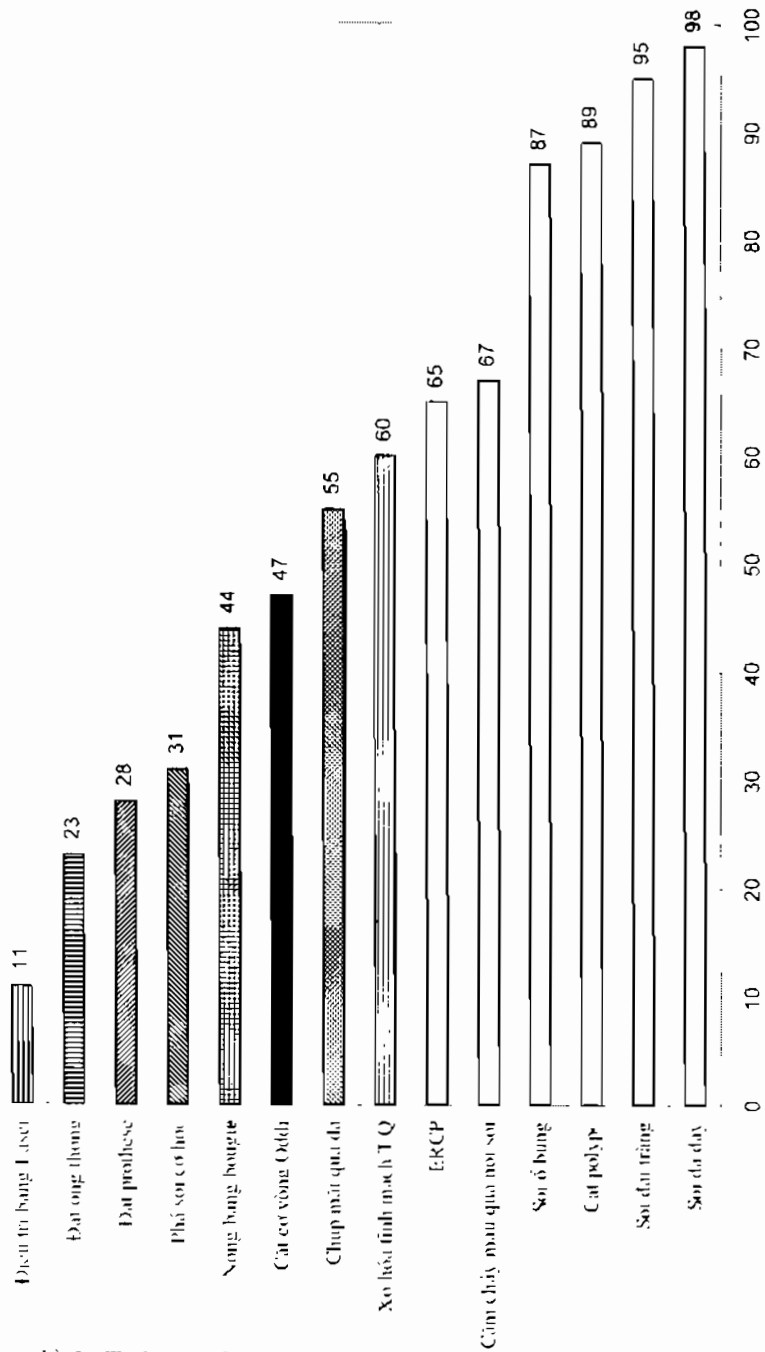
1981: Mở thông dạ dày qua nội soi.

1982: Tán sỏi mật bằng cơ học, điều trị khối u bằng Laser.

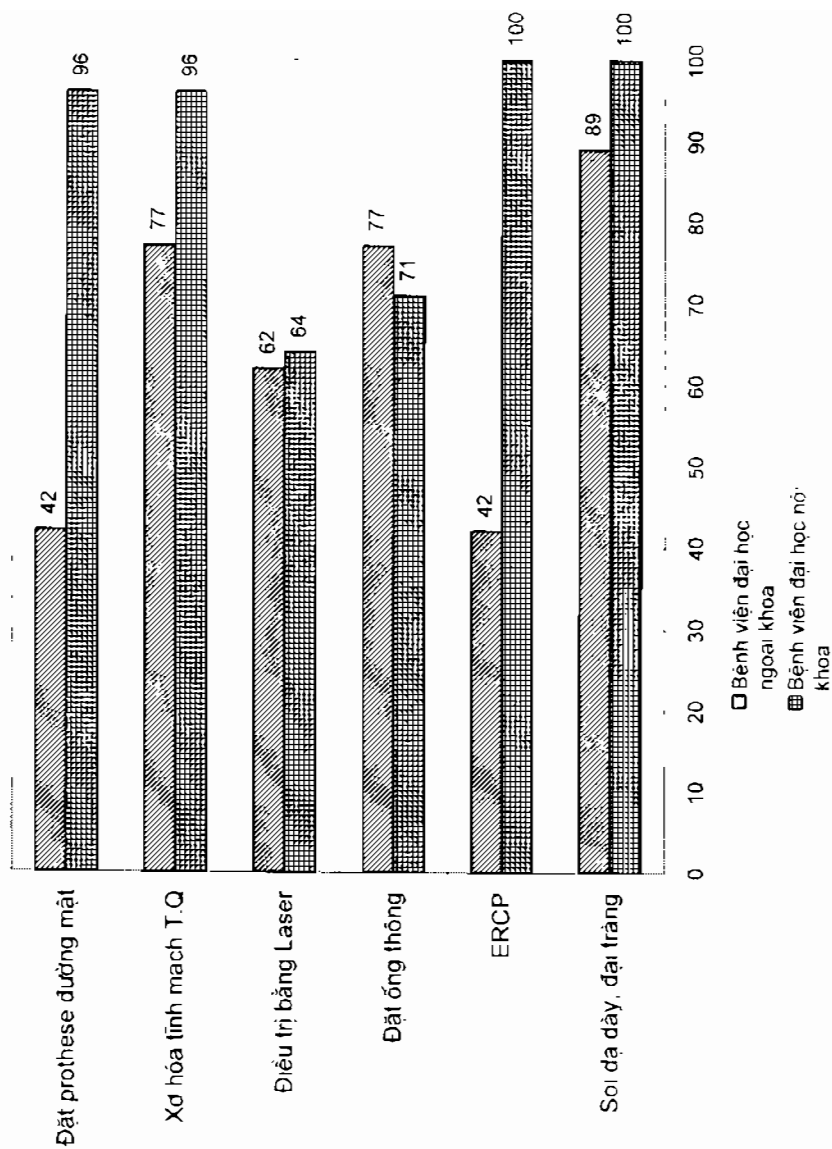
1984: Nội soi Video.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các bệnh viện nội khoa của các trường đại học ứng dụng các kỹ thuật nội soi.



*Biểu đồ 2: Tỷ lệ các bệnh viện nội khoa không phải của trường đại học ứng dụng các kĩ thuật nội soi.*



*Biểu đồ 3: So sánh tỉ lệ ứng dụng các kỹ thuật nội soi giữa các bệnh viện nội khoa và ngoại khoa.*

- Các bệnh viện nội khoa của trường đại học ứng dụng nội soi nhiều hơn các bệnh viện không phải là đại học (kể cả nội soi điều trị và chẩn đoán).

- Nhìn chung, bệnh viện nội khoa ứng dụng nội soi nhiều hơn các bệnh viện ngoại khoa, người ta cho rằng người bệnh nghĩ rằng ngoài điều trị bằng nội soi, họ còn được điều trị và theo dõi toàn diện hơn. Ví dụ xơ hoá tĩnh mạch thực quản, ERCP.

Để đẩy mạnh hơn nữa chuyên ngành Nội soi, chúng tôi cho rằng cần phải thực hiện một số việc sau đây:

1. Bồi dưỡng kiến thức nội soi cho các bác sĩ nội ngoại khoa nói chung, không chỉ cho bác sĩ nội soi hoặc bác sĩ chuyên khoa tiêu hoá. Thí dụ: Bệnh BBS, thiếu máu Biermer cũng cần có chỉ định nội soi dạ dày...

2. Quan niệm về nội soi ngày nay là gồm cả nội soi chẩn đoán và điều trị, nội soi điều trị ngày càng được quan tâm và áp dụng nhiều hơn.

3. Tăng cường hợp tác giữa nội khoa và ngoại khoa, nội soi là chiếc cầu, ngoài ra cần có sự hợp tác chặt chẽ với X quang.

4. Cần phải phát triển đồng bộ: Nội soi, siêu âm, X quang (kể cả CT).

5. Phát triển mạnh soi trực tràng và điều trị trĩ bằng tiêm xơ hoặc bằng thắt vòng cao su tại bệnh viện huyện.

6. Đẩy mạnh đào tạo cán bộ chính quy hoá, Bộ Y tế nên quy định ai làm nội soi phải được học hành nghiêm chỉnh, quy định nơi nào được cấp giấy chứng nhận. Không nên để tình trạng lộn xộn như hiện nay.

7. Về trang thiết bị cần đồng bộ, phù hợp với túi tiền, phải nắm vững thông tin về máy, mua máy phù hợp, tránh lãng phí, có nơi mua máy để đấy, có nơi máy cần mua không mua lại mua máy không cần, phải chú ý đến các phụ tùng tiêu hao và nuôi máy.

8. Về mặt tổ chức: Mỗi bệnh viện tỉnh nên tổ chức một

nhóm bác sĩ nội soi gồm cả nội ngoại khoa, có như vậy mới tổ chức soi cấp cứu chảy máu tiêu hoá, tránh cục bộ. Bộ Y tế nên có một nhóm nghiên cứu và chỉ đạo sự phát triển nội soi trong toàn quốc.

Trên đây chỉ là một số ý kiến đề xuất mong được Bộ Y tế quan tâm và giúp đỡ đến Ngành Nội soi để ngày một phát triển, phục vụ và đáp ứng được chẩn đoán và điều trị bệnh.



## **ĐƠN VỊ NỘI SOI TIÊU HOÁ**

Bố trí một đơn vị nội soi phải thoả mãn được nhiều mục đích, yêu cầu:

- Bác sĩ, y tá làm việc an toàn và có hiệu quả.
- Thuận tiện lau dọn phòng, rửa, tẩy, khử khuẩn.
- Đảm bảo bảo quản máy móc tốt.
- Thuận tiện cấp cứu và di chuyển bệnh nhân.
- Sáp nhập một đơn vị thăm dò chức năng tiêu hoá (PH metrie, phòng đặt sonde,...).
- Các phòng soi phải bố trí gần phòng hồi sức cấp cứu.
- Có phòng chờ và phòng nghỉ để theo dõi sau soi.

## **PHÒNG NỘI SOI**

- Số lượng máy soi phụ thuộc vào quy mô của từng cơ sở y tế, nói chung cần có bốn phòng:

- + Phòng soi ống tiêu hoá trên.
- + Phòng soi trực - đại tràng.
- + Phòng nội soi - siêu âm.
- + Phòng soi ổ bụng.

- Trong các phòng phải được lắp máy chiếu điện quang để phục vụ cho các thủ thuật:

- + Chụp mật tụy ngược dòng, lấy sỏi...
- + Đặt prothese đường mật, thực quản.
- + Các ca soi đại tràng khó.
- + Soi ruột non.

Vì nếu phải chuyển bệnh nhân tới khoa X quang sẽ có một số bất lợi: Máy móc nội soi rất đắt tiền, dễ hư hỏng khi di chuyển và không

có điều kiện đảm bảo rửa máy, khử khuẩn máy tại chỗ.

- Diện tích một phòng nội soi: 36 m<sup>2</sup>, cao 2.7 m.
- Tường và nền có thể rửa được dễ dàng thuận lợi.
- Cách âm.
- Có hai cửa để thuận tiện chuyển bệnh nhân nặng nằm cang, xe đẩy.
- Có chỗ để rửa và chuẩn bị máy.
- Có chỗ ngồi ghi kết quả.
- Có màn chiếu phim.
- Có hệ thống điện - nước - hơi, ôxy, cấp nghe nhìn.

## **TRANG THIẾT BỊ CỦA PHÒNG NỘI SOI**

1. Bàn soi: rộng 0,6 m, dài 1,8 m, có thể nâng lên hạ xuống, nghiêng phải nghiêng trái.

2. Bàn để chuẩn bị máy và các phụ tùng: găng tay, lọ xịt họng, kim sinh thiết, lọ đựng bệnh phẩm, kim cắt polyp, lọ đựng clo - test, hộp thuốc cấp cứu.

3. Một tủ treo tường: để bơm tiêm, lọ lấy bệnh phẩm, các hoá chất để nhuộm màu, thuốc chống bọt, dịch truyền.v.v...

4. Một màn chiếu phim treo đối diện bác sĩ soi.

5. Nguồn sáng, máy cắt điện, màn hình, máy hút, máy in.

## **LẮP ĐẶT ĐIỆN**

- Tránh để các dây điện đi dưới đất.
- Phải có nhiều ổ cắm đặt ở nhiều vị trí.
- Luôn có hai nguồn điện (một nguồn ưu tiên).

Trang thiết bị của phòng soi có lắp máy điện quang

- Diện tích phải rộng hơn 30 m<sup>2</sup>.

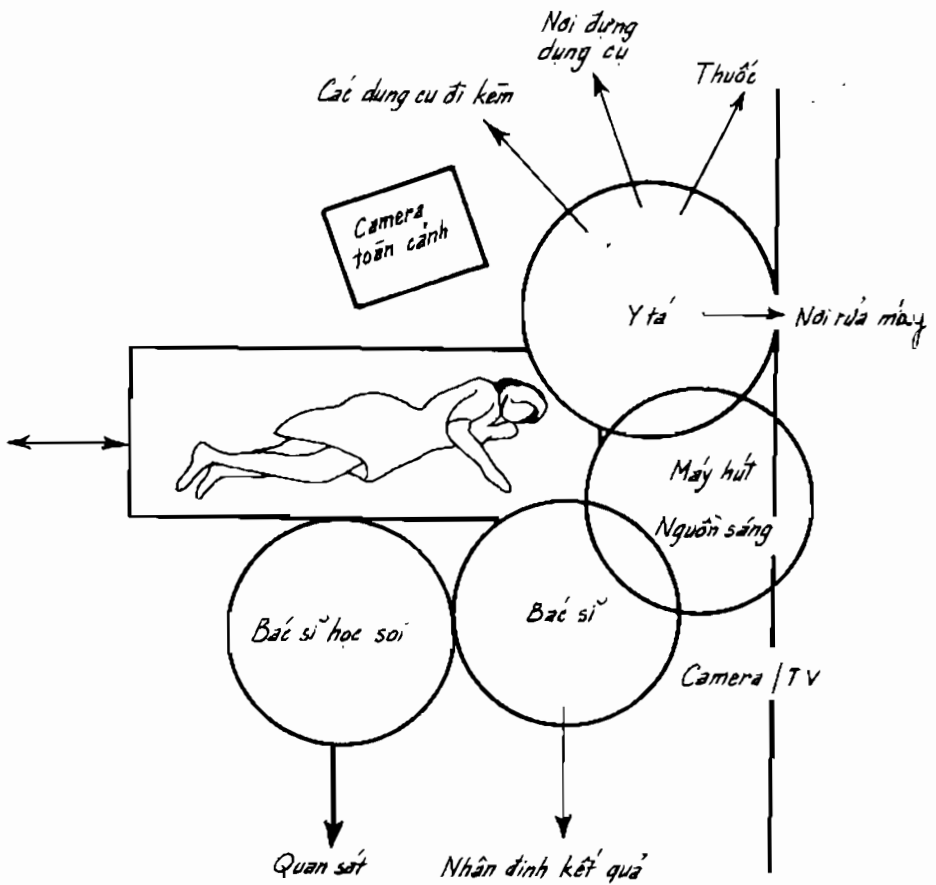
- Một bàn di động.
- Một màn tăng sáng có độ phân giải cao và có khả năng phóng đại hình ảnh.
- Có camera để quay quá trình soi.
- Có bàn đập nối với máy chiếu và với nguồn sáng.
- Có góc kín để rửa phim.

## **KHU VỰC RỬA MÁY**

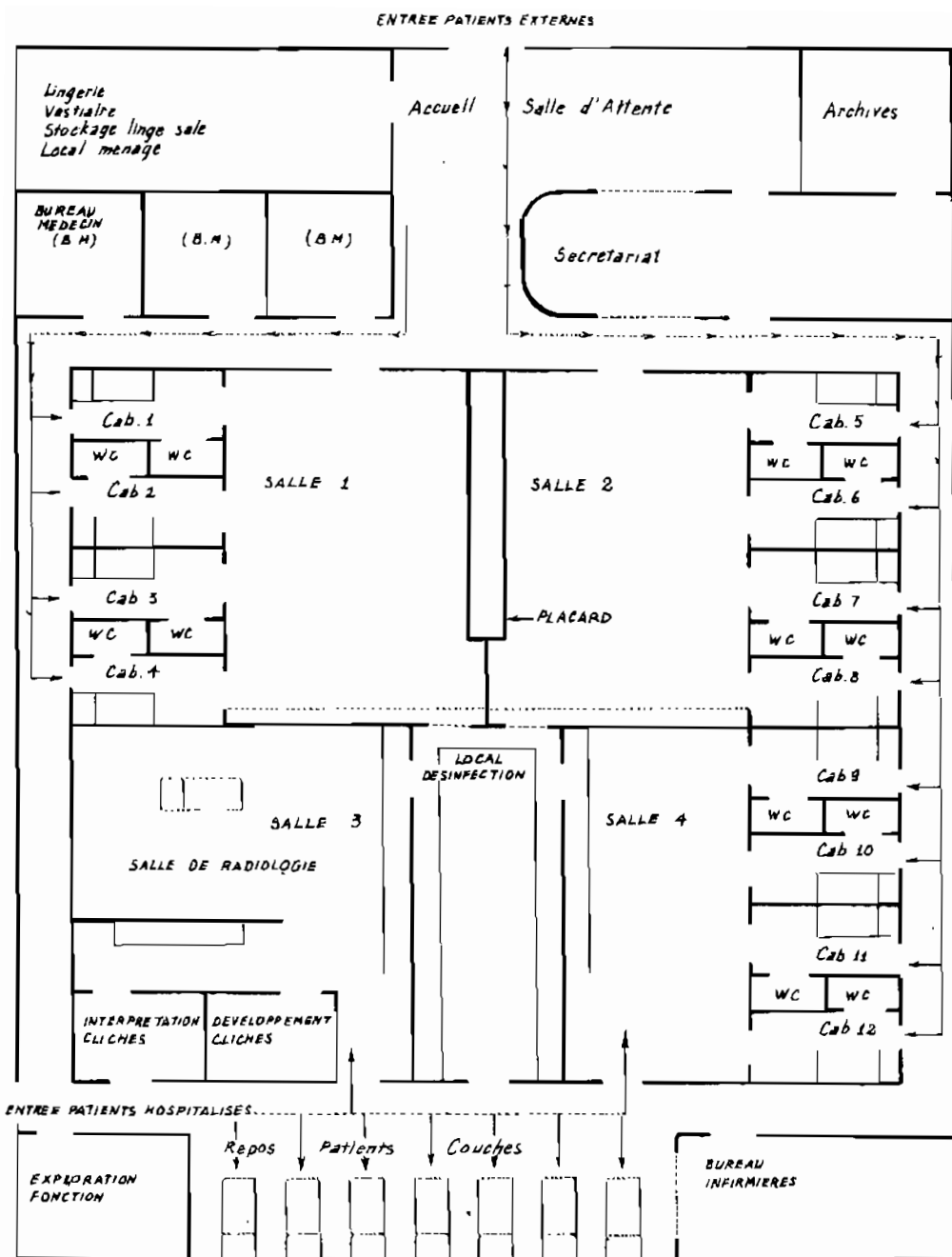
- Một bồn có vòi nước để sơ rửa máy trước khi ngâm máy vào nước sát khuẩn.
- Một chậu đựng dung dịch sát khuẩn có nắp đậy.
- Một bồn có vòi nước để rửa máy đã sát khuẩn.
- Một bàn để lau, hút khô máy.
- Một xô có nắp đậy để dung dịch sát khuẩn.
- Một giá để treo máy.
- Một tủ để các loại phụ tùng và các đồ cần thiết.

## **KHU VỰC CẤT GIỮ MÁY NỘI SOI**

- Tủ cao, kín, có các giá để treo máy và các kim sinh thiết, kim cắt.v.v...
- Có ngăn riêng để các loại phụ tùng nhỏ: van, bơm, nắp đậy máy.
- Ngăn để vali để khi cần mang máy đi.



Hình 1: Cách sắp xếp một đơn vị Nội soi



Hình 2: Sơ đồ một khu trung tâm Nội soi

# PHƯƠNG PHÁP TIỆT TRÙNG VÀ BẢO QUẢN MÁY NỘI SOI ỐNG MỀM

## I. SỰ CẦN THIẾT VÀ MỤC ĐÍCH CỦA VIỆC TIỆT TRÙNG, BẢO QUẢN MÁY NỘI SOI ỐNG MỀM

- Rửa, khử trùng và tiệt trùng máy ngay sau khi soi sẽ bảo đảm cho máy hoạt động tốt, duy trì độ bền của máy và tránh lây chéo giữa bệnh nhân với bệnh nhân và giữa bệnh nhân với người làm thủ thuật.
- Phải biết sử dụng các dung dịch khử trùng và tiệt trùng theo đúng qui định.
- Phải biết quy trình khử trùng và khử trùng, bảo quản máy để đảm bảo hiệu quả của việc khử trùng máy, tránh làm hỏng máy.

## II. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỬ TRÙNG (DISINFECTION) VÀ TIỆT TRÙNG MÁY (STERILIZATION)

Có nhiều phương pháp khử trùng và tiệt trùng máy được sử dụng để khử trùng và tiệt trùng máy soi cũng như các dụng cụ nội soi như: hấp ướt, siêu âm và dung dịch hóa chất. Nhưng khử trùng và tiệt trùng bằng hóa chất là được sử dụng nhiều nhất vì có thể khử trùng và tiệt trùng được cho cả máy soi và các dụng cụ nội soi.

### 1. Các dụng cụ tẩy rửa, khử trùng và tiệt trùng

*\* Tiêu chuẩn chung cho các dung dịch khử trùng và tiệt trùng:*

- Khử trùng với hiệu quả cao
- Tiệt trùng với phổ rộng: diệt vi khuẩn, virus, trực khuẩn lao, nấm, nha bào...
- Không ảnh hưởng tới máy và dụng cụ nội soi
- Không ảnh hưởng tới môi trường
- An toàn và dễ sử dụng

\* *Dung dịch khử trùng*: là dung dịch chỉ có tác dụng diệt vi khuẩn với tỷ lệ 80 – 85%, gồm có các loại sau:

- Xà phòng trung tính 0,5%, biệt dược là Ampholysinplus.
- Chất tẩy rửa dựa trên hoạt tính enzym, biệt dược là: Cidezym 0,5%, Aneozym 0,5%, Vinkon 0,5 - 1%, các chất tẩy rửa này làm sạch chất hữu cơ, máu bám tại những nơi khó rửa hoặc bị khô trên dụng cụ.

Các dung dịch khử trùng này có ưu điểm là an toàn cho dụng cụ và có mùi thơm, tác dụng trong vòng 1 phút, không để lại lớp màng trên dụng cụ.

\* *Dung dịch tiệt trùng*: là dung dịch có tác dụng diệt khuẩn với tỷ lệ cao 90 - 95%, diệt được nấm, nha bào, trực khuẩn lao, virus, gồm có các loại sau:

- Glutaraldehyt: biệt dược Cidex 2%, Steranios 2%, Rapicide 2,5%, Endosporin 2%...
- Ortho-phtalaldehyde: Cidex-OPA 55%. Dung dịch này có ưu điểm: tiệt trùng nhanh trong vòng 5 phút, an toàn cho máy soi và dụng cụ soi, nhạy với que thử, làm đổi màu protein giúp phát hiện dụng cụ chưa được rửa sạch.
- Dung dịch tiệt trùng dựa trên phản ứng thủy phân: dùng một chất có gốc acetyl trong môi trường lỏng tạo ra acid peracetic có tác dụng tiệt trùng, có các biệt dược sau: Anioxyde 100, Perasafe...
- Dung dịch nước điện giải acid: dùng muối ăn tạo ra điện giải acid có tác dụng tiệt trùng, loại dung dịch này được sử dụng với máy rửa tự động.

## 2. Các dụng cụ tiệt trùng máy soi và các dụng cụ nội soi

- Tiệt trùng bằng tay: chậu nhựa chuyên dụng có nắp bàn chải dài, bàn chải ngắn, van bơm tăng cường, van hút tăng cường, van ba chiều.
- Tiệt trùng bằng máy rửa tự động: máy rửa tự động: Olympus, máy clean-top MW-S, máy DSD-201...

### III. KỸ THUẬT KHỬ TRÙNG, TIỆT TRÙNG MÁY SOI VÀ CÁC DỤNG CỤ SOI

#### 1. Khử trùng, tiệt trùng máy soi bằng tay

Phải tẩy uế, khử trùng, tiệt trùng máy soi và các dụng cụ soi ngay sau khi soi xong. Quy trình tẩy rửa, khử trùng, tiệt trùng được thực hiện theo các bước sau:

*Tẩy rửa sơ bộ* → *Thử dò rỉ (leake test)* → *Khử trùng* → *Tráng bằng nước sạch* → *Tiệt trùng* → *Tráng bằng nước cất hoặc nước máy sạch* → *Sấy khô*.

#### 1.1. Tẩy rửa sơ bộ

Dùng 500 ml nước xà phòng trung tính hoặc chất tẩy rửa có hoạt chất enzym (Cidezym, Vinkon) để vào một bình nước nhỏ ngay sau khi rút máy ra khỏi bệnh nhân, dùng van hút tăng cường hút trong vòng 30 giây, dùng gạc rửa phía ngoài máy soi.

#### 1.2. Thử dò rỉ

Rất quan trọng vì nếu máy bị rách phần cao su, hoặc thủng kênh sinh thiết thì khi ngâm máy vào dung dịch khử trùng, dung dịch sẽ vào bên trong máy làm hỏng máy. Có hai cách thử dò rỉ tùy theo từng loại máy soi khác nhau: thử dò rỉ bằng đồng hồ thử và thử dò rỉ bằng nguồn sáng hoặc bằng máy thử dò rỉ.

- Thử dò rỉ bằng đồng hồ thử: lắp đồng hồ thử hơi vào vị trí thử dò rỉ trên dây soi, bơm hơi cho tới khi kim đồng hồ lên tới áp lực ở mức quy định, để trong vòng 30 giây, nếu máy không bị thủng, kim đồng hồ không thay đổi, nếu máy bị rách hoặc thủng, kim đồng hồ sẽ xuống dần vì áp lực trong vỏ máy bị giảm xuống, hoặc nếu bị thủng kênh sinh thiết sẽ thấy có hơi ra ở phía đầu dây soi (chỗ kênh sinh thiết) và kim đồng hồ cùng xuống dần.
- Thử dò rỉ bằng nguồn ánh sáng hoặc máy thử dò rỉ:
  - + Nối nguồn sáng vào vị trí thử dò rỉ trên dây soi, bật bơm hơi ở mức tối đa, hơi sẽ làm cho vỏ cao su của máy căng lên, khi hơi đã căng đều vỏ máy tắt bơm hơi.



- + Ngâm toàn bộ dây soi vào trong nước để trong vòng 30 giây. Nếu sau 30 giây không thấy bong bóng nổi lên là máy không bị rách hoặc thủng. Nếu sau 30 giây bong bóng vẫn có tức là máy bị rách, phải bỏ máy ra ngay để sấy khô và đem sửa.

### **1.3. Khử trùng**

Chỉ tiến hành khử trùng khi máy không bị rách. Dùng 5 lít xà phòng trung tính hoặc dung dịch khử khuẩn có hoạt tính enzym (chú ý pha dung dịch theo đúng quy định) đựng vào chậu chuyên dụng có nắp đậy, chú ý đường kính của chậu phải trên 40 cm để máy không bị cuộn quá nhỏ làm gây các sợi thủy tinh bên trong máy.

Nhúng chìm toàn bộ dây soi vào dung dịch khử khuẩn: dùng van ba chiều rửa sạch các đường sinh thiết, bơm hơi và nước, dùng bàn chải dài cọ các đường sinh thiết, đường bơm hơi, nước và dùng bàn chải ngắn cọ các lỗ van và đầu dây soi. Dùng gạc mềm rửa phía ngoài máy soi.

Chú ý: Khi bàn chải hỏng phải thay ngay vì lông bàn chải rụng ra có thể làm tắc máy và không bảo đảm rửa sạch máy. Không rửa máy cùng với các dụng cụ nội soi khác như kim sinh thiết, kim tiêm cầm máu, vì vật sắc nhọn có thể làm rách máy.

### **1.4. Tráng máy bằng nước sạch**

Các bước giống như khử trùng máy, tráng sạch các đường bên trong máy và phân cao su bên ngoài máy. Chú ý: phải làm khô máy trước khi ngâm vào dung dịch tiệt trùng vì nếu còn nước sẽ làm loãng dung dịch tiệt trùng.

### **1.5. Tiệt trùng máy**

Dùng 5 lít dung dịch tiệt khuẩn đựng trong chậu rửa chuyên dụng và tiến hành theo các bước như trong khử trùng. Khi nhắc máy soi ra dùng van ba chiều đẩy hết dung dịch tiệt trùng ra khỏi máy soi. Tráng máy soi bằng nước cất hoặc nước máy sạch, tráng bên trong và bên ngoài máy theo các bước quy định.

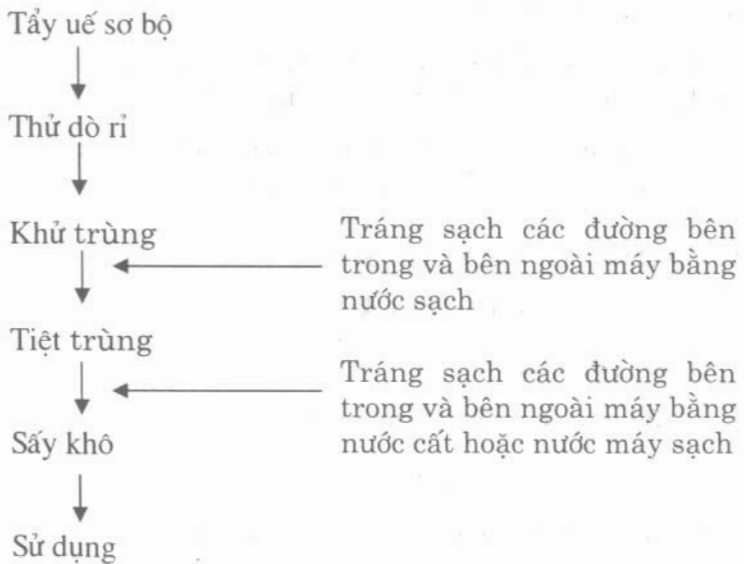
### **1.6. Làm khô máy**

Lau khô toàn bộ bên ngoài máy. Chú ý: lau khô phần nối vào nguồn sáng trước khi nối vào nguồn sáng để tránh nước vào nguồn sáng. Làm khô đường bên trong máy: dùng máy hút để làm khô đường sinh thiết, dùng bộ phận bơm hơi để làm khô đường bơm hơi và nước. Sau khi kết thúc buổi soi phải tháo hết van, treo máy vào nơi thoáng, khô, sạch.



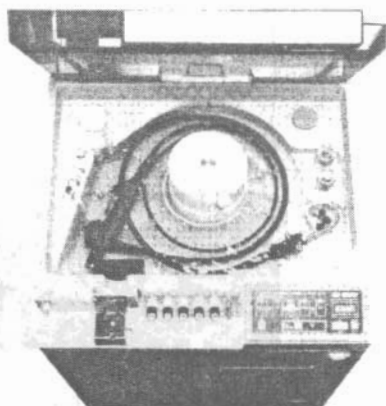
*Thử dò rỉ máy trước khi ngâm*

**Sơ đồ rửa, khử trùng và tiệt trùng máy nội soi:**



## 2. Khử khuẩn, tiệt khuẩn máy nội soi bằng máy rửa tự động

Ưu điểm: không phụ thuộc vào người rửa máy, hoạt động theo chương trình đã cài sẵn, bảo đảm tính khách quan.



*Rửa máy soi bằng máy rửa tự động*

## 3. Tẩy rửa, khử trùng và tiệt trùng các dụng cụ nội soi

Các dụng cụ nội soi như: kim gấp dị vật, kim tiêm cầm máu, súng thắt dẫn tĩnh mạch thực quản...

Phải tẩy uế, khử khuẩn và tiệt khuẩn các dụng cụ này ngay sau khi làm thủ thuật theo đúng các bước quy định.

Nếu dụng cụ có vỏ bọc Teflon bên ngoài phải rửa sạch cả bên trong và bên ngoài vỏ trước khi khử và tiệt trùng.

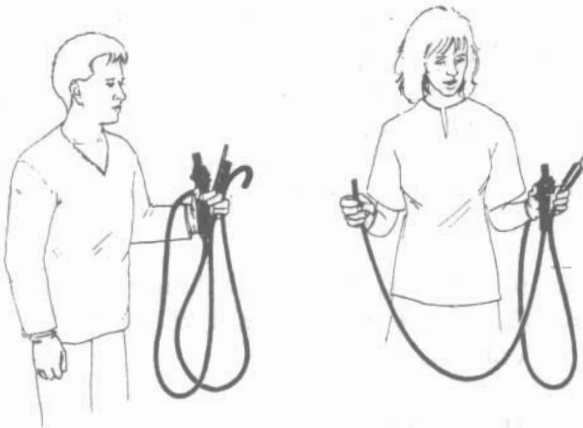
## IV. BẢO QUẢN MÁY NỘI SOI

Trước và sau khi soi phải kiểm tra lại toàn bộ chức năng của máy soi:

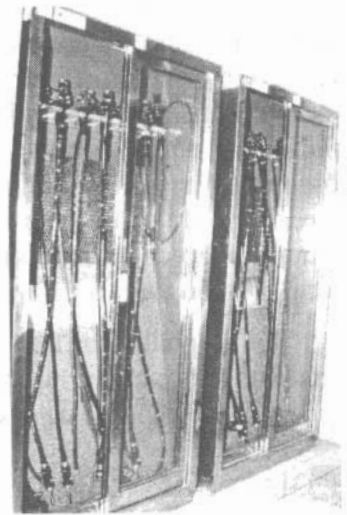
- Bộ phận hút
- Bộ phận bơm hơi, bơm nước
- Ánh sáng, hình ảnh
- Bộ phận cơ: quay phải – trái, lên – xuống
- Không bị thủng, rách

Nếu có bị hỏng phần nào cần sửa ngay, đặc biệt nếu bị thủng, rách thì tuyệt đối không được sử dụng, phải sửa ngay.

- Trong khi soi phải chú ý điều khiển máy soi nhẹ nhàng, chú ý sử dụng bộ phận điều khiển lên - xuống, trái - phải để tránh làm đứt bộ cơ.
- Ngay sau khi xong phải tẩy uế, khử trùng, tiệt trùng máy soi theo đúng các bước quy định.
- Sau mỗi buổi soi phải tháo van, treo máy ở tư thế thẳng đứng ở nơi khô, thoáng mát hoặc tốt nhất là treo máy trong tủ bảo quản máy.
- Định kỳ kiểm tra và bảo dưỡng máy.



*Cách cầm máy đúng*



*Tủ bảo quản máy*

# HÌNH ẢNH BÌNH THƯỜNG VÀ BỆNH LÝ CỦA THỰC QUẢN QUA NỘI SOI

## I. MỞ ĐẦU

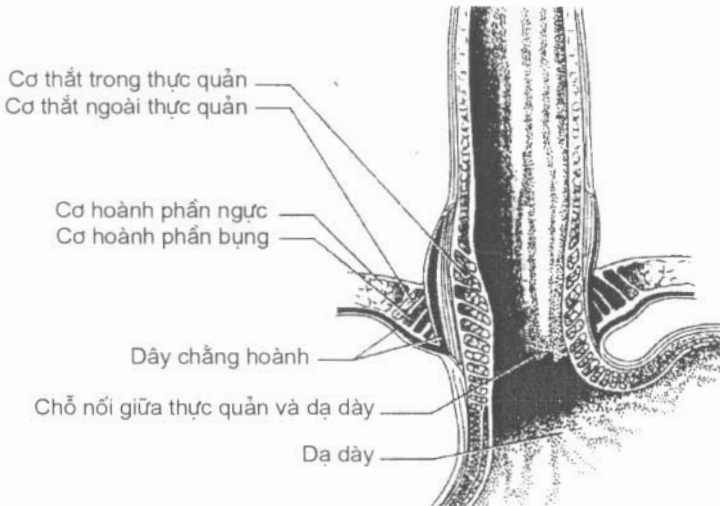
Những triệu chứng như đau ngực, nuốt đau, nuốt khó, ợ chua... do rất nhiều nguyên nhân gây ra, những triệu chứng này không đặc hiệu cho một bệnh lý nào ở thực quản do đó nội soi thực quản là một phương pháp chẩn đoán và điều trị những bệnh lý ở thực quản rất quan trọng. Nội soi kết hợp với nhuộm màu, sinh thiết làm mô bệnh học để chẩn đoán tổn thương lành tính và ác tính ở thực quản. Nội soi điều trị nong thực quản như gấp dị vật, cắt polyp, thắt giãn tĩnh mạch thực quản là những phương pháp điều trị rất có hiệu quả. Tuy nhiên phương pháp soi thực quản cũng có những hạn chế như không đánh giá được nhu động của thực quản, máy không qua được chỗ tổn thương hẹp thực quản nên không đánh giá được tổn thương phía dưới chỗ hẹp, do đó để chẩn đoán những bệnh lý của thực quản cần kết hợp với các phương pháp chẩn đoán khác như chụp X-quang thực quản có uống Baryte, đồng vị phóng xạ và đo áp lực thực quản.

Với sự phát triển liên tục, nội soi tiêu hoá đã được áp dụng rộng rãi và trở thành một phương pháp chẩn đoán và điều trị quan trọng không thể thiếu được đối với chẩn đoán và điều trị bệnh lý ở thực quản.

## II. GIẢI PHẪU THỰC QUẢN BÌNH THƯỜNG

Thực quản là một phần của ống tiêu hoá nối từ miệng đến dạ dày, dài khoảng 25 cm từ cổ, ngay phía dưới chỗ cơ nhân hầu (tương ứng với đốt sống cổ 6) cho tới tâm vị trong ổ bụng (tương ứng với đốt sống ngực 11). Bình thường lòng thực quản xẹp, khi nuốt lòng thực quản giãn ra khoảng 3 cm. Thực quản đi theo hướng hơi lệch sang trái và nằm sau tim và đi vào trong ổ bụng qua lỗ hoành, lỗ này xuyên qua trực hoành phải. Ngang với đốt sống ngực 4, thực quản bị cung động mạch chủ đè vào, do đó khi soi thực quản sẽ thấy nhịp đập của động mạch chủ, vị trí này cách cung răng trên 23 cm, ngay phía dưới chỗ lõm của cung động mạch chủ là chỗ lõm của khí quản trái đè vào thực quản ở phía trước trái, tiếp theo thực quản nằm sát ngay sau thất trái do đó khi soi sẽ thấy nhịp đập của tim. Bình thường đoạn thực quản trong ổ bụng dài 2 cm. Khi soi thực quản thấy chỗ nối giữa thực quản và dạ dày cách cung răng trên khoảng 40 cm. Những thay đổi của các

tạng lân cận cạnh thực quản đều ảnh hưởng đến thực quản và thấy rõ trên phim chụp X-quang thực quản có ướng Baryte như quá sản đốt sống cổ, phình động mạch chủ, hạch cổ to và thất trái to.



*Hình ảnh thực quản bình thường*



Hình ảnh thực quản bình thường



Hình ảnh nội soi đường Z bình thường

### III. BỆNH LÝ THỰC QUẢN

#### 1. Rối loạn vận động thực quản

##### 1.1. Co thắt tâm vị (achalasia)

Co thắt tâm vị là một biểu hiện bệnh lý do giảm nhu động thực quản và tăng co bóp cơ thắt thực quản dưới do đó khó nuốt, thực quản giãn ra không hết làm cho thức ăn ứ đọng trong thực quản.

- Khi soi thấy thực quản giãn rộng, ứ đọng thức ăn, có thể thấy xung huyết, trợt, loét, lúc mới đưa máy soi vào thực quản có thể khó, nhưng nếu nhẹ nhàng từ từ đẩy máy vào thì dễ dàng xuống dạ dày. Nếu máy soi đưa qua thực quản khó hoặc không thể qua được thì có thể hẹp thực quản do tổn thương lành hay ác tính, khi máy soi không qua được cần chụp X-quang thực quản có uống baryte để chẩn đoán tổn thương phía dưới chỗ hẹp. Quan sát vùng tâm vị bằng phương pháp soi ngược để loại trừ tổn thương ung thư ở vùng này gây nuốt khó. Biến chứng của co thắt tâm vị kéo dài là ung thư thực quản.
- Điều trị bằng phương pháp nong thực quản qua nội soi bằng bóng hoặc bằng dụng cụ nong. Chỉ định ngoại khoa khi nong thực quản 3 lần thất bại.



*Hình ảnh nội soi  
co thắt tâm vị*



*Hình ảnh chụp X quang  
co thắt tâm vị*

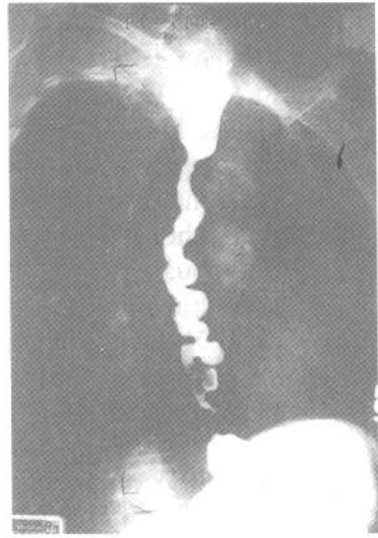


*Hình ảnh chụp X quang ứ đọng thức  
ăn do co thắt tâm vị*



**1.2. Tăng cơ bóp thực quản:** thực quản co bóp nhanh, mạnh và kéo dài, tăng trương lực cơ của cơ thắt thực quản dưới khi nuốt và giãn ra không hết.

- Nội soi thực quản: để loại trừ các tổn thương khác ở thực quản.
- Thường kết hợp với viêm thực quản trào ngược.
- Có thể thấy viêm thực quản do thuốc, do nhiễm trùng và ung thư thực quản.
- Điều trị: nội khoa với thuốc giãn cơ nitrat, an thần, chống co thắt, thuốc chẹn kênh calci. Nong thực quản qua nội soi hoặc qua phẫu thuật.



Hình ảnh chụp X quang tăng cơ bóp thực quản

### 1.3. Các rối loạn co bóp thực quản khác

Giảm nhu động thực quản do bệnh lý toàn thân như xơ cứng bì, collagen.

Hình ảnh nội soi: viêm thực quản trào ngược, hẹp thực quản hoặc nấm thực quản.

## 2. Những bệnh lý thực quản khác

**2.1. Vòng niêm mạc thực quản (Mucosal esophageal rings):** vòng niêm mạc được bao phủ bởi lớp niêm mạc ở vị trí đường Z, được gọi là vòng Schatzki hoặc vòng B.

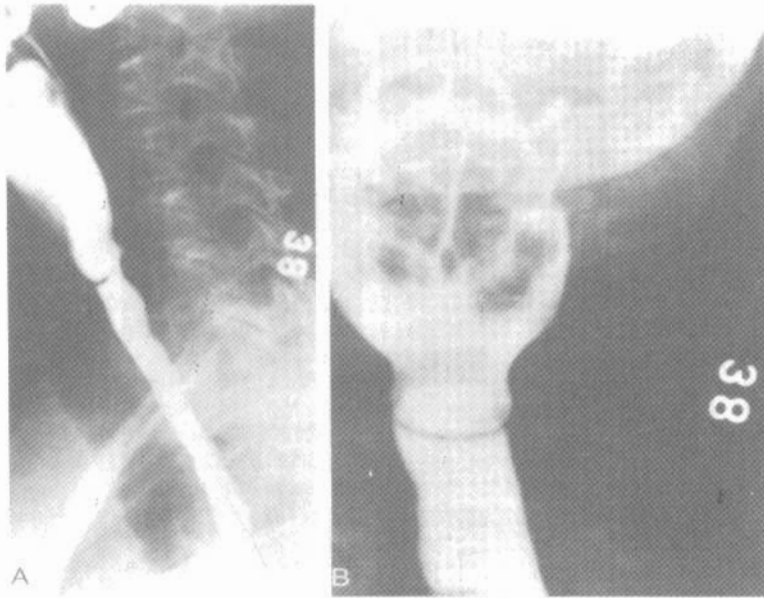
Hình ảnh nội soi: vòng mỏng, tròn, hoặc khuyết ở trên đường Z, có thể thấy thức ăn vướng ở vòng niêm mạc hoặc chảy máu do rách khi máy soi đi qua.

- Điều trị: nếu có hẹp thực quản nong qua nội soi.

**2.2. Vòng cơ thực quản (Muscular esophageal rings):** cách đường Z vài cm, hình dạng thay đổi khi thực quản co bóp.

Phân biệt với vòng niêm mạc thực quản dựa vào vị trí, hình dạng, nếu là vòng niêm mạc sẽ không thay đổi khi thực quản co bóp và thấy vướng khi máy soi đi qua. Điều trị: nếu có hẹp thực quản nong qua nội soi.

### 2.3. Màng thực quản (Esophageal webs)



Hình ảnh X quang màng thực quản

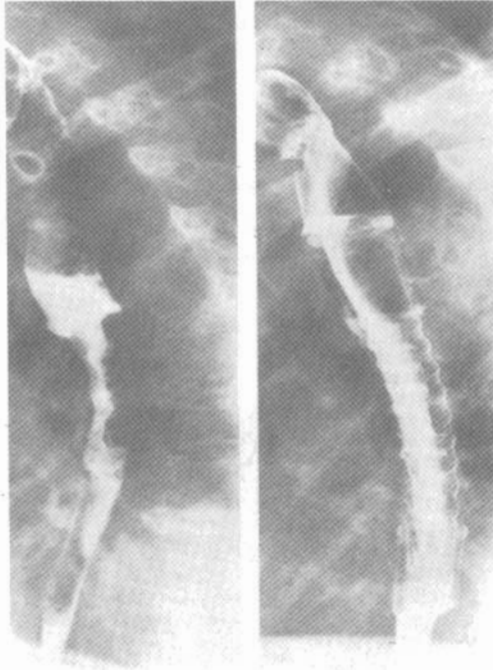
Màng được bao phủ bởi lớp tế bào vảy, có thể làm hẹp lòng thực quản, thường ở vị trí đoạn thực quản cổ, nhưng cũng có thể thấy ở bất cứ đoạn nào của thực quản, có thể có một hoặc nhiều màng.

- Nếu có kết hợp với thiếu máu thiếu sắt gọi là hội chứng Plummer - Vinson hoặc hội chứng Patterson - Kelly.
- Có thể chảy máu do bị thủng nhưng không cần điều trị.
- Điều trị: nong thực quản qua nội soi nếu có nuốt khó và nhiều màng.

### 2.4. Hẹp thực quản do chèn ép từ ngoài vào

Những nguyên nhân gây chèn ép vào thực quản: tổ chức bất thường, mạch máu, tổ chức ung thư, gai đốt sống cổ, tim to, phồng động mạch chủ nhánh của động mạch dưới đòn phải, ung thư phổi và hạch trung thất.

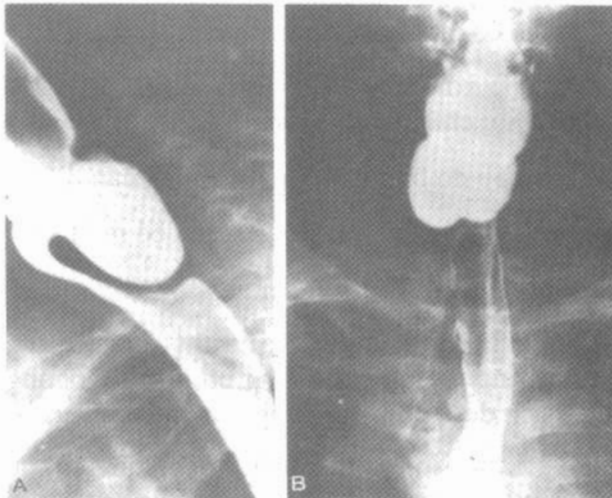
Hình ảnh nội soi: hẹp lòng thực quản, hình ảnh xâm lấn của khối u vào lòng thực quản. Điều trị: không có tác dụng khi nong thực quản qua nội soi.



*Hình ảnh chụp X quang khối u đè vào thực quản*

## 2.5. Túi thừa thực quản

- Túi thừa thực quản - họng:



*Hình ảnh túi thừa Zenker*

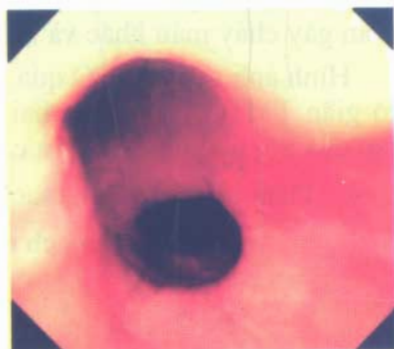
Túi thừa Zenker: Túi thừa ở vị trí thực quản - họng, chụp thực quản có uống Baryte để chẩn đoán, không có chỉ định soi thực quản vì túi thừa ngay ở vùng nhân hầu nên không phát hiện được qua nội soi. Nội soi chỉ để chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân khác, chú ý biến chứng thủng túi thừa khi soi.

Túi thừa ở giữa thực quản:

+ Thường do viêm nhiễm ở vùng trung thất co kéo sinh ra túi thừa, do quá trình rối loạn vận động của thực quản hoặc do bám sinh.

+ Chụp X quang: thấy hình ảnh túi thừa, nội soi chẩn đoán, cần chú ý biến chứng thủng hoặc chảy máu.

+ Điều trị: ngoại khoa khi có biến chứng chảy máu hoặc hẹp.



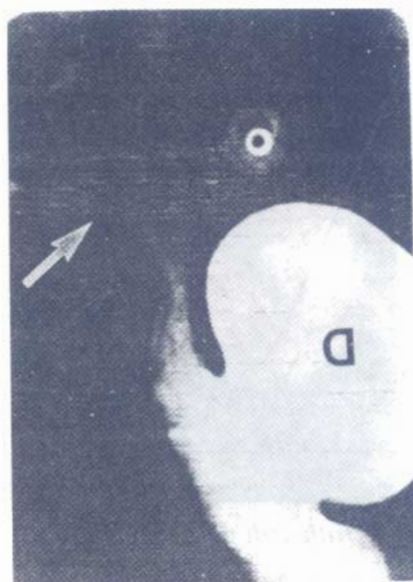
*Hình ảnh nội soi túi thừa thực quản*

- Túi thừa trên cơ hoành:

Túi thừa liên quan đến rối loạn nhu động của thực quản đặc biệt là co thắt thực quản.

+ Hình ảnh chụp X-quang thực quản: thấy túi thừa có miệng rộng ngay ở phía trên hình "mỏ chim" của bệnh co thắt tâm vị.

- Giả túi thừa: giả túi thừa có kích thước nhỏ, cổ ngay trên thành của thực quản nên thấy rất rõ khi chụp X-quang thực quản. Hình ảnh nội soi thấy túi thừa nhỏ. Túi thừa có thể liên quan đến hẹp thực quản, nắm thực quản hoặc viêm thực quản trào ngược. Không cần điều trị đặc hiệu.



*Túi thừa trên cơ hoành*

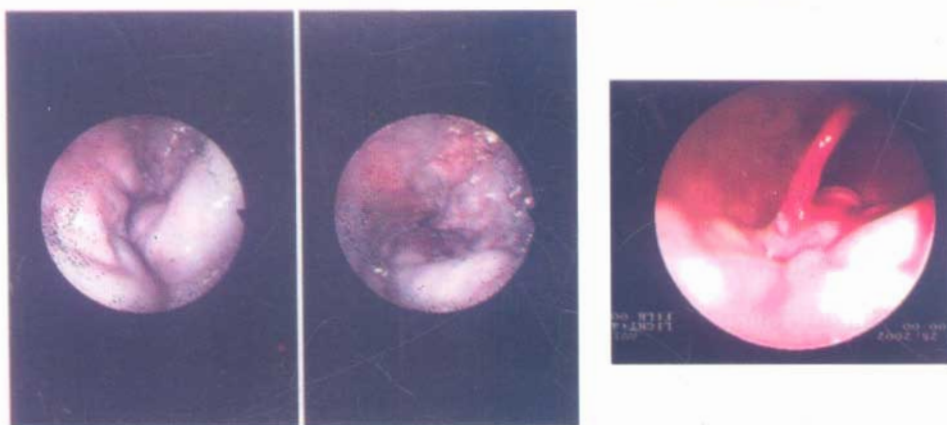
### 3. Giãn tĩnh mạch thực quản

Giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là hậu quả của tăng áp lực tĩnh mạch cửa (ALTMC), thường không có biểu hiện triệu chứng gì, hoặc có chảy máu do vỡ TMTQ. Nhờ có phương pháp nội soi chẩn đoán được giãn TMTQ và biến chứng chảy máu do vỡ TMTQ, chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây chảy máu khác và thắt dãn TMTQ khi có biến chứng vỡ.

Hình ảnh giãn TMTQ qua nội soi: có nhiều cách khác nhau để phân mức độ giãn TMTQ, nhưng có hai cách phân loại được áp dụng rộng rãi: phân loại của hội tiêu hoá Pháp và cách phân loại của Hội nội soi Nhật Bản.

– Phân loại giãn tĩnh mạch thực quản của Hội nội soi Nhật Bản:

- + Độ 1: tĩnh mạch có kích thước nhỏ, thẳng và biến mất khi bơm hơi căng.
- + Độ 2: tĩnh mạch có đường kính nhỏ hơn 5mm, ngoằn ngoèo và chiếm dưới 1/3 khẩu kính thực quản.
- + Độ 3: tĩnh mạch có kích thước lớn hơn 5mm và chiếm trên 1/3 khẩu kính của thực quản.
- + Độ 4: tĩnh mạch có kích thước lớn hơn 5mm và chiếm toàn bộ khẩu kính của thực quản có dấu hiệu dẫn trên dẫn.



Hình ảnh giãn tĩnh mạch thực quản      Hình ảnh vỡ tĩnh mạch thực quản

### 4. Thoát vị hoành và bệnh lý thực quản do nguyên nhân dạ dày

Thoát vị hoành là một phần dạ dày hoặc toàn bộ dạ dày trượt qua lỗ hoành đi vào lồng ngực, khi chỗ nối giữa thực quản và dạ dày cao hơn lỗ hoành lớn hơn 2 cm.

Thoát vị hoành được chia làm hai loại: thoát vị một phần và thoát vị toàn phần (toàn bộ dạ dày chui vào lồng ngực), thoát vị một phần được chia làm 2 loại: thoát vị hoành trượt và thoát vị hoành khe. Thoát vị hoành thường kèm theo viêm thực quản trào ngược.

**4.1. Thoát vị hoành một phần:** gồm có thoát vị hoành trượt và thoát vị hoành khe

– Thoát vị hoành trượt:

Thoát vị trượt (hay gập nhất) là chỗ nối dạ dày - thực quản và một phần dạ dày bị đẩy lên phía sau trung thất nhưng dạ dày không có thay đổi trực.

Hình ảnh nội soi khi soi thẳng:

+ Thực quản dẫn hình quả chuông, vòng trên tựa nền bởi cơ thắt dưới của thực quản, vòng dưới là thoát vị.

+ Đường Z trên chỗ thoát vị vài cm

+ Độ dài giữa đường Z và cung răng trên ngắn lại.

+ Các nếp niêm mạc hội tụ vào chỗ thoát vị.

Hình ảnh nội soi khi soi ngược:

+ Tâm vị không bóp chặt.

+ Dẫn hình chuông phía trên tâm vị.

+ Các nếp niêm mạc hội tụ về phía thoát vị.

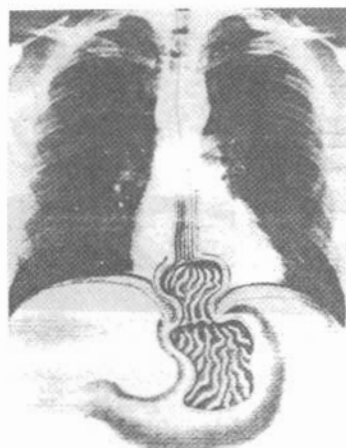
Hình ảnh thoát vị hoành trượt qua chụp X quang lồng ngực nghiêng thấy có khối động thuốc với mức hơi ở trên.

Thoát vị hoành trượt thường không gây triệu chứng nếu có trào ngược thực quản sẽ có ợ nóng, đau ngực.

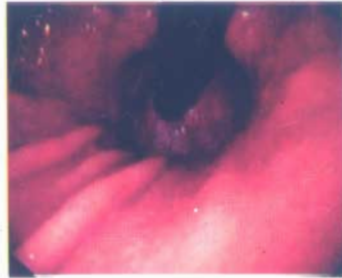
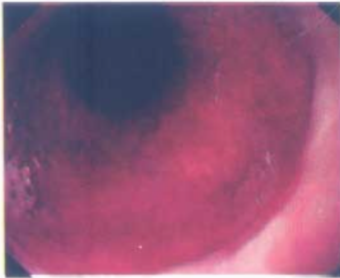
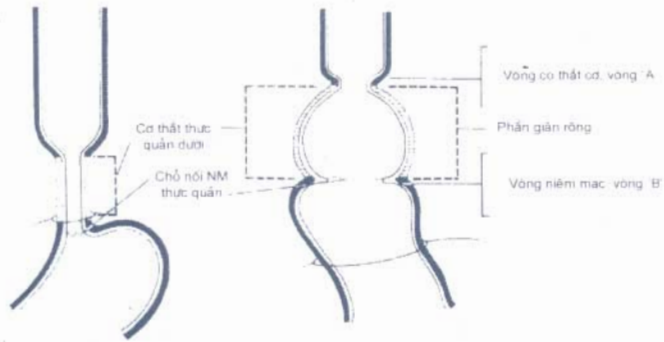
**Chú ý:**

+ Không được đẩy máy vào thực quản.

+ Nếu đẩy máy vào thực quản phải kéo máy soi ra và điều chỉnh máy thẳng.



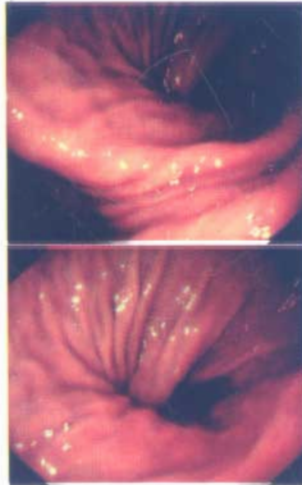
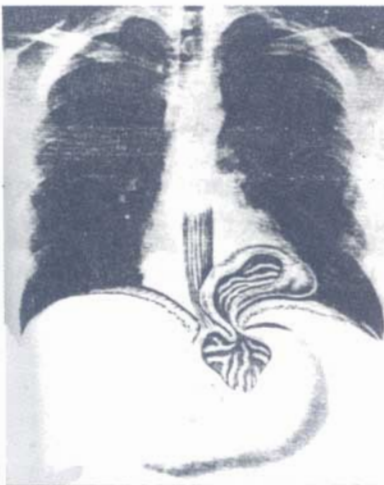
*Thoát vị hoành trượt*



*Hình ảnh thoát vị hoành trượt*

– Thoát vị hoành khe:

+ Là thoát vị nhưng chỗ nối của thực quản và dạ dày vẫn ở vị trí bình thường, đáy dạ dày chui vào lồng ngực và xoắn vặn, thường nằm dọc theo thực quản.

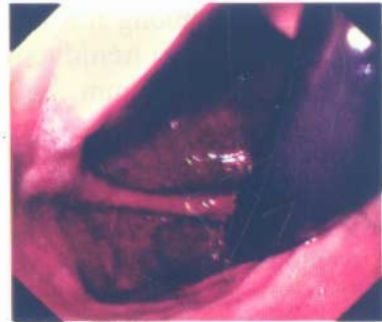
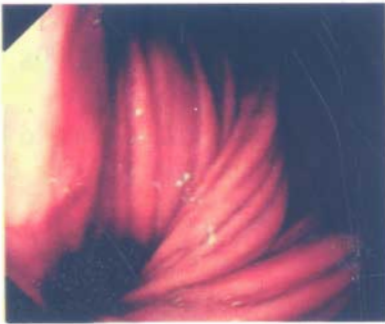


*Hình ảnh thoát vị hoành khe*

+ Hình ảnh nội soi: chỉ nhìn thấy khi soi ngược: tâm vị bình thường, cạnh tâm vị có một lòng ống khác (thoát vị), các nếp niêm mạc hội tụ vào chỗ thoát vị.

+ **Chú ý:** không đưa máy vào chỗ thoát vị.

**4.2. Thoát vị hoành toàn phần:** là bệnh hiếm gặp, nếu lỗ thoát vị to thì có thể toàn bộ dạ dày chui vào lồng ngực tạo ra hình lộn ngược gây hẹp thực quản và dạ dày. Nếu hệ thống nuôi dưỡng dạ dày bị ép thì có thể thủng dạ dày, chụp X-quang: trong trường hợp thoát vị nhiều sẽ thấy toàn bộ dạ dày nằm trong lồng ngực ở vị trí đảo ngược, thân dạ dày và hang vị hoàn toàn ở trong lồng ngực không có mức nước và hơi. Khi soi thấy hình kỳ quái và rất khó xác định được hướng đi của dạ dày, khó hoặc không thể đưa máy soi xuống môn vị.



*Hình ảnh nội soi thoát vị hoành toàn phần*

### **4.3. Sa dạ dày - thực quản**

Là một phần mặt trước hoặc một phần bờ cong lớn đi vào trong thực quản, thường phối hợp với bệnh lý tâm vị kém co bóp hoặc thoát vị hoành trượt. Triệu chứng đau ngực khi tăng áp lực ổ bụng.

Hình ảnh nội soi: khi nôn hoặc ợ niêm mạc dạ dày chui vào đoạn dưới thực quản trông như hình nấm. Sa niêm mạc dạ dày có thể chiếm một phần hay toàn bộ lòng thực quản.

### **5. Viêm thực quản trào ngược**

Hội chứng trào ngược dạ dày - thực quản là hiện tượng các chất dịch chứa trong dạ dày thoát qua tâm vị lên thực quản. Nếu hiện tượng này xảy ra thường xuyên và kéo dài sẽ gây ra bệnh và gọi là "Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản" và nếu gây ra viêm thực quản bệnh được gọi là "Viêm thực quản



trào ngược do dịch dạ dày”. Sau khi phẫu thuật nối ruột - thực quản, dịch mật từ ruột trào ngược vào thực quản sẽ gây viêm thực quản, bệnh được gọi là “Viêm thực quản do trào ngược dịch mật”.

Chẩn đoán bằng phương pháp nội soi: đánh giá tổn thương và các biến chứng, làm sinh thiết khi có nghi ngờ biến chứng loạn sản hoặc ung thư và chẩn đoán phân biệt với một số bệnh khác ở thực quản.

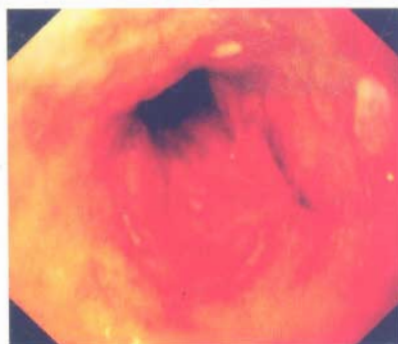
### 5.1. Viêm thực quản do trào ngược do dịch dạ dày

*Theo phân loại của Los Angeles:*

- Độ A: tổn thương một hay nhiều đợt nhưng không kết nối với nhau, tổn thương nằm trên đường Z.
- Độ B: tổn thương đợt hay loét đợt chiếm 10% bề mặt niêm mạc, tổn thương nằm trên đường Z.
- Độ C: tổn thương đợt hay loét đợt chiếm 10% - 50% bề mặt niêm mạc và lên cao trên đường Z khoảng 5 cm, hoặc có tổn thương loét đường kính 3 - 5 mm.
- Độ D: loét đợt nông chiếm trên 50% bề mặt niêm mạc hoặc có loét đường kính trên 5 mm, có viêm giả Polyp, cần sinh thiết để chẩn đoán phân biệt tổn thương lành tính và ác tính.

Khi trào ngược dạ dày - thực quản kéo dài sẽ có hiện tượng dị sản ở đoạn cuối của thực quản và được gọi là thực quản Barrett, lớp biểu mô vảy của thực quản được thay thế bằng lớp biểu mô phủ của dạ dày và đôi khi là lớp biểu mô phủ của ruột.

Trên hình ảnh nội soi thấy niêm mạc đỏ rực lan lên phía trên của đường Z, xâm lấn lên thực quản, trông như một cái lưới đỏ. Trên đám loạn sản của thực quản Barrett có thể có loét, loét này kèm theo ổ loét dạ dày và loét sâu. Biến chứng của thực quản Barrett là ung thư hoá.



*Viêm thực quản trào ngược độ B*

Viêm thực quản trào ngược có thể làm hẹp thực quản do viêm, sẹo, xơ. Chít hẹp hoàn toàn máy không thể qua được hoặc chít hẹp không hoàn toàn máy còn qua được nhưng khó khăn. Cần phân biệt với màng ngăn Scharkí, vòng này do lớp biểu mô vảy của thực quản tạo ra ngay trên đường Z, đặc

biệt khi bệnh này có phối hợp với bệnh trào ngược dạ dày thực quản, màng này có bề dày không quá 4 mm.

Viêm thực quản trào ngược có thể kết hợp với thoát vị hoành.

Nếu có biến chứng hẹp thực quản gây nuốt khó hoặc nuốt nghẹn cần nong thực quản bằng phương pháp nội soi.

## 5.2. Viêm thực quản trào ngược do dịch mật

Do trào ngược dịch tá tràng vào thực quản sau mổ nối thực quản - tá tràng, thực quản - hồng tràng hoặc trên bệnh nhân bị thiếu toan và vô toan.

- Nếu sau cắt dạ dày viêm thực quản trào ngược do dịch mật thường kết hợp với viêm thực quản trào ngược do acid.
- Hình ảnh nội soi: trợt, xung huyết, dễ chảy máu khi chạm vào, xuất tiết và có thể hẹp. Tổn thương thường ở chỗ nối thực quản - tá tràng hay thực quản - hồng tràng.

Điều trị: thuốc trung hòa acid mật cholestyramin, thuốc bảo vệ niêm mạc.

Chỉ định ngoại khoa khi điều trị nội khoa thất bại, điều trị bằng phương pháp nối mật - ruột kiểu Rou-en-y.

## 6. Viêm thực quản

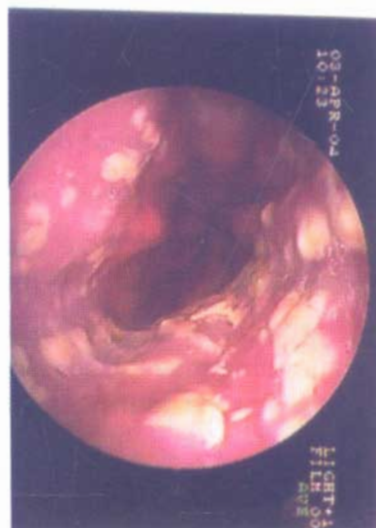
### 6.1. Viêm thực quản do viêm nhiễm

*Viêm thực quản do vi khuẩn:*

- Do nhiều loại vi khuẩn, khó chẩn đoán nguyên nhân.
- Hình ảnh nội soi: viêm xuất tiết và xung huyết thực quản, tổn thương thường nặng hơn 1/3 trên thực quản.
- Cần chẩn đoán phân biệt với viêm thực quản trào ngược hoặc viêm do hóa chất.

*Viêm thực quản do nấm:*

Thực quản là tạng hay bị viêm nhiễm nấm *Candida Albicans*, thường gặp ở bệnh nhân đái đường, ung thư, dùng thuốc chống viêm kéo dài hoặc suy giảm miễn dịch.



Hình ảnh nấm thực quản

Hình ảnh nội soi: đám giả mạc trắng, bám chắc, rửa không sạch xung huyết, xuất tiết, thường thấy rõ ở 2/3 dưới thực quản, xét nghiệm nấm để chẩn đoán xác định.

*Viêm thực quản do virus: Herpes, cytomegalovirus:*

– Hình ảnh nội soi:

+ Giai đoạn sớm: tổn thương nốt phỏng nước nhỏ dưới 5mm, niêm mạc xung quanh ổ loét xung huyết, niêm mạc giữa các vùng tổn thương bình thường.

+ Giai đoạn sau: ổ loét tròn, lõi cao bờ rõ, đáy có giả mạc trắng vàng, các ổ loét có thể nối lại với nhau thành một đường chạy dọc thực quản.

– Chú ý: nếu có loét trên đường Z cần phân biệt với loét thực quản do trào ngược.

*Viêm thực quản do HIV:* thường ổ loét sâu to và không tìm thấy các nguyên nhân nhiễm trùng khác. Khó phân biệt với tổn thương loét nguyên nhân do Cytomegalo virus.

## 6.2. Viêm thực quản do hoá chất

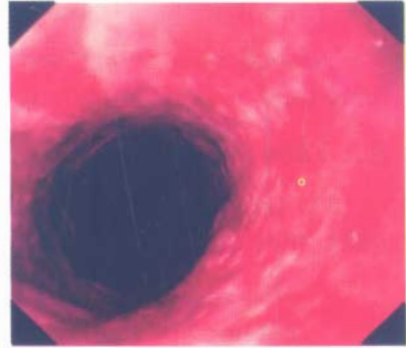
*Viêm thực quản do acid và bazơ:*

Chất acid và bazơ thường làm tổn thương hoại tử chảy máu lớp niêm mạc. Chất bazơ làm tổn thương sâu và nhanh có thể gây thủng thực quản.

Nếu trên lâm sàng và chụp Xquang thực quản không có các biến chứng như thủng thực quản, viêm trung thất, viêm màng bụng sẽ tiến hành nội soi thực quản vì trên phim chụp Xquang thực quản không thể đánh giá được chính xác tổn thương ở thực quản. Khi tiến hành soi cần hết sức nhẹ nhàng, không bơm hơi nhiều. Nếu soi được trong vòng 24 giờ thì đánh giá mức độ tổn thương thực quản chính xác hơn là soi sau 24h.

Nội soi đánh giá theo độ như sau:

– Độ 1: xung huyết đỏ, phù nề, không có dịch xuất tiết và loét, không có chảy máu, tổn thương độ 1 không gây biến chứng hẹp.



*Viêm thực quản do virus*

- Độ 2: viêm xung huyết có nhiều trợt và dịch xuất tiết, dễ chảy máu khi chạm máy vào.
- Độ 3: loét, xuất tiết nhiều mà chảy máu hoại tử niêm mạc, có nguy cơ bong lớp niêm mạc biến chứng viêm trung thất, viêm màng bụng, viêm phổi, tràn dịch màng phổi và rò thực quản - phế quản.

Khi soi cần chú ý bơm ít hơi, thao tác nhẹ nhàng có thể chụp X quang thực quản sau vài ngày.

Nếu có hẹp thực quản sẽ tiến hành nong thực quản qua nội soi sau 2 tuần hoặc đặt stent để phòng hẹp thực quản.

### 6.3. Viêm thực quản do thuốc

Có khoảng 25 loại thuốc gây viêm thực quản, những loại thuốc hay gây viêm là tetracyclin, doxycyclin, bromma, guanidin và acid ascorbic. Thường là thuốc dưới dạng viên nén, viên bọc đi qua thực quản chậm do tư thế nằm, do uống ít nước trên những bệnh nhân có bệnh lý hẹp, tắc hoặc rối loạn vận động thực quản, thuốc thường mắc ở đoạn giữa nơi có cung động mạch chủ đè vào.

Triệu chứng đau sau ức, nuốt khó.

Những hình ảnh tổn thương qua nội soi: xung huyết, xuất tiết, trợt, loét. Những tổn thương này không đặc hiệu, dấu hiệu quan trọng là thấy viên thuốc còn mắc lại trên chỗ hẹp hoặc trợt, loét ngay trên chỗ hẹp. Thành phần của thuốc và thời gian tiếp xúc của thuốc với niêm mạc thực quản ảnh hưởng tới mức độ tổn thương của niêm mạc.

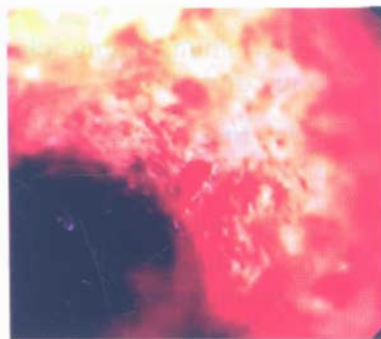
Những bệnh nhân có hẹp thực quản và có rối loạn vận động thực quản nên uống thuốc dạng nước, hoặc uống nhiều nước ở tư thế ngồi khi uống thuốc để tránh thuốc mắc ở thực quản. Cần phát hiện hẹp thực quản do khối u ác tính bằng sinh thiết qua nội soi.

### 6.4. Viêm thực quản do tia xạ

Do điều trị ung thư phế quản, ung thư vú, ung thư thực quản, ung thư tuyến tiền liệt bằng tia xạ.

Triệu chứng: nuốt khó, nuốt đau, đau ngực.

Tổn thương qua nội soi: niêm mạc xung huyết đỏ rực, xuất tiết, trợt, có thể



Hình ảnh viêm thực quản do tia xạ

kèm theo viêm thực quản do nấm, do virus herpes hoặc cả hai nguyên nhân. Sau vài năm có thể thấy giãn mạch trên vùng chiếu tia.

Nếu tổn thương đang ở giai đoạn cấp tính thì phải giảm liều tia xạ, thay đổi chế độ ăn, dùng thuốc giảm đau. Nếu có hẹp thực quản tiến hành nong thực quản qua nội soi.

### **6.5. Viêm thực quản do ứ đọng thức ăn**

Do hẹp thực quản nên thức ăn ứ đọng gây viêm xung huyết, trợt, loét. Tổn thương thường thấy ở 1/3 dưới thực quản vì thức ăn đọng ở đây lâu nhất.

Viêm thực quản do ứ đọng thức ăn thường gặp do co thắt tâm vị, ung thư thực quản và do bệnh lý giảm co bóp thực quản.

### **6.6. Viêm thực quản không đặc hiệu**

*Viêm thực quản thâm nhiễm tế bào ái toan*: thường 50% bệnh nhân có tiền sử dị ứng với thức ăn.

Triệu chứng nuốt khó do rối loạn vận động thực quản hay do hẹp thực quản. Kèm theo các triệu chứng ở ruột như chảy máu, kém hấp thụ.

Hình ảnh nội soi: loét thực quản, hẹp thực quản có nhiễm tế bào ưa acid xâm nhập vào lớp niêm mạc và lớp dưới niêm mạc.

Điều trị bằng corticoid, nếu có hẹp thực quản điều trị bằng phương pháp nong thực quản qua nội soi.

*Bong biểu bì bong nước*: là bệnh di truyền, có những bong nước dưới biểu mô, tổn thương có thể thấy ở bất cứ tạng nào trong cơ thể trong đó có thực quản.

- Chụp thực quản có uống Baryte thấy: rối loạn co bóp, bong nước, loét hoặc hẹp.
- Biến chứng thủng, chảy máu và ung thư. Nếu gặp ở trẻ sơ sinh gây suy dinh dưỡng. Nội soi thực quản khi bệnh ổn định.

**6.7. Viêm thực quản do bệnh Crohn**: tổn thương có thể thấy ở toàn bộ đường tiêu hoá, hiếm khi thấy tổn thương ở thực quản.

- Hình ảnh nội soi: niêm mạc xung huyết, gồ ghề, có loét, và có thể hẹp, cần chẩn đoán phân biệt với viêm thực quản do virus. Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết.

## 7. Loét thực quản

### 7.1. Loét cấp tính

Loét cấp tính có thể do thuốc, do hoá chất do vi khuẩn, virus v.v...

### 7.2. Loét mạn tính

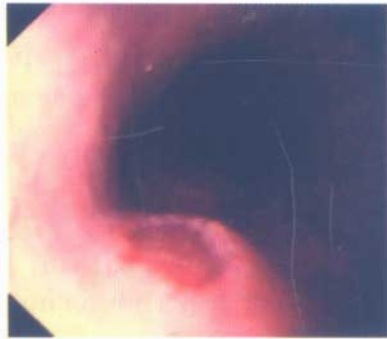
Loét thực quản mạn tính thường liên quan đến bệnh lý trào ngược thực quản, tổn thương loét ở trên đường Z và đoạn dưới thực quản, ổ loét sâu, biến chứng hẹp, thủng hoặc chảy máu và ung thư hóa.

## 8. U lành tính thực quản

### 8.1. U dưới niêm mạc

#### – U cơ trơn:

U lành tính thực quản hay gặp nhất là u cơ, chiếm khoảng 90% khối u lành tính ở thực quản, các khối u lành tính ở thực quản ở vị trí 2/3 dưới thực quản vì ở đoạn này có lớp cơ vòng, u nằm dưới niêm mạc, thường dài từ 3 - 8 cm.



Hình ảnh loét thực quản



Hình ảnh khối u cơ trơn

Hình ảnh khối u cơ trơn

+ Hình ảnh nội soi: khối lồi vào lòng thực quản được phủ một lớp niêm mạc hoàn toàn bình thường.

+ Không thể thấy được tổn thương khi sinh thiết qua nội soi vì đây là khối u dưới niêm mạc. Nếu có tổn thương loét bờ không đều nham nhờ cần sinh thiết để phát hiện tổn thương ác tính..

+ Chẩn đoán u cơ dưới niêm mạc bằng phương pháp siêu âm nội soi thấy vùng giảm đều âm có danh giới rõ ở dưới lớp niêm mạc. Nếu u cơ lớn có thể cắt bằng phương pháp nội soi hay ngoại khoa.

– U mỡ, u xơ, u thần: kinh là những khối u dưới niêm mạc, ít gặp hơn u cơ.

– U máu: thường có màu xanh nhạt, xẹp khi dùng máy soi ấn vào, không được sinh thiết vì có thể gây chảy máu, điều trị bằng Laser.

- + Polyp tế bào hạt (u tế bào cơ chưa biệt hóa):
- + Hình ảnh nội soi: Polyp chắc, nhờn, màu vàng được phủ bởi lớp niêm mạc bình thường.
- + Thường có 1 polyp, đôi khi có nhiều polyp.
- + Trên 50% các trường hợp tổn thương ở 1/3 dưới thực quản.
- + Lành tính: điều trị bằng cách cắt polyp qua nội soi hoặc phẫu thuật.

## 8.2. Polyp thực quản

*U nhú tế bào vảy*: hiếm gặp. Tổn thương ở bất cứ vị trí nào ở thực quản nhưng hay gặp ở đoạn dưới thực quản, hình tròn, nhẵn, màu hồng có cuống, kích thước từ 0,4 - 1,5cm, thường có 1, đôi khi có nhiều. Nếu có nhiều tập trung tạo thành khối lớn. Rất ít có biến chứng.

U nhú thực quản thường không gây ra triệu chứng gì vì có kích thước nhỏ. Tỷ lệ biến chứng ung thư hoá rất thấp. Có liên quan đến virus, tuy nhiên nếu phát hiện qua nội soi thì nên cắt.



*U nhú tế bào vảy*

Liên quan đến bệnh u nhú bẩm sinh hiếm gặp ở răng, xương, được gọi là hội chứng Goltz Gorlin.

### - *U nhú tế bào vảy liên quan đến virus:*

Thường gặp ở trẻ em, liên quan đến u nhú ở thanh quản, khí quản và phế quản.

Hình ảnh nội soi: kích thước vài mm tới 1cm, số lượng nhiều và thường gặp ở đoạn giữa, đôi khi ở toàn bộ thực quản, cần phân biệt với u nhú tế bào vảy.

### - *Polyp viêm nhiễm:*

Hình ảnh nội soi: Polyp tròn nhỏ, có cuống, mặt nhẵn hoặc có trọt nhỏ trên đỉnh, màu đỏ, ở vị trí gần đường Z. Có thể có nhiều polyp nhỏ, kích thước từ 0,5 - 2cm. Kết hợp với viêm thực quản trào ngược và thoát vị hoành. Có thể thấy nếp niêm mạc thô, xung huyết đi từ đường Z tới polyp. Lành tính không cần điều trị trừ khi kết hợp với viêm nhiễm.

– *Polyp xơ hóa (u xơ, u xơ nhầy, u xơ mỡ):*

Hình ảnh nội soi: Polyp dài, nhẵn có hoặc không có cuống. Hay gặp ở đoạn trên thực quản vùng sun nhân. Kích thước lớn, 75% có kích thước trên 7cm, đôi khi lớn hơn 20cm hoặc chiếm hết chiều dài thực quản và dễ bị bỏ qua do bề mặt của polyp giống bề mặt của thực quản. Đôi khi có 2 hoặc nhiều polyp.

Lành tính, ít có biến chứng ung thư.

Biến chứng: xoắn, chèn ép vào phế quản gây khó thở và nôn máu.

Điều trị: cắt polyp qua nội soi hoặc phẫu thuật.

– *Polyp loạn sản:*

Hình ảnh nội soi: khối u không đều, kích thước từ vài mm đến vài cm. Có liên quan đến loạn sản và dị sản trên hội chứng Barrett, thường có biến chứng ung thư.

Điều trị: cắt qua nội soi, làm xét nghiệm mô bệnh học để chẩn đoán ung thư sớm.

– *Cyst thực quản:*

Cyst thực quản là một bệnh bẩm sinh thường hình tròn màu vàng, nhẵn khi vỡ có dịch màng nhầy.

– *Ứ đọng glycogen:*

Ứ đọng glycogen là một bệnh lành tính.

Hình ảnh nội soi: mảng trắng, hạt trắng tròn, hình oval, nhẵn thường ở đoạn dưới thực quản, kích thước nhỏ hơn 5mm, đôi khi 1,5cm. Nếu lan rộng tạo thành mảng lớn, không có phù nề hoặc xung huyết. Cần phân biệt với bạch sản, nấm hoặc ung thư sớm.



*Polyp ứ đọng glucogen*

– *Tuyến nhờn lạc chỗ:* rất hiếm gặp

Hình ảnh nội soi: mảng vàng, xám, hình tròn hoặc oval. Kích thước 1 – 5 mm, đôi khi tới vài cm, cần phân biệt với polyp ứ glycogen, lành tính và không cần điều trị.

## 9. Khối u ác tính

U ác tính thường ở 1/3 dưới thực quản, ung thư tế bào vảy (Squamous cell type) chiếm 95%, ung thư tuyến (Adenocarcinomas) chỉ chiếm từ 3 - 5 %.



### 9.1. Ung thư sớm

Tổn thương ung thư tới lớp niêm mạc và dưới niêm mạc chưa hoặc đã lan xuống lớp cơ niêm nhưng chưa lan xuống lớp cơ thực quản .

\* *Phân loại ung thư sớm của hội nội soi Nhật Bản:*

- Dạng lõm (Protuding): Tổn thương dạng polyp, chạm vào dễ chảy máu, có thể có loét trợt bề mặt.
- Dạng bề mặt (Surpeficin):
  - + Tổn thương hơi lõm, niêm mạc xung quanh xung huyết
  - + Tổn thương hơi lõm
  - + Tổn thương chỉ là một đám niêm mạc đổi màu
- Dạng loét (Ulcerating): Trượt nông trên bề mặt dễ chảy máu khi chạm vào.

Để chẩn đoán ung thư sớm cần kết hợp với một số phương pháp khác như: nội soi siêu âm, nội soi sử dụng ánh sáng chọn lọc, nội soi kết hợp với laser, hoặc nội soi nhuộm màu. Nội soi nhuộm màu dựa trên cơ chế sau: tế bào vảy của thực quản chứa nhiều glucogen khi gặp chất màu lugol chuyển thành màu nâu, khi ung thư tế bào vảy vùng tổn thương sẽ không chuyển màu và giúp cho sinh thiết chính xác vào vùng tổn thương

### 9.2. Ung thư thực quản giai đoạn muộn

*Phân loại theo hội nội soi Nhật Bản:*

- Dạng nấm: là tổn thương hay gặp nhất, khối u lồi vào trong lòng thực quản có dạng nấm, có thể có loét, khối u xâm lấn vào lòng thực quản làm hẹp lòng thực quản.
- Dạng loét: ổ loét với kích thước khác nhau, bờ ổ loét cao, cứng, chạm vào dễ chảy máu; đáy có hoại tử.
- Dạng thâm nhiễm: thành thực quản cứng, không dãn ra khi bơm hơi và nhu động kém.

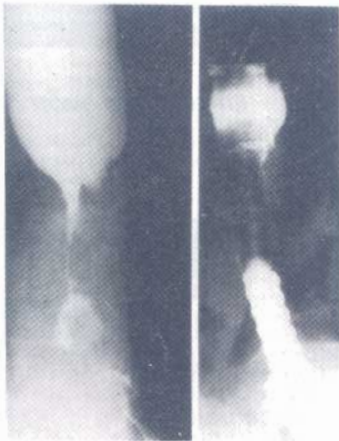
Có thể thấy tổn thương dò từ thực quản vào phế quản.

Khi ung thư thực quản ở đoạn sát tâm vị cần chú ý có thể ung thư dạ dày lan trên thực quản. Kiểm tra vùng đáy tâm vị bằng phương pháp soi ngược để tìm tổn thương ung thư từ dạ dày lan lên thực quản.

Chẩn đoán phân biệt ung thư thực quản với:

- Cục máu đông chắc bằng cách rửa sạch hoặc dùng kim gấp dị vật gấp cục máu đông.
- Hẹp thực quản do viêm thực quản trào ngược
- Viêm thực quản trào ngược, co thắt tâm vị là những yếu tố nguy cơ dẫn đến ung thư thực quản.

Đánh giá giai đoạn ung thư bằng phương pháp siêu âm nội soi.



Hình ảnh X quang ung thư thực quản tiến triển



Hình ảnh nội soi khối u thực quản

*Ung thư sắc tố: rất hiếm gặp*

Hình ảnh nội soi: polyp lớn có hoặc không có sắc tố, tổn thương ở 1/3 giữa hoặc dưới thực quản, khối u tiến triển nhanh.

Điều trị bằng phẫu thuật hoặc hoá trị liệu

*Ung thư tuyến (adenocarcinome)*

Khối u sùi loét thâm nhiễm cứng, thường ở 1/3 dưới thực quản, 10% ung thư tuyến có tổn thương của Barrett thực quản.

*Ung thư thần kinh: rất hiếm gặp.*

## 10. Dị vật thực quản

Thực quản là đoạn ống tiêu hoá có đường kính nhỏ nhất, có 3 chỗ hẹp mà dị vật hay mắc: vùng cơ nhẫn - hầu cách cung răng trên 15 cm, vùng giữa động mạch chủ và khí quản trái cách cung răng trên 25 cm và vùng cơ thắt thực quản dưới cách cung răng trên 40 cm. Trẻ em thường hay bị mắc dị vật ở 1/3 trên thực quản, dị vật thường là đồng xu, nắp chai lọ hoặc đồ chơi.

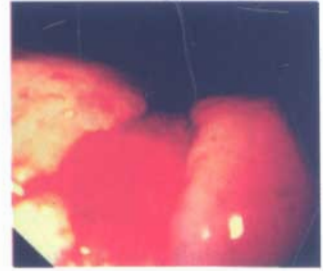
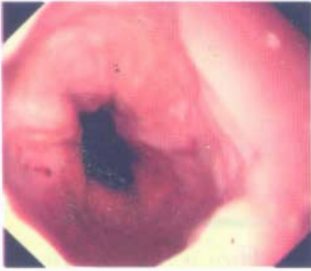
Người lớn hay bị mắc dị vật ở 1/3 dưới thực quản, dị vật thường là thức ăn như xương, thịt, măng khô. Dị vật thực quản gây ra nhiều biến chứng và có thể gây tử vong, biến chứng viêm trung thất, rò thực quản - động mạch chủ, áp xe phổi, dị vật thực quản cần được lấy ra càng sớm càng tốt bằng phương pháp nội soi vì dị vật ở thực quản ít có khả năng tự xuống dạ dày do phù nề và xung huyết tại chỗ.



*Dị vật thực quản*

## 11. Chấn thương thực quản

### 11.1. Rách thực quản (hội chứng Mallory - weiss)



*Hình ảnh nội soi: Hội chứng Mallory-weiss*

Rách thực quản gần chỗ nối giữa thực quản và dạ dày do áp lực khoang bụng tăng đột ngột. Nguyên nhân thường gặp là do nôn và ợ. Khi soi thấy có vết rách, có thể đang chảy máu ở vết rách, thường rách ở vị trí 12 giờ. Chảy máu do rách thực quản có thể tự cầm nhưng cũng có khi không tự cầm và tái phát. Điều trị cầm máu qua nội soi.

### 11.2. Hội chứng Boerhaav

Hội chứng Boerhaav do thủng thực quản vì nôn quá mạnh. Vị trí thủng thường ở thành sau bên trái của thực quản dài vài cm. Tỷ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán sớm.



*Hình ảnh chụp X quang Hội chứng Boerhaav*

### ***11.3. Tụ máu thực quản***

Chảy máu dưới niêm mạc do bệnh máu hoặc do sau chấn thương do nôn hoặc hắt hơi mạnh. Tụ máu thực quản thường thấy ở đoạn dưới thực quản nhưng cũng có thể lan rộng trên bệnh nhân có rối loạn về đông máu có thể thấy rất nhiều khối tụ máu ở thực quản.

Triệu chứng nuốt khó, nuốt đau, nôn máu.

Chụp X quang thực quản có ống Baryte có hình ảnh như khối u dưới niêm mạc tạo những vết đọng thuốc.

Hình ảnh nội soi: màng máu tụ phù nề đỏ, nhẵn hoặc gồ ghề, nếu màng tụ máu không nhẵn, cần phân biệt với u thực quản.

# SOI DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

Soi dạ dày – tá tràng (DDTT) là phương pháp chẩn đoán và điều trị các bệnh lý của ống tiêu hóa từ thực quản đến đoạn DII của tá tràng bằng máy nội soi ống mềm. Từ thập kỷ 60 của thế kỷ trước, máy nội soi ống mềm ra đời đã mở ra một kỷ nguyên mới cho chuyên ngành nội soi tiêu hóa. Đến thập kỷ 90, máy nội soi ống mềm có video ra đời đánh dấu một bước ngoặt lớn cho ngành nội soi. Từ đó cho tới nay đã có rất nhiều tiến bộ trong việc cải tiến các máy nội soi, các kỹ thuật nội soi nhằm phục vụ chẩn đoán sớm các tổn thương của niêm mạc thực quản – dạ dày – tá tràng, đặc biệt là chẩn đoán ung thư sớm và phục vụ cho nội soi điều trị (nội soi can thiệp) với mục đích giảm tỷ lệ phải phẫu thuật cho bệnh nhân.

Trong thập kỷ 60 – 90 của thế kỷ trước có 2 tiến bộ rất quan trọng của nội soi tiêu hóa là nội soi có video, nội soi siêu âm (Endoultrasonography – EUS). Sự ra đời của nội soi có video với độ phân giải cao do được gắn một camera nhỏ ở đầu máy soi kết hợp với kỹ thuật số và máy tính nên cho hình ảnh rõ nét có thể quan sát được những tổn thương nhỏ, nội soi siêu âm có gắn đầu dò siêu âm nên có thể quan sát được những tổn thương ở dưới niêm mạc.

- Nội soi nhuộm màu (Chromoendoscopy hoặc chromoscopy): là phương pháp nội soi có kết hợp với các chất nhuộm màu như: lygol, xanh methylen, indigo carmine, đỏ congo và đỏ phenol, dựa trên các cơ chế hấp thu chất nhuộm màu (absorptive stains), cơ chế tương phản (contrans stains) và cơ chế phản ứng (reactive stains). Với phương pháp nội soi nhuộm màu sẽ xác định được rõ vùng tổn thương rõ, giúp cho sinh thiết đúng vị trí phục vụ cho chẩn đoán chính xác nhất là chẩn đoán ung thư sớm.
- Nội soi khuếch đại (magnification edoscopy): máy nội soi được trang bị thêm bộ phận phóng đại hình ảnh lên tới 80 – 120 lần, giúp cho bác sĩ quan sát được chi tiết các thay đổi nhỏ của niêm mạc đường tiêu hóa. Nội soi khuếch đại kết hợp với nội soi nhuộm màu có thể đánh giá được danh giới của tổn thương.

Từ đầu thế kỷ XXI đã có một số phương pháp nội soi đặc biệt được áp dụng, không những phát hiện được tổn thương trên bề mặt của niêm mạc mà

còn cả những tổn thương dưới lớp niêm mạc như loạn sản, phát hiện xoắn khuẩn H.pylori:

- Phương pháp nội soi sử dụng ánh sáng chọn lọc (narrow band imaging -- NBI): máy nội soi được trang bị thêm thiết bị có chức năng lọc ánh sáng trắng, ưu tiên sử dụng loại ánh sáng xanh có bước sóng ngắn, khả năng đâm xuyên trong mô kém, do đó có thể quan sát rõ các tổn thương nông trên bề mặt niêm mạc và những cấu trúc mạch ngay dưới niêm mạc. Phương pháp này có tác dụng gần giống như phương pháp nhuộm màu, nhưng có ưu điểm hơn là không chịu ảnh hưởng của các chất nhầy bám trên bề mặt niêm mạc.
- Phương pháp nội soi có kết hợp với Laser (confocal endomicroscopy – CEM): máy nội soi được gắn thêm một bộ phận phát và thu Laser, ngoài quan sát được niêm mạc như máy nội soi bình thường, máy nội soi này còn cho phép hình ảnh vi thể phóng đại tới hàng nghìn lần, nên có thể phát hiện tổn thương loạn sản, dị sản, hình ảnh ung thư sớm giúp cho sinh thiết được chính xác. Phương pháp này còn có khả năng phát hiện được H.pylori.

## II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA PHƯƠNG PHÁP SOI DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

Soi dạ dày tá tràng được chỉ định trong tất cả các bệnh lý của thực quản – dạ dày – tá tràng và được chia làm 3 nhóm sau: soi cấp cứu, soi theo kế hoạch và nội soi điều trị.

### 1. Soi cấp cứu

Mục đích phát hiện vị trí tổn thương, nguyên nhân gây chảy máu để điều trị. Ví dụ: dẫn tĩnh mạch thực quản, chảy máu ổ do loét, do ung thư hay do viêm. Nếu có dẫn tĩnh mạch thực quản sẽ thất dẫn qua nội soi. Nếu có chảy máu sẽ tiến hành cầm máu qua nội soi.

### 2. Soi theo kế hoạch

Được chỉ định trong tất cả các trường hợp nghi ngờ có bệnh lý thực quản – dạ dày – tá tràng.

- Bệnh lý ở thực quản: nuốt vướng, nuốt nghẹn, nuốt đau.
- Bệnh lý ở dạ dày: đau thượng vị, ợ hơi, ợ chua, nôn, buồn nôn, chán ăn, đầy bụng, khó tiêu...

### 3. Nội Soi điều trị

Ngày nay với sự phát triển cũng như sự cải tiến không ngừng của máy nội soi và các dụng cụ nội soi can thiệp đã dần thay thế cho phẫu thuật:

- Cầm máu qua nội soi
- Cắt polyp qua nội soi
- Lấy dị vật qua nội soi
- Gấp giun papilla
- Nong thực quản qua nội soi
- Đặt stent thực quản
- Điều trị ung thư thực quản bằng Laser
- Mở thông dạ dày qua nội soi
- Cắt niêm mạc qua nội soi điều trị ung thư sớm (endoscopic mucosal resection – EMR).

### 4. Chống chỉ định

#### 4.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Suy tim cấp
- Nhồi máu cơ tim mới
- Đang trong tình trạng sốc
- Bệnh nhân không hợp tác (bệnh nhân tâm thần), nếu có chỉ định soi dạ dày phải gây mê
- Thủng đường tiêu hóa trên
- Tổn thương thực quản dạ dày cấp do hóa chất kiềm và acid
- Phình dẫn động mạch chủ
- Bệnh nhân không đồng ý

#### 4.2. Chống chỉ định tương đối

- Con cao huyết áp: cho điều trị bằng thuốc hạ huyết áp, khi huyết áp xuống bình thường sẽ soi.
- Huyết áp thấp: tối đa <80 mmHg, tối thiểu ≤50 mm Hg, điều trị nâng huyết áp bằng truyền dịch, truyền máu, thuốc nâng huyết áp khi

huyết áp lên sẽ soi. Trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa, vừa hồi sức vừa soi, tốt nhất nên tiến hành soi tại khoa cấp cứu hoặc khoa hồi sức.

- Nhồi máu cơ tim chưa ổn định
- Rối loạn nhịp tim
- Suy hô hấp
- Bệnh nhân quá già yếu
- Bệnh nhân đang có thai: nếu soi cần có sự đồng ý của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

### III. LỢI ÍCH VÀ HẠN CHẾ CỦA SOI DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

#### 1. Lợi ích chẩn đoán

- Nhìn thấy trực tiếp tổn thương
- Sinh thiết làm xét nghiệm mô bệnh học
- Tìm xoắn khuẩn H.pylori
- Chẩn đoán có hay không có chảy máu
- Chẩn đoán vị trí, mức độ và nguyên nhân gây chảy máu

#### 2. Lợi ích điều trị

Nội soi chẩn đoán gắn liền với nội soi điều trị:

- Cầm máu, thắt dẫn tĩnh mạch thực quản
- Lấy giun, lấy dị vật
- Cắt polyp
- Cắt niêm mạc qua nội soi điều trị ung thư sớm, một phương pháp điều trị loại bỏ tổ chức ung thư nhưng vẫn bảo tồn toàn bộ dạ dày.

Mở thông dạ dày, nong và đặt stent thực quản trong trường hợp hẹp thực quản do nhiều nguyên nhân.

#### 3. Hạn chế

- Không chẩn đoán được rối loạn vận động.
- Không phát hiện được tổn thương ở dưới chỗ hẹp do máy soi không qua được chỗ hẹp.



- Không phát hiện được tổn thương xâm lấn vào phía trong thành dạ dày và những tổn thương dưới niêm mạc (u dưới niêm mạc). Để khắc phục những hạn chế này cần áp dụng phương pháp siêu âm nội soi và nội soi kết hợp laser.

#### IV. TAI BIẾN CỦA PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Soi dạ dày tá tràng rất ít có tai biến nhất là nội soi chẩn đoán, tuy nhiên vẫn có thể có tai biến xảy ra. Người làm nội soi cần biết những tai biến để tránh và biết cách xử lý khi có tai biến xảy ra.

- Dùng thuốc gây tê họng (Xylocain, Lidocain): cần phải hỏi kỹ tiền sử dị ứng thuốc, nếu có dị ứng thuốc thì không nên dùng thuốc gây tê.
- Phản ứng với thuốc tiền mê (Hypnovel, propofol): bệnh nhân có thể ngừng tim, ngừng thở, shock phản vệ. Do đó nếu dùng thuốc tiền mê cần phải có các phương pháp hồi sức cấp cứu như: bộ mở khí quản, bộ đặt catheter, hệ thống oxy, thuốc adrenalin... Nếu dùng hypnovel phải có thuốc đối kháng Anexat.
- Bơm quá nhiều hơi: làm bệnh nhân khó chịu do đó trong quá trình soi nên chú ý bơm hơi vừa đủ quan sát.
- Đưa nhầm máy vào khí quản: phát hiện kịp thời và rút máy ra đưa lại. Tai biến này thường gặp ở người mới làm nội soi chưa có kinh nghiệm khi đưa máy qua vùng hầu họng.
- Kẹt máy nội soi: khi thực hiện kỹ thuật soi ngược đầu máy, soi sát vào lỗ tâm vị và vào thực quản hoặc kẹt ở chỗ thoát vị hoành, có thể đẩy máy vào sâu dưới sự quan sát, sau đó từ từ kéo máy ra. Nếu không kéo máy ra được thì phải phẫu thuật. Tuy nhiên, tai biến này rất hiếm gặp.
- Trật khớp hàm: thường xảy ra ở bệnh nhân có trật khớp hàm mạn tính. Sau khi soi xong thì đẩy khớp hàm lại vị trí cũ.
- Nhiễm khuẩn: do hít phải dịch dạ dày khi soi xảy ra ở bệnh nhân già yếu, dùng thuốc an thần dịch, dạ dày nhiều trong hẹp môn vị hoặc phản xạ hầu họng kém. Nhiễm khuẩn có thể gây viêm phổi.
- Lấy nhiễm virus HIV, viêm gan B, C. Để đề phòng biến chứng này, cần thực hiện đúng quy trình tiệt khuẩn máy soi.
- Chảy máu: xảy ra với các thủ thuật nội soi can thiệp như cắt Polyp, lấy dị vật. Khi có biến chứng này cần tiến hành các phương pháp cầm máu bằng Adrenalin 1/10 000 hoặc kẹp clip nếu cần thiết truyền máu.

- Thủng: thường xảy ra khi tiến hành các thủ thuật can thiệp như cắt polyp, lấy dị vật, đặc biệt là các dị vật sắc nhọn, dị vật có kích thước to. Sau khi lấy dị vật, nếu bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng như đau bụng, bụng có dấu hiệu ngoại khoa, đau ngực, khó thở, cần cho chụp X-quang, chụp CT để phát hiện các biến chứng, nếu thủng nhỏ được phát hiện kịp thời có thể điều trị bảo tồn bằng cách đặt sonde dạ dày hút liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Theo dõi tiếp trong 12 – 24 giờ, nếu tình trạng bệnh nhân không tốt lên cần điều trị ngoại khoa.

## V. KỸ THUẬT NỘI SOI DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

### 1. Chuẩn bị bệnh nhân

Bệnh nhân phải được giải thích kỹ về những lợi ích và tai biến của thủ thuật:

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước khi soi
- Nếu có hẹp môn vị cần rửa dạ dày trước khi soi
- Bệnh nhân đồng ý soi và nếu tiến hành các thủ thuật can thiệp hoặc trong những trường hợp đặc biệt phải có sự cam kết của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

### 2. Chuẩn bị thuốc

- Thuốc gây tê họng: Lidocain 10%
- Thuốc cố định bệnh phẩm: Formol 10%
- Thuốc chống shock: Adrenalin, prednisolon, bộ mở khí quản, bộ đặt catheter
- Thuốc tiền mê: Hypnovel, Diazepam tiêm tĩnh mạch. Sử dụng trong những trường hợp bệnh nhân quá lo lắng, bệnh nhân không phối hợp tốt hoặc khi tiến hành nội soi can thiệp.
- Thuốc thử Test H.Pylori: Clo test, urecase test
- Dịch truyền: Glucose 20%, Ringer lactat, Natriclorua 9‰
- Hệ thống khí oxy

### 3. Chuẩn bị máy soi và các dụng cụ soi

- Kiểm tra máy soi: ánh sáng, hình ảnh, kênh bơm hơi nước, kênh sinh thiết, bộ phận điều khiển trái – phải, lên – xuống. Tất cả các chức năng của máy phải đảm bảo hoạt động tốt trước khi bắt đầu soi.

- Kiểm tra xem máy có bị thủng không, nếu có thủng không được sử dụng vì nước sẽ vào bên trong máy làm hỏng máy
- Chuẩn bị các dụng cụ kèm theo: nguồn sáng, máy hút, màn hình, kim sinh thiết, kim tiêm cầm máu, kim gấp dị vật, dụng cụ thắt dẫn tĩnh mạch thực quản... Tất cả các dụng cụ phải hoạt động tốt để đảm bảo an toàn cho cuộc soi.

#### **4. Kỹ thuật soi dạ dày**

Vì dạ dày là một tạng có kích thước lớn, để tránh bỏ sót các tổn thương cần soi theo một trình tự nhất định. Quan sát khi đưa máy vào, quan sát từ xa đến gần, quan sát hết các vùng của dạ dày – tá tràng, sau đó quan sát kỹ vùng bị tổn thương và cuối cùng thực hiện các kỹ thuật: sinh thiết, test, nhuộm màu...

##### **4.1. Kỹ thuật cầm và đưa máy soi qua thực quản vào dạ dày – tá tràng**

- Tay phải giữ phần điều khiển của vùng máy soi; ngón tay cái điều chỉnh phần chỉnh máy lên – xuống, trái – phải; ngón tay trở ấn vào van màu xanh, khi ấn nhẹ là bơm, hơi, khi ấn mạnh là bơm rửa đầu đèn soi và ấn vào van màu đỏ khi cần hút dịch dạ dày.
- Tay phải giữ máy soi để đưa máy vào và rút máy ra.

##### **4.2. Các bước tiến hành soi**

###### *\* Máy soi qua vùng hầu – thực quản*

- Tay phải giữ lấy máy soi ở vị trí cách đầu máy khoảng 30 cm, chỉnh cho đầu máy hơi cong xuống dưới và đưa từ từ vào khoảng 15 cm. Chú ý phải để đầu máy soi ở phía trên lưỡi.
- Khi máy tới ngã 3 hầu họng, dừng lại quan sát đáy lưỡi, lưỡi gà, nắp thanh môn và chỗ nối hầu – thực quản. Đưa đến sát tới chỗ nối hầu – thực quản yêu cầu bệnh nhân nuốt nhanh và đẩy nhanh máy vào thực quản.

Chú ý: khi qua vùng hầu họng, để tránh gây khó chịu cho bệnh nhân vì vùng này dễ bị kích thích cần phải đẩy máy nhanh và dứt khoát.

- Máy soi vào thực quản: chú ý nên để đèn soi ở vị trí giữa thực quản bằng cách xoay đèn nhẹ sang trái hoặc sang phải. ở vị trí này cho phép quan sát được toàn bộ niêm mạc thực quản. Chú ý quan sát niêm mạc thực quản khi đưa máy vào vì khi rút máy ra thường rút nhanh để bớt khó chịu cho bệnh nhân do đó sẽ không quan sát được kỹ.

- Máy soi vào soi dạ dày: sau khi đưa đèn qua tâm vị vào dạ dày, định hướng bờ cong lớn (BCL) của thân vị theo hướng các nếp niêm mạc chạy dọc, xoay đèn theo chiều kim đồng hồ cho tới khi BCL của thân vị ở vị trí 6 giờ bờ cong nhỏ (BCN) của thân vị ở vị trí 12 giờ, đó là hướng đi đúng. Bơm hơi và chỉnh máy nhẹ lên trên đẩy máy vào sẽ thấy hang vị và lỗ môn vị.
- Đưa đèn qua lỗ môn vị: đưa đèn tới sát lỗ môn vị, chỉnh đầu đèn sao cho đầu đèn đối diện với lỗ môn vị, khi lỗ môn vị mở đẩy máy nhanh qua để xuống tá tràng. Chú ý: muốn chỉnh máy đối diện được với lỗ môn vị cần điều khiển nút lên – xuống
- Máy soi xuống hành tá tràng (HTT): chỉnh đầu đèn tới vị trí đỉnh HTT, quay đèn sang phải và chỉnh đầu đèn lên trên khoảng 90°, sau đó đẩy đèn nhanh qua gối trên HTT đèn sẽ xuống tá tràng, tiếp tục đẩy đèn đến cuối đoạn DII tá tràng, quay đèn sang phải và từ từ rút đèn ra để quan sát niêm mạc tá tràng.

Để quan sát những vùng khó quan sát trong dạ dày như góc BCN, tâm vị, phình vị, thân vị về phía BCN thì phải sử dụng kỹ thuật “soi ngược” với các bước sau: rút đèn ra tới gianh giới giữa thân vị và hang vị, khi nhìn thấy góc BCN, chỉnh đầu đèn lên trên tối đa và đẩy đèn, khi đèn sang phần đúng của dạ dày, rút đèn ra một đoạn để quan sát tâm vị và phình vị. Chú ý, muốn quan sát phình vị phải quay đèn sang phải 180° bằng cách chuyển máy soi sang phải (theo vị trí bên phải của bác sĩ soi). Nếu muốn quan sát bờ cong nhỏ và thân vị phía BCN lại đưa đèn vào từ từ. Muốn đèn trở lại hang vị, chỉnh đầu đèn xuống.

*\* Những vùng quan sát khó ở thực quản – dạ dày – tá tràng*

- Thực quản: phần đầu của thực quản vì đưa máy qua vùng hầu họng nhanh, do đó khi rút máy ra cần quan sát lại vùng này.
- Dạ dày: tâm vị, phình vị, góc BCN, thân vị về phía BCN. Muốn quan sát vùng này phải sử dụng kỹ thuật soi ngược.
- Hành tá tràng : mặt sau HTT, phần HTT ngay sát lỗ môn vị, gối trên tá tràng và mặt sau của DII. Để quan sát kỹ được mặt sau HTT và phần HTT ngay sát lỗ môn vị phải cố định đèn soi tốt vì đèn rất dễ tuột ra ngoài dạ dày, do đó phải giữ đèn sát cannunyn ngay miệng, muốn quan sát rõ mặt sau HTT phải chỉnh máy sang phải và xuống dưới một ít. Quan sát toàn bộ mặt trước HTT, đỉnh HTT, mặt sau và phía BCN, nếu chưa quan sát được các vùng của HTT mà máy đã tuột ra dạ dày phải đưa đèn vào quan sát lại.

\* *Chú ý khi soi dạ dày*

- Chỉ đẩy đèn soi khi nhìn rõ đường đó. Nếu không nhìn rõ đường đi có thể do đèn bị chạm vào thành dạ dày, phải rút đèn ra một ít hoặc xoay nhẹ đèn sang trái hay phải. Nếu do bơm hơi chưa đủ thì phải bơm thêm hơi, nếu đèn bị chất nhầy bám thì phải bơm rửa đầu đèn.

### **4.3. Kỹ thuật sinh thiết dạ dày**

Một trong những ưu điểm của phương pháp soi dạ dày là có thể tiến hành sinh thiết để làm xét nghiệm mô bệnh học và tìm xoắn khuẩn *H.pylori*.

Có nhiều kỹ thuật sinh thiết khác nhau: sinh thiết bằng kim sinh thiết nóng (Hot biopsy) hoặc bằng thông lọng (Snair). Kỹ thuật dùng kim sinh thiết nóng và thông lọng được sử dụng khi cắt polyp và làm xét nghiệm mô bệnh học toàn bộ polyp.

Kỹ thuật sinh thiết cắt: là kỹ thuật hay được sử dụng nhất. Có nhiều loại kim sinh thiết khác nhau, nhưng loại kim sinh thiết có kim cố định ở giữa sẽ lấy được bệnh phẩm tốt hơn và không bị rơi bệnh phẩm khi đưa ra ngoài.

Khi sinh thiết khối u: sinh thiết nhiều miếng tại một vị trí để loại bỏ tổ chức hoại tử, lấy 1-2 mẫu ở vị trí cách khối u 1-2 cm.

Khi sinh thiết ổ loét: sinh thiết xung quanh ổ loét và đáy ổ loét.

Khi sinh thiết tổn thương viêm: sinh thiết nhiều miếng tại tất cả các vùng của dạ dày, ít nhất là 2 miếng tại một chỗ để thấy được toàn bộ hình ảnh tổn thương niêm mạc.

Đối với loét loét và tổn thương nhỏ: sinh thiết ở bờ

Để phát hiện xoắn khuẩn *H.pylori* tốt nhất là sinh thiết ở vùng hang vị, cách môn vị khoảng 3-5 cm, vì ở vị trí này là nơi *H.pylori* thường khu trú. Số lượng miếng sinh thiết từ 1-4 miếng tùy theo yêu cầu.

Hiện nay người ta đã thấy rõ vai trò gây bệnh của xoắn khuẩn *H.pylori* đối với viêm loét dạ dày, vì vậy soi dạ dày kết hợp với sinh thiết để chẩn đoán có hay không có *H.pylori* là rất cần thiết và quan trọng trong điều trị. Test urease là xét nghiệm chẩn đoán *H.pylori* nhanh, rẻ, cho kết quả sau 5-15 phút và có độ nhạy cao. Nguyên lý của Test urease dựa trên cơ chế *H.pylori* tiết ra men urease làm hủy phân ure thành amoniac làm cho môi trường kiềm tính, chuyển dung dịch ure-iod từ màu vàng sang màu đỏ hoa mười giờ. Để đảm bảo kết quả thử test urease được chính xác, tránh trường hợp dương tính giả cần phải tiết trùng kim sinh thiết và dụng cụ thử test.

### **Chú ý:**

- Trong những trường hợp sau điều trị H.pylori bằng kháng sinh và các thuốc ức chế H<sub>2</sub>, ức chế bơm proton, số lượng H.pylori quá ít sẽ có kết quả âm tính giả, do đó cần tìm H.pylori bằng xét nghiệm mô bệnh học.
- Khi sinh thiết: Không sinh thiết vào vùng dị sản mạch hoặc u mạch gây chảy máu.
- Khi cần thiết, nên kết hợp với nội soi nhuộm màu để xác định rõ vùng tổn thương cần sinh thiết đặc biệt là trong chẩn đoán ung thư sớm.

## **VI. HÌNH ẢNH SOI DẠ DÀY BÌNH THƯỜNG**

### **1. Trong khi soi cần quan sát đầy đủ những đặc điểm sau**

- Thể tích dạ dày: hẹp, giãn hay bình thường.
- Các chất chứa trong dạ dày: dịch dạ dày trong hay còn thức ăn.
- Dịch máu: máu đỏ mới chảy hay máu đen cục.
- Dịch mật màu xanh khi có trào ngược dịch mật từ tá tràng vào dạ dày.
- Dị vật, giun sán, chỉ khâu còn sót lại, ...
- Nhu động dạ dày.
- Thành dạ dày: mềm hay cứng, có đàn hồi khi bơm hơi hay không
- Màu sắc niêm mạc: hồng hay nhợt
- Hệ thống mao mạch của niêm mạc dạ dày.

### **2. Hình ảnh soi dạ dày bình thường**

Bình thường: khi nhìn đối, trong dạ dày chỉ có ít dịch trong và nước bọt, niêm mạc dạ dày đỏ hơn và bóng hơn niêm mạc thực quản. Tùy theo từng vị trí giải phẫu mà hình ảnh niêm mạc dạ dày khác nhau và có cấu tạo mô học khác nhau.

- Thực quản: từ cung răng trên tới lỗ tâm vị dài khoảng 35-40 cm, lỗ trên thực quản cách cung răng trên 15 cm, niêm mạc bình thường mềm mại, nhẵn bóng, màu hồng nhạt. Đường Z là đường danh giới chuyển tiếp giữa niêm mạc thực quản màu hồng nhạt sang niêm mạc dạ dày màu hồng sẫm hơn. Đường Z thường cách lỗ thực quản khoảng 2 cm, khi đường Z lên cao hơn 2 cm có thể có thoát vị hoành. Phân sát tâm vị có nhiều mạch máu nên thường có màu hồng sẫm hơn, chú ý dễ nhầm với hình ảnh viêm thực quản.

- Tâm vị: phần sát thực quản, dài khoảng 2-3 cm, niêm mạc nhẵn bóng, tâm vị về phía túi hơi có một nếp gấp tạo thành một van, khi bơm hơi vào dạ dày làm cho van rõ nét hơn, khi dạ dày xẹp thì góc đó tù, khi dạ dày căng thì góc đó nhọn làm cản trở quan sát, tạo thành một vùng gọi là “vùng mù”. Ngay dưới tâm vị có một hõm (recessus) là nơi chứa dịch của thực quản chảy vào dạ dày, dịch từ thực quản chứa vào hõm này sau mới đổ vào dạ dày tạo thành hình ảnh “thác đổ” (cascade). Chỗ hõm này có thể thay đổi hình dạng, lúc có lúc không, lúc to lúc nhỏ, khi soi máy soi có thể bị cuộn ở hõm này.
- Phình vị: đáy dạ dày (túi hơi) nhìn rõ mạch máu, các nếp niêm mạc vùng này thường chạy không theo một hướng.
- Thân vị: là phần đứng của dạ dày, có nếp niêm mạc chạy song song ở phía bờ cong lớn.

Để dễ mô tả vị trí tổn thương, thân vị được chia thành các phần (chia một cách tương đối theo tư thế bệnh nhân nằm nghiêng trái):

- + Bờ cong lớn của thân vị: phía 6 giờ có các nếp niêm mạc chạy song song.
- + Bờ cong nhỏ của thân vị: phía 12 giờ, nhẵn, không có các nếp niêm mạc.
- + Mặt trước thân vị: bên tay trái của bác sĩ nội soi.
- + Mặt sau thân vị: bên tay phải của bác sĩ nội soi.
- Hang vị: là phần ngang của dạ dày, nằm giữa môn vị và thân vị. Để dễ mô tả vị trí tổn thương, hang vị được chia thành các phần (chia một cách tương đối theo tư thế bệnh nhân nằm nghiêng trái):
  - + Bờ cong lớn của hang vị: phía 6 giờ.
  - + Bờ cong nhỏ của hang vị: phía 12 giờ.
  - + Mặt trước hang vị: bên tay trái của bác sĩ nội soi.
  - + Mặt sau hang vị: bên tay phải của bác sĩ nội soi.
- Môn vị: phần nối dạ dày với hành tá tràng: dài khoảng 0,5 cm.
- Hành tá tràng: từ môn vị tới gờ trên D1. HTT là vùng rộng, tròn, niêm mạc nhẵn, màu hồng nhạt, không có các nếp niêm mạc chạy vòng.
- Mặt trước của HTT: bên tay trái của bác sĩ nội soi, vùng này dễ quan sát.

- Mặt sau của HTT: bên tay phải của bác sĩ nội soi, vùng này khó quan sát vì đèn soi dễ bị tuột ra dạ dày do đó phải cố định đèn soi tốt để quan sát kỹ vùng này.
- Đỉnh HTT: đoạn chuyển tiếp từ HTT sang đoạn D1 của tá tràng.
- Nền HTT: phía 12 giờ.
- Đoạn D1: là đoạn ngắn nối HTT với D2 tá tràng, không có các nếp niêm mạc chạy vòng.
- Đoạn D2: đoạn nối D1 và D3 tá tràng: có các nếp niêm mạc chạy vòng đều nhau. Ở đoạn D2 có bóng Vater là nơi đổ của đường mật vào tá tràng.
- Vị trí bóng Vater thường nằm giữa đoạn D2 ở bên tay trái của bác sĩ nội soi. Vùng này còn có thể thấy túi thừa tá tràng, có một hoặc nhiều túi thừa, cạnh bóng Vater hoặc bóng Vater nằm ở giữa túi thừa có thể thấy thức ăn đọng trong túi thừa.

### 3. Hình ảnh dạ dày sau phẫu thuật

- Sau cắt dây thần kinh X (vagotomie): hình ảnh dạ dày bình thường, có thể hơi giãn và nhu động kém.
- Sau phẫu thuật nối dạ dày-hỗng tràng (gastro-Jejunostomi), nếu soi theo kiểu Bibilroth II có hai miệng nối, thành của hỗng tràng tạo thành nếp niêm mạc giữa quai đi và quai đến, nếu soi theo kiểu Bibilroth I có một miệng nối.
- Sau mổ cắt dạ dày: nếu cắt 2/3 dạ dày còn quan sát thấy thân vị, nếu cắt 3/4 dạ dày chỉ quan sát thấy phần tâm vị và phình vị.

### 4. Sự liên quan của dạ dày với các tạng trong ổ bụng

Dạ dày có liên quan tới gan, tụy, tim và lá lách.

- Liên quan đến tụy: tụy đè vào thành sau của dạ dày chỗ nối giữa thân dạ dày và hang vị làm cho vùng này lồi vào trong lòng dạ dày.
- Liên quan đến gan: gan đè góc bờ cong nhỏ vị trí 7 giờ – 9 giờ làm cho vùng này hơi lồi vào trong lòng dạ dày.
- Liên quan tới tim: tim đè vào vùng trên trước phình vị và tâm vị do đó khi tim đập sẽ thấy được gián tiếp qua vùng tâm vị và phình vị.



- Liên quan đến lá lách: lách tiếp xúc với dạ dày ở vùng trên sau và hai bên dạ dày.

**Chú ý:** khi có bệnh lý của các tạng lân cận sẽ chèn ép hoặc làm tổn thương niêm mạc dạ dày.

## VII. HÌNH ẢNH BỆNH LÝ DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

**1. Khi soi cần phải đánh giá:** thể tích dạ dày, các chất chứa trong dạ dày, nhu động, thành và niêm mạc dạ dày.

- Thay đổi về thể tích
  - + Liệt dạ dày: do thần kinh, do cắt dây X, do rối loạn chuyển hóa ở bệnh nhân đái tháo đường, khi soi thấy dạ dày giãn, ứ trệ thức ăn nhưng không có hẹp môn vị, dạ dày nhu động kém hoặc không nhu động.
  - + Hẹp lòng dạ dày do ung thư thể thâm nhiễm: hẹp ở thân vị làm thức ăn ứ đọng, hẹp toàn bộ lòng dạ dày, dạ dày không dẫn ra khi bơm hơi do ung thư thâm nhiễm toàn bộ lòng dạ dày (thể elastic hoặc linite) dạ dày trông như chiếc bút tất.
- Các chất chứa trong dạ dày:
  - + Trào ngược dịch mật từ tá tràng vào dạ dày: có dịch mật ở vùng hố dịch.
  - + Máu đỏ do mới chảy máu, máu đen hay dây máu do chảy máu cũ.
  - + Đang chảy máu: máu phun thành tia, rỉ máu, máu chảy từ hành tá tràng trào ngược vào dạ dày qua lỗ môn vị.
  - + Thức ăn ứ đọng do hẹp môn vị.
  - + Dị vật: thức ăn, bã thức ăn, tã, răng giả...
  - + Giun, sán
  - + Chỉ khâu ở miệng nối
- Thành dạ dày:
  - + Cứng, mất khả năng co bóp do ung thư thâm nhiễm
  - + Bị chèn ép từ ngoài vào do gan to, u tụy, hạch...
- Niêm mạc: nhạt màu do thiếu máu, xung huyết đỏ, chảy máu dưới niêm mạc, trợt, loét, polyp, khối u...

## 2. Viêm dạ dày

Viêm dạ dày cấp và mạn là phản ứng của niêm mạc dạ dày đối với rất nhiều tác nhân, là hai bệnh lý hoàn toàn khác nhau về lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô học.

Niêm mạc dạ dày được mô tả khi có một hoặc nhiều bệnh lý sau:

- Phù nề (Edema): niêm mạc dày lên mất tính chất nhẵn bóng.
- Xung huyết (Erythema): toàn bộ niêm mạc đỏ hơn bình thường hoặc có một số chấm đỏ, đám đỏ khu trú hay lan tỏa.
- Tiết dịch (Exudate): có mảng tơ huyết bám trên bề mặt.
- Viêm bờ (Friability): xuất hiện các chấm xuất huyết khi chạm nhẹ đầu đèn hoặc khi hút.
- Viêm trợt phẳng (Flat erosion): tổn thương trợt chỉ giới hạn ở lớp niêm mạc, không sâu quá 1mm, kích thước từ 1-10mm, thường hay gặp ở hang vị, có thể có ít hoặc nhiều trợt phẳng.
- Viêm trợt lõm (Raised erosion) hoặc loét kiểu hạt đậu: nếp niêm mạc gồ cao trên đỉnh có trợt nông, tổn thương rải rác hay tạo thành chuỗi, tổn thương hay gặp ở hang vị.
- Viêm tăng sản: các nếp niêm mạc thô dày, không mất khi bơm hơi căng.
- Viêm teo nếp niêm mạc: các nếp niêm mạc mỏng và thưa thớt, teo nặng khi không còn các nếp niêm mạc.
- Viêm teo niêm mạc: niêm mạc mỏng, khi chưa bơm hơi căng đã nhìn thấy rõ các mạng lưới mao mạch với các kích thước khác nhau.
- Viêm dạng hạt (nodularity): niêm mạc thô trên có hạt lồi sần.
- Viêm xuất huyết trong thành (Intramural bleeding): chấm hay mảng đỏ ở dưới niêm mạc, nhẹ chỉ có một vài chấm, trung bình có trên 10 chấm và nặng thì có những mảng rộng.
- Viêm do chấn thương: có thể chảy máu rỉ rả hay chảy máu nhiều.

### 2.1. Viêm dạ dày cấp

Viêm dạ dày cấp thường dựa trên các triệu chứng lâm sàng như đau thượng vị, nôn, buồn nôn, chán ăn. Tổn thương niêm mạc dạ dày qua nội soi: phù nề, xung huyết, xuất tiết, trợt, và xuất huyết trong thành.

Nguyên nhân gây viêm dạ dày cấp: do nhiễm H pylori, do thuốc chống viêm, do rượu, do dị vật, do sốc hoặc do chấn thương, do đặt Sonde dạ dày, bệnh về mạch máu và không rõ nguyên nhân.

Chẩn đoán dựa vào hỏi bệnh như uống rượu, uống thuốc chống viêm, kết hợp lâm sàng với hình ảnh nội soi, cần sinh thiết để phát hiện H.pylori.

## 2.2. Viêm dạ dày mạn

Để chẩn đoán viêm dạ dày mạn phải dựa vào kết quả mô bệnh học là chính vì không có sự tương xứng giữa tổn thương mô bệnh học và hình ảnh nội soi, hình ảnh nội soi không thấy tổn thương nhiều, nhưng thay đổi mô bệnh học viêm dạ dày lại rất nặng và vì các triệu chứng lâm sàng thường không phù hợp hoàn toàn với những thay đổi qua nội soi.

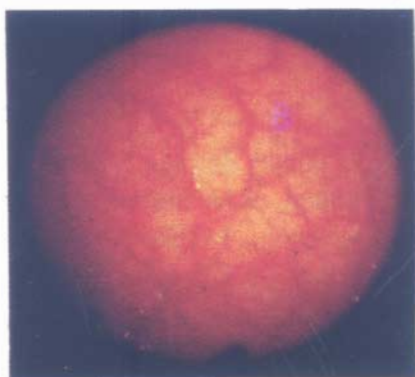
Trước đây dựa vào kết quả mô bệnh học phân thành 3 loại: viêm dạ dày typ A do tự miễn, viêm dạ dày typ B do xoắn khuẩn H.pylori và viêm dạ dày typ C do trào ngược dịch mật

Tuy nhiên các nhà nội soi vẫn dựa trên những tổn thương của niêm mạc dạ dày qua nội soi để phân loại viêm dạ dày thành những loại viêm để có chẩn đoán nội soi.

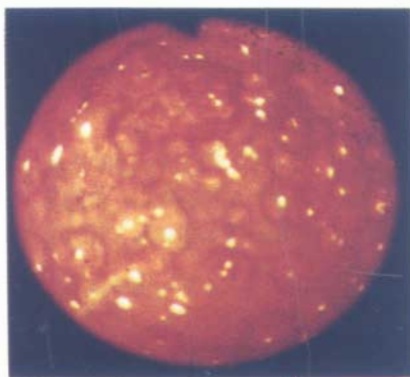
– Phân loại viêm dạ dày theo phân loại Sydney năm 1990:

- + Viêm dạ dày phù nề, xung huyết: là loại viêm hay gặp nhất trên hình ảnh nội soi. Niêm mạc phù nề xung huyết mất tính chất nhẵn bóng, có những hạt lấm xấm nhỏ li ti, đôi khi thấy đám xuất tiết, dễ chảy máu khi va chạm. Hay gặp tổn thương này ở hang vị và nguyên nhân thường do nhiễm H.pylori.
- + Viêm trợt phẳng: có ít hay nhiều nốt trợt nông phẳng, có thể có mảng xơ huyết phủ ở đáy. Hay gặp ở hang vị, nhưng cũng có thể ở thân vị.
- + Viêm trợt lồi: viêm trợt lồi lên trên lớp niêm mạc trông như hạt đậu, số lượng có thể có ít hoặc nhiều xếp thành.
- + Viêm teo niêm mạc dạ dày: thấy rõ các mạch máu khi chưa bơm hơi căng, niêm mạc nhạt màu, các nếp niêm mạc thường có kèm theo dị sản, loạn sản để chẩn đoán ung thư sớm cần kết hợp với nội soi nhuộm màu hoặc nội soi kết hợp với laser.
- + Viêm phì đại niêm mạc dạ dày (bệnh Menetrier): các nếp niêm mạc thô to, cao > 5mm, khi bơm hơi căng không thay đổi.
- + Viêm xuất huyết niêm mạc: có những chấm hay mảng xuất huyết dưới niêm mạc, có thể thấy chảy máu vào trong lòng dạ dày.

+ Viêm niêm mạc do trào ngược dịch mật: niêm mạc phù nề, xung huyết, có dịch mật xanh ú đọng ở dạ dày và dịch mật trào ngược từ tá tràng qua lỗ môn vị vào dạ dày. Hay gặp trên bệnh nhân đã cắt dạ dày, đặc biệt trên bệnh nhân cắt dạ dày nối theo kiểu Billroth I.



Viêm dạ dày mạn



Bệnh Menetrier

Chú ý: trên hình ảnh nội soi có thể thấy nhiều loại tổn thương khác nhau ở trên cùng một bệnh nhân, cần đưa vào tổn thương nào nổi trội nhất để đưa ra chẩn đoán nội soi. Để chẩn đoán xác định mức độ viêm, chẩn đoán loạn sản, dị sản cần phải sinh thiết. Xét nghiệm tìm H.pylori để tìm nguyên nhân gây viêm dạ dày là rất cần thiết cho chẩn đoán và điều trị.

- Hiện nay phân loại viêm dạ dày mạn theo phân loại Sydney năm 1996 : dựa vào nguyên nhân và kết quả mô bệnh học và được phân loại thành 3 loại: viêm không teo, viêm teo và viêm đặc hiệu. Viêm không teo có thể do H.pylori và nhiều nguyên nhân khác. Viêm teo do tự miễn, do dinh dưỡng, do môi trường, do H.pylori. Viêm đặc hiệu do hóa học như viêm dạ dày do trào ngược dịch mật, viêm dạ dày do thuốc chống viêm, viêm dạ dày do tia xạ, bệnh Crohn, Sarcoidose, viêm thành mạch và bệnh lympho.
- Viêm dạ dày do bệnh Crohn: tổn thương gặp ở toàn bộ ống tiêu hóa từ thực quản – ruột non tới đại tràng. Tổn thương ở dạ dày là những ổ loét ngoằn ngoèo và có thể kèm theo tổn thương giả Polyp.
- Viêm phì đại niêm mạc dạ dày (Giant Fold Gastritis) khi kích thước nếp niêm mạc lớn hơn 10mm và không mất đi khi bơm hơi căng:
  - + Nguyên nhân của viêm phì đại niêm mạc dạ dày là do H.pylori, hội chứng Zollinger-Ellison, u Lympho hoặc bệnh Menetrier.

- + Bệnh Menetrier: do tăng sinh tế bào nhầy kết hợp với mất protein qua đường tiêu hóa cần sinh thiết để chẩn đoán phân biệt với u Lympho và định kỳ theo dõi để phòng biến chứng ung thư.
- + Hội chứng Zollinger-Ellison: do u gastrin, các nếp niêm mạc thô to, có nhiều ổ loét ở dạ dày tá tràng, có thể có u ở tá tràng và u tụy.

### 3. Loét dạ dày

Loét dạ dày là tổn thương qua lớp niêm mạc xuống đến tận lớp cơ niêm hoặc sâu hơn nữa, kích thước trên 3 mm. Nguyên nhân thường do xoắn khuẩn *H.pylori* và thuốc chống viêm.

Cần phân biệt tổn thương viêm loét và tổn thương loét: tổn thương viêm loét là tổn thương nông chỉ mất lớp biểu mô phủ, không lan sâu xuống lớp cơ niêm. Còn tổn thương loét là tổn thương có thể phá hủy lớp cơ niêm. Ổ loét thường ở góc bờ cong nhỏ và hàng vị chiếm 80%, ít gặp hơn ở bờ cong lớn, thân vị và đáy vị. Ổ loét lớn thường ác tính, nhiều ổ loét thường do thuốc chống viêm.

**Đánh giá tính chất, đặc điểm của ổ loét qua nội soi:** vị trí, số lượng, hình dạng, kích thước, đáy ổ loét, bờ ổ loét và đặc điểm các nếp niêm mạc xung quanh ổ loét. Nếu ổ loét đang có biến chứng chảy máu, cần đánh giá tình trạng chảy máu theo phân loại của Forrest. Nếu Forrest Ia, Ib, IIa cần tiêm hoặc kẹp cầm máu qua nội soi.

- Loét dạ dày có thể có triệu chứng điển hình và không điển hình, do đó chẩn đoán loét dạ dày bằng phương pháp nội soi là tốt nhất và qua nội soi còn tiến hành sinh thiết để chẩn đoán phân biệt ổ loét lành tính với ổ loét ác tính, làm xét nghiệm để phát hiện *H.pylori*.

#### **Các giai đoạn của ổ loét:**

- Ổ loét hoạt động (A):
  - + A1: ổ loét thành thẳng đứng, bờ cao đều, đáy tròn nhẵn sạch hoặc có chất xuất tiết đọng, niêm mạc xung quanh bờ ổ loét phù nề, xung huyết nhô cao, các nếp niêm mạc bị co kéo cho tới sát bờ ổ loét.
  - + A2: ổ loét trở nên nông hơn, nhỏ hơn, tổ chức hạt bắt đầu thay thế cho tổ chức hoại tử.

– Lành ổ loét (H):

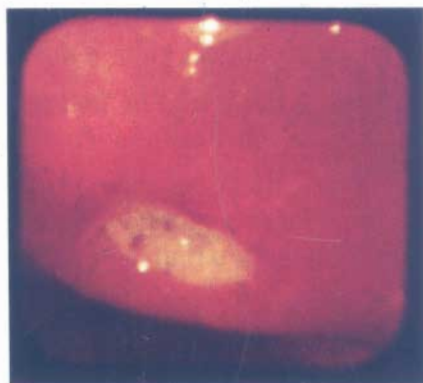
+ H1: niêm mạc xung quanh ổ loét bớt phù nề xung huyết, đáy ổ loét nhỏ hơn, tổ chức hạt dần dần thay thế toàn bộ các tổ chức hoại tử.

+ H2: ổ loét nhỏ hơn hoặc phẳng hơn hoặc chỉ còn là một khe nhỏ, các nếp niêm mạc bớt phù nề nhiều tạo thành những nếp nhăn nhoe xung quanh ổ loét.

– Liên sẹo ở ổ loét (S):

+ S1: liên sẹo đỏ: tổ chức xơ thay thế tạo thành vết sẹo, bờ và niêm mạc xung quanh ổ loét còn phù nề nhẹ.

+ S2: liên sẹo trắng: tổ chức xơ thay thế hoàn toàn, niêm mạc xung quanh ổ loét hoàn toàn bình thường, chỉ còn lại một vết sẹo trắng.



*Ổ loét góc bờ cong nhỏ*

**Phân biệt ổ loét lành tính và ổ loét ác tính:**

- Phân biệt ổ loét lành tính và ổ loét ác tính rất cần thiết vì tiên lượng và điều trị hoàn toàn khác nhau. Ổ loét lành tính thường có kích thước nhỏ < 1,5 cm, bờ rõ, đáy có giả mạc trắng, niêm mạc xung quanh ổ loét mềm mại và nhu động bình thường. Để chẩn đoán ổ loét lành tính hay ác tính phải sinh thiết để làm xét nghiệm mô bệnh học và quan trọng là phải sinh thiết đúng vị trí tổn thương.
- Khi cần thiết phải kết hợp với các phương pháp soi khác như siêu âm nội soi, nội soi kết hợp với laser, nội soi với giải tần số hẹp để chẩn đoán ung thư.

Đặc điểm	Ổ loét lành tính	Ổ loét ác tính
Kích thước	< 1,5 cm	> 1,5 cm
Danh giới	Rõ	Không rõ
Bờ	Đều	Bờ không đều, gồ cao, chạm vào dễ chảy máu
Đáy	Nhẵn, có giả mạc trắng	Nham nhỡ, bẩn, có chất hoại tử hoặc máu đen
Niêm mạc xung quanh	Mềm mại, nhu động bình thường	Cứng, nhu động kém

#### 4. Khối u lành tính dạ dày

Bơm hơi căng để quan sát các nếp niêm mạc dạ dày, chú ý phân biệt khối u ở ngoài đề vào dạ dày, khối u trong thành dạ dày (u dưới niêm mạc) và khối u trên bề mặt niêm mạc dạ dày (tổn thương dạng polyp).

- Khối u ở ngoài đề vào dạ dày do tổn thương của gan, lách, tụy, hạch
- Khối u ở dưới niêm mạc hoặc khối u trong thành dạ dày do u mỡ, u cơ, u thần kinh, u máu.
- Khối u trên bề mặt niêm mạc dạ dày là những polyp tăng sản, polyp tuyến, dị sản tuyến, Cyst, và u lympho.

Khi mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi: mô tả vị trí, kích thước, số lượng, hình dạng, có cuống hay không có cuống, mô tả đặc điểm niêm mạc trên bề mặt của khối u như màu sắc, có loét hay không...

##### 4.1. Khối u dưới niêm mạc: xuất phát từ tổ chức ở lớp dưới biểu mô:

- U cơ (Leiomyelomas): là loại hay gặp nhất, loại u này xuất phát từ lớp cơ trơn hay cơ niêm của niêm mạc.
- U thần kinh (Swghanomas), u mỡ (Lipoma): là loại ít gặp hơn u cơ.
- Nhiễm mỡ dạ dày (Gastric Xanthelasma): tổn thương là mảng tròn hay oval màu vàng trắng, có kích thước nhỏ 1-2mm, đôi khi lớn hơn 5mm. Nhiễm mỡ dạ dày là do lipid tạo thành mảng trên mô đệm ngay sát dưới lớp biểu mô.



*U mỡ dạ dày*

**Chú ý:** Cần phân biệt với khối u ở ngoài đề vào dạ dày.

Bổ xung phương pháp siêu âm nội soi để chẩn đoán xác định khối u dưới niêm mạc.

##### 4.2. Polyp dạ dày

Polyp là tổn thương lồi vào trong lòng dạ dày xuất phát từ lớp niêm mạc của dạ dày, polyp thường được phát hiện tình cờ. Polyp gây biến chứng chảy máu hoặc gây tắc hiếm gặp, 10% polyp có biến chứng ung thư. Số lượng polyp: có thể 1 hoặc nhiều, rất nhiều polyp. Bệnh đa polyp được cho là có trên 20 hoặc trên 100 polyp tùy từng tác giả.

**Nang tuyến Elster** : chỉ thấy ở thân vị và đáy vị, không có biến chứng ác tính, kích thước thường dưới 5mm, nhẵn bóng, có nhiều polyp. Sinh thiết để chẩn đoán xác định

**Polyp tăng sản** (Hyperplastic polyp): là loại polyp hay gặp nhất, polyp có ở bất cứ vị trí nào trong dạ dày, có thể có 1 hoặc nhiều polyp, kích thước thường nhỏ hơn 1cm, ít có biến chứng ung thư hóa, polyp có thể có cuống, niêm mạc phía trên polyp có thể bình thường, xung huyết, trợt và loét, sinh thiết để chẩn đoán xác định.



*Polyp tăng sản*

**Tăng sản tại chỗ** (Focal hyperplasia): là tổn thương dạng polyp, có liên quan đến viêm trợt mạn tính, sẹo và ở miệng nối, liên quan đến viêm dạ dày có nhiễm H.Pylori. Thường thấy ở hang vị với số lượng nhiều, có hình dải hoặc chuỗi và có trợt ở giữa. Chẩn đoán phân biệt với viêm trợt mạn. Làm test để phát hiện H.Pylori.

**Polyp do tổn thương viêm trợt mạn**: thường gặp ở hang vị, có thể kèm theo viêm dạ dày hoặc niêm mạc bình thường. Tổn thương trợt mạn có thể tồn tại nhiều tháng mà không có thay đổi, có kích thước 5-10mm, tròn hoặc có hình polyp có chân, loét trợt ở giữa và có Fibrin lắng đọng, xung quanh có thể có 1 hoặc nhiều polyp, đôi khi tạo thành chuỗi hoặc dải hướng về lỗ môn vị, tại vùng viêm dạ dày niêm mạc phù nề, đôi khi các nếp niêm mạc dày. Sinh thiết để chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt với u lympho, bệnh Crohn, di căn ung thư, ung thư sớm, dị sản tuyến tụy.

**Polyp tuyến** (Adenoma): được cho là tổn thương tiền ung thư, 40% polyp tuyến có biến chứng ác tính khi kích thước từ 1-4cm, bề mặt gồ ghề, chia thành nhiều múi, xung huyết có thể trợt hoặc loét. Sinh thiết để chẩn đoán xác định vì polyp tuyến được cho là tổn thương tiền ung thư, do đó khi kích thước polyp bằng hoặc lớn hơn 1cm nên cắt qua nội soi.



*Polyp tuyến*



### **Các polyp hiếm gặp:**

- Dị sản tuyến Brunci: hiếm gặp, thường gặp ở hang vị, kích thước nhỏ hơn 1cm.
- U Carcinoid u thần kinh nội tiết : hiếm gặp.
- Dị dân tuyến tụy: hiếm gặp, chỉ ở hang vị, kích thước tương đối to, đôi khi lớn hơn 1cm.

**Polyp trong hội chứng Peutz-Jegher:** là bệnh di truyền, biểu hiện rối loạn sắc tố ở niêm mạc, có đa polyp ống tiêu hóa, hay gặp ở ruột non và đại tràng, đôi khi ở dạ dày. Tổn thương mô bệnh học là quá sản tuyến và phì đại cơ trơn. Kích thước polyp to nhỏ khác nhau từ 1-2 cm, có cuống hoặc không, ít biến chứng thành ung thư hóa.

## **5. Ung thư dạ dày**

Ung thư dạ dày có thể xuất phát từ lớp biểu mô, tổ chức lympho, tổ chức liên kết hoặc thần kinh, Carcinoid hoặc di căn ung thư. Hay gặp nhất là ung thư tuyến (Adenocarcinoma) chiếm trên 80%.

Để chẩn đoán ung thư dạ dày đặc biệt là ung thư sớm, nội soi kết hợp với nhuộm màu và sinh thiết đóng vai trò rất quan trọng. Cần theo dõi ung thư sớm trên bệnh nhân có nguy cơ cao như: viêm dạ dày mạn tính (typ A), viêm dạ dày mạn có H.pylori (typ B), poly tuyến, poly tăng sản, bệnh nhân đã có tiền sử phẫu thuật dạ dày, tiền sử gia đình có người bị ung thư dạ dày và bệnh Menetrirer.

Vị trí ung thư dạ dày hay gặp là ở hang vị và bờ cong nhỏ, sau đó là tâm vị phình vị và bờ cong lớn.

**5.1. Ung thư sớm:** khi tổ chức ung thư mới khu trú ở niêm mạc hoặc dưới niêm mạc chưa hoặc đã xâm lấn qua lớp cơ niêm nhưng chưa xâm lấn đến lớp cơ dạ dày. Theo hội nội soi Nhật Bản, ung thư sớm được chia làm 3 loại:

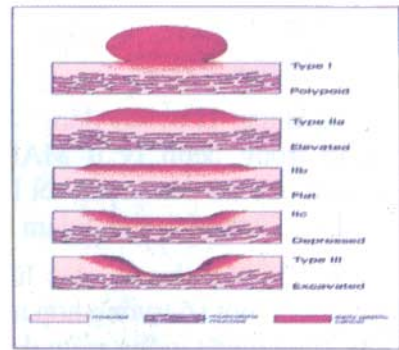
- Typ I (typ lồi): tổn thương lồi giống polyp.
- Typ II (typ phẳng): loại tổn thương này khó phát hiện, được chia làm 3 loại: typ IIa tổn thương hơi lồi; typ IIb tổn thương phẳng dẹt, tổn thương có thể chỉ là sự thay đổi màu của niêm mạc, tổn thương này rất khó phát hiện qua nội soi, typ IIc tổn thương hơi lõm có thể nhầm với sẹo của ổ loét.
- Typ III (typ loét): giống như loét, chẩn đoán bằng phương pháp sinh thiết.

Tổn thương phối hợp giữa các typ là tổn thương hay gặp: typ IIa + IIc, IIb + IIc, IIc + III.

Chẩn đoán ung thư dạ dày sớm qua nội soi là khó, do đó nếu nghi ngờ có tổn thương ung thư sớm cần kết hợp với các phương pháp khác như nội soi nhuộm màu, nội soi siêu âm, nội soi kết hợp với laser và nội soi sử dụng ánh sáng chọn lọc, chụp cắt lớp vi tính và các dấu ấn ung thư. Chẩn đoán quyết định ung thư sớm bằng xét nghiệm mô bệnh học sau khi cắt dạ dày. Chẩn đoán ung thư sớm là cần thiết vì có thể cắt niêm mạc qua nội soi hoặc nếu có phẫu thuật thì sẽ có tiên lượng tốt. Chẩn đoán phân biệt ung thư sớm với loét lành tính, polyp lành tính, viêm dạ dày và u lympho. Điều trị ngoại khoa là chủ yếu, cắt niêm mạc dạ dày qua nội soi áp dụng ở các trung tâm lớn hoặc nghiên cứu.



Ung thư dạ dày sớm



Phân loại ung thư dạ dày sớm

## 5.2. Ung thư tiến triển

Khi tổ chức ung thư lan xuống lớp dưới niêm mạc qua lớp cơ dạ dày. Phân loại theo Borrmann:

- Typ I: tổn thương dạng polyp, khó phân biệt với polyp, cần sinh thiết nhiều mảnh để làm xét nghiệm mô bệnh học.
- Typ II: tổn thương dạng polyp có loét, cần sinh thiết nhiều mảnh ở bờ và giữa ổ loét để làm xét nghiệm mô bệnh học



Ung thư dạ dày dạng loét sùi

- Typ III: tổn thương thâm nhiễm có loét, tiên lượng xấu do di căn nhanh. Tổn thương ung thư thâm nhiễm xuống ngay phía dưới niêm mạc, trên có loét, cần sinh thiết ở ổ loét để làm xét nghiệm mô bệnh học.
- Typ IV: ung thư thâm nhiễm lan tỏa (diffusely Infiltrating Form) tổn thương thâm nhiễm xuống lớp dưới niêm mạc do đó không nhìn thấy tổn thương qua nội soi, tổn thương làm thành dạ dày cứng không giãn ra khi bơm hơi, kém nhu động. Một số trường hợp hẹp toàn bộ lòng dạ dày do tổn thương ung thư thâm nhiễm toàn bộ lớp dưới niêm mạc (thể Elastic hoặc Linite), dạ dày trông như chiếc bát tất. Loại ung thư này có tiên lượng xấu vì di căn nhanh.

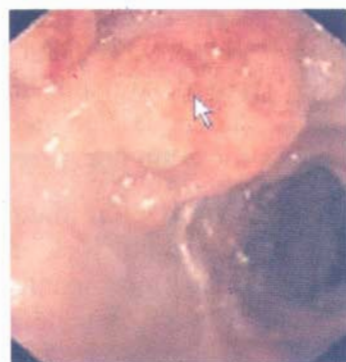
### 5.3. *U lympho dạ dày (U MALT)*

U MALT là bệnh lý tăng sinh nang lympho ở niêm mạc dạ dày.

- xoắn khuẩn *H.pylori* đóng vai trò quan trọng trong bệnh lý u MALT dạ dày. Loại u này có tiên lượng tốt hơn ung thư dạ dày. Tỷ lệ sống sau 5 năm là 50-90%.
- Không có tổn thương đặc hiệu qua nội soi, trong một số trường hợp niêm mạc dạ dày xung huyết giống viêm dạ dày. Tổn thương có thể là loét hoặc dạng polyp. Vị trí hay gặp là ở hang vị và thân vị. Chẩn đoán phân biệt với ung thư dạ dày hoặc viêm dạ dày.
- Cần sinh thiết nhiều miếng (8-10 miếng) ở vùng tổn thương.
- Các phương pháp chẩn đoán bổ xung như: siêu âm nội soi, chụp tim phổi, xét nghiệm máu, chọc tủy, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, khám thêm các chuyên khoa tai mũi họng.
- Điều trị: loại trừ *H.pylori*, phẫu thuật, hóa trị liệu, quang tuyến trị liệu tùy theo từng giai đoạn.



*U MALT dạ dày*



*U lympho dạ dày*

**5.4. *U lympho ác tính*:** hình ảnh thường gặp là thâm nhiễm có kèm theo loét, hoặc tổn thương dạng giả polyp, có thể các polyp tập trung thành đám dễ nhầm với khối u. sinh thiết để chẩn đoán xác định.

**5.5. Ung thư cơ trơn (Leyomyosarcome):** ung thư xuất phát từ lớp cơ niêm mạc hoặc cơ trơn, là loại ung thư ít gặp.

**5.6. Liposarcom:** là loại ung thư xuất phát từ tổ chức liên kết của dạ dày.

**5.7. Carcinoid dạ dày:** là khối u thần kinh - nội tiết, hay gặp ở thân vị, cần sinh thiết để phân biệt với tổn thương dạng polyp khác của dạ dày.

## **6. Tổn thương niêm mạc dạ dày do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (ALTMC)**

- Bệnh lý dạ dày do tăng ALTMC gặp ở bệnh nhân bị tăng ALTMC.
- Tổn thương chính ở niêm mạc dạ dày là lớp biểu mô và mạch máu, có thâm nhiễm tế bào viêm.
- Chẩn đoán tổn thương niêm mạc dựa vào hình ảnh nội soi.
- Những hình ảnh tổn thương của niêm mạc dạ dày do tăng ALTMC (Hypertensive Gastropathy):
  - + Hình ảnh da rắn (Mosaïque).
  - + Giãn mạch vùng hang vị (Gastric Antral Venous- Gave Syndrome- Extasia Syndrome), niêm mạc dạ dày vùng hang vị giống “quả dưa hấu” (Water Melon Stomach) có thể kèm theo tổn thương xuất huyết dưới niêm mạc.
  - + Giãn tĩnh mạch: giãn tĩnh mạch tâm vị và phình vị kèm theo giãn tĩnh mạch thực quản, chú ý giãn tĩnh mạch dạ dày có thể còn do tắc tĩnh mạch lách, do di căn ung thư hoặc do viêm tụy. Đôi khi có giãn tĩnh mạch vùng thân vị, hang vị và tá tràng. Niêm mạc trên tĩnh mạch giãn có thể có màu sắc bình thường, đỏ hoặc xanh tím.
- **Chú ý:** chẩn đoán phân biệt giữa các nếp niêm mạc thô to với giãn tĩnh mạch dạ dày bằng phương pháp siêu âm nội soi. Rất thận trọng khi sinh thiết các nếp niêm mạc dạ dày vùng phình vị vì có thể nhầm với các búi giãn tĩnh mạch.

## **7. Tổn thương niêm mạc dạ dày sau phẫu thuật**

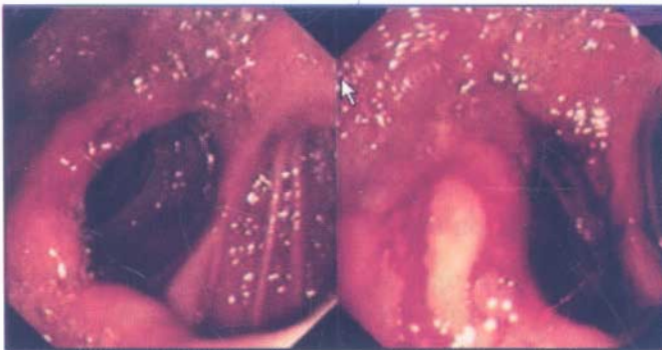
Sau khi phẫu thuật giải phẫu dạ dày thay đổi, có nhiều cách phẫu thuật khác nhau nên bác sĩ cần hỏi tiền sử bệnh, các phương pháp phẫu thuật dạ dày: cắt toàn bộ dạ dày, cắt một phần dạ dày, cắt dạ X có hoặc không có tạo hình môn vị và tạo hình đáy dạ dày.

Khi quan sát nội soi trên dạ dày đã phẫu thuật cần chú ý:

- Chỗ nối thực quản dạ dày.
- Phần dạ dày còn lại.
- Niêm mạc ở miệng nối.
- Niêm mạc ở quai tới và quai đi.

*Những tổn thương niêm mạc dạ dày sau khi phẫu thuật:*

- Tổn thương sớm sau phẫu thuật: chảy máu và hẹp miệng nối.
- Tổn thương muộn sau phẫu thuật:
  - + Viêm dạ dày do trào ngược dịch mật, hay gặp khi cắt dạ dày nối theo Billroth I, nếu kéo dài sẽ gây viêm dạ dày typ C.
  - + Viêm phì đại, xung huyết tại miệng nối.
  - + Phì đại niêm mạc xung quanh chỉ khâu tại miệng nối tạo hình ảnh giả polyp.
  - + Viêm thực quản trào ngược do hồng tràng hẹp hoặc do chức năng quai đi.
  - + Loét tái phát: loét dạ dày ở phần còn lại hoặc loét gần miệng nối.
  - + Hẹp miệng nối vì sẹo loét.
  - + Dị vật.
  - + Ung thư miệng nối: tỉ lệ ung thư tăng dần theo thời gian.



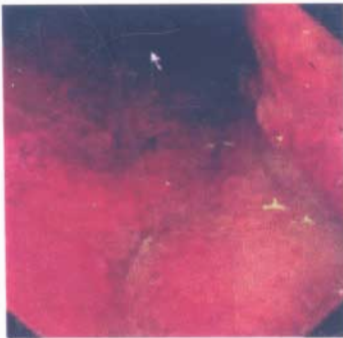
*Loét miệng nối*

## 8. Những tổn thương niêm mạc dạ dày khác

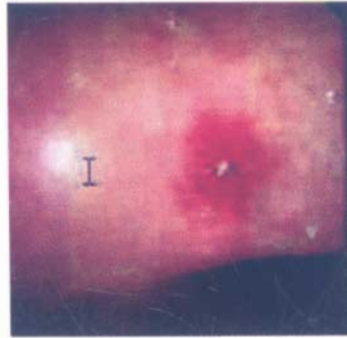
- Dị sản mạch.
- Dị sản ruột: có những đám hoặc mảng màu vàng hoặc nhạt màu. Cần sinh thiết để chẩn đoán mô bệnh học.
- Dị vật: dị vật thực sự như tằm, đinh, răng giả, kim băng...; dị vật thức ăn như cục thịt, cục măng khô, xương... Dị vật cục bã thức ăn (Benzoar) là dị vật được tạo ra bởi xơ, rau, lông tóc, viên thuốc, trái cây... kết hợp với chất nhầy dạ dày tạo nên loại dị vật này. Dị vật này hay gặp ở dạ dày và thường kèm theo loét dạ dày. Lấy dị vật qua nội soi khi có chỉ định.
- Nang giả tụy vỡ vào dạ dày.

## 9. Tổn thương dạ dày do HIV

- Tổn thương u lympho không Hodgkin: hình ảnh nội soi thường là loét rộng, bờ không đều, có thâm nhiễm ở xung quanh ổ loét.
- Sarcom Kaposi: tổn thương là một hoặc nhiều hạt màu đỏ tía, ở trung tâm hạt lõm xuống trông như loét, tổn thương mô bệnh học là phát triển tổ chức liên kết dưới niêm mạc.



*lympho không Hodgkin*



*Sarcom Kaposi*

## 10. Bệnh lý tá tràng

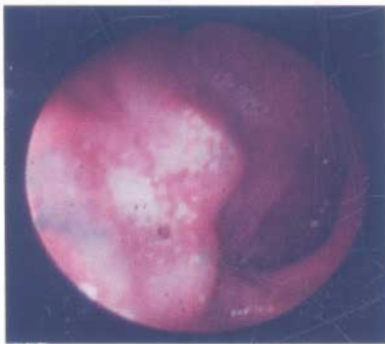
**Loét HTT:** hơn 90% nguyên nhân gây loét HTT là do xoắn khuẩn *H.pylori*, và có thể do các nguyên nhân khác: do thuốc lá, thuốc chống viêm, stress...

Triệu chứng điển hình là đau vào lúc đói, nhất là ban đêm hoặc không có triệu chứng.

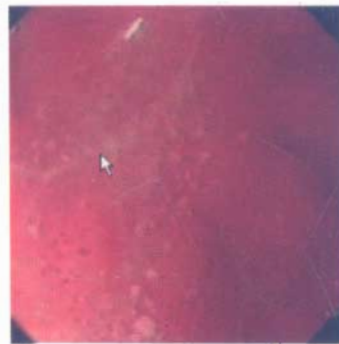
Khi mô tả đặc điểm ổ loét cần chú ý mô tả vị trí, kích thước, số lượng, hình dạng, bờ, đáy và tình trạng biến chứng chảy máu theo Forrest (nếu có) để điều trị cầm máu qua nội soi.

Tổn thương loét ở tá tràng chiếm > 90% đa số ở mặt trước, loét ở cả mặt trước và mặt sau (Kissing ulcer) và loét ở đoạn cuối HTT.

- Chẩn đoán giai đoạn ổ loét giống như ổ loét dạ dày: ổ loét hoạt động, ổ loét đang liền sẹo và ổ loét thành sẹo. Đặc điểm ổ loét đang tiến triển: bờ phù nề, đáy có Fibrin hoặc ổ loét đang có biến chứng chảy máu, đánh giá tình trạng chảy máu theo Forrest. Đặc điểm ổ loét đang liền sẹo: bờ ổ loét đỡ phù nề xung huyết, đáy ổ loét có lớp niêm mạc đỏ. Loét dạng salami (dạng xúc xích Ý): do ổ loét đang liền sẹo nhưng không đều, danh giới ổ loét không rõ, những vùng loét có giả mạc trắng xen lẫn với vùng đang tái tạo tế bào biểu mô tạo thành hình ảnh lỗ trống trông giống xúc xích. Sẹo loét HTT có thể gây biến dạng HTT, tạo hình ảnh giả túi thừa hoặc tạo thành đám lốm xoang.
- Sinh thiết để phát hiện H.pylori.
- Ổ loét ở thành sau HTT dễ gây biến chứng chảy máu do có động mạch tá tụy và dễ thủng vào tụy, ổ loét ở thành trước dễ thủng.



*Loét hành tá tràng*



*Loét Salami*

**Viêm HTT:** nguyên nhân là do dị sản dạ dày và H.pylori, tổn thương qua nội soi: phù nề, xung huyết, trợt, sinh thiết để làm xét nghiệm mô bệnh học và tìm H.pylori.

### ***Polyp HTT:***

- Polyp tăng sản viêm nhiễm (Inflammatory Hyperplastic Polyp) là loại polyp hay gặp nhất, thường ở HTT và mặt sau tá tràng, có nhiều với

kích thước 2-6 mm, niêm mạc thường không thay đổi, hoặc phù nề, trợt và loét. Xét nghiệm mô bệnh học thường thấy niêm mạc bình thường.

- Di sản dạ dày (Heterotopic Gastric Mucose) thường thấy ở ngay sau lỗ môn vị hoặc thành sau tá tràng. Thường có nhiều, có thể tập trung thành từng đám, từng mảng, có kích thước nhỏ 2-6mm hơi nhô cao, khó phân biệt với các nếp niêm mạc xung quanh, niêm mạc polyp xung huyết lẫn lẫn. Thường phát hiện được H.pylori.
- Tăng sản tuyến Brunner (Brunner gland hyperplasia): thường thấy ở toàn bộ HTT và tá tràng, số lượng nhiều, kích thước nhỏ 2-6mm, niêm mạc polyp xung huyết.
- Tăng sản nang lympho (Lymphatic hyperplasia): thường thấy ở đoạn II tá tràng, có nhiều polyp đôi khi tạo thành từng đám, kích thước polyp nhỏ vài mm.
- Polyp tuyến (Adenoma): hiếm gặp, nếu có thường ở đoạn I-II tá tràng và vùng papilla, có một hoặc nhiều polyp, kích thước lớn hơn 1 cm, có cuống hoặc chân, niêm mạc polyp lẫn lẫn, trợt hoặc loét.

**U dưới niêm mạc tá tràng:** U cơ (Leiomyoma): thường gặp ở giữa đoạn I-II tá tràng, kích thước lớn hơn 1cm, bề mặt niêm mạc polyp có thể có thể có trợt hoặc loét.

**Ung thư tá tràng hiếm gặp:** ung thư tuyến, ung thư di căn, u lympho, carcinoid.

### **Bệnh Spure-Crohn và Wipple:**

- Bệnh Spure là một bệnh tự miễn, niêm mạc đường tiêu hóa bị tổn thương do caroten trong thức ăn, dẫn đến kém hấp thu và ỉa chảy, tổn thương thường gặp ở tá tràng, các nếp niêm mạc bị mất nhung mao. Hình ảnh tổn thương qua nội soi: niêm mạc dày, phù nề, mất nếp nhăn, hoặc teo niêm mạc. Hình ảnh nội soi, mô bệnh học rất điển hình. Bệnh sẽ đỡ khi ăn chế độ không có caroten. Nguy cơ biến chứng ung thư cao nếu không được điều trị.
- Bệnh Crohn: khoảng 5% bệnh crohn có tổn thương ở HTT. Hình ảnh nội soi: tổn thương loét nhỏ, sinh thiết để chẩn đoán xác định.
- Bệnh Wipple: là bệnh hiếm gặp, do tình trạng nhiễm trùng toàn thân có biểu hiện ở khớp, sụt cân, và ỉa chảy. Hình ảnh nội soi: các nếp niêm mạc dày lên, nhung mao to, phù nề ở tá tràng và hồng tràng, sinh thiết để chẩn đoán xác định



**Túi thừa tá tràng:** thường được phát hiện qua chụp X-quang hoặc nội soi đặc biệt là máy soi cửa sổ bên. Chụp khung tá tràng có thuốc cản quang để đánh giá kích thước túi thừa. Túi thừa tá tràng thường không có triệu chứng gì, được phát hiện tình cờ qua nội soi. Một số trường hợp có biến chứng tắc mật hoặc viêm túi thừa do thức ăn đọng. Túi thừa không cần điều trị trừ khi có tắc mật.

**Tổn thương niêm mạc tá tràng do bệnh lý ở các tạng lân cận:** các tạng có liên quan đến tá tràng: gan, túi mật, tụy, đại tràng gốc gan và thận.

- Ung thư gan di căn hoặc nang gan chèn ép vào HTT.
- Ứ nước túi mật chèn vào tá tràng, viêm túi mật gây phù nề, xung huyết tá tràng.
- Ung thư đường mật làm hẹp tá tràng.
- Viêm tụy mạn: gây phù nề tá tràng, viêm tụy cấp chèn ép vào tá tràng và ung thư tụy thâm nhiễm vào tá tràng.

## VIII. KẾT LUẬN

Với sự tiến bộ của kỹ thuật nội soi cùng với sự ra đời của các thế hệ máy nội soi mới, soi dạ dày – tá tràng ngày càng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị những bệnh lý ở dạ dày và tá tràng.

# MỞ THÔNG DẠ DÀY QUA NỘI SOI

## (gastrostomie percutanée endoscopique)

- Mở thông dạ dày qua nội soi là kĩ thuật đặt sonde nuôi dưỡng nhân tạo, không cần phẫu thuật, ít chấn thương, có thể thực hiện cho các bệnh nhân ngoại trú ở phòng soi bình thường.

- Kĩ thuật này do Ponsky và Gauderer ở Mỹ mô tả lần đầu tiên vào năm 1981.

- Do kĩ thuật đơn giản, không tốn kém nên phương pháp này ngày càng được phát triển nhanh, rộng rãi ở mọi nơi.

### CHỈ ĐỊNH

1. Nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá cho những bệnh nhân mà đường ruột còn hoạt động bình thường, nhưng không có khả năng nuốt thức ăn.

1.1. Rối loạn thần kinh sau tai biến mạch máu não, hôn mê kéo dài, u não, v.v...

1.2. U ở phần hầu họng, hậu quả của các phẫu thuật ở khu vực này.

1.3. Chấn thương nặng ở vùng sọ, mặt.

1.4. Ung thư thực quản không còn chỉ định mổ, không đặt được prothese.

1.5. Dị dạng bẩm sinh vùng hầu họng.

2. Suy dinh dưỡng nặng ở các bệnh nhân ung thư, suy tim, suy hô hấp nặng hoặc SIDA.

3. Bệnh nhân cao tuổi có rối loạn tâm thần kèm suy dinh dưỡng.

### CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Có bệnh lí của dạ dày từ trước (viêm loét, ung thư).

2. Rối loạn đông máu nặng.

3. Gan lách quá to.

4. Bệnh nhân quá béo.

5. Bệnh nhân có cổ trướng.
6. Suy thận đang điều trị bằng lọc màng bụng.
7. Rò ở đoạn cao của ruột non.
8. Tắc ruột non.
9. Cắt toàn bộ dạ dày.

## KĨ THUẬT

### 1. Dụng cụ

- 1.1. Máy soi dạ dày.
- 1.2. Kim sinh thiết.
- 1.3. Kim khâu da, chỉ khâu.
- 1.4. Băng, băng, gạc.
- 1.5. Kít để mở thông dạ dày qua nội soi (có nhiều loại Kist Bard, Ansell Medical, ABS, cook, v.v...).

### 2. Chuẩn bị bệnh nhân

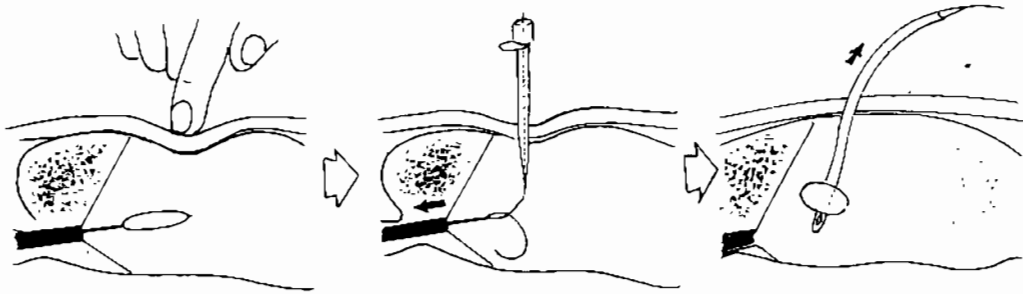
- 2.1. Bệnh nhân chuẩn bị như soi dạ dày.
- 2.2. Khám bụng để phát hiện gan lách to, cổ trướng.

### 3. Các bước tiến hành thủ thuật

- 3.1. Bệnh nhân nằm nghiêng trái, soi xuống tới D1 để kiểm tra tình trạng dạ dày, tá tràng.
- 3.2. Thay đổi tư thế bệnh nhân sang nằm ngửa nhưng đầu vẫn giữ nghiêng trái.
- 3.3. Bơm hơi căng để thành dạ dày sát vào thành bụng (nếu bơm không đủ hơi, thành dạ dày không sát thành bụng sẽ có nguy cơ đâm troca thủng cơ quan bên cạnh, như đại tràng ngang).
- 3.4. Xác định vị trí chọc troca qua ánh đèn sáng lên thành bụng, lấy ngón tay ấn vào chỗ sáng rồi qua đèn soi kiểm tra chỗ ngón tay lòi vào thành dạ dày. Tìm đúng vị trí.

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

Ở trên da, đường chọc thường ở đoạn giữa nối bờ xương sườn trái và rốn, nhưng cũng có thể thay đổi nên phải dựa vào nội soi (hình 3).



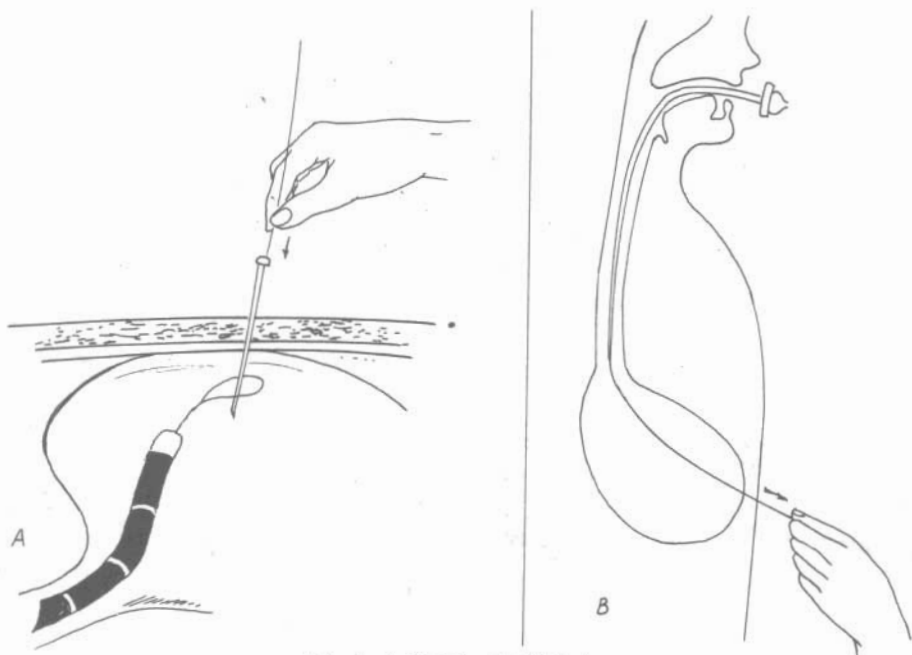
*Hình 3: Cách xác định vị trí chọc troca.*

3.5. Sau khi gây tê tại chỗ bằng novocain 2%, dùng dao nhọn rạch da rộng 1 cm rồi dùng pince bóc tách sâu hơn, chọc troca qua da, qua thành bụng vào khoang dạ dày dưới sự kiểm tra của nội soi.

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

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

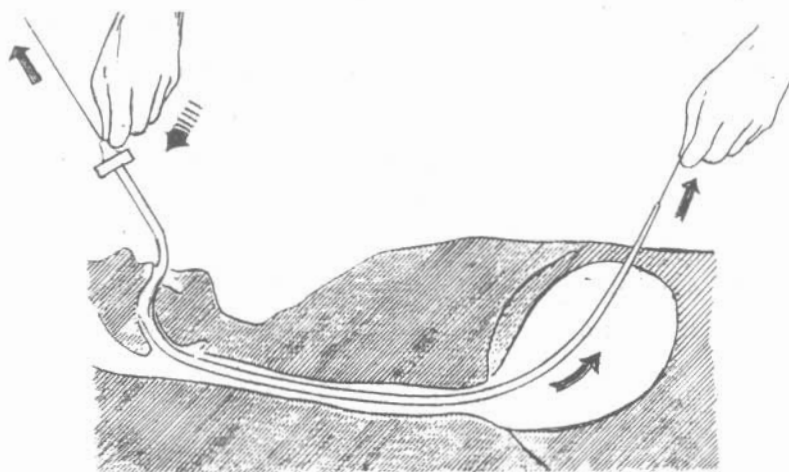
3.8. Cho đèn vào lại để kiểm tra vị trí đúng của sonde và kiểm tra xem có chảy máu không (thường là chảy máu tự cầm rất nhanh) (hình 4, 5 và 6).



Hình 4: Kỹ thuật "kéo"

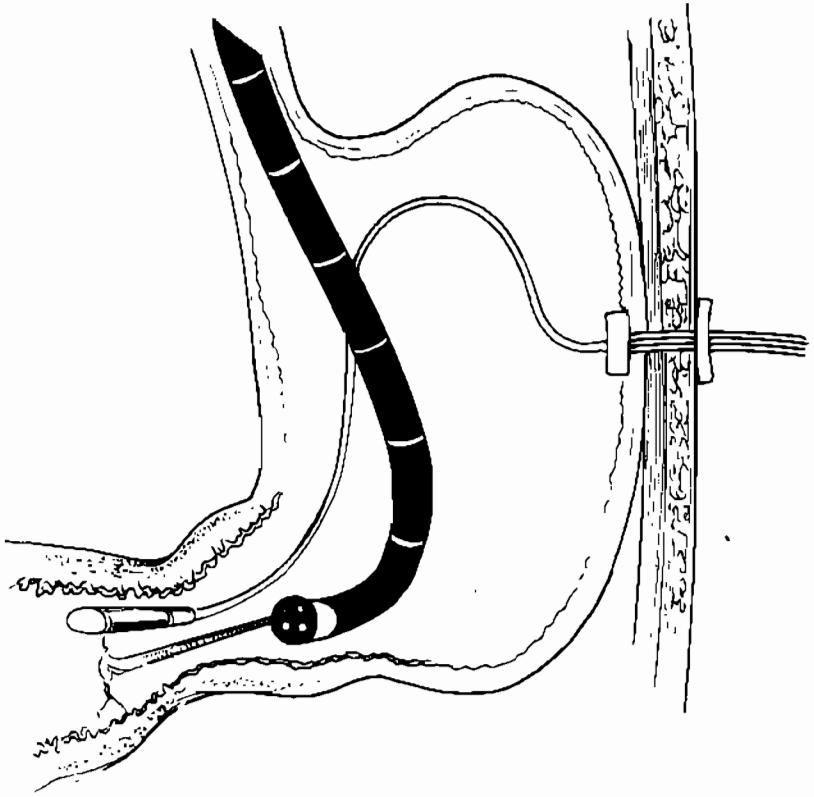
A: Bơm hơi cho dạ dày sát với thành bụng, rồi chọc troca qua thành bụng và thành dạ dày.

B: Kéo ống thông dạ dày qua thực quản vào dạ dày và ra ngoài thành bụng.



Hình 5: Kỹ thuật "đẩy"

Ống thông dạ dày trượt trên dây dẫn, đẩy qua thực quản vào dạ dày.



Hình 6. Đặt một ống thông ở hồng tràng

ống thông đưa qua lỗ mở thông dạ dày ở thành bụng  
và dùng kim gấp dị vật để đưa ống thông vào tá tràng

3.9. Cố định đầu sonde ngoài thành bụng. Khâu dưới da.

3.10. Cắt chỉ để lại đoạn sonde dài 15 cm. Lắp nắp sonde và băng lại.

#### 4. Theo dõi sau thủ thuật

4.1. Kháng sinh dự phòng: Augmentin 1 gam tiêm trước và sau thủ thuật 4 giờ.

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

### BIẾN CHỨNG

#### 1. Biến chứng nhẹ

1.1. Hội chứng bán tắc và đau bụng, sốt nhẹ. Điều trị bằng kháng

sinh có thể hết.

1.2. Trào ngược dạ dày, thực quản.

1.3. Nhiễm khuẩn thành bụng, có khi tạo thành cục ở thành bụng.

1.4. Tụ máu thành loét quanh chỗ đặt sonde.

1.5. Tràn khí phúc mạc.

## **2. Biến chứng nặng**

2.1. Rò dạ dày, đại tràng.

2.2. Chảy máu dạ dày.

2.3. Viêm phúc mạc.

2.4. Hoại tử thành.

2.5. Sonde bị tuột, rơi vào ruột gây tắc ruột.

2.6. Trong khi thủ thuật: co thắt thanh quản, ngừng tim, trào ngược dịch dạ dày vào phổi.

## LẤY DỊ VẬT ỚNG TIÊU HOÁ

Nuốt phải dị vật là điều thường xuyên xảy ra, nhưng may mắn là phần lớn các dị vật bị nuốt vào sẽ tự trôi qua ống tiêu hoá không gặp khó khăn gì trước khi được thải ra ngoài theo phân. Nhưng đôi khi, các dị vật không tiếp tục di chuyển mà bị tắc lại ở một chỗ hẹp (chỗ hẹp này có thể là sinh lí hoặc bệnh lí) và gây ra nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau, và trong một số trường hợp có thể ảnh hưởng tới tính mạng của bệnh nhân.

- Vì dị vật có nhiều loại khác nhau, do đó bác sĩ nội soi phải sử dụng các loại dụng cụ khác nhau để lấy chúng ra khỏi ống tiêu hoá.

- Chỉ định lấy dị vật qua nội soi phụ thuộc vào các yếu tố:

+ Tuổi và tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân.

+ Hình dạng, kích thước và khả năng gây chấn thương thành ống tiêu hoá.

+ Vị trí giải phẫu, nơi dị vật bị tắc.

+ Khả năng của bác sĩ nội soi.

Trẻ em và bệnh nhân tâm thần là những người hay nuốt phải các dị vật khác nhau (pin, bi, chìa khoá...). Nói chung, có ba loại dị vật: cục dị vật từ tóc và xơ rau; cục thức ăn; và các loại dị vật như xương, đồng tiền, răng giả, viên pin.v.v...

- Vị trí giải phẫu của các chỗ hay tắc:

+ 50% - 80% dị vật ở thực quản tắc ở 1/3 trên, còn lại là ở sát tâm vị.

+ Một số vị trí khác: môn vị, tá tràng, van Bauhin, túi thừa Meckel và hậu môn.

## BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

- Nuốt phải dị vật thường gây triệu chứng cấp tính tùy thuộc vào vị trí của dị vật.



- Dị vật ở thực quản thường gây đau, khó chịu khi nuốt. Trẻ em không chịu ăn, tiết nhiều nước bọt, đau khi nuốt và nôn nhiều.
- Dị vật ở dạ dày thường có triệu chứng của hẹp, tắc.

## I. XỬ LÝ QUA NỘI SOI CÁC DỊ VẬT Ở THỰC QUẢN

Các dị vật ở thực quản thường gây cơn đau cấp và yêu cầu xử lý nhanh chóng do có nguy cơ gây nhiều biến chứng: thủng, viêm trung thất, chảy máu, v.v... Người ta chia dị vật thực quản thành hai nhóm:

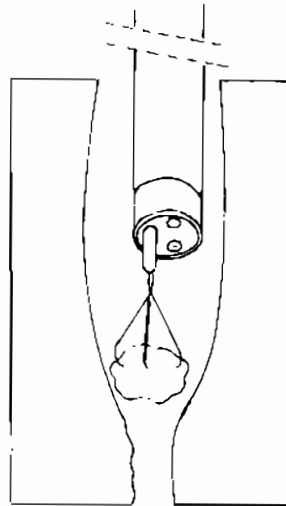
- + Nhóm dị vật gây tổn thương.
- + Nhóm dị vật không gây tổn thương.

### 1. Chuẩn bị bệnh nhân

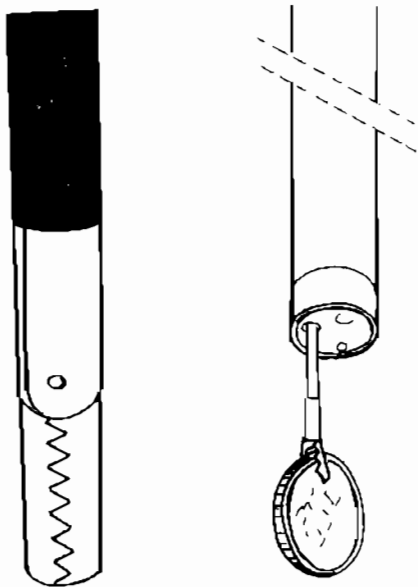
- Chụp X quang phổi và chụp bụng không chuẩn bị để phát hiện các dị vật cản quang.
- Bệnh nhân phải được gây mê toàn bộ bằng đặt nội khí quản vì nó cũng giúp bảo vệ khí quản trong trường hợp dị vật thực quản gây chấn thương.

### 2. Dụng cụ

- Máy soi dạ dày bình thường hoặc loại có 2 kênh thú thuật.
- Kim sinh thiết, kim 3 răng, kim răng mèo, rọ lấy sỏi (Dormia).
- Overtube để bảo vệ thành thực quản khi rút dị vật ra (hình 7, 8 và 9).



*Lấy dị vật thực quản bằng kim 3 răng*

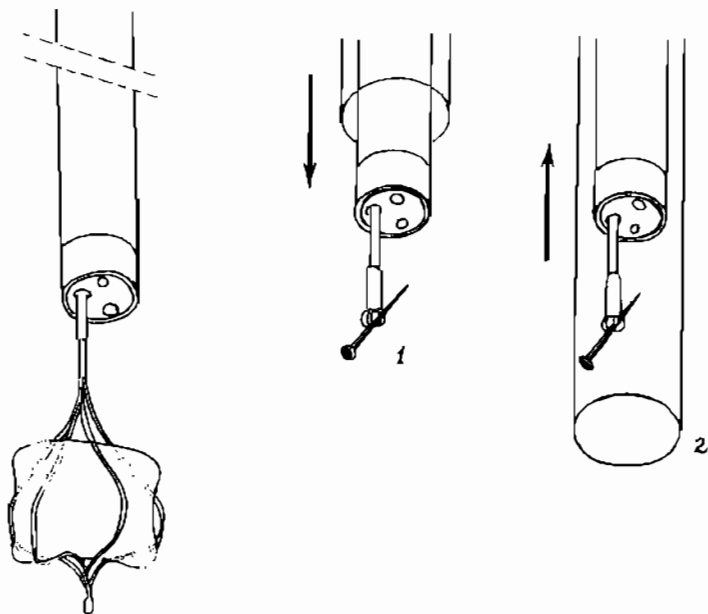


Ảnh trái: Kim "cá sấu"

Ảnh phải: Lấy mảnh dị vật

bằng kim răng meo

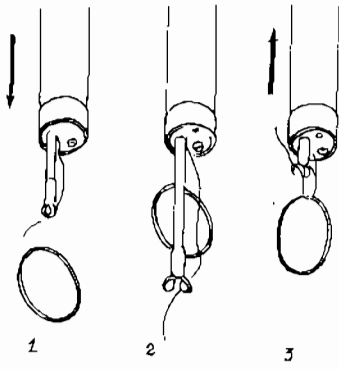
Hình 7



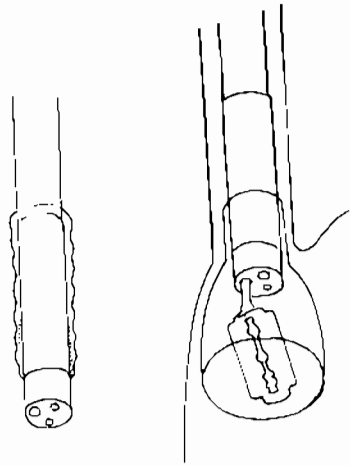
Hình 8

Ảnh trái: rọ lấy sỏi (dornua)

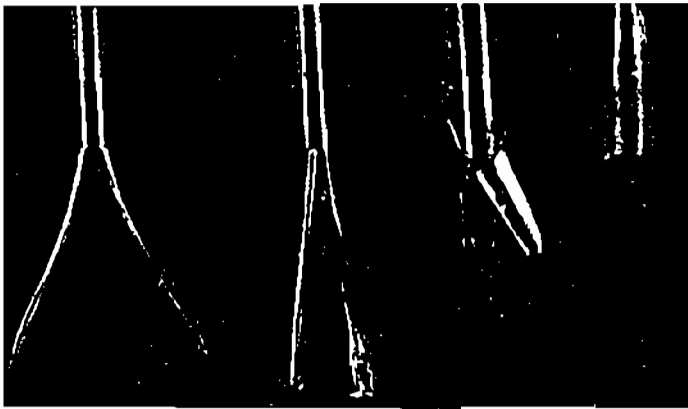
Ảnh 1 và 2: lỏng một ống nửa cứng ra ngoài đèn soi trước khi kéo dị vật nhọn đầu



Lấy dị vật hình nhân bằng cách dùng kim sinh thiết luồn một dây lạnh qua lòng dị vật



a. Mũ bảo vệ bằng cao su mềm.  
b. Mũ bảo vệ lộn ra ôm lấy dị vật



Hình 9: Các loại kim gắp dị vật

### 3. Kỹ thuật

- Máy đưa vào từ từ và luôn quan sát kỹ. Nếu thực quan co thắt mạnh: tiêm glucagon vào tĩnh mạch để giảm co thắt.

- Khi lấy các vật sắc nhọn (thuỷ tinh, kim, đinh...) phải lắp overtube vào ống soi trước khi đưa đèn vào để khi lấy dị vật ra không gây tổn thương thành.

- Dùng thông lọng cắt polyp để lấy những dị vật lớn như xương gà. Những vật tròn, nhọn có thể dùng rọ lấy sỏi để lấy.

- Tiền xu: dùng kim lấy dị vật có thể gấp ra dễ dàng.

- Với những dị vật mềm và không gây chấn thương, có thể rút ra hoặc dùng dụng cụ phá nhỏ rồi đẩy xuống dạ dày.

### 4. Theo dõi bệnh nhân

Sau khi lấy những dị vật gây chấn thương, bệnh nhân phải nằm theo dõi tại viện, phối hợp với điều trị kháng sinh và truyền dịch.

## II. XỬ LÝ QUA NỘI SOI CÁC DỊ VẬT Ở DẠ DÀY

### 1. Chỉ định

- Các dị vật có chiều dài lớn hơn 7 cm (khó qua khung tá tràng).
- Dị vật có khả năng gây chấn thương thành dạ dày.
- Pin.
- Các cục thức ăn không thể trôi qua môn vị, gây hội chứng tắc, hẹp.

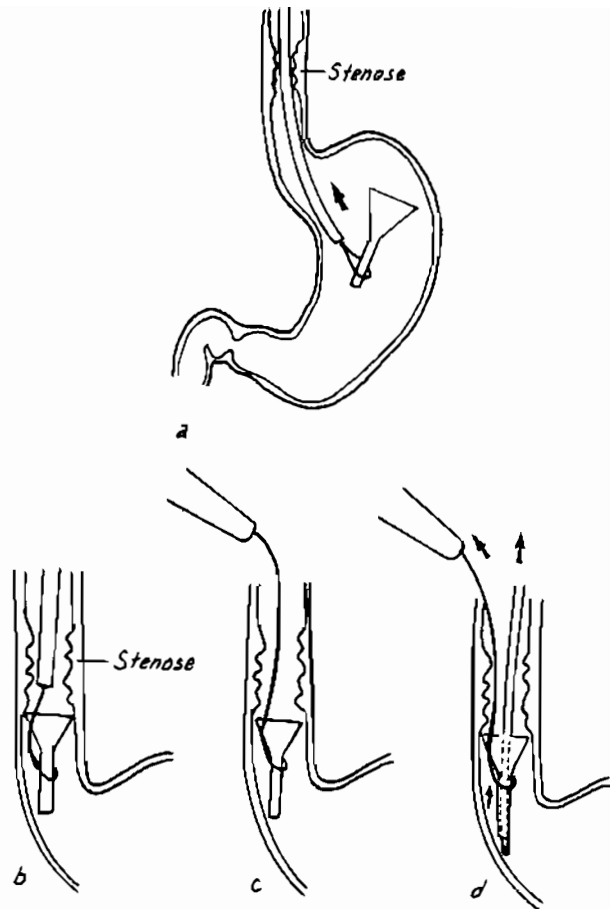
**2. Kỹ thuật:** giống như lấy dị vật ở thực quản (hình 10).

## III. XỬ LÝ QUA NỘI SOI CÁC DỊ VẬT Ở TRỰC TRÀNG

Khi nghi ngờ có dị vật ở trực tràng, phải cho bệnh nhân chụp bụng không chuẩn bị để kiểm tra khả năng gây thủng thành ruột, nếu có phải xử lý ngoại khoa.

### 1. Dụng cụ

- Máy soi trực tràng ống cứng.
- Máy soi đại tràng ống mềm.
- Các loại kim lấy dị vật, thông lọng cắt polyp.
- Một số dụng cụ ngoại khoa khác có thể dùng để lấy dị vật ra.



Hình 10: a - d: Lấy dị vật trong dạ dày

a. Lấy dị vật trong dạ dày.

b. Luồn thông lọng vào đầu xa của dị vật.

c. Rút ống soi 1 ra, luồn máy soi 2 vào.

d. Luồn tiếp ống soi 2 vào sâu trong lòng dị vật rồi kéo ra ngoài.

## 2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Gây tê tại chỗ để giảm co thắt cơ hậu môn.
- Trong các trường hợp dị vật có kích thước lớn, khó lấy, có thể phải gây tê tuỷ sống.

### **3. Kĩ thuật**

- Những vật nhỏ có thể cặp và lấy ra qua ống soi cứng hoặc rút ra cùng ống soi mềm.

- Những dị vật lớn có thể phải dùng đến các dụng cụ ngoại khoa để lấy ra.

**4. Biến chứng:** chày máu, thủng.

**5. Theo dõi:** 24 giờ sau thủ thuật để loại bỏ khả năng có thủng.

# CÁC PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TẠI Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

- 20 - 30% loét dạ dày tá tràng có biến chứng chảy máu. Biến chứng này gặp nhiều ở người lớn tuổi, đặc biệt sau khi dùng các thuốc có hại đối với niêm mạc dạ dày (AINS, corticoid), hoặc ở những người có ổ loét cầm (không có triệu chứng của loét), hoặc do điều trị không đúng đắn.

- Soi dạ dày - tá tràng không những giúp để chẩn đoán những tổn thương gây chảy máu mà còn tiên lượng và đề ra phương pháp xử lý thích hợp.

- Tỷ lệ tử vong do biến chứng chảy máu ở ổ loét chiếm 10% trong số những bệnh nhân bị chảy máu, 80% ngừng chảy máu tự nhiên.

- Các phương pháp nội soi điều trị chảy máu tại ổ loét sẽ đạt được kết quả trong 90% trường hợp. Tỷ lệ tái phát của chảy máu do tổn thương các mao mạch tại ổ loét đã hạ từ 50% - 10% nhờ các phương pháp cầm máu này.

- Tiên lượng chảy máu do loét dạ dày tá tràng phụ thuộc vào các yếu tố lâm sàng như: mức độ chảy máu (tình trạng sốc), tuổi, các bệnh phối hợp (suy tim, suy hô hấp...), số lần tái phát của chảy máu.

- Phương pháp nội soi điều trị cầm chảy máu đã làm giảm được tỷ lệ tái phát của chảy máu.

- Hình ảnh nội soi khác nhau sẽ đưa ra các thông tin góp phần tiên lượng bệnh (Bảng 1).

**Bảng 1**

Hình ảnh nội soi và tiên lượng loét dạ dày tá tràng				
Phân loại FORREST		Tái phát chảy máu	Khả năng phải phẫu thuật	Chết
Chảy máu thành tia	IA	84%	73%	4%
Ri máu Nhìn thấy mao mạch ở đáy ổ loét. Các cục máu đông dính ở đáy ổ loét	IB IIA IIB	17-44%	12-37%	3-14%
Vết bầm đen Không có dấu hiệu chảy máu tại ổ loét	IIC III	4-5%	3-13%	1%

- Các phương pháp nội soi điều trị chảy máu tại ổ loét sẽ được áp dụng trong những trường hợp sau:

+ Ổ loét đang chảy máu do tổn thương động mạch hoặc mao mạch ở đáy ổ loét.

+ Bệnh nhân có nguy cơ cao tái phát chảy máu do có các bệnh phối hợp khác.

## II. CÁC NGUYÊN TẮC CHÍNH

### 1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Phải hồi sức tốt cho bệnh nhân để đảm bảo ổn định tình trạng huyết động học (mạch, huyết áp ổn định).

- Vấn đề rửa dạ dày đang được bàn cãi. Nhiều nhà nội soi khuyên rằng: nên dùng máy soi có kênh hoạt động lớn (để đảm bảo không bị tắc kênh trong khi bơm rửa các cục máu đông) để bơm rửa và hút sạch các cục máu đông trong dạ dày. Nếu như không hút hết được máu trong dạ dày, làm cản trở đến việc nhận xét chính xác tổn thương thì lúc đó phải tiến hành rửa dạ dày bằng dung dịch nước đá. Dung dịch nước đá còn góp phần làm cầm máu tại chỗ tổn thương.

- Nếu bệnh nhân có suy hô hấp hoặc rối loạn tri giác đòi hỏi phải



đặt nội khí quản trong quá trình làm nội soi.

- Không dùng thuốc an thần hoặc gây tê họng nếu bệnh nhân có rối loạn huyết động học vì trong trường hợp này bệnh nhân dễ bị sặc và suy hô hấp, giảm nồng độ oxy trong máu.

## **2. Chống chỉ định**

- Có dấu hiệu nghi ngờ thủng dạ dày - tá tràng.
- Có dấu hiệu nhiễm khuẩn phúc mạc.

## **3. Các nguyên tắc chính về kĩ thuật**

- Dùng máy nội soi có kênh hoạt động lớn hoặc có 2 kênh hoạt động (kí hiệu GIF 1T 30, GIF 2T 20, GIF 1T 130, GIF 2T 100).

- Nếu có máu trong dạ dày: thì trình tự quan sát tổn thương bắt đầu từ thực quản rồi đến bờ cong nhỏ, hang vị, tá tràng và trong khi rút dần máy ra đến thân vị thì cho bệnh nhân thay đổi tư thế (nằm nghiêng trái, nằm ngửa) nhằm mục đích làm di chuyển các cục máu đông để cho việc quan sát các phần còn lại của dạ dày rõ ràng hơn.

\* *Chú ý:* để có nguy cơ sặc khi thay đổi tư thế người bệnh.

- Không cần cố gắng làm bong các cục máu đông trên bề mặt niêm mạc vì có thể đó là nút tiểu cầu được hình thành trong quá trình cầm máu tự nhiên nên khi nó bong ra sẽ có nguy cơ tái phát chảy máu.

- Tránh làm thủ thuật quá lâu vì thế phương pháp này cần được thực hiện bởi một nhà nội soi có kinh nghiệm.

## **III. CÁC PHƯƠNG PHÁP CẦM MÁU**

### **1. Phương pháp đông nhiệt**

#### **1.1. Quang đông bằng laser Nd: YAG.**

- Nguyên tắc: làm đông máu bằng phương pháp bốc hơi của tổ chức niêm mạc.

- Ưu điểm: phương pháp này sử dụng tia đồng trục của khí carbonic có tác dụng quét sạch máu tại dạ dày và do đó nhận xét được rõ ràng vùng tổn thương, các ổ loét... nên chùm laser sẽ định vị được chính xác vào ổ loét.

- Nhược điểm:

- + Giá thành đắt.
- + Phải chuyển bệnh nhân đến phòng nội soi, không thể thực hiện được thủ thuật tại giường bệnh vì những lí do liên quan đến dụng cụ.
- + Không thể điều trị được chảy máu do các tổn thương ở tâm vị và mặt sau hành tá tràng.
- + Làm bay hơi ở thành động mạch nên tăng nguy cơ tái phát chảy máu hoặc làm cho tình trạng chảy máu ồ ạt thêm.
- Kỹ thuật:
  - + Đặt một sợi dạ có xung động ngắn (0,5 - 1 giây) và công suất cao chiếm 70 - 90W, vào vùng có tổn thương. Khoảng cách giữa sợi dạ và nơi tổn thương là 1 cm.
  - + Khi thấy có mạch máu tổn thương nằm ở đáy ổ loét thì bắn chùm laser vào nơi tổn thương. Lúc đầu bắn vòng theo chu vi của tổn thương và sau đó quang đông có chọn lọc vào đúng vùng mạch máu bị tổn thương.
  - + Để tăng hiệu quả của phương pháp bắn laser có thể phối hợp với tiêm cầm máu tại chỗ bằng adrenalin vào chu vi của ổ loét.
- Biến chứng:
  - + Thủng 1%
  - + Bệnh phổi do trào ngược 10%
  - + Chảy máu ồ ạt tại ổ loét.

## **1.2. Đông điện**

- Nguyên tắc: dùng dòng điện tạo ra 1 nhiệt năng làm khô tổ chức và đông tổ chức, do đó tạo ra quá trình đông máu.
- Ưu điểm:
  - + Có thể vận chuyển dụng cụ đến làm tại giường bệnh nhân.
  - + Dễ dàng cầm máu.
- Nhược điểm:
  - + Kỹ thuật đòi hỏi phải có sự tiếp xúc trực tiếp giữa đầu dò và tổn thương nên cục máu đông dễ dính vào đầu dò, do đó

giảm hiệu quả cầm máu và khi rút đèn ra sẽ dễ làm bong cục máu đông này nên dễ có nguy cơ chảy máu tái phát.

+ Có một số tổn thương ở những vị trí không thể đặt được đầu dò vào nên không thực hiện được phương pháp này.

- 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 dẫn sẽ được tiếp xúc với da của bệnh nhân. Dòng điện sẽ dẫn qua thành ống tiêu hoá và gây nên những tổn thương ở sâu. Kỹ thuật này hiện nay không sử dụng vì gây nhiều biến chứng thủng.

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

Có hệ thống phun rửa qua nòng dẫn ở trung tâm nên cho phép rửa hết vết máu và nhìn rõ ràng tổn thương.

+ Đầu dò nhiều cực: có 3 điện cực dương và 3 điện cực âm. Dòng điện chạy giữa các điện cực đó có tác dụng cầm máu.

Có hệ thống bơm rửa ở trung tâm các cực. Có 1 bơm cung cấp nước để bơm rửa các tổn thương cần điều trị.

Nhờ cách bố trí chiếu tia đặc biệt của các cực nên người ta có thể sử dụng đầu dưới và mặt bên của đầu dò, do đó có thể điều trị được cả những tổn thương ở vị trí tiếp tuyến.

Quá trình cầm máu xảy ra không sâu quá 1 mm và việc bơm nước với áp lực mạnh làm quan sát tổn thương dễ dàng hơn và tránh được sự mất hơi nước của tổ chức và do đó nguy cơ thủng rất thấp.

Đầu dò có kích thước 10 frenchs đạt được hiệu quả tốt hơn loại 7 frenchs, nhưng phải soi dạ dày bằng máy có kênh hoạt động lớn.

## 2. Tiêm cầm máu

2.1. *Ưu điểm:* Kỹ thuật đơn giản, rẻ tiền, có thể áp dụng ngay tại giường bệnh.

### 2.2. *Chất cầm máu*

- Adrenalin 1/10.000 (gây co mạch tại chỗ), pha adrenalin với dung dịch muối ưu trương.

- Cồn tuyệt đối 98% (có tác dụng gây xơ).

- Polidocanol 1% (có tác dụng gây xơ).

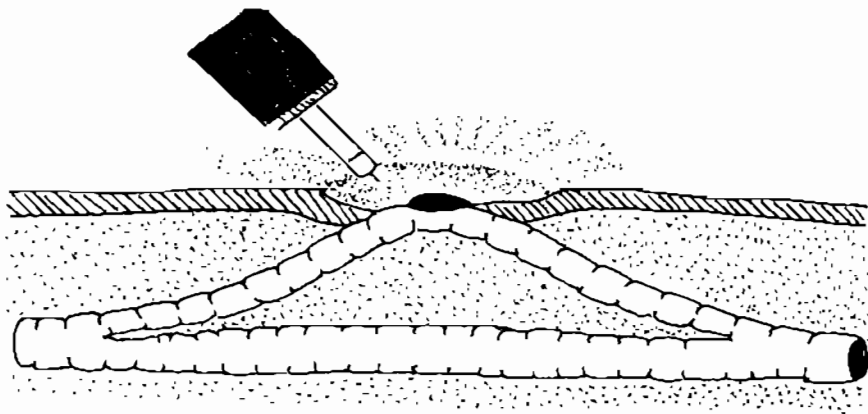
Ngoài tác dụng hoá học và dược động học của các chất này, tiêm cầm máu còn gây ra hiện tượng chèn ép cơ học vào mao mạch đang chảy máu.

### 2.3. *Dụng cụ và kỹ thuật*

- Kim tiêm có đầu vát ngắn khoảng 4 mm, để tránh nguy cơ thủng do tiêm quá sâu.

- Một bơm tiêm 10 ml, hoặc bơm tiêm insulin để dùng trong trường hợp tiêm cồn tuyệt đối (vì chỉ được tiêm mỗi mũi 0,1 - 0,2 ml).

- Bắt đầu tiêm dưới niêm mạc ở rìa ổ loét (hình 11). Tuy nhiên nếu mạch máu ở trung tâm ổ loét lớn và sâu thì sẽ tiêm dung dịch xung quanh mạch máu cũng như ở miệng ổ loét.



Hình 11

- Biến chứng: thủng, hay xảy ra khi dùng kim quá dài và tiêm khối lượng thuốc lớn. Nguy cơ này rất ít khi xảy ra khi tiêm cầm máu bằng adrenalin. Không có tác dụng phụ của thuốc.

### **3. Các kĩ thuật khác**

- Kẹp cầm máu.

- Keo dán sinh học: hiện nay không dùng vì lí do kĩ thuật. Dung dịch này rất sánh dễ đông cứng ở môi trường lỏng nên dễ gây tắc máy.

## **IV. SO SÁNH CÁC KỸ THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CẢM MÁU Ổ LOÉT**

- Ngoài phương pháp laser Nd: YAG tỏ ra ít hiệu quả hơn. Các phương pháp khác có tác dụng tương tự như nhau: giảm được tỉ lệ phẫu thuật, giảm tỉ lệ tái phát chảy máu.

- Nhưng xét về tính thuận lợi, dễ dàng, giá thành thì người ta thích dùng phương pháp tiêm cầm máu hơn cả.

# NONG THỰC QUẢN

## 1. Chỉ định

### 1.1. Nuốt nghẹn do hẹp thực quản do các nguyên nhân cơ giới như

- Hậu quả của viêm thực quản do trào ngược dịch vị.
- Bông thực quản.
- Hậu quả của các phương pháp điều trị các khối u trong lồng ngực (phẫu thuật, tia xạ), sau tiêm xơ hoặc thắt tĩnh mạch thực quản.
- Bệnh Crohn thực quản.
- Ung thư thực quản ở giai đoạn không phẫu thuật được hoặc ở những bệnh nhân không thể phẫu thuật được.

### 1.2. Nuốt nghẹn do các nguyên nhân cơ năng: cơ thắt tâm vị (bệnh Achalasia).

## 2. Chống chỉ định

### 2.1. Những tổn thương tại thực quản

- Thủng thực quản.
- Những tổn thương gây chảy máu ở thực quản mà không khống chế được chảy máu.
- Mới phẫu thuật thực quản.
- Giãn tĩnh mạch thực quản độ 3.

### 2.2. Những nguyên nhân ngoài thực quản

- Suy hô hấp nặng.
- Nhồi máu cơ tim ở giai đoạn chưa ổn định.
- Phình động mạch chủ ngực.
- Những chèn ép thực quản ở bên ngoài.

## 3. Dụng cụ

3.1. *Một phòng điện quang:* Có trang bị màn tăng sáng. Nếu như thực quản quá hẹp, không thể luồn ống soi dạ dày qua được thì phải dùng phương pháp nong thực quản dưới màn tăng sáng.

**3.2. Máy nội soi dạ dày trẻ em:** Nhân hiệu GIF 30 hoặc GIF XO30, hoặc máy nội soi phổ quản mềm.

### **3.3. Các loại ống nong mềm**

- Ống nong Savary - Gilliard (hình 12): loại này được sử dụng phổ biến nhất vì độ an toàn cao, ít biến chứng, dễ sử dụng.

*Bộ ống nong này gồm có:*

+ Một dây dẫn nhỏ bằng kim loại, dài 2 m, đầu tận cùng của dây này có đường kính 1,8 mm và có khả năng uốn cong được.

Sợi dây dẫn này có độ trơn nên cho phép có thể luồn qua những chỗ hẹp nhất mà không sợ bị lạc đường hoặc cuộn lại tại chỗ.

+ Bộ ống nong bằng chất dẻo gồm 7 ống, có đường kính từ 5 - 15 mm và 3 ống có đường kính 16 mm, 17 mm, 18 mm. Những ống nong này đều rỗng lòng khoảng 1 mm.

Có 2 độ dài khác nhau là 70 cm và 100 cm.

Ống được làm từ loại chất dẻo có tỉ trọng cao nên cho phép ống không bị bẹp lại hoặc bị bẻ cong khi đi qua chỗ hẹp.

Ống nong có hình chóp nón nhọn đầu, đầu chóp nhọn này dài 8 cm và thuôn đều lên trên, có nghĩa là phần chóp nhỏ nhất sau đó ống nong to dần dần và to nhất ở phần đáy của ống. Do cấu tạo đặc biệt này cho nên khi đầu ống nong chui qua được chỗ hẹp xuống dạ dày thì phần thân ống (chỗ có đường kính lớn) sẽ nằm ở vị trí hẹp và do đó làm nong rộng thực quản ra.

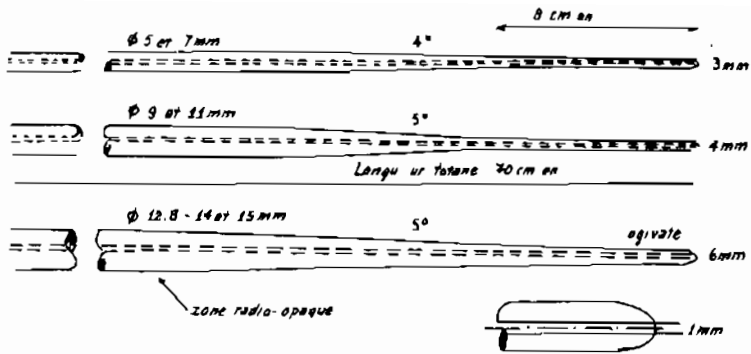
Một chất cản quang được gắn vào đầu chóp của ống nong, giúp ta có thể xác định vị trí của ống nong dưới màn tăng sáng.

Ống nong Celestin (hình 12) bao gồm:

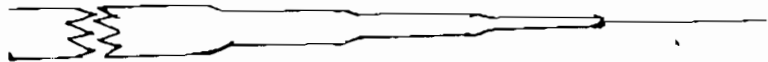
+ Một dây dẫn dài bằng kim loại.

+ Hai ống nong dài 70 cm, có đường kính tăng dần từng nấc đều nhau: ống nong 1 có đường kính từ 4 - 12 mm, ống nong 2 có đường kính từ 12 - 18 mm.

Ống nong này cản quang và trở nên cứng hơn khi ngâm vào nước đá, ngược lại trở nên mềm hơn khi ngâm vào nước nóng.



Bộ nong Savary - Gilliar



Bộ nong Celestin

Hình 12

Khi phần nhọn của ống nong này nằm trong dạ dày thì phần ống nong có đường kính lớn hơn sẽ nằm tại chỗ thực quản bị hẹp và do đó có tác dụng nong thực quản. Nhiều khi phần ống nong trong dạ dày rất dài, vì thế nên ống nong này không được sử dụng cho những bệnh nhân đã bị cắt dạ dày.

- Ống nong Biomed:

+ Một dây dẫn kim loại.

+ Một bộ ống nong gồm 8 cái có đường kính từ 8 - 14 mm. ống nong này cân quang, tác dụng kém hiệu quả hơn và cứng hơn bộ nong của Savary - Gilliard.

### 3.4. Quả nong bằng kim loại

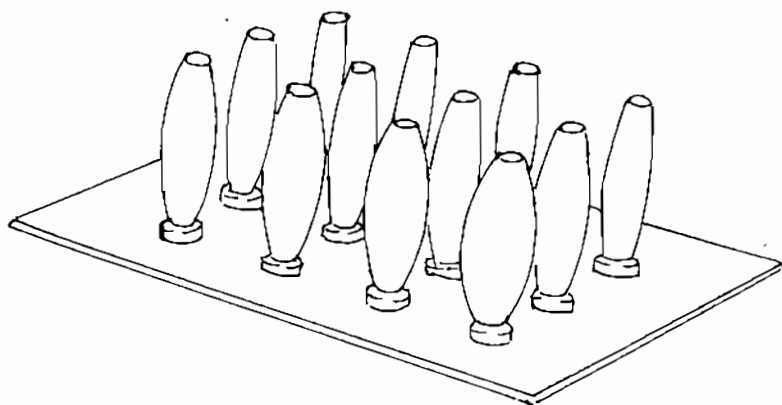
Loại được thịnh hành là bộ nong của Eder - Puestow (hình 13).

- Đầu tận cùng của dây dẫn có chiều dài 65 cm (hình 14a, 14b), cấu tạo nửa cứng nửa mềm.

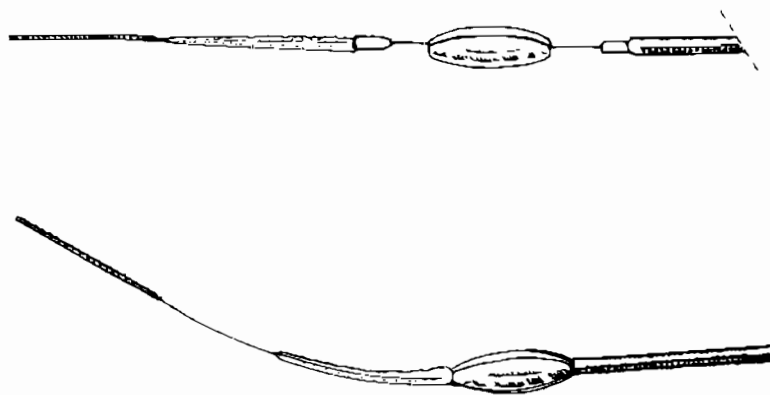
- Quả nong được cố định tiếp theo vỏ ngoài của dây dẫn và cố định ở vị trí tương ứng với đường kính ở vỏ ngoài là từ 7 - 19 mm.



Sau một thời gian sử dụng ống nong mềm đã thay thế dần cho loại quả nong kim loại này vì nó ít gây sang chấn hơn.



Hình 13: Bộ nong bằng kim loại của Eder Puestow với các đường kính từ nhỏ đến lớn.



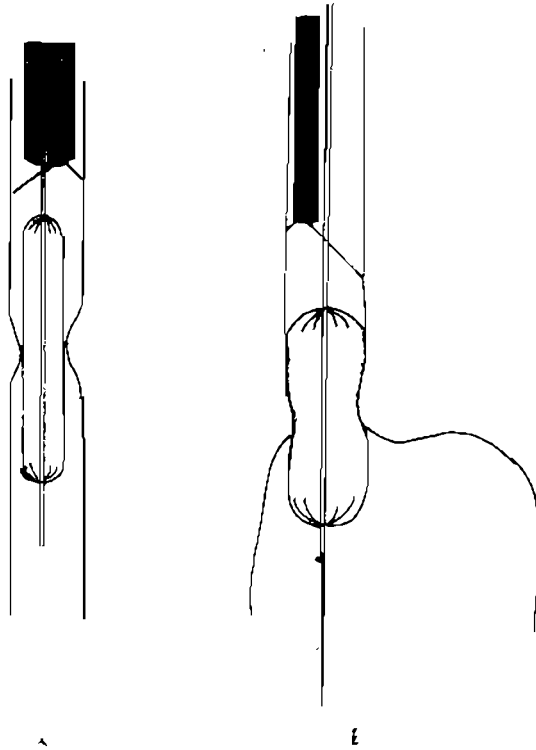
Hình 14

### 3.5. Bộ nong thực quản bằng bóng

- Loại bóng nong của Gruntzig (hình 15).
- + Không có dây dẫn đặt trong kênh hoạt động của máy soi.
- + 1 catheter chuẩn có chiều dài 1,5 m = 1,8 m và đường kính từ 2,3 - 2,7 mm.
- + 1 bóng nong bằng polyetylen, dài 4 cm, đường kính 6x6 mm khi bơm hơi căng tối đa là 20 mm.

+ Chỉ sử dụng bóng nong này với máy soi có kênh hoạt động lớn (3,7 mm): GIF 1T 20.

- Loại 2 (hình 15):



Hình 15

a: Bóng nong của Gruntzig không có dây dẫn.

b: Bóng nong trượt trên dây dẫn.

- Quả nong được cố định tiếp theo vỏ ngoài của dây dẫn và cố định ở vị trí tương ứng với đường kính ở vỏ ngoài là từ 7 - 19 mm.

Sau một thời gian sử dụng ống nong mềm đã thay thế dần cho loại quả nong kim loại này vì nó ít gây sang chấn hơn.

+ Các bóng nong có chiều dài khác nhau (4 - 6 cm) và đường kính khác nhau (8 - 40 mm), có rãnh ở giữa bóng để luồn qua dây dẫn, có

một kênh để bơm hơi hoặc các dung dịch cân quang.

+ 1 dây dẫn kim loại, trơn.

### 3.6. Nong bằng hơi

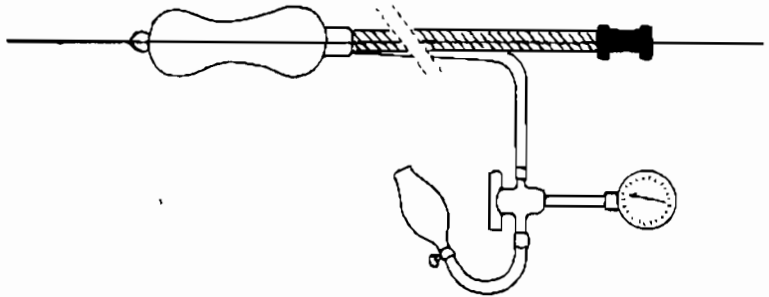
Bằng phương pháp này sẽ gây giãn thực quản đột ngột và rất mạnh do đó sẽ làm nứt hoặc xé rách lớp sợi cơ của tâm vị. Vì thế phương pháp này được áp dụng cho những bệnh nhân bị co thắt tâm vị.

- Bộ nong của Rider - Moeller (hình 16), bao gồm:

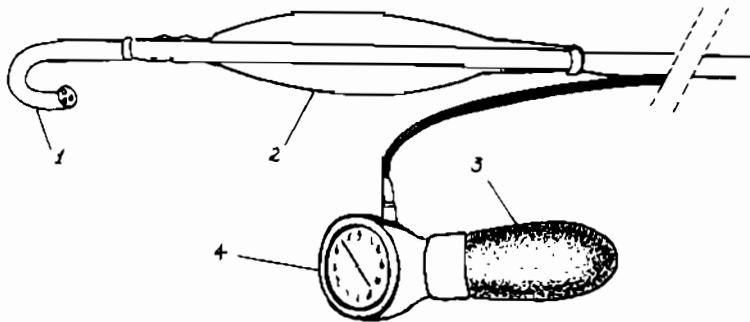
+ 1 bóng nong dài 15 cm, bóng này nằm ở đầu của 1 ống mà đầu này có thể uốn cong được. Bóng có dáng lõm ở phần giữa giúp nó cố định tốt ở đúng vị trí trong suốt quá trình nong.

+ Đầu kia của ống có tận cùng là 1 nút bịt kim loại có hở 1 lỗ và trong lòng ống này có 1 rãnh để trượt trên dây dẫn.

+ Bóng nong được nối tiếp với bóng bóp bằng cao su và 1 áp lực kế để kiểm tra áp lực.



Hình 16: Bộ nong của Rider Moeller Nong bằng hơi áp lực cho Achalasic.



Hình 17: Bộ nong của Witzel.

+ Bóng nong dạng ống dài 15 cm, nằm trên 1 ống dài 20 cm, 1 đầu được nối với 1 áp lực kế có bóng bóp cao su.

+ Bóng nong này được gắn trực tiếp vào máy soi dạ dày có đường kính 10 mm.

#### **4. Chọn dụng cụ nong:** Tùy theo từng chỉ định

1. Đối với hẹp thực quản do các nguyên nhân cơ giới, bộ nong thích hợp nhất là ống nong bằng kim loại hoặc bằng bóng nong.

2. Đối với bệnh cơ thắt tâm vị, phải sử dụng bộ nong bằng hơi hoặc bóng nong có đường kính 30, 35, 40 mm và dài 5 cm. Không dùng loại ống nong khác vì nó không tạo ra được áp lực mạnh đột ngột để có thể xé được lớp cơ của phần thắt thực quản.

### **5. Kỹ thuật**

#### **5.1. Nguyên tắc chung**

- Bệnh nhân nhịn ăn ít nhất 12 giờ, bữa ăn cuối cùng phải ăn lỏng.

- Trước khi làm thủ thuật và gây mê: phải hút hết thức ăn và các chất ứ đọng ở phần trên chỗ hẹp.

- Trước khi nong phải soi thực quản - dạ dày để đánh giá kỹ tổn thương, sinh thiết, nếu thấy cần thiết phải cho chụp X quang để nhận định chính xác chỗ hẹp: chiều dài chỗ hẹp, hình ảnh hẹp, vị trí hẹp, có rò phối hợp hay không.

- Cần gây mê toàn thân trong suốt quá trình nong.

- Điều trị kháng sinh dự phòng cho những bệnh nhân có nguy cơ cao viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

- Luôn dây dẫn qua chỗ hẹp, đầu dưới của dây nằm ở vùng hang vị. Có thể xác định vị trí của dây dẫn bằng phương pháp soi dạ dày (nếu luồn máy soi qua được chỗ hẹp), hoặc kiểm tra bằng X quang (nếu không thể luồn máy soi qua được chỗ hẹp). Nếu đoạn dây dẫn nằm trong dạ dày quá dài thì sẽ dễ bị cuộn lại trong quá trình nong và điều đó gây ra những bất lợi.

- Dụng cụ để nong sẽ được đẩy vào thực quản bằng cách trượt trên dây dẫn dưới sự kiểm tra của X quang.

- Dây dẫn sẽ nằm trong dạ dày và thực quản trong suốt quá trình nong, kiểm tra bằng X quang hoặc bằng phương pháp đánh dấu trên đầu ngoài của dây dẫn.

- Sau khi nong phải soi thực quản ngay để sinh thiết và quan sát hiện tượng rỉ máu tại chỗ được nong (đó là hiện tượng thường gặp).

- Theo dõi lâm sàng: triệu chứng đau ngực, sốt, tràn khí dưới da, và chụp X quang lồng ngực để phát hiện các dấu hiệu thủng trung thất (tràn khí trung thất, tràn dịch màng phổi).

- 1 ngày sau khi nong phải cho chụp thực quản cản quang bằng baryte hoà tan.

- Chỉ cho bệnh nhân ăn nếu trên phim chụp thực quản, không thấy rò thuốc cản quang ra ngoài.

- Số lần nong tùy thuộc vào mức độ nuốt khó, thông thường nong cho đến khi đường kính của thực quản đạt được 15 mm.

### **5.2. Phương pháp nong bằng ống nong trượt trên dây dẫn**

- Luồn dây dẫn kim loại (đã được bôi trơn bằng silicone) qua chỗ hẹp thực quản vào trong hang vị. Trong trường hợp không luồn được dây dẫn qua chỗ hẹp phải luồn loại dây đặc biệt dưới màn tăng sáng.

- Rút máy soi và bỏ canun ra khỏi miệng.

- Luồn ống nong qua dây dẫn, ngón tay trở của tay trái hướng đường cho ống nong đi qua vùng họng hầu và tay phải đẩy ống nong vào thực quản.

- Nong liên tiếp bằng các ống nong với đường kính từ nhỏ đến lớn cho đến khi có cảm giác khó đẩy ống nong hoặc khi khẩu kính của chỗ hẹp được 15 mm.

- Dây dẫn sẽ được rút ra cùng lúc với ống nong cuối cùng.

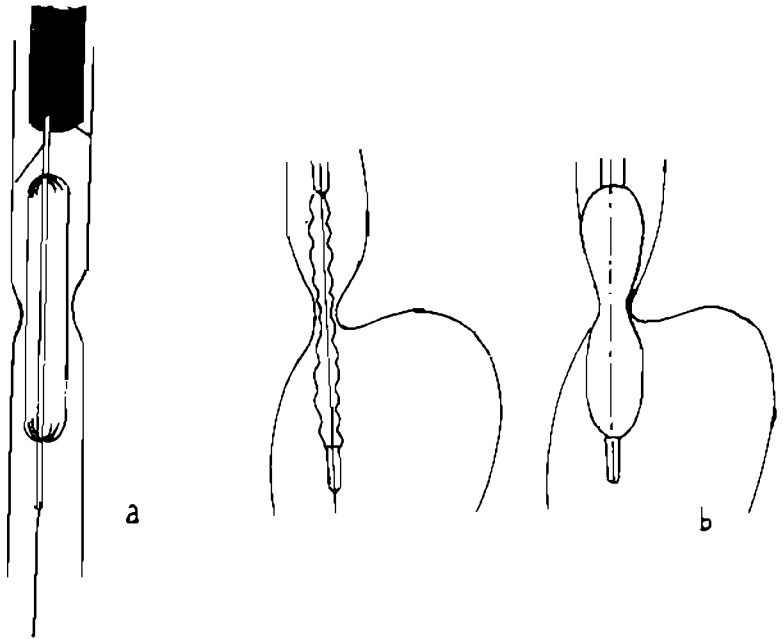
### **5.3. Phương pháp nong bằng bóng**

- Bóng nong nằm trên dây dẫn và luồn vào trong kênh hoạt động của máy soi. Nhờ có dây dẫn và dưới sự hướng dẫn của máy soi (hoặc X quang), đặt bóng vào đúng vị trí hẹp (hình 18a).

- Bơm căng bóng trong vòng 1 phút để nong. Một buổi nong thường bơm bóng 3 lần.

- Áp lực bơm tùy theo hướng dẫn của từng loại dụng cụ.

- Chiều dài của bóng tùy thuộc vào chiều dài của chỗ hẹp. Thường bơm bằng dịch có hiệu quả hơn bơm bằng hơi.



Hình 18

Hình 18a: Bóng nong trượt trên dây dẫn để ra khỏi kênh hoạt động của máy soi.

Hình 18b: Nong hơi áp lực cho bệnh nhân Achalasia.

#### 5.4. Nong bằng khí: Để điều trị bệnh co thắt tâm vị (hình 18b).

- Soi thực quản và đánh dấu vị trí của tâm vị so với cung răng.
- Luồn dây dẫn vào hang vị.
- Rút máy soi.
- Đánh dấu trên catheter của bóng nong khoảng cách giữa bóng (là vị trí tương ứng với tâm vị) và cung răng.
- Trượt bóng nong qua dây dẫn để đặt vào đúng tâm vị, rồi bơm áp lực.
- Áp lực trung bình là 100 - 300 mmHg.
- Mỗi buổi nong bơm ba lần, mỗi lần để trong 1 phút.
- Sau khi nong kiểm tra áp lực thực quản bằng máy.
- Nếu kết quả chưa tốt, có thể nong nhắc lại bằng bóng có đường

kính lớn hơn (bóng Rigiflex) 30, 35, 40 mm.

- Nếu sau 2 đợt nong không có kết quả, không nên nong tiếp nữa mà nên điều trị ngoại khoa.

## **6. Biến chứng**

### **6.1. Thủng thực quản**

- Biến chứng hiếm gặp nhưng rất nặng. Có nguy cơ thủng cao ở những tổn thương hẹp trên đoạn dài, hẹp khít, hẹp lõm, có phối hợp viêm thực quản nặng, thoát vị, tiền sử phẫu thuật cắt cơ tâm vị, đã điều trị tia xạ lồng ngực.

- Nghi ngờ thủng nếu bệnh nhân cảm thấy đau ngực, sốt sau khi nong vài giờ.

- Chẩn đoán xác định bằng chụp cắt lớp và chụp thực quản cản quang bằng baryte hoà tan để phát hiện tràn khí trung thất và rò baryte ra ngoài thực quản.,

- Điều trị bảo tồn: dinh dưỡng bằng đường tĩnh mạch, hút dịch dạ dày, kháng sinh toàn thân, chống bài tiết acid ở dạ dày. Phái theo dõi sát ở những nơi có khả năng phẫu thuật.

- Nếu là hẹp thực quản do các nguyên nhân lành tính, có biến chứng thủng phải phẫu thuật ngay. Nếu thủng vào khí quản hoặc phế quản phải đặt prothese thực quản.

**6.2. Những biến chứng khác:** chảy máu, nhiễm khuẩn huyết, bệnh phổi do trào ngược.

## **4. Kết quả**

1. Kết quả tốt trong 70 - 90% trường hợp loét lành tính trên một đoạn ngắn (nhỏ hơn 3cm).

2. Triệu chứng nuốt khó sẽ hết nếu đường kính của thực quản là 15mm.

3. Nếu có tái phát triệu chứng nuốt nghẹn có thể nong nhắc lại với khoảng thời gian giữa các đợt nong khác nhau tùy thuộc vào thời gian tái phát của các triệu chứng.

4. Nếu hẹp thực quản do viêm thực quản trào ngược phải kết hợp giữa nong thực quản với các thuốc ức chế bơm proton như omeprazol, lansoprazol...

5. Nếu hẹp thực quản do các nguyên nhân ác tính, thời gian tái phát sau khi nong rất ngắn, vì thế nong thực quản trong trường hợp này chỉ là điều trị tạm thời trong khi chờ đợi phẫu thuật, điều trị tia xạ hoặc hoá chất hay các phương pháp điều trị tạm thời khác như đặt ống thực quản giả, laser Nd YAG.

6. Trường hợp eo thắt tâm vị: nong thực quản có kết quả tốt trong 80% các trường hợp.



# CÁC PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

## I. ĐẠI CƯƠNG

Giãn tĩnh mạch thực quản là hậu quả thường gặp của hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTM). Các giãn tĩnh mạch thực quản này có thể vỡ và gây ra xuất huyết đường tiêu hóa trên. Tỷ lệ vỡ tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan dao động từ 30% - 88%. Các yếu tố chính xác làm tăng nguy cơ vỡ tĩnh mạch thực quản vẫn còn chưa được biết rõ. Theo một số công trình nghiên cứu gần đây cho thấy nguy cơ vỡ tĩnh mạch thực quản có mối liên quan với kích thước của các búi tĩnh mạch, các dấu hiệu giãn mao mạch nhỏ trên thành các tĩnh mạch. Hình ảnh nội soi dạ dày thực quản cho phép chẩn đoán mức độ giãn tĩnh mạch và tiên lượng trước nguy cơ vỡ các búi tĩnh mạch này.

## II. NHẬN ĐỊNH TỔN THƯƠNG QUA NỘI SOI

### A. ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

Có nhiều cách khác nhau để phân mức độ giãn tĩnh mạch thực quản. Chúng tôi xin giới thiệu 2 cách phân loại được áp dụng rộng rãi.

#### 1. Cách phân loại của hội tiêu hóa Pháp

- Độ 1: các tĩnh mạch có kích thước nhỏ, biến mất khi bơm hơi căng.
- Độ 2: các tĩnh mạch có kích thước trung bình, không mất khi bơm hơi và vẫn còn các niêm mạc bình thường giữa các búi tĩnh mạch này.
- Độ 3: các tĩnh mạch có kích thước lớn, không mất khi bơm hơi và không còn niêm mạc bình thường giữa các búi tĩnh mạch.

Cách phân loại này được áp dụng rộng rãi ở Pháp, dễ dàng đạt được sự thống nhất trong nhận định tổn thương của các nhà nội soi, nhưng chưa mô tả hết các nguy cơ vỡ của tĩnh mạch thực quản.

## **2. Phân loại của nội soi Nhật Bản**

Hình ảnh giãn tĩnh mạch thực quản, được mô tả kĩ về 4 đặc điểm sau đây:

### **2.1. Màu sắc của tĩnh mạch thực quản**

- Màu trắng: các tĩnh mạch màu trắng này trông giống như các nếp niêm mạc phì đại, cách tốt nhất để phân biệt là soi thực quản có bơm hơi căng trong vòng 30 giây.

- Màu xanh hoặc màu trắng xanh hay xanh tím: do áp lực dòng máu gây giãn căng thành tĩnh mạch.

### **2.2. Các dấu hiệu trên thành tĩnh mạch**

Các dấu hiệu này xuất hiện khi có giãn các mao mạch nhỏ hoặc giãn phình mạch nhỏ trên thành tĩnh mạch thực quản. Có 4 mức độ khác nhau:

- Các vằn đỏ: gồm các mao mạch nhỏ giãn và chạy dọc trên bề mặt của các tĩnh mạch.

- Các vệt đỏ thẫm: gồm các vệt đỏ có kích thước khoảng 2 mm nằm trên thành các tĩnh mạch.

- Các ổ tụ máu: gồm các bọng máu đỏ có đường kính khoảng 4 mm nằm trên thành tĩnh mạch.

- Dấu đỏ lan tỏa: gồm rất nhiều vệt đỏ lan rộng trên bề mặt tĩnh mạch và niêm mạc giữa các tĩnh mạch.

### **2.3. Kích thước tĩnh mạch**

- Độ 1: tĩnh mạch có kích thước nhỏ, thẳng, biến mất khi bơm hơi căng.

- Độ 2: tĩnh mạch có kích thước trung bình, ngoằn ngoèo, và chiếm dưới 1/3 khẩu kính của thực quản.

- Độ 3: tĩnh mạch có kích thước lớn, và chiếm trên 1/3 khẩu kính của thực quản.

### **2.4. Vị trí của tĩnh mạch**

- Trên: Trên chỗ phân nhánh của chạc ba khí phế quản.

- Giữa: Tương ứng hoặc gần với chỗ phân nhánh của chạc ba khí phế quản.

- Dưới: Tĩnh mạch thực quản bụng hoặc phần thấp của tĩnh mạch ngực.

## **2.5. Các tổn thương phối hợp ở đường Z**

- Có trợt loét ?
- Có viêm thực quản trào ngược ?

Cách phân loại này được áp dụng rộng rãi trong các công trình nghiên cứu để đánh giá nguy cơ vỡ của tĩnh mạch.

Beppu đã nghiên cứu 180 bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản, trong đó 90 bệnh nhân có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ tĩnh mạch thực quản. Ông nhận xét thấy nguy cơ xuất huyết tiêu hóa có mối liên quan rõ rệt với các dấu hiệu đỏ trên thành tĩnh mạch và kích thước của các tĩnh mạch này.

Để đánh giá chính xác mức độ giãn tĩnh mạch thực quản, yêu cầu các nhà nội soi phải nhận định tổn thương ở thực quản khi bơm hơi căng trong 30 giây và so sánh với lúc không bơm hơi.

## **B. HÌNH ẢNH NỘI SOI CỦA VỠ TĨNH MẠCH THỰC QUẢN**

Soi dạ dày thực quản ở bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản và xuất huyết tiêu hóa có thể gặp trong 4 tình huống sau đây:

- Có dấu hiệu rõ rệt của vỡ tĩnh mạch thực quản.
- Không nhìn thấy dấu hiệu vỡ của tĩnh mạch thực quản nhưng có tổn thương khác ở dạ dày đang gây chảy máu.
- Không nhìn thấy dấu hiệu vỡ của tĩnh mạch thực quản và không có tổn thương khác ở dạ dày.
- Không nhìn thấy dấu hiệu vỡ của tĩnh mạch thực quản và có 1 hoặc nhiều tổn thương khác ở dạ dày (không thấy chảy máu khi soi).

Khi tiến hành nội soi ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ tĩnh mạch thực quản, hơn 50% trường hợp không tìm được dấu hiệu của vỡ tĩnh mạch. Vì thế để quy tội xuất huyết tiêu hóa là do vỡ tĩnh mạch thực quản, các tác giả đã đề ra 3 khả năng sau đây:

### **1. Chắc chắn có vỡ tĩnh mạch thực quản**

- Có tia máu phụt từ tĩnh mạch thực quản.
- Có điểm rỉ máu trên thành tĩnh mạch thực quản.

## 2. Có khả năng vỡ tĩnh mạch thực quản

- Có nút tiêu cầu ở trên thành tĩnh mạch: đó là những cục máu đông đã chuyển màu trắng ngà.

- Cục máu đông mới dính trên thành tĩnh mạch, không bong khi bơm rửa.

## 3. Có thể có vỡ tĩnh mạch thực quản

- Các búi tĩnh mạch thực quản lớn, có máu trong dạ dày trong khi đó không có phối hợp những tổn thương khác ở dạ dày - tá tràng.

- Tĩnh mạch thực quản dễ dàng rỉ máu khi bơm rửa nhẹ nhàng.

## III. CHUẨN BỊ NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO

- Phối hợp các phương pháp hồi sức hỗ trợ để ổn định tình trạng huyết động học. Nếu mạch và huyết áp không ổn định thì không phải là chống chỉ định nhưng cần chú ý là một số biến chứng dễ xảy ra trong và sau quá trình tiêu xơ (sẽ đề cập ở phần biến chứng).

- Kháng sinh dự phòng ở những bệnh nhân có nguy cơ cao viêm nội tâm mạc bán cấp do vi khuẩn hoặc xơ gan mất bù.

- Không gây tê họng hoặc dùng thuốc an thần ở những bệnh nhân có rối loạn ý thức hoặc hôn mê gan.

- Đặt nội khí quản phối hợp với hô hấp hỗ trợ trong trường hợp chảy máu ồ ạt hoặc hôn mê gan giai đoạn III, IV.

- Rửa dạ dày bằng nước đá sẽ góp phần cầm máu và làm cho nhận định tổn thương dễ dàng hơn.

- Dùng các thuốc giảm co bóp dạ dày như: glucagon, spasfon, buscopan...

- Xác định nhóm máu và chuẩn bị sẵn vài đơn vị máu để truyền.

## IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI ĐIỀU TRỊ GIẢM TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

### A. PHƯƠNG PHÁP TIÊM XƠ

#### 1. Chỉ định

**1.1. Tiêm xơ cấp cứu:** nhằm làm ngừng chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản. Phương pháp này có thể tiến hành ngay khi đang có chảy

máu tiêu hóa hoặc tiến hành sau một số phương pháp nội khoa khác như: ép tại chỗ vỡ tĩnh mạch bằng các loại sonde khác nhau, truyền vasopressin hoặc sandostatin. Có hai yếu tố góp phần tiên lượng là: mức độ suy chức năng gan và tần suất tái phát của chảy máu.

**1.2. Tiêm xơ có chuẩn bị:** nhằm ngăn ngừa biến chứng vỡ tĩnh mạch thực quản cho những bệnh nhân đã có xuất huyết và:

- Thất bại điều trị bằng  $\beta$  bloquants.

- Ở bệnh nhân không dùng được  $\beta$  - bloquants do có những chống chỉ định.

**1.3. Những bệnh nhân chưa có chảy máu:** không cần áp dụng các phương pháp xơ hóa, chỉ cần điều trị bằng beta - bloquants.

## 2. Chống chỉ định

- Không tiêm xơ tĩnh mạch thực quản khi có phối hợp với giãn tĩnh mạch ở phình vị hoặc ở thân vị vì lí do: khi tĩnh mạch thực quản bị xơ hóa thì những tĩnh mạch ở dạ dày có nguy cơ vỡ cao, mà những tĩnh mạch ở dạ dày này không thể xơ hóa được.

- Bệnh nhân trong tình trạng sốc nặng, suy hô hấp nặng mà các phương pháp hồi sức không đảm bảo.

## 3. Dụng cụ và hóa chất

### 3.1. Các chất gây xơ tĩnh mạch

Có rất nhiều chất được dùng để xơ hóa tĩnh mạch thực quản. Nhưng cho đến nay chưa có một công trình nào cho phép so sánh hiệu quả về tính ưu việt của các chất này.

- Chất được sử dụng rộng rãi nhất là polidocanol 1%

- Các loại khác:

- + Oleate d'ethanolamin (5%).

- + Chlorhydrate de quinin - uree.

- + Morrhuat de sodium, được sử dụng chủ yếu ở Mỹ.

- + Tetradecyl sulfat à 1,5%

- + Cồn tuyệt đối (alcool absolut).

### 3.2. Dụng cụ

- Máy soi dạ dày có kênh hoạt động thích hợp: loại có video kí

hiệu GIF 1T 30 hoặc GIF 2T 20.

- Kim tiêm xơ nằm trong vỏ nhựa hoặc vỏ kim loại, đầu dưới của kim có thể chìa ra ngoài vỏ tối đa là 4 mm, đầu trên của kim được nối với bơm tiêm có chứa chất gây xơ.

- Bơm tiêm 50 ml để bơm rửa.

- Bơm tiêm 20 ml chứa chất gây xơ.

- Nước đá pha adrenalin để bơm rửa cầm máu tại chỗ khi cần thiết.

### 3.3. Kỹ thuật

- Đầu tiên tiến hành soi thực quản - dạ dày - tá tràng nhằm mục đích:

+ Phân loại mức độ giãn tĩnh mạch thực quản.

+ Tìm các dấu hiệu vỡ của tĩnh mạch.

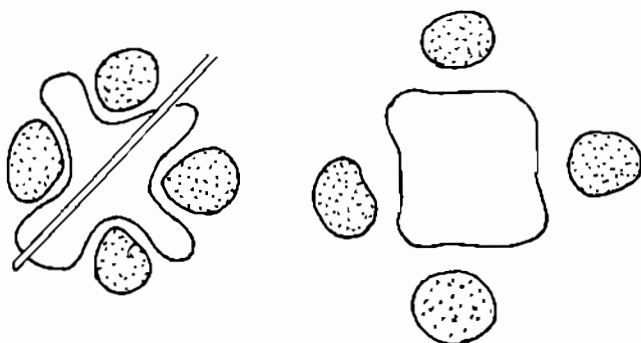
+ Những tổn thương phối hợp ở dạ dày - tá tràng gây chảy máu.

- Phương pháp tiêm: có 3 phương pháp

+ Tiêm vào trong lòng tĩnh mạch (hình 19): mỗi mũi tiêm từ 2 - 10 ml, trung bình 5 ml. Mỗi lần tiêm từ 20 - 60 ml.

Tác dụng: gây thrombose tĩnh mạch thực quản rồi sau đó hoại tử và phát triển thành các sẹo xơ.

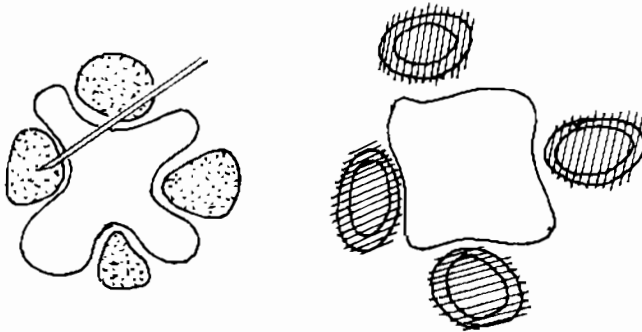
+ Tiêm dưới niêm mạc cạnh búi tĩnh mạch (hình 20): mỗi mũi tiêm từ 0,5 - 3 ml. Mỗi lần tiêm từ 15 - 30 ml.



Hình 19: Sơ đồ tiêm xơ cạnh búi tĩnh mạch.

*Chú ý:* nếu thấy xuất hiện các bong bóng căng mọng tại chỗ tiêm, chứng tỏ là tiêm quá nông, lúc đó phải tăng độ chéch của kim tiêm.

Tác dụng: gây chèn ép và vùi các búi tĩnh mạch, xơ hóa thành tĩnh mạch.

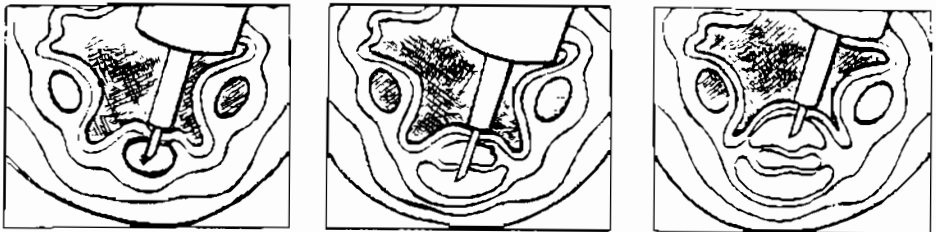


*Hình 20: Sơ đồ tiêm xơ vào trong tĩnh mạch*

+ Tiêm hỗn hợp (hình 21): vừa tiêm vào trong lòng tĩnh mạch phối hợp với tiêm dưới niêm mạc cạnh các búi tĩnh mạch. Bắt đầu tiêm vào dưới niêm mạc cạnh 2 bên thành tĩnh mạch rồi sau đó tiêm vào trong lòng tĩnh mạch.

Phương pháp này được áp dụng rộng rãi vì nó đạt được hiệu quả tổng hợp của cả 2 phương pháp trên.

Đã có nhiều công trình nghiên cứu và so sánh các phương pháp xơ hóa tĩnh mạch thực quản, nhưng hầu hết các tác giả đều nhận thấy không có sự khác biệt về hiệu quả và biến chứng giữa các phương pháp này.

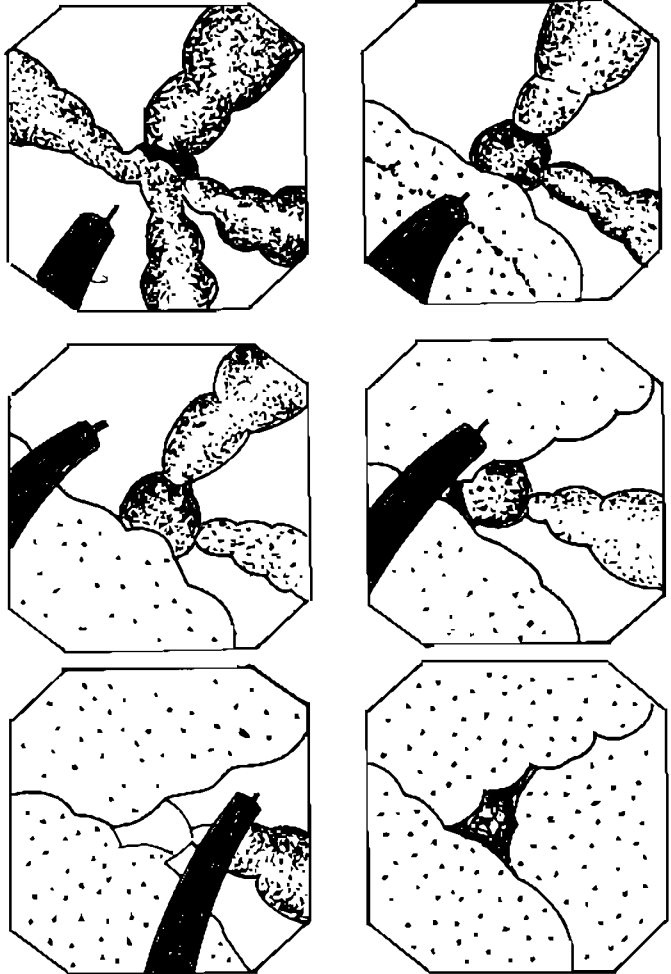


*Hình 21: Sơ đồ tiêm xơ phối hợp vào cạnh tĩnh mạch và vào trong lòng tĩnh mạch*

- Vị trí tiêm: chỉ tiêm xơ được tĩnh mạch thực quản và tâm vị không thể tiêm xơ được tĩnh mạch phình vị.

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.

Thực tế trong khi tiêm xơ tĩnh mạch thực quản, sẽ gây chảy máu ít nhiều ở thành tĩnh mạch và thành tĩnh mạch căng phồng vào trong lòng thực quản. Điều đó cản trở độ chính xác của đầu kim, do đó khó xác định chính xác là tiêm vào trong lòng tĩnh mạch hay cạnh các búi tĩnh mạch (hình 22).



Hình 22: Kỹ thuật tiêm xơ tĩnh mạch thực quản (tiêm cạnh búi tĩnh mạch).



Thường bắt đầu tiêm vào búi tĩnh mạch đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây chảy máu (đó là những búi tĩnh mạch lớn với nhiều dấu hiệu giãn mao mạch trên thành tĩnh mạch).

- Kỹ thuật tiêm:

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

+ Tiếp theo người soi đẩy kim tiêm xơ ra khỏi vỏ và bơm chất gây xơ. + Rồi người phụ soi rút kim tụt vào trong vỏ của kim và kéo vỏ của kim 2 cm 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...

+ Trong quá trình tiêm xơ hoặc sau khi kết thúc buổi tiêm: nếu thấy có chảy máu nhiều ở thành tĩnh mạch thì nên rút kim tiêm xơ ra ngoài và đẩy máy soi vào dạ dày nhằm 2 mục đích:

. Dùng đèn soi chèn ép vào các búi tĩnh mạch (giống hiện tượng băng ép).

. Hút hết hơi trong dạ dày để làm tăng áp dụng băng ép của máy nội soi.

Máy soi để trong dạ dày 15 phút, sau đó rút máy và kết thúc buổi tiêm xơ.

- Nhịp tiêm xơ.

Thông thường 1 tuần tiêm 1 lần vào những đợt đầu. Những đợt sau có thể 2 tuần tiêm 1 lần.

Trong trường hợp có loét thực quản thì nên tiêm 2 tuần 1 lần. Nhịp tiêm quá ngắn dễ có biến chứng loét, hẹp, thung.

Thông thường sau 4 đến 6 đợt các búi tĩnh mạch sẽ hoàn toàn biến mất.

#### **4. Theo dõi và săn sóc sau tiêm xơ**

- Bệnh nhân nằm bất động 24 giờ sau khi tiêm xơ.

- Ăn chế độ lỏng và lạnh trong 1 ngày.

- Thuốc:

+ Các thuốc giảm bài tiết acid loại ức chế H<sub>2</sub>, các thuốc bọc niêm

mạch như sucralfat.

+ Chỉ cho kháng kháng sinh dự phòng ở bệnh nhân có nguy cơ viêm nội tâm mạc.

- Theo dõi trong 24 tiếng: tính chất phân, chất nôn, mạch, huyết áp, tinh thần, triệu chứng đau ngực...

## **5. Biến chứng**

### **5.1. Biến chứng thường gặp, ít nguy hiểm**

- Đau ngực sau xương ức, nuốt khó, nuốt đau. Thường hết triệu chứng tự nhiên sau 72 giờ nếu thực hiện chế độ ăn lỏng và dùng các thuốc giảm đau.

- Tràn dịch màng phổi: thường lượng dịch ít, không có triệu chứng rõ rệt, thường hết dịch tự nhiên không cần điều trị.

- Loét thực quản: nếu loét sâu có thể gây chảy máu ở các búi tĩnh mạch. Điều trị bằng các thuốc chống bài tiết acid và sucralfat.

- Hẹp thực quản: nếu hẹp nhiều cần phải nong thực quản.

- Rối loạn vận động thực quản.

- Chảy máu tại chỗ tiêm: thường chảy ít, sẽ ngừng chảy máu nhanh chóng bằng phương pháp chèn ép thực quản bằng ống soi (đã trình bày ở trên).

- Sốt do nhiễm khuẩn huyết: thường xuất hiện 24 giờ sau khi tiêm xơ và hay gặp ở người có nguy cơ cao viêm nội tâm mạc bán cấp do vi khuẩn, vì thế phải điều trị kháng sinh dự phòng cho những người có nguy cơ cao.

### **5.2. Biến chứng nặng**

- Tử vong: 0 - 10%

- Thủng thực quản do hoại tử xuyên thành thực quản, gây áp xe và rò thực quản (áp xe trung thất, tràn dịch màng phổi nhiều). Biến chứng này có nguy cơ cao khi tiêm xơ cấp cứu trong lúc đang chảy máu hoặc khoảng cách giữa các đợt tiêm xơ quá ngắn.

Điều trị ngoại khoa phối hợp với kháng sinh toàn thân và dinh dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

- Bệnh phổi do trào ngược: thường gặp biến chứng này trong

trường hợp tiêm xơ khi đang chảy máu, ở bệnh nhân có rối loạn tri giác.

### 5.3. Biến chứng ít gặp

- Tụ máu trong thành thực quản: biểu hiện với 3 triệu chứng như sốt, đau, ứ nhiều nước dãi nhầy máu. Chẩn đoán xác định bằng chụp cắt lớp lồng ngực.

Điều trị: dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch phối hợp với kháng sinh toàn thân. Biến chứng này thường dễ xảy ra ở những bệnh nhân có rối loạn đông máu và cầm máu nặng (tiểu cầu < 90.000, prothrombin < 60%.

- Giãn dạ dày

- Tràn dịch màng phổi vô khuẩn, số lượng nhiều do các chất gây xơ trào ra ngoài.

- Viêm màng ngoài tim (cơ chế giống như trên).

- Ứ mật thể không vàng da, cục bã thức ăn trong dạ dày. Biến chứng này chỉ xảy ra khi tiêm xơ bằng policocanol.

- Thrombose tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch mạc treo tràng.

- Liệt nửa người tiến triển, liệt hai chi dưới do thiếu máu.

- Nhiễm khuẩn màng não.

- Giá túi thừa thực quản.

- Tràn khí màng phổi.

- Nhiễm khuẩn dịch cổ trướng ở bệnh nhân xơ gan.

- Viêm nội tâm mạc cấp nhiễm khuẩn.

## B. THẮT TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

Là phương pháp dùng các vòng cao su thắt vào các búi tĩnh mạch, gây thiếu máu hoại tử và do đó xơ hóa thành tĩnh mạch.

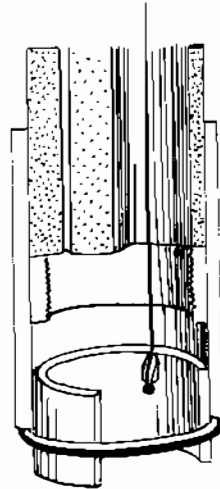
### 1. Dụng cụ

#### 1.1. Loại súng bắn 1 phát (hình 23)

- Ưu điểm: dùng được nhiều lần nên kinh tế, rẻ tiền.

- Nhược điểm: loại này chỉ lồng được 1 vòng cao su, nên chỉ thắt được 1 búi tĩnh mạch trong 1 lần đưa máy soi vào thực quản, do đó nếu muốn thắt nhiều búi tĩnh mạch thì phải đưa ống soi vào thực quản nhiều lần, điều đó gây khó chịu cho người bệnh. Để giảm bớt sự

khó chịu có thể đặt 1 ống canun đặc biệt vào miệng bệnh nhân, ống này dài 20 cm, có đường kính lớn hơn đường kính của ống soi, có thể tự uốn cong được. ống này sẽ được đặt vào họng hầu trong suốt buổi



Hình 23: Cấu tạo súng bắn vòng cao su

- Cấu tạo súng bắn gồm:

+ 3 vòng nhựa có đường kính khác nhau sao cho 3 vòng này có thể lồng vào nhau được, mỗi vòng này có độ cao 1 cm. Vòng ngoài cùng (vòng 1) được gắn với đầu máy soi. Vòng ở giữa (vòng 2) lồng vào trong vòng 1. Vòng trong cùng (vòng 3) lồng vào trong vòng 2. Trong lòng vòng 3 có 1 rãnh có máu để luồn dây dẫn vào. Bên ngoài của vòng 3 sẽ được lồng vào vòng cao su để bắn và thất tình mạch.

+ Một dây nhựa, đầu có máu, dài 2 m luồn qua kênh hoạt động của máy soi và luồn qua rãnh trong của vòng 3, máu hãm của dây sẽ được cố định chắc vào máu của rãnh. Khi kéo căng dây dẫn ra khỏi máy soi sẽ làm cho vòng 3 chui vào trong 2 và do đó vòng cao su bị bắn ra ngoài.

+ 1 ống nhựa nhọn đầu để lồng vòng cao su vào vòng nhựa.

### **1.2. Súng bắn nhiều phát (5 - 6 phát)**

- Ưu điểm: loại súng bắn này luôn được nhiều vòng cao su nên có thể thất được nhiều búi tình mạch mà chỉ cần 1 lần đưa máy soi vào

thực quản nên giảm bớt khó chịu cho người bệnh, phương pháp dễ làm.

- Nhược điểm: chỉ dùng được 1 lần do đó giá thành đắt nên rất khó thực hiện ở Việt Nam.

- Cấu tạo:

+ Hai vòng nhựa cao 1 cm, có chu vi khác nhau; vòng ngoài (vòng 1) được lồng ra ngoài đầu máy soi, vòng trong (vòng 3) được lồng vào trong vòng 1. Nhiều vòng cao su được lồng ra ngoài vòng 3. Mỗi vòng cao su này sẽ sắp xếp theo trình tự và cách nhau 1 khoảng cách nhỏ nhờ vào các mấu nhựa nằm trên những dây lanh chạy vòng bên ngoài của vòng nhựa.

+ Một dây dẫn dài luôn vào trong kênh hoạt động của máy, đầu dưới được cố định bởi các vòng cao su, đầu ngoài được cố định vào 1 tay quay, tay quay này được gắn chặt vào lỗ kênh hoạt động của máy. Do đó mỗi khi quay tay quay 1 vòng sẽ làm bắn 1 vòng cao su ra ngoài.

## **2. Kỹ thuật**

### **2.1. Cách lồng súng bắn vào máy soi**

- Lồng vòng cao su vào vòng nhựa trong cùng (vòng 3): áp dụng cho loại súng bắn 1 phát, đối với loại súng bắn nhiều phát thì các nhà sản xuất đã lồng sẵn các vòng cao su.

- Lồng các vòng nhựa vào nhau, vòng nhựa có đường kính to nhất sẽ lồng ra ngoài đầu ống soi, vòng nhựa có lồng vào vòng cao su sẽ được lồng trong cùng.

- Luôn dây dẫn qua kênh hoạt động của máy, đầu dưới của dây sẽ được lồng vào trong rãnh hãm của vòng nhựa trong cùng, chốt mấu hãm của dây vào lỗ hãm của rãnh (động tác này áp dụng cho loại súng bắn 1 phát). Giữ căng dây vừa phải, đầu ngoài của dây sẽ được giữ căng bằng ngón trỏ tay trái của thủ thuật viên (súng bắn 1 phát), hoặc cố định vào tay quay (súng bắn nhiều phát) và chốt tay quay này vào lỗ ngoài của kênh hoạt động của máy soi.

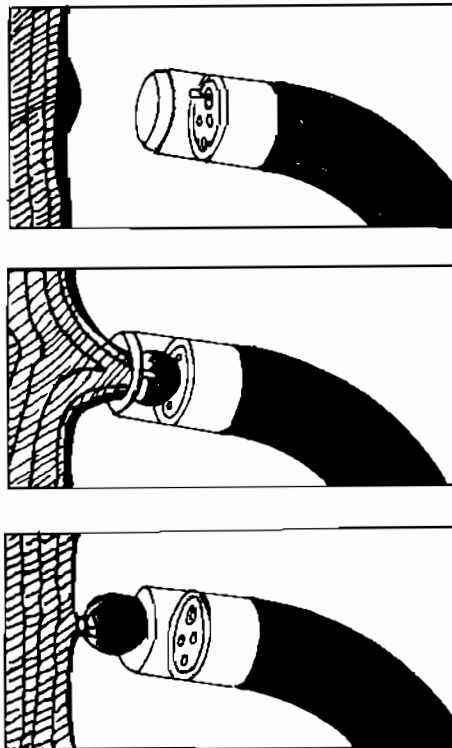
### **2.2. Các bước thắt tĩnh mạch**

- Tiến hành soi thực quản - dạ dày để xác định giãn tĩnh mạch thực quản (vị trí, mức độ, các dấu hiệu chảy máu...) các tổn thương phối hợp tại dạ dày.

- Đặt đầu máy soi (đã được gắn với súng bắn) vào sát bụi tĩnh mạch cần thắt.

- Hút từ từ để bụi tĩnh mạch chui vào trong vòng nhựa.

- Kéo mạnh dây dẫn (loại súng bắn 1 phát), hoặc quay tay quay 1 vòng theo chiều kim đồng hồ (loại súng bắn nhiều phát) để vòng nhựa 3 sê chui vào trong lòng vòng ngoài và bắn vòng cao su ra để thắt bụi tĩnh mạch (hình 24).



*Hình 24: Kỹ thuật thắt tĩnh mạch thực quản.*

*1. Xác định bụi tĩnh mạch cần thắt.*

*2. Hút.*

*3. Bắn vòng cao su ra để thắt bụi tĩnh mạch.*

- Bước tiếp theo: tùy theo loại súng bắn.

+ Loại bắn 1 phát: phải rút máy soi ra để lồng vòng cao su khác vào, rồi đưa máy vào lại thực quản và thắt các bụi tĩnh mạch khác

(theo các bước như đã mô tả ở trên).

+ Loại bắn nhiều phát: không cần rút máy soi, chỉ cần thay đổi vị trí đầu máy soi để xác định búi tĩnh mạch cần thắt rồi tiến hành như trên.

**3. Vị trí thắt:** cách tâm vị vài cm và vào nhiều búi tĩnh mạch vòng theo chu vi của thực quản, không thắt dọc theo tĩnh mạch.

#### **4. Trình tự thắt**

- Đột đầu thắt vào các búi tĩnh mạch đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây vỡ.

- Đột sau thắt các búi tĩnh mạch còn lại.

- Chỉ áp dụng cho tĩnh mạch thực quản hoặc tâm vị, không áp dụng cho tĩnh mạch ở dạ dày.

**5. Theo dõi sau thắt và thời gian giữa các đợt thắt:** giống như đối với tiêm xơ.

### **C. GÂY TẮC TĨNH MẠCH THỰC QUẢN - DẠ DÀY**

**1. Dung dịch được sử dụng** là 1 loại keo dán sinh học N - Buryl 2 - Cyanoacrylat. Dung dịch này sẽ làm tắc các tĩnh mạch gây thiếu máu, hoại tử và xơ hóa.

#### **2. Cách tiêm**

- 1 ml keo dán trộn với 1 ml lipiodol rồi pha với 1 ml lipiodol nữa để tăng cường độ hòa tan.

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

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

#### **3. Ưu điểm**

- Gây tắc tĩnh mạch nhanh chóng.

- Áp dụng được cả đối với tĩnh mạch ở dạ dày.

- Áp dụng khi các phương pháp xơ hóa bị thất bại.

#### **4. Nhược điểm**

Kênh hoạt động của máy soi dễ bị tắc nếu dung dịch keo dán rò vào trong kênh vì dung dịch này sẽ bị đông cứng lại sau vài phút ở môi trường lỏng.

## **5. Chú ý khi sử dụng**

- Trước và sau khi tiêm rửa kim tiêm bằng lipiodol.
- Khi có rò dung dịch keo dán ra ngoài: kéo máy soi ra, rửa và lau vật kính liên tục, không được hút.



# SOI ĐẠI TRÀNG ỚNG MỀM

## 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.

## CHỈ ĐỊNH

### I. CHỈ ĐỊNH SOI ĐẠI TRÀNG CHẨN ĐOÁN

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

### II. CHI ĐỊNH SOI ĐẠI TRÀNG ĐIỀU TRỊ

- 2.1. Cấp polyp.
- 2.2. Lấy dị vật.

- 2.3. Cắm máu.
- 2.4. Nong chỗ hẹp.
- 2.5. Điều trị xoắn đại tràng (và manh tràng).

### III. CHỈ ĐỊNH SOI ĐẠI TRÀNG THEO DÔI

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

### CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thung đại tràng.
2. Viêm phúc mạc.
3. Suy tim mạch.
4. Bị nhồi máu cơ tim mới.
5. Mới mổ ở đại tràng, mổ ở tiểu khung.
6. Phình lớn động mạch chủ bụng.
7. Bệnh túi thừa cấp tính.
8. Bệnh nhân có tắc mạch phổi.
9. Tình trạng sốc.
10. Bệnh nhân đang có thai (3 tháng đầu và 3 tháng giữa).

### DỤNG CỤ

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

### II. CÁC PHỤ TÙNG ĐI KÈM

- Kim sinh thiết, dây cắt polyp.

- Kim lấy dị vật.

- Kim tiêm cầm máu.

- Overtube.

- Thuốc nhuộm màu để phát hiện tổn thương nhỏ: xanh metylen indigo carmine, mực Tàu.v.v... để đánh dấu chỗ polyp đã cắt.

### III. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Chế độ ăn:

+ Ngừng các thuốc có chứa sắt trước 3 - 4 ngày.

+ Ngừng các thuốc nhuận tràng 1 - 2 ngày trước soi.

+ Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày.

- Chuẩn bị đại tràng:

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

+ Dùng Fortrans có thể buồn nôn, nên dùng thuốc của nhóm Métoclopramid, Domperidon, Cisaprid.

+ Đối với các bệnh nhân bị táo bón có thể cho chuẩn bị bằng cách cho Dùng thuốc nhuận tràng (FORLAX) trong vài ngày. Trước soi

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

*Thành phần của Fortrans*

Polyethylenglycol: 64g/l

Sulfat de sodium anhydre: 5,7 g/l

Bicarbonat de sodium: 1,68 g/l

Chlorure de sodium: 1.46 g/l

Chlorure de potassium: 0.75 g/l

Agents aromatic (chất thơm).

*Cách dùng Fortrans*

1. Uống một lần 4 lít trong 2 giờ trước khi soi 6 giờ (thường dùng cho soi đại tràng buổi chiều).

2. Uống làm hai lần: 2 lít buổi tối hôm trước và 2 lít buổi sáng ngày soi (cách này ít gây buồn nôn, hay dùng cho soi buổi sáng).

*Các thuốc dùng trong soi đại tràng*

- Thuốc tiền mê: Seduxen 10 mg, hypnovel 2.5 - 5 mg.
- Thuốc chống co thắt: Buscopan 20 - 40 mg hoặc glucagon 0.5 - 1mg.
- Thuốc giảm đau: Visceralgin.

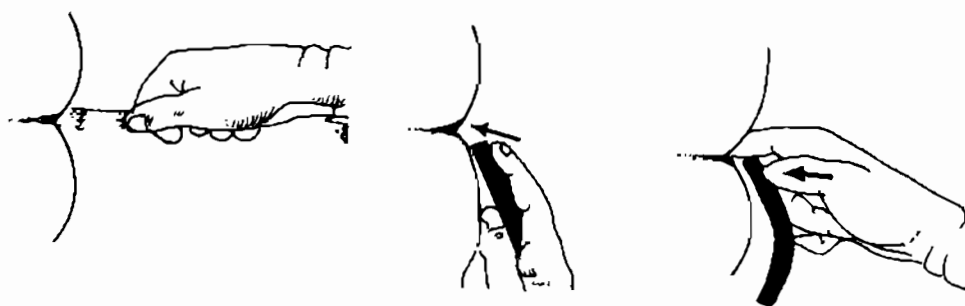
## KỸ THUẬT SOI ĐẠI TRÀNG

### I. CÁC NGUYÊN TẮC CHUNG

1. Bơm hơi vừa đủ và hút hơi thừa để tránh chướng hơi.
2. Đưa đèn vào nhẹ nhàng khi đã nhìn rõ đường.
3. Phải rút bớt máy và làm giãn lại mỗi khi có thể thực hiện được.
4. Không đẩy đèn khi không thấy đường. Nếu vẫn phải đẩy khi đã tìm đường kĩ thì phải chú ý tới hệ mao mạch của niêm mạc trước đầu đèn. Nếu niêm mạc ngả trắng là do bị quá ép sát, sẽ có nguy cơ thủng nên phải rút đèn ra ngay.
5. Các polyp nên cắt ở thì đưa đèn vào vì khi rút đèn ra có thể không tìm lại được.
6. Khi khó đẩy đèn vào tiếp phải thay đổi tư thế bệnh nhân từ nghiêng trái sang nằm ngửa, và có khi sang nghiêng phải.
7. Khi bơm hơi ít hoặc đại tràng bị co thắt thì đường đi thường tìm ở chỗ tụ hội các nếp niêm mạc.
8. Máy bị cuộn khi đầu đèn không tiến cùng tốc độ với thân máy khi đưa máy vào và khi rút máy ra. Tháo cuộn đúng khi đầu đèn tiến lên, còn nếu đầu đèn tụt ra là không đúng, phải quay đèn theo chiều kim đồng hồ và rút máy ra.
9. Đại tràng được quan sát kĩ khi đưa đèn vào tới manh tràng và rút dần ra. Khi cần thiết phải cho đèn vào lại để quan sát những vùng dễ bị bỏ sót (đằng sau van Bauhin, góc phải, góc trái, chỗ nối trực tràng - đại tràng xích ma, đại tràng xích ma với đại tràng xuống).

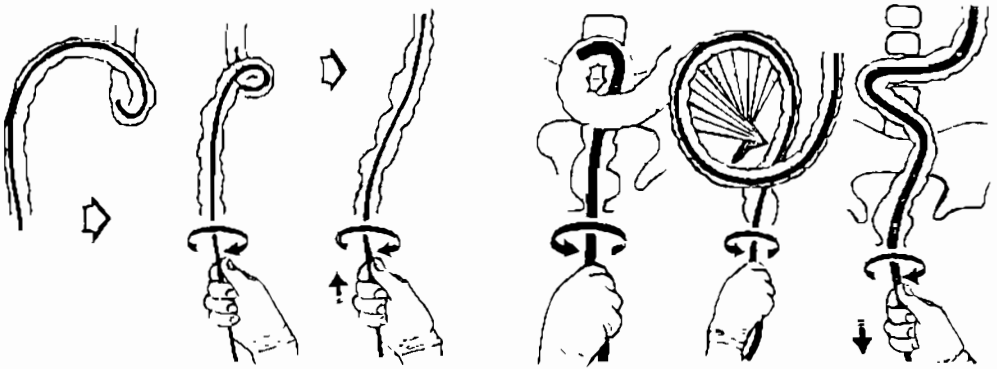
## II. KỸ THUẬT SOI

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa hoặc nghiêng trái.
- Ở tư thế nằm ngửa thì dễ áp dụng, dễ nhìn thấy ánh sáng qua thành bụng và bệnh nhân dễ thở hơn.
- Còn ở tư thế nghiêng trái: dễ đưa đèn qua chỗ nối trực tràng - đại tràng xích ma.
- Bước đầu tiên: thăm hậu môn, trực tràng rồi đưa đèn vào sau khi đã bôi trơn máy bằng mỡ lidocain hoặc silicon (hình 25).

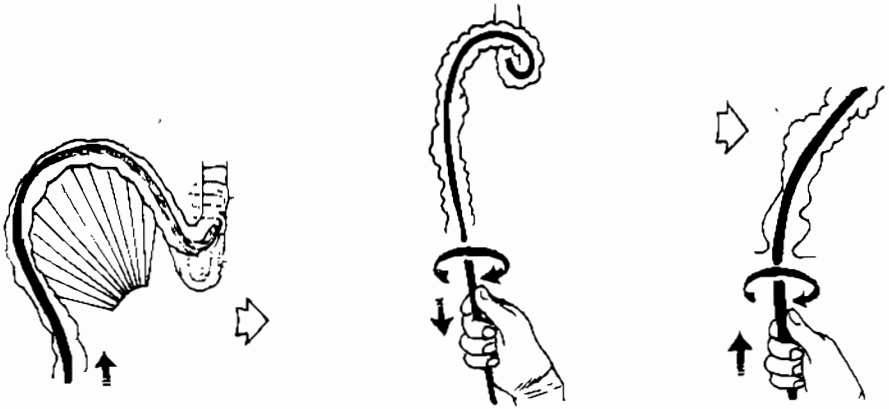


Hình 25

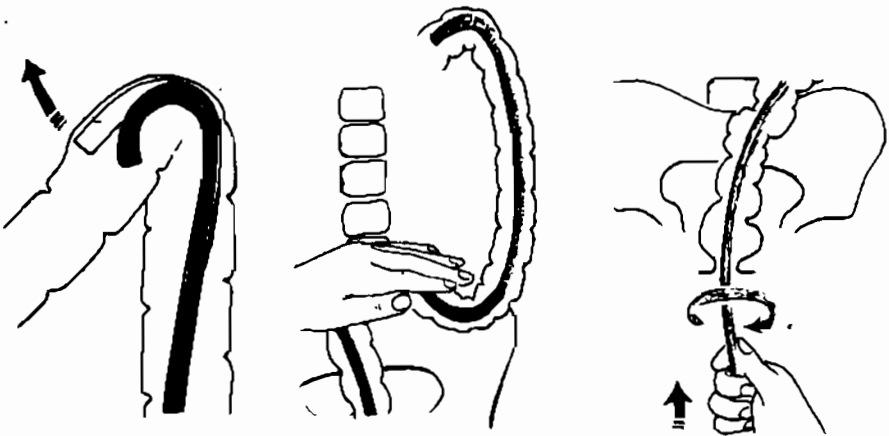
- Soi đoạn trực tràng ít gặp khó khăn, có thể quan sát toàn bộ trực tràng khi phối hợp quay ngược máy.
- Khó khăn đầu tiên là khi đưa đèn qua đại tràng xích ma, đoạn này đại tràng rất lỏng lẻo, dễ tạo thành cuộn kiểu  $\alpha$ . Khi đẩy máy, máy tiến lên cao, ra phía trước trực tràng, sau đó lại vòng xuống và ra sau. Phải rút hơi và quay đèn theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược lại và hút hơi (hình 26).
- Cuộn kiểu omega: đôi khi đưa đèn qua đại tràng xích ma dễ tạo một góc nhọn ở chỗ nối đại tràng xích ma 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 (hình 27).
- Góc lách đôi khi cuộn ngược, khó đẩy đèn, phải rút đèn quay ngược chiều kim đồng hồ hoặc thay đổi tư thế (hình 28).



Hình 26: Hai kiểu cuộn alpha và các phương pháp tháo cuộn

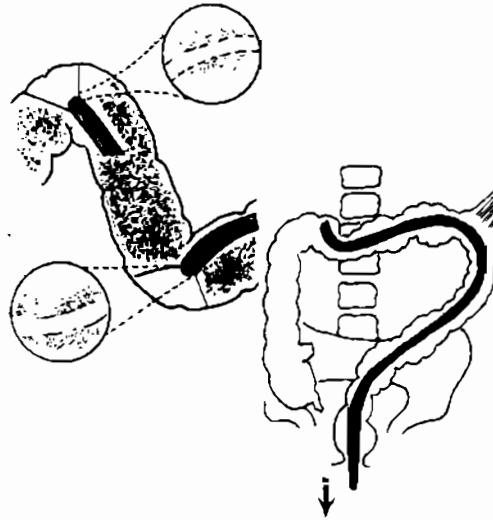


Hình 27: Cuộn kiểu omega và cách tháo cuộn



Hình 28: Cách qua góc lách

- Qua đại tràng ngang thường ít khó khăn, nhưng khi đoạn này quá dài phải hút hơi và ép bụng ở đại tràng xích ma, đại tràng góc lách và giữa bụng (hình 29).



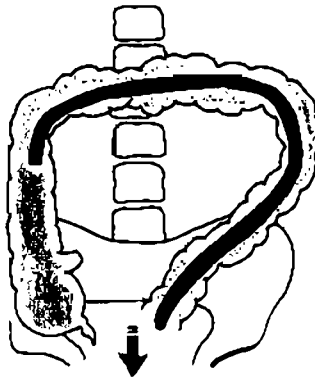
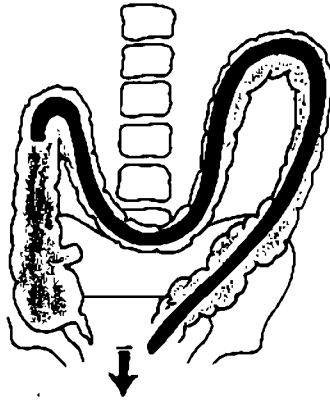
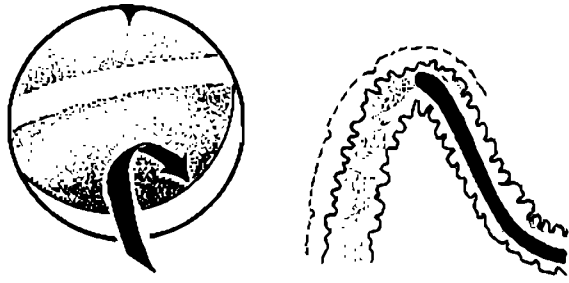
Hình 29

- Phải cho đèn tới manh tràng bằng cách hút bớt hơi ép vùng đại tràng ngang hoặc đại tràng xích ma hoặc đại tràng góc lách và thay đổi tư thế (hình 30).

- Để qua van Bauhin: hướng đầu đèn xuống sâu hơn vị trí của van, sau đó bơm căng manh tràng, rồi rút đèn lên tới mép dưới van. Bơm hơi căng để mở lỗ van và đẩy đèn vào, hồi tràng dễ nhận biết vì hình ảnh niêm mạc hơi lằn sần (hyperplasie lymphoide) (hình 31).

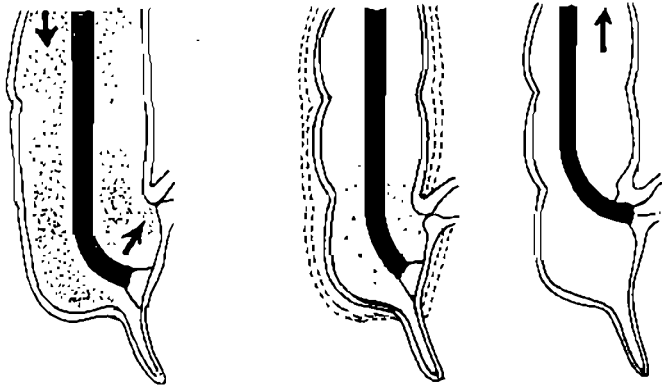
- Những khó khăn trong soi đại tràng có thể do một trong năm nguyên nhân:

1. Sau khi phẫu thuật ở tiểu khung hoặc mổ đại tràng.
2. Viêm túi thừa (diverticulite).
3. Bất thường về giải phẫu: đại tràng quá dài.
4. Ở các bệnh nhân quá béo, khó ép bụng hoặc ép không có kết quả.
5. Những bệnh nhân gầy, bé.



Hình 30





Hình 31

## CÁC BIẾN CHỨNG SOI ĐẠI TRÀNG

### 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 xích ma.

- 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 lí.

+ 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 triệu chứng: sốt, co cứng bụng, bạch cầu cao thì phải chuyên xử lí ngoại khoa.

## **2. Nhiễm khuẩn huyết**

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

## **3. Chướng hơi nặng**

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

## **4. Vasovagal reflex: Mạch chậm, hạ HA, lạnh chân tay.**

Điều trị: Atropin.

## **5. Biến chứng liên quan với tiền mê**

### **BIẾN CHỨNG CỦA SOI ĐẠI TRÀNG ĐIỀU TRỊ**

1. Chảy máu sau cắt polyp: 0.70% - 2.24%

2. Thủng đại tràng.

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

# PHƯƠNG PHÁP CẮT POLYP QUA NỘI SOI

## I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt polyp qua nội soi là một phương pháp nội soi điều trị, thường là cắt polyp ở trực tràng và ở đại tràng. Cắt polyp dạng adenome ở đại - trực tràng còn có ý nghĩa ngăn ngừa biến chứng ung thư hóa của các polyp này. Polyp ở dạ dày, thực quản, tá tràng thường rất hiếm.

## II. DỤNG CỤ

1. Thông lọng cắt polyp bằng nhiệt điện với các kích thước khác nhau và các loại dây khác nhau: loại dây kết xoắn giúp cho thì đông máu dễ dàng, loại dây không kết xoắn giúp cho thì cắt dễ dàng.

Thông lọng cắt bằng kim loại và được lồng vào trong vỏ nhựa, có thể trượt dễ dàng trong vỏ nhựa này.

2. Tay nắm điều khiển; tiếp nối với các thông lọng, dùng để mở hoặc thất thông lọng.

3. Các kim nhiệt: dùng để cắt polyp nhỏ, không có cuống hoặc để kẹp cầm máu.

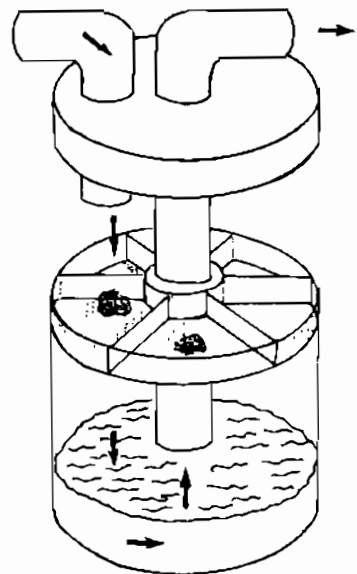
4. Kim tiêm xơ tĩnh mạch thực quản: dùng để tiêm cầm máu hoặc tiêm phòng chảy máu khi cắt polyp có cuống to.

5. Kim kéo polyp ra ngoài.

6. Lưới đựng polyp cho phép thu được hết polyp nhỏ và nhiều bằng phương pháp hút (hình 32).

7. Catheter để bơm chất nhuộm màu khi cần.

8. Nguồn cắt bằng điện.



Hình 32

### III. NGUYÊN TẮC CHÍNH CỦA NGUỒN CẮT ĐIỆN

1. Nguồn cắt điện sử dụng dòng điện xoay chiều với tần số cao trên  $10^6$  chu kì/giây. Với tần số này không gây ra điện giật, không kích thích sợi thần kinh - cơ nên không gây ra rung thất. Nguồn cắt có nhiều công suất khác nhau. Để cắt polyp thường dùng công suất 175W.

2. Dòng điện có tần số cao sẽ tạo ra nhiệt độ cao và khi gặp phải kháng trở của polyp (polyp có tác dụng giống như một điện trở), nó sẽ có tác dụng cắt và cầm máu ở các mạch máu nằm trong cuống polyp.

3. Nhiệt độ đạt được cao hay thấp phụ thuộc vào cường độ dòng điện và thời gian dòng điện dẫn qua thông lọng. Nhiệt độ tăng lũy tiến theo mức độ thắt chặt của thông lọng, có nghĩa là nhiệt độ đạt được cao nhất khi các tổ chức nằm trong thông lọng bị thắt chặt nhất, đó chính là trung tâm của cuống polyp.

4. Nguồn cắt sử dụng dòng điện đơn cực thường được áp dụng rộng rãi nhất. Thông lọng cắt polyp đóng vai trò cực hoạt động và nối với nguồn cắt điện. Cực trung tính có một đầu nối với nguồn cắt, còn một đầu nối với một bảng kim loại có tác dụng giống dây đất. Bảng kim loại này bắt buộc phải tiếp xúc với da của bệnh nhân. Vị trí tiếp xúc tốt nhất là ở cẳng chân, nơi mà dòng điện không thể gây ra kích thích cơ tim. Diện tiếp xúc với da phải đủ rộng để tránh nguy cơ gây bỏng vì nhiệt độ tỉ lệ nghịch với diện tiếp xúc.

5. Các biến chứng của cắt polyp liên quan chặt chẽ với cường độ dòng điện và thời gian dòng điện đi qua thông lọng. Nếu cường độ dòng điện không đủ hoặc thời gian dòng điện đi qua thông lọng quá ngắn thì dễ có biến chứng chảy máu, còn trong trường hợp ngược lại thì dễ có nguy cơ thủng. Vì thế phải kiểm tra nguồn cắt trước khi tiến hành thủ thuật. Nếu cường độ dòng điện không đủ thì phải tăng công suất của nguồn, hoặc nếu quá cao thì phải hạ công suất của nguồn.

6. Để tránh các biến chứng cần chú ý:

- Thắt thông lọng vào cuống phía sát đầu polyp.
- Tránh để thông lọng dính vào thành của niêm mạc.
- Nên sử dụng pha cầm máu trước pha cắt.

## IV CHUẨN BỊ TRƯỚC KHI CẮT POLYP

### 1. Đối với bệnh nhân

#### 1.1. Phải làm sạch vùng có polyp cần cắt

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

- Nếu là polyp ở đại tràng: chuẩn bị giống như soi đại tràng (xem bài soi đại tràng).

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

#### 1.2. Các xét nghiệm cần làm

- Thời gian máu chảy, thời gian máu đông, tỉ lệ prothrombin, số lượng tiểu cầu.

- Nhóm máu (để có thể truyền máu kịp thời khi có biến chứng chảy máu).

#### 1.3. Các thuốc

- Tiễn mê bằng các thuốc an thần.

- Giảm co thắt: spasfon, visceralgin, buscopan...

### 2. Đối với thủ thuật viên: Phải kiểm tra dụng cụ một cách hệ thống.

2.1. Thông lọng cắt polyp có hoạt động tốt không, nghĩa là phải đảm bảo đóng mở dễ dàng. Khi mở tối đa thông lọng có đường kính 2 - 3 cm. Khi đóng phải chui hoàn toàn vào trong vỏ nhựa của thông lọng.

2.2. Bệnh nhân có được tiếp xúc tốt với bảng dây đất chưa.

2.3. Điều chỉnh công suất hoạt động của nguồn cắt cho phù hợp.

## V. KỸ THUẬT

### A. NGUYÊN TẮC CHUNG

Phải cắt ngay tất cả polyp nhìn thấy trong quá trình đưa máy soi vào, nhất là đối với polyp đại tràng vì những polyp này có thể sẽ khó tìm thấy trong khi rút đèn soi ra.

### B. KỸ THUẬT CẮT TÙY THUỘC VÀO TỪNG LOẠI POLYP

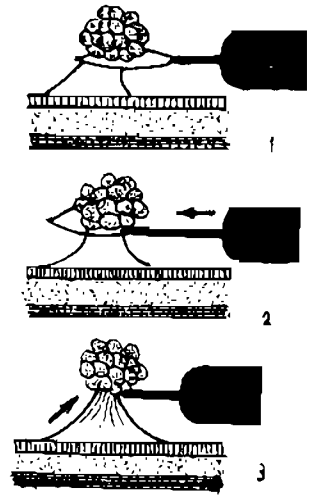
#### 1. Loại polyp có cuống, kích thước trung bình

- Đưa thông lọng đến vị trí có polyp, mở thông lọng ôm lấy đầu polyp rồi tụt xuống ôm lấy cuống polyp. Đẩy vỏ ngoài của thông lọng

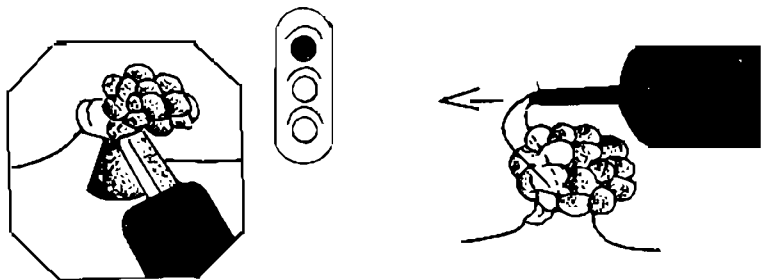
sát với cuống của polyp (hình 34).

- Thất từ từ thông lọng cho đến khi có cảm giác chặt tay rồi kéo nhẹ đầu polyp lên.

- Kiểm tra xem niêm mạc của thành ruột hoặc thành dạ dày có chui vào trong thông lọng không (hình 35.1). Nếu có niêm mạc nằm trong thông lọng thì phải đẩy thông lọng ra khỏi vỏ catheter rồi mở thông lọng ra và nhấc thông lọng ra khỏi đầu polyp. Thất lại polyp (hình 35.2).



Hình 34



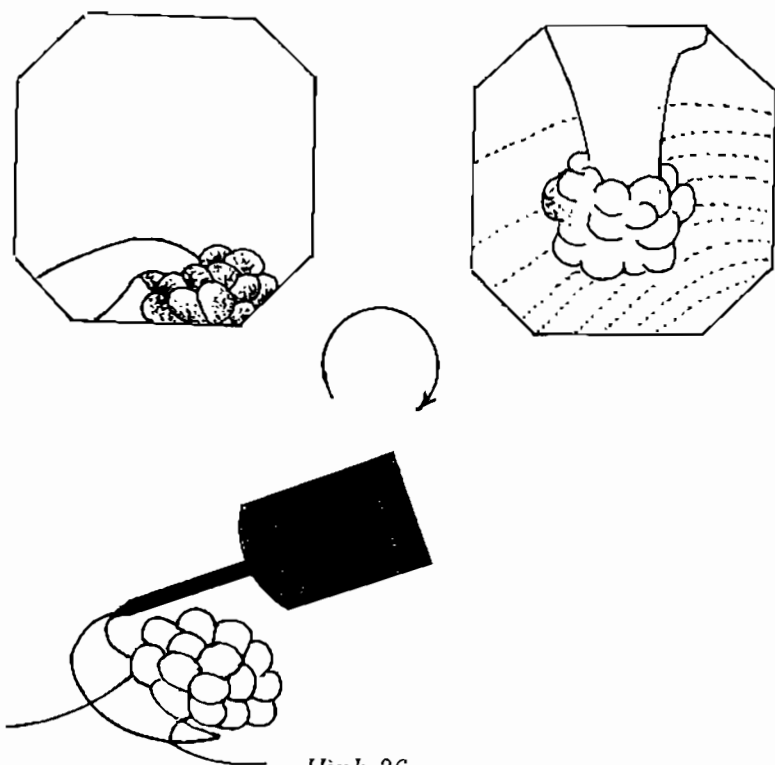
Hình 35

Hình 35.1. Kiểm tra xem niêm mạc ruột có chui vào thông lọng không.

Hình 35.2. Tháo thông lọng khi có niêm mạc ruột chui vào thông lọng.

- Trường hợp khó lồng thông lọng vào đầu của polyp: bắt buộc phải quay máy soi xung quanh trục của nó khoảng  $180^{\circ}$  hoặc thay đổi tư thế bệnh nhân (hình 36.1). Cũng có thể đẩy vỏ catheter của thông lọng vượt lên trên vị trí của đầu polyp rồi mở thông lọng ra trùm vào đầu polyp (hình 36.2).

- Nguồn cắt điện được sử dụng trong vòng 2 - 3 giây, xen kẽ giữa pha cầm máu và pha cắt, trong khi đó thông lọng sẽ từ từ thắt chặt lại cho đến khi polyp bị cắt rời hoàn toàn.



Hình 36

Hình 36.1: Thay đổi tư thế bệnh nhân để nhìn rõ cuống.

Hình 36.2: Kỹ thuật khác để chùm thông lọng vào cuống polyp.

- Lấy polyp ra ngoài để xét nghiệm mô bệnh học. Có 3 cách lấy polyp: + Dùng thông lọng kéo polyp ra ngoài.

+ Dùng kim kẹp gấp polyp rồi kéo 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.

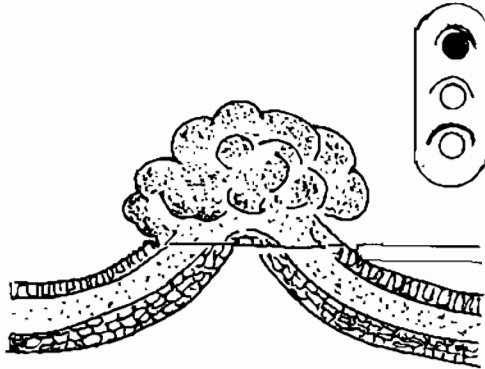
Phải ghi rõ vị trí của polyp vào giấy xét nghiệm mô bệnh học.

## 2. Loại polyp không có cuống, kích thước nhỏ hoặc trung bình

- Cần tạo ra 1 cuống cho polyp: sau khi trùm thông lọng qua đầu polyp thì thắt từ từ thông lọng để cho chu vi của thông lọng nhỏ hơn đầu của polyp (thông lọng sẽ không bị tụt ra khỏi polyp). Sau đó kéo

thông lọng lên phía đầu của polyp sao cho làm tách lớp niêm mạc ra khỏi phần cơ niêm, nên phần cơ niêm này sẽ không bị thất trong thông lọng. Động tác này nhằm làm giảm nguy cơ thủng. Nếu không thể thực hiện được động tác này (hình 37) thì phải cắt polyp làm nhiều mảnh nhỏ giống như phương pháp cắt polyp to không có cuống (sẽ trình bày ở phần sau).

- Sau khi đã tạo được cuống polyp rồi, tiếp tục các bước như đã trình bày ở trên.



*Hình 37: Niêm mạc bị chui vào trong thông lọng (để có nguy cơ thủng): phải cắt polyp làm nhiều mảnh*

### **3. Loại polyp kích thước lớn**

Là những polyp có đường kính 1,5 cm. Chia ra các loại:

#### **3.1. Polyp to không cuống: (hình 38)**

- Cắt polyp ra làm nhiều mảnh, có thể cắt trong 1 buổi hoặc trong nhiều buổi.

- Đầu tiên dùng thông lọng thất từng phần của polyp, rồi vừa thất chặt thông lọng vừa cắt điện. Chú ý không được cắt gọn một nhát (giống như dùng dao cắt miếng bơ) vì làm như vậy sẽ có nguy cơ cao chảy máu do thời gian cắt quá nhanh nên nhiệt độ tạo ra không đủ để cầm máu.

- Cắt dần từng phần như vậy cho đến khi lấy hết polyp và còn trở lại phần niêm mạc.

- Để tránh tai biến chảy máu khi cắt polyp loại này nên dùng nguồn cắt với dòng điện hỗn hợp, đồng thời phối hợp xen kẽ pha cầm máu với pha cắt.



- Nếu nghi ngờ mức độ lành tính của polyp. trước khi tiến hành thủ thuật nên sinh thiết polyp và làm siêu âm - nội soi. Nếu xác định là polyp ác tính thì không nên cắt qua nội soi mà phải điều trị ngoại khoa sớm.

### 3.2. Polyp có cuống lớn

- Kích thước của polyp phải được đo bằng tay cầm của thông lọng (hình 39.1).

- Nếu cuống polyp lớn cần lưu ý là thời gian cầm máu phải dài và có thể sử dụng loại thông lọng lưỡng cực. Loại thông lọng lưỡng cực này có ưu điểm là sẽ cung cấp một năng lượng đủ để cắt cuống polyp nhưng mà không tạo ra nhiệt độ quá cao và không gây ra hoại tử sâu. Thời gian cắt cuống polyp đòi hỏi phải dài hơn (có khi vài phút).

- Nếu thấy có nguy cơ cao chảy máu sau khi cắt polyp, có thể áp dụng 1 trong các phương pháp sau đây:

+ Tiêm vào chân polyp (phần gần niêm mạc) 1 dung dịch adrenalin 1/10.000 pha với polidocanol 1% (nếu cuống polyp dài), hoặc adrenalin 1/10.000 (nếu cuống polyp to và ngắn) (hình 39.b, 39.c).

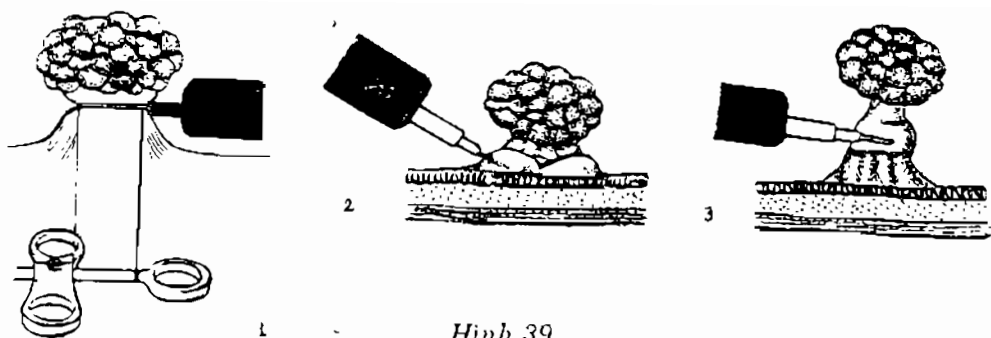
+ Lồng thông lọng thứ nhất vào chân cuống polyp (phía gần niêm mạc), thắt chặt trong 1 phút rồi thả lỏng ra và kéo máy soi ra ngoài. Thông lọng này có tác dụng giống như một ga rô. Đưa máy soi vào lại và lồng thông lọng thứ 2 vào cuống polyp phía trên thông lọng thứ nhất (nghĩa là gần phía đầu của polyp), rồi tiến hành cắt polyp theo các bước đã mô tả ở trên.

- Trong quá trình cắt polyp nếu có chảy máu: thắt chặt thông lọng thứ nhất lại trong vài phút cho đến khi rời lồng thông lọng ra mà không thấy rỉ máu nữa.

- Phương pháp này cũng được áp dụng để cầm máu sau khi cắt. Nhờ có phương pháp ga rô này đã giảm được nhiều biến chứng chảy máu.



Hình 38: Cắt polyp to không cuống lam nhiều mảnh.

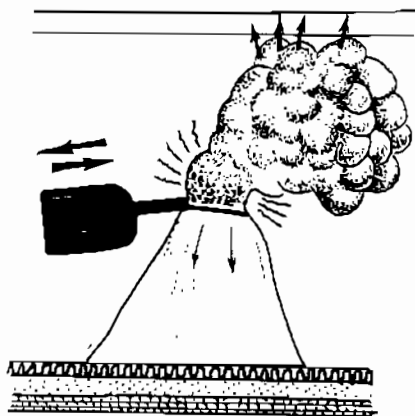


Hình 39

Hình 39a: Kích thước của cuống polyp được đo bằng tay cầm của thông lọng khi đóng.

Hình 39b và 39c: Nguy cơ chảy máu (tiêm adrenalin vào chân cuống).  
Nếu cuống dài có thể tiêm Polydocanol.

- Nếu đầu của polyp chạm vào niêm mạc của thành đối diện (hay xảy ra đối với polyp trực tràng hoặc đại tràng), cần phải di chuyển thông lọng ra vào trong kênh hoạt động của máy sao cho làm tăng diện tiếp xúc của đầu polyp với niêm mạc vì tác dụng nhiệt tại chỗ tỉ lệ nghịch với diện tiếp xúc giữa đầu polyp với niêm mạc. Hay nói cách khác diện tiếp xúc càng lớn càng ít có nguy cơ bỏng niêm mạc (hình 40).



Hình 40: Di chuyển đầu của polyp lớn để tránh làm bỏng niêm mạc.

### 3.3. Polyp dạng như nhung mao

- Những polyp loại này sẽ được cắt thành nhiều mảnh nhỏ và đòi hỏi loại thông lọng đặc biệt (có kích thước nhỏ và dây cắt thanh mảnh).

- Phương pháp cắt polyp giống như cách cắt polyp có cuống lớn vì polyp loại này có thể có nhiều mạch máu tân tạo nên rất dễ chảy máu. Để cắt dễ dàng hơn cần phải làm tăng độ lỏng của polyp vào trong lòng đại tràng bằng cách bơm hơi căng thành của đại tràng lên.

- Mỗi khi thất được một mảnh polyp vào trong thông lọng thì phải kiểm tra xem nó có khả năng di động ít nhiều hay không vì khi nó di động thì nó sẽ tách phần niêm mạc ra xa lớp cơ niêm dưới niêm mạc và do đó giảm được biến chứng thủng.

- Nếu mảnh polyp có vẻ cố định, không thể di động bằng cách thay đổi vị trí thông lọng thì phải mở thông lọng để cho mảnh polyp tụt ra ngoài và cắt mảnh polyp này thành những mảnh nhỏ hơn nữa. Và cũng chỉ cắt mảnh polyp trong thông lọng khi nó có thể di động được.

- Khi mảnh polyp cần cắt không thể di động được chứng tỏ nó đã thâm nhiễm vào lớp cơ niêm. Trường hợp này chỉ định điều trị ngoại khoa là cần thiết.

- Cắt từng mảnh của polyp theo trình tự từ ngoại vi đi vào trung tâm (hình 41).

- Nếu có biến chứng chảy máu nên rửa vùng chảy máu bằng nước lạnh có pha adrenalin hoặc cầm máu các mạch máu bằng kim đốt điện, hoặc tiêm adrenalin vào vùng chảy máu.

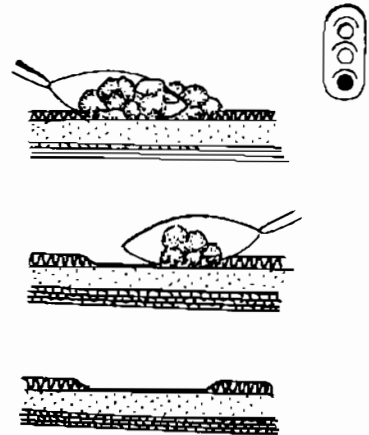
- Cần làm siêu âm nội soi trước khi cắt polyp. Siêu âm nội soi đánh giá sự thâm nhiễm của polyp vào thành niêm mạc. Chỉ cắt polyp qua nội soi khi tổn thương khu trú ở niêm mạc, chưa lan xuống lớp cơ niêm.

- Vị trí của polyp dạng này có thể khu trú từ trực tràng đến góc hồi manh tràng. Nguy cơ thủng cao hơn khi cắt polyp ở đại tràng phải vì thành đại tràng phải mỏng nhất.

- Bắt buộc phải lấy những mảnh polyp để làm mô bệnh học.

**3.4. Polyp nhỏ là những polyp có đường kính < 5 mm hoặc 6 mm.** Những polyp này có thể cắt bằng kim sinh thiết nóng (hoặc kim cắt nóng).

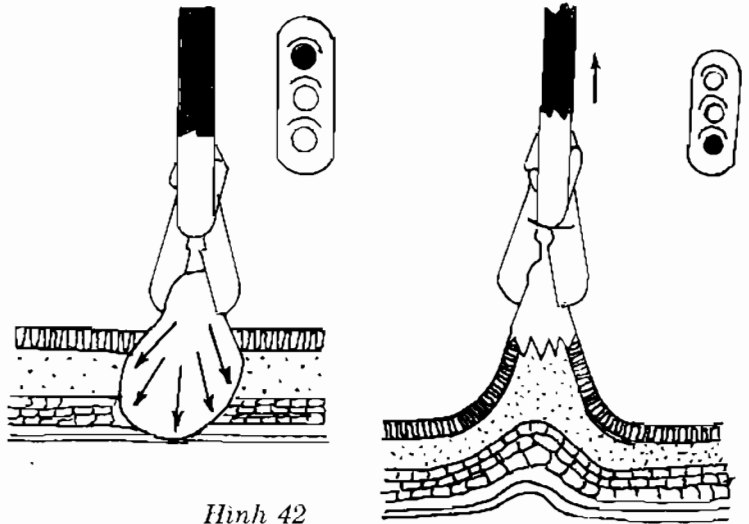
- Dùng kim kẹp vào polyp rồi tạo ra cuống giả cho polyp bằng cách nhắc kim kéo polyp lên cao (ra xa niêm mạc) và đốt điện trong



Hình 41: Cắt polyp dạng nhú lông mao thành nhiều mảnh liên tiếp.

vài giây (thường là 2 - 3 giây) cho đến khi màu của đỉnh polyp chuyển sang màu trắng đục (giống hình ảnh của một đám tuyết phủ trên đỉnh núi - hình 42a) sau đó dứt mạnh mảnh polyp cho đến khi nó rời ra.

- Nếu như không tạo được cường giả thì đến khi cắt điện sẽ có nguy cơ cao gây thủng do làm bong thành niêm mạc (hình 42b).



Hình 42

Hình 42a. Cắt polyp nhỏ bằng kim nhiệt.

Hình 42b. Nguy cơ thủng nếu không tạo được cường cho polyp.

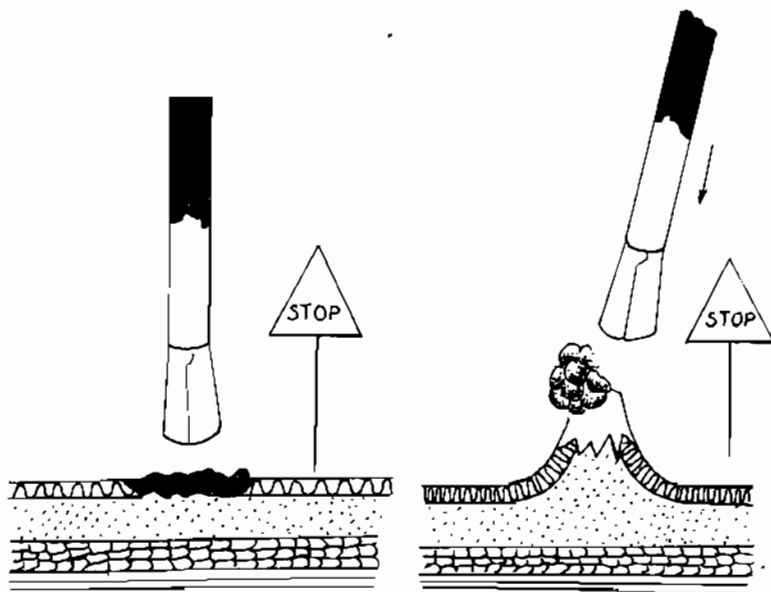
- Có thể cắt cả polyp (hình 43a) hoặc cắt 1 phần: mảnh polyp còn lại (hình 43b) sẽ rụng tự nhiên, do đó không cần phải cắt hết. Nếu cắt hết mảnh này nhiều khi nguy hiểm vì khi đốt điện nó có nguy cơ cao bong sâu niêm mạc và gây thủng.

### 3.5. Nhiều polyp

- Nếu cắt nhiều polyp trong 1 buổi thì không thể kéo hết polyp ra ngoài được. Trong trường hợp này có thể bơm 1 lít nước vào đại tràng phía trên vùng cắt polyp, sau đó lọc chất dịch thái ra ngoài sẽ thu lượm được hết polyp để làm xét nghiệm.

- Nếu số lượng polyp rất nhiều (trên 20 - 30 cái) phải nghĩ đến bệnh polypose. Lúc này phải sinh thiết nhiều mảnh ở những vùng niêm mạc có vẻ như bình thường. Nếu kết quả mô bệnh học là adenome thì điều trị ngoại khoa là cần thiết.

- Trong trường hợp nghi ngờ là bệnh polypose: có thể áp dụng phương pháp nhuộm màu, phun lên niêm mạc dung dịch xanh methylen hoặc dung dịch Indigo Carmine. Những polyp không bắt màu sẽ được đánh dấu và sinh thiết.



Hình 43

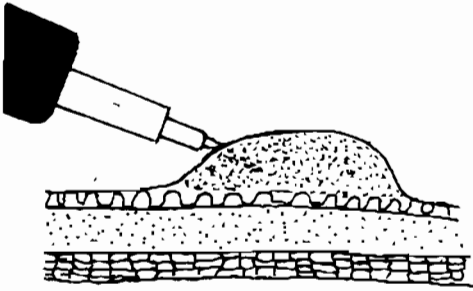
Hình 43a. Không cần đốt điện thêm khi mảnh polyp bị cắt hoàn toàn.

Hình 43b. Không cần đốt điện thêm: mảnh polyp còn lại sẽ rụng tự nhiên.

### 3.6. Polyp ác tính

- Chỉ cắt polyp qua nội soi khi tổn thương ác tính không lan vượt quá vị trí định cắt của cuống polyp hoặc không lan xuống dưới lớp cơ niêm. Tuy nhiên cũng phải tính toán đến mức độ biệt hóa của khối u và các biến chứng tắc nghẽn bạch mạch hoặc mạch máu nằm trong vùng có polyp. Nếu khối u ít biệt hóa và có biến chứng tắc mạch trong vùng có polyp (chẩn đoán bằng mô bệnh học hoặc siêu âm - nội soi) thì phải đặt vấn đề phẫu thuật.

- Để tiện theo dõi lâu dài bằng nội soi hoặc xác định rõ vị trí cần phẫu thuật người ta có thể xăm mực tàu vô khuẩn xung quanh chân polyp (hình 44).



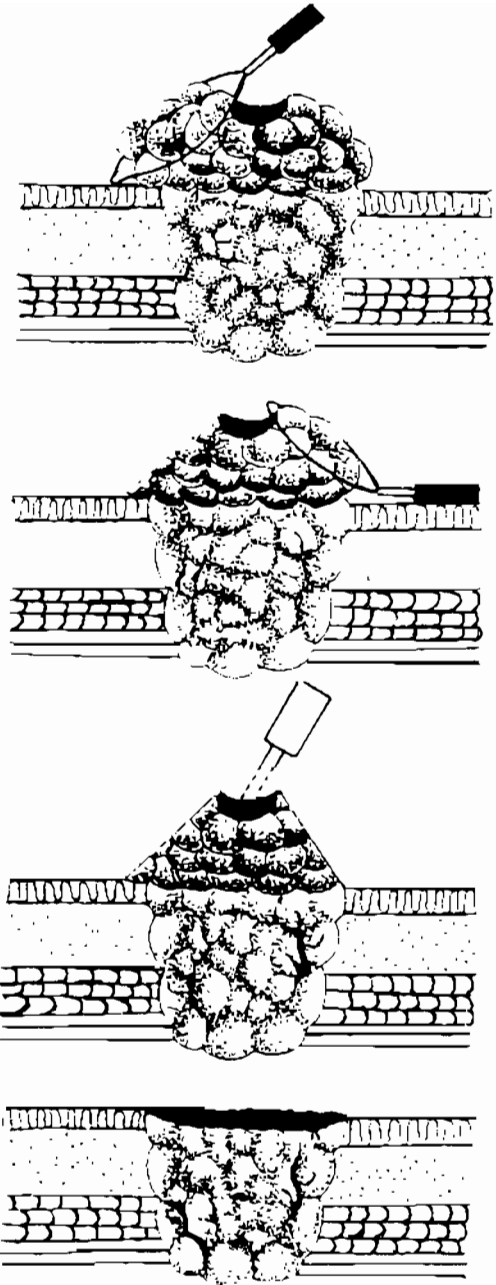
Hình 44

- Những polyp ác tính lan tỏa ở bệnh nhân không có khả năng phẫu thuật có thể điều trị tạm thời bằng cắt polyp qua nội soi phối hợp với điều trị laser tại chỗ (laser Nd: YAG) (hình 45).

## VI. BIẾN CHỨNG

### 6.1. Chảy máu

- Là biến chứng hay gặp nhất, thường xảy ra ngay lập tức trong quá trình cắt polyp (chiếm 80% các trường hợp chảy máu). Nguồn gốc chảy máu là do cầm máu các mạch trong cuống polyp chưa tốt. Đôi khi biến chứng chảy máu xảy ra sau khi cắt vài ngày (từ 8 - 14 ngày). Nguồn gốc của chảy máu này là do tiến triển của ô hoại tử di chứng sau khi cắt.



Hình 45: Điều trị tạm thời polyp ác tính: cắt bằng thông lọng nhiệt phối hợp với chiếu laser.

- Nguy cơ chảy máu cao đối với những polyp lớn, đường kính 2 cm hoặc polyp có cuống to 1 cm.

- Xử trí:

+ Nhiều khi chỉ cần truyền máu và chảy máu sẽ tự cầm.

+ Nếu chảy máu xảy ra ngay trong quá trình cắt polyp nên áp dụng các phương pháp cầm máu bằng nội soi:

. Đưa thông lọng thắt chặt cuống polyp trong vài phút.

. Tiêm adrenalin 1/10.000 (hoặc pha với dung dịch polidocanol 1%) vào cuống polyp.

. Nếu polyp không có cuống, có thể áp dụng phương pháp đốt điện cầm máu bằng dòng điện đơn cực hoặc lưỡng cực, hay dùng laser Nd: YAG.

. Các dung dịch gây co mạch (adrenalin 1/10.000) tiêm ngay vào trung tâm chảy máu.

## 6.2. Thủng

- Thường biến chứng xảy ra ngay sau khi cắt polyp (80%), hiếm khi xảy ra vài ngày sau khi cắt polyp.

- Triệu chứng điển hình thủng tạng rỗng: đau bụng dữ dội, có phản ứng thành bụng, sốt và tràn khí ổ bụng (phát hiện bằng X quang).

- Biến chứng dễ xảy ra đối với những polyp to không cuống.

- Xử trí:

+ Nếu đại tràng được rửa sạch trước khi soi và chẩn đoán sớm biến chứng trước khi có viêm phúc mạc: có thể điều trị nội khoa.

. Hút dịch dạ dày liên tục.

. Dinh dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch.

. Theo dõi sát.

Nếu sau vài giờ các triệu chứng không được cải thiện, phải phẫu thuật sớm.

+ Hầu hết các thầy thuốc khuyên nên phẫu thuật sớm.

### 6.3. Hội chứng sau cắt polyp

- Triệu chứng: Đau bụng, sốt nhưng không có hơi trong ổ bụng.
- Xử trí: giống như phương pháp điều trị nội khoa của biến chứng thủng (đã nêu ở trên).

## VII. THEO DÕI SAU CẮT POLYP

### 7.1. Theo dõi ngay sau cắt

- Bệnh nhân chỉ nằm nội trú sau khi cắt những polyp lớn hoặc khi nghi ngờ có biến chứng thủng.
- Nên dặn bệnh nhân tự theo dõi ở nhà: khi xuất hiện triệu chứng đau, đi ngoài ra máu... phải đến viện khám ngay.

### 7.2. Theo dõi lâu dài: áp dụng đối với polyp ác tính

- Người ta chia ra 2 loại:
  - + Nhóm 1: polyp ác tính nhưng không xâm lấn. Sau khi cắt polyp thuộc nhóm này, không cần phối hợp với các phương pháp điều trị khác.
  - + Nhóm 2: polyp ác tính và xâm lấn.
    - . Nhóm 2A (phân loại theo phương diện nội soi): là những polyp ác tính nhưng được cắt hết phần ác tính của cuống polyp (xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học mảnh polyp). Nhóm này đòi hỏi các phương pháp điều trị hỗ trợ khác chỉ khi nó là loại ung thư không biệt hóa hoặc có xâm lấn vào mạch bạch huyết hoặc mạch máu trong vùng có polyp.
    - . Nhóm 2B: khi cắt polyp không lấy hết phần ác tính của cuống polyp. Nhóm này đòi hỏi các phương pháp điều trị hỗ trợ như cắt đại tràng từng phần hoặc chiếu tia xạ.
- Theo dõi bằng soi đại tràng và siêu âm gan định kì: đối với polyp nhóm 2
  - . Soi đại tràng sau sáu tháng (đối với bệnh nhân không mổ) và sau 1 năm (đối với bệnh nhân được mổ cắt đại tràng).
  - Rồi soi đại tràng sau 2 năm và sau đó cứ sau 4 - 5 năm lại soi lại 1 lần.



Siêu âm gan kiểm tra sau 6 tháng, sau 1 năm, rồi cứ sau 5 năm lại được làm lại 1 lần.

## VIII. KẾT LUẬN

Nguyên tắc cắt polyp được áp dụng chung cho các polyp ở các vị trí khác nhau của ống tiêu hóa từ thực quản đến trực tràng. Chỉ cần lưu ý là thành dạ dày là nơi dày nhất và thành đại tràng phải mỏng nhất nên dễ có nguy cơ thủng ở đó.

## SOI HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG

Soi trực tràng là một phương pháp thăm dò hình thái quan trọng bằng cách đưa ống soi cứng hoặc mềm vào hậu môn trực tràng để chẩn đoán và điều trị các bệnh lí vùng hậu môn trực tràng mà các phương pháp khác như chụp X quang trực tràng và đại tràng rất ít tác dụng hoặc không có tác dụng chẩn đoán, chỉ có soi trực tràng mới mang lại chẩn đoán chính xác.

Kĩ thuật nội soi này đơn giản, nhanh chóng được áp dụng rộng rãi từ tuyến trung ương đến các tuyến cơ sở.

### I. CHỈ ĐỊNH

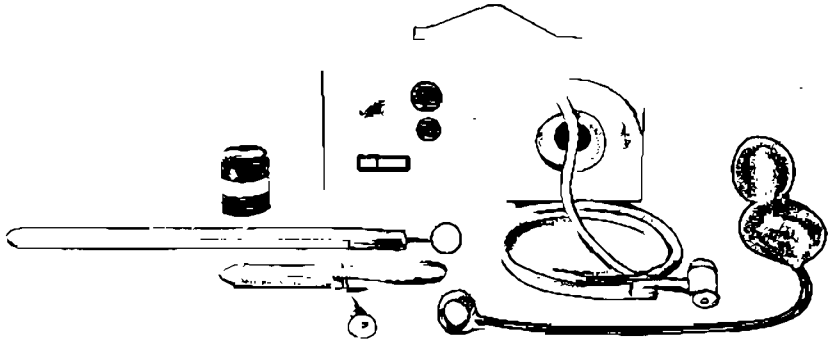
- Soi cấp cứu: Trường hợp chảy máu tiêu hóa thấp, nặng.
- Soi thường: Cho tất cả các bệnh lí vùng hậu môn - trực tràng.
  - + Ía máu.
  - + Rối loạn đại tiện: đau hậu môn, ỉa không tự chủ, khó đại tiện.
  - + Rối loạn phân.
  - + Viêm đại trực tràng chảy máu.
  - + Crohn.
  - + Ung thư.
  - + Polyp.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

### II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

### III. CHUẨN BỊ

#### 1. Phương tiện: (hình 46)



Hình 46: Các dụng cụ soi trực tràng.

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

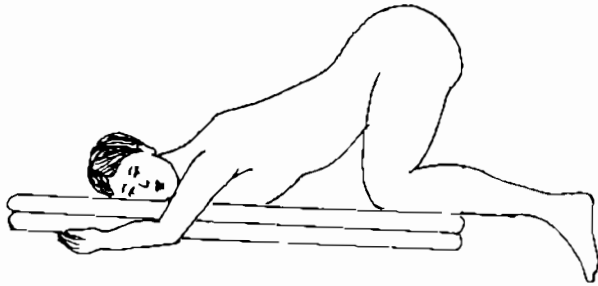
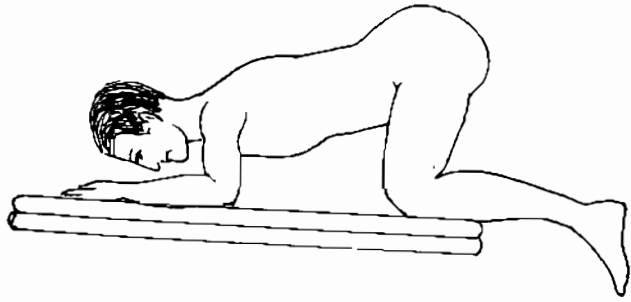
#### 2. Bệnh nhân

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

### IV. CÁC BƯỚC LÀM THỦ THUẬT

#### 1. Tư thế bệnh nhân

- Bệnh nhân chống hông, quỳ 2 đầu gối.
- Hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.



Hình 47: Tư thế bệnh nhân khi soi trực tràng.

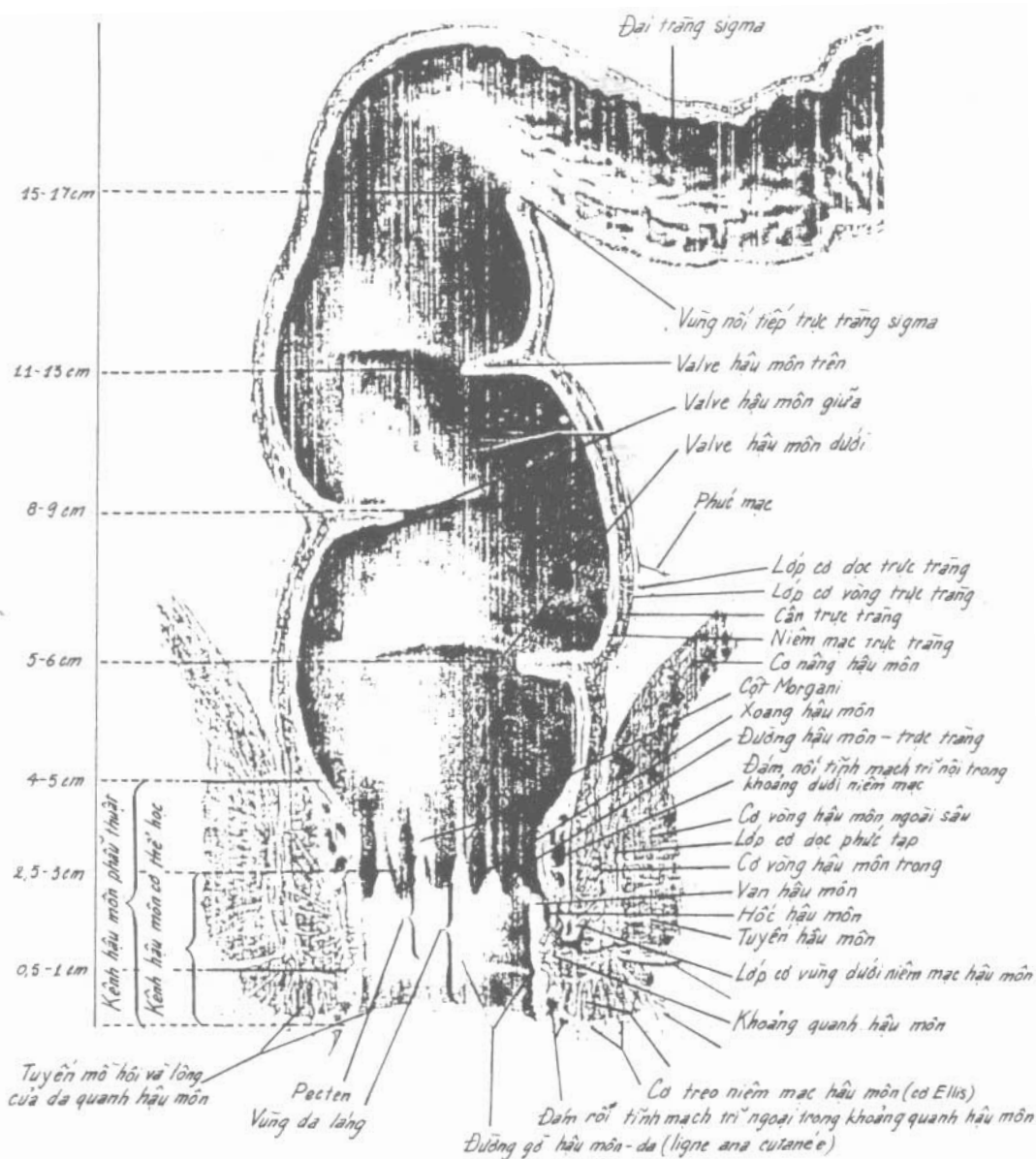
## 2. Tiến hành

- 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 soi vừa tìm đường đi.
- Sinh thiết: Khi có tổn thương, bấm bằng kim sinh thiết, cắt polyp khi thấy polyp có cuống.
- Cầm máu bằng que bông có thấm adrenalin 1% hoặc kim cầm máu.

## V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

- Trong khi làm thủ thuật có thể gặp bệnh nhân đau bụng do co thắt trực tràng hoặc do thủng.
- Nếu co thắt nhiều phải bơm hơi tìm đường mới vào.
- Nếu có thủng: Gửi ngoại.

## VI. GIẢI PHẪU ỐNG HỤT MÒN TRỰC TRÀNG (hình 48).



Hình 48

Để tiến hành soi thuận lợi và nhận định kết quả soi tốt, tránh những tai biến cần phải hiểu rõ về giải phẫu vùng hậu môn trực tràng. Hậu môn trực tràng được giới hạn từ bờ hậu môn ở phía ngoài tới vùng nối tiếp trực tràng Sigma. Dài 17 - 20 cm gồm có phần OHM (ống hậu môn) và trực tràng.

### **1. Giới hạn OHM**

- Theo các nhà giải phẫu học, OHM được giới hạn từ bờ hậu môn ở phía ngoài tới đường lược ở phía trong, dài 2 - 3 cm.

- Theo các nhà phẫu thuật, OHM được giới hạn từ bờ hậu môn tới vòng hậu môn. Vòng hậu môn (còn được gọi là đường hậu môn trực tràng) được tạo nên bởi cơ mu trực tràng. Đường này nằm ở phía trên đường lược và cách đường lược chừng 2 cm. Như vậy OHM của các phẫu thuật viên dài 4 - 5 cm.

### **2. Giới hạn trực tràng**

Tiếp nối OHM là phần trực tràng dài khoảng 15 - 17 cm.

### **3. Cơ thể bệnh học**

#### **3.1. Mô tả niêm mạc**

- Phần trực tràng:

Có những mốc quan trọng:

- + Vùng nối tiếp trực tràng - sigma.
- + Valve hậu môn trên khoảng 11 - 13 cm.
- + Valve hậu môn giữa khoảng 8 - 9 cm.
- + Valve hậu môn dưới khoảng 5 - 6 cm.

Cấu tạo thành trực tràng gồm có:

- + Các lớp cơ dọc trực tràng.
- + Lớp cơ vòng trực tràng.
- + Cân trực tràng.
- + Niêm mạc trực tràng màu hồng tươi nhẵn bóng.

- Phần OHM:

1. Cột trực tràng (hay cột Morgagni) là những nếp niêm mạc dọc nằm ngay phía trên đường lược, cao 10 mm, rộng 3 - 6 mm, rộng nhất nơi chân cột. Có chừng 10 cột xếp theo chu vi OHM, niêm mạc ở đây

sẫm màu, vì có các đám rối tĩnh mạch trĩ nằm ngay ở dưới, nên được gọi là vùng trĩ (trĩ nội xuất phát từ đây).

2. Xoang trực tràng (hay xoang Morgagni) là những rãnh dọc nằm giữa các cột trực tràng.

3. Cơ dọc kết hợp: ở đoạn dưới trực tràng, các sợi cơ dọc của thành trực tràng hòa lẫn với các sợi của cơ nâng hậu môn và các mô sợi đàn hồi để tạo nên cơ dọc kết hợp của OHM. Cơ này đi xuống phía dưới.

+ Các sợi xơ - cơ xuyên qua cơ thắt trong đến hòa lẫn vào lớp niêm mạc. Một số sợi tiếp tục đến bám vào lớp niêm mạc vùng lược làm cho niêm mạc vùng này dính chặt vào lớp cơ niêm. Các sợi cơ đàn hồi này được gọi là dây chằng Parks. Vùng lược là nơi phân cách giữa các đám rối trĩ - mạch trĩ trên và các đám rối trĩ - mạch trĩ dưới.

+ Các sợi xơ - cơ hình nan quạt xuyên qua phần dưới da của cơ thắt ngoài tạo nên cơ nhú da bám vào da vùng quanh hậu môn.

+ Các sợi xơ - cơ ngăn cách phần dưới da và phần nông cơ thắt ngoài, rồi tiếp tục đi ra phía ngoài tạo nên vách ngang của hố ngồi hậu môn.

### **3.2. Mô tả mạch máu**

#### **3.2.1. Động mạch:**

- Động mạch trực tràng trên: là 2 nhánh tận của động mạch mạc treo tràng dưới. Các động mạch này đi dọc xuống dưới, nằm ở 2 bên thành trực tràng và tận cùng ngay phía trên đường lược. Trên đường đi nó cho ra các nhánh xuyên qua lớp cơ đến lớp niêm mạc và tận cùng ngay phía trên đường lược.

- Động mạch trực tràng giữa: xuất phát từ động mạch chậu trong, đi tới thành trước bên của phần giữa trực tràng, cho các nhánh nối với động mạch trực tràng trên và động mạch trực tràng dưới.

- Động mạch trực tràng dưới: xuất phát từ động mạch bẹn, cho các nhánh đi vào cơ thắt ngoài và cơ thắt trong, nhánh tận cấp máu cho lớp dưới niêm mạc OHM và lớp dưới da quanh hậu môn.

Như vậy trực tràng được cấp máu bởi động mạch trực tràng trên

và động mạch trực tràng giữa, OHM được cấp máu bởi động mạch trực tràng dưới.

Đường lược được coi như vùng vô mạch tương đối là vùng ngăn cách 2 khu vực cấp máu khác nhau.

### 3.2.2. Tĩnh mạch:

Các tĩnh mạch ở trực tràng và OHM tập trung thành 2 đám rối:

- Đám rối tĩnh mạch dưới niêm mạc, được chia làm 2 nhóm phân cách nhau bởi các dây chằng Parks dẫn lưu máu ngược chiều nhau. Nhóm trên dẫn máu lên trên vào tĩnh mạch trực tràng trên, khi giãn tạo nên trĩ nội. Nhóm dưới dẫn máu xuống dưới vào tĩnh mạch trực tràng dưới, khi giãn tạo nên trĩ ngoại.

- Đám rối tĩnh mạch quanh lớp cơ dẫn máu của vách trực tràng và tĩnh mạch trực tràng trên.

## VII. MỘT SỐ BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP

### 1. Trĩ

Bệnh trĩ rất phổ biến, gặp ở mọi lứa tuổi nhiều nhất ở người lớn tuổi. Về cấu tạo giải phẫu học, các tĩnh mạch trĩ được sắp xếp thành 3 cột (phải trước, phải sau và trái). Ở phía trên và ở phía dưới vùng lược, các cột tĩnh mạch đó giãn tạo thành các đám rối. Như vậy trĩ là trạng thái sinh lý bình thường, nhưng khi các đám rối tĩnh mạch này giãn quá mức sẽ tạo thành bệnh trĩ.

**1.1. Hình thái trĩ:** Trĩ gồm trĩ nội, trĩ ngoại, trĩ hỗn hợp, trĩ vòng.

- Trĩ nội: hình thành do giãn quá mức đám rối tĩnh mạch trong nằm trên đường lược, phủ trên búi trĩ là niêm mạc màu hồng.

Trĩ độ 1: Trĩ nằm hoàn toàn trong ống hậu môn.

Trĩ độ 2: Khi rặn ỉa, trĩ thập thò hậu môn - tự co lên.

Trĩ độ 3: Búi trĩ tự sa ra ngoài khi nghỉ ngơi hoặc phải dùng tay ấn nhẹ trĩ mới lên.

Trĩ độ 4: Trĩ thường xuyên ở ngoài OHM.

- Trĩ ngoại: Hình thành do giãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ ngoài. Trĩ ngoại nằm ngoài OHM, phủ trên búi trĩ là da quanh hậu môn.

- Trĩ hỗn hợp: Lúc đầu trĩ nằm trong OHM trên đường lược và trĩ



ngoại nằm ngoài OHM phân cách giữa chúng là vùng lược. Khi dây chằng Parks chùng, trĩ nội và trĩ ngoại liên kết với nhau tạo thành trĩ hỗn hợp.

- Trĩ vòng: Các búi trĩ to và các búi trĩ nhỏ liên kết với nhau thành 1 vòng tạo nên trĩ vòng.

## **1.2. Thăm khám**

- Nhìn ngoài OHM.
- Thăm hậu môn trực tràng.
- Soi hậu môn: qua ống soi thấy rõ hình ảnh búi trĩ.

## **2. Ung thư trực tràng**

Ung thư ở đây đã chiếm tới non nửa tổng số ung thư đại trực tràng. Khi soi trực tràng thấy được khối u với các tổn thương.

- Polyp đơn độc hay đa polyp, phải sinh thiết mới thấy được ác tính hóa của các polyp vùng này.
- Một vùng cứng dễ chảy máu, chung quanh có gờ nổi lên.
- Một vùng cứng dễ chảy máu, ở giữa bị loét.
- Khối u loét và sùi.

Khối u thường ăn lan theo chiều vòng tròn làm lòng ruột bị hẹp lại có khi rất hẹp chỉ đủ lọt đầu bút chì, nên không đưa đèn soi qua được. Đại đa số các trường hợp niêm mạc tổn thương không bình thường mà có biểu hiện của một viêm mạn tính không đặc hiệu, hoặc thấy rõ tổn thương của bệnh viêm trực tràng chảy máu. Sinh thiết khối u qua soi rất quan trọng để chẩn đoán xác định.

## **3. Polyp**

Khi soi có thể có 1 hoặc nhiều polyp có cuống hoặc không có cuống, kích thước rất khác nhau. Người ta đã khẳng định được rằng polyp có khả năng thoái hóa thành ung thư. Sinh thiết qua soi để chẩn đoán xác định và thông qua ống soi cắt polyp có cuống.

## **4. Viêm loét đại trực tràng chảy máu.**

**5. Một số bệnh khác:** Viêm ống hậu môn, chomdylome, lipome, fistul.

# CÁC PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BỆNH TRỊ

## 1. Đại cương

1. Trị là một bệnh tương đối phổ biến, thường bắt đầu ở tuổi trẻ (trước 30 tuổi), tỉ lệ gặp nhiều cả ở nam và nữ.

2. Nguyên nhân bệnh còn chưa biết rõ, nhưng có một số yếu tố thuận lợi phát sinh bệnh như:

- Di truyền, có tính gia đình.

- Có những đợt rối loạn nhu động ruột như: táo bón, ỉa chày, mót rặn...

- Những đợt thay đổi nội tiết theo chu kì sinh dục của phụ nữ như: trước chu kì kinh nguyệt, mang thai, sinh đẻ...

- Có những bệnh phối hợp như: tăng áp lực tĩnh mạch cửa, thoát vị bẹn, bệnh đường sinh dục, tiết niệu, dùng thuốc tránh thai, tăng triglycerid, tăng cholesterol, tăng acid uric...

- Tư thế làm việc: đứng hoặc ngồi quá nhiều, ít đi lại và vận động.

3. Bệnh ít nguy hiểm nhưng hay gây khó chịu cho người bệnh như: đau vùng hậu môn, ngứa, rỉ nước ở vùng hậu môn, ỉa máu tươi, đôi khi ỉa máu tươi kéo dài dẫn đến tình trạng thiếu máu.

## 2. Chẩn đoán bệnh trĩ

### 2.1. Các triệu chứng cơ năng gợi ý

- Ỉa máu đỏ tươi: đây là triệu chứng hay gặp và quan trọng nhất. Triệu chứng này thường xuất hiện sau những đợt có rối loạn đại tiện (táo bón, ỉa lỏng,...). Máu đỏ tươi nhỏ giọt hay phun thành tia.

- Sưng nề vùng hậu môn: thường do niêm mạc hậu môn bị sa ra ngoài. Triệu chứng xuất hiện thoáng qua, niêm mạc có thể co lên tự nhiên hoặc lấy tay đẩy lên.

- Đau vùng hậu môn: tính chất đau rất thất thường, không có giờ giấc cố định, thường đau nhiều về đêm hoặc khi đứng lâu.

- Rỉ nước và ngứa vùng hậu môn: do biến chứng viêm hậu môn - trực tràng của bệnh trĩ.

## **2.2. Thăm khám bên ngoài hậu môn**

- Tư thế bệnh nhân: nằm quỳ gối và chống hông (xem bài "soi hậu môn - trực tràng").

- Khám ngoài hậu môn nhằm mục đích:

+ Phát hiện trĩ ngoại với trĩ nội bị sa ra ngoài.

+ Phát hiện triệu chứng thrombose của trĩ ngoại.

+ Phát hiện các sẹo trĩ cũ.

+ Các bệnh phối hợp của hậu môn: viêm, nứt kẽ, rò, các khối u...

## **2.3. Soi hậu môn**

- Kỹ thuật (xem bài "Soi hậu môn - trực tràng").

- Chẩn đoán giai đoạn trĩ:

+ Giai đoạn I: các búi trĩ chỉ giãn khi bệnh nhân gắng sức, các rãnh giữa các bó trĩ còn nguyên vẹn.

+ Giai đoạn IIa: các cột cơ - dây chằng trở nên lỏng lẻo làm cho niêm mạc trực tràng và búi trĩ bị sa ra ngoài khi bệnh nhân gắng sức nhưng còn tự co lên được.

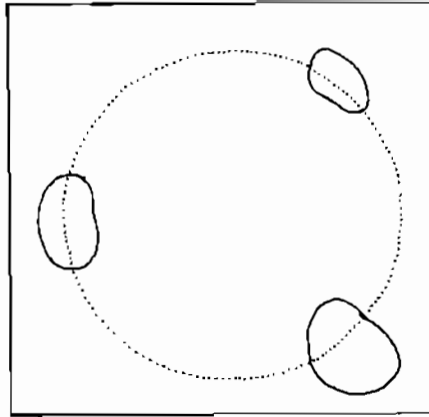
+ Giai đoạn IIb: giống giai đoạn IIa, nhưng niêm mạc trực tràng và búi trĩ chỉ co lên được khi dùng ngón tay đẩy lên.

+ Giai đoạn III: sa niêm mạc trực tràng và búi trĩ liên tục, không thể đẩy lên được.

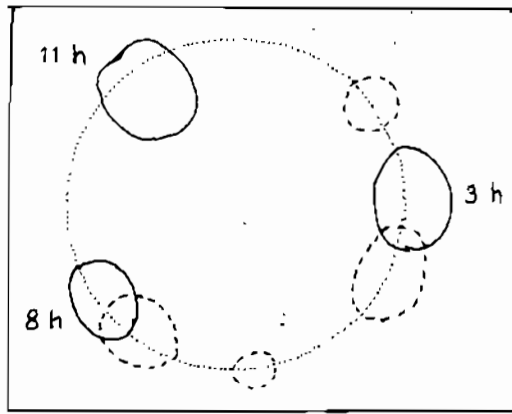
- Vị trí các búi trĩ:

+ Thường có 3 búi trĩ: 2 ở bên phải, 1 ở bên trái, đôi khi có thêm 1, 2 hoặc 3 búi trĩ nhỏ.

+ Vị trí thường gặp: 1 giờ, 5 giờ và 9 giờ (tư thế chống hông) hoặc 3 giờ, 8 giờ, 11 giờ (tư thế phẫu thuật) (hình 49).



*Ảnh a tư thế nằm sấp*



*Ảnh b tư thế ngoại khoa*

*Hình 49: Vị trí các búi trĩ*

### **3. Các phương pháp điều trị trĩ qua nội soi**

#### **3.1. Tiêm xơ trĩ**

##### **3.1.1. Mục đích**

- Làm ngừng chảy máu tại các búi trĩ. Cơ chế tác dụng của phương pháp

pháp này còn rất bí ẩn. Có thể do gây thiếu  $O_2$  ở hệ mạch máu hoặc hoặc gây phản xạ thần kinh vận động trên hệ mạch máu.

Làm tăng mật độ của tổ chức liên kết dưới niêm mạc, do đó làm giảm độ lỏng lẻo của hệ thống cơ - dây chằng và hạn chế sa niêm mạc.

### 3.1.2. Dụng cụ

- Bơm tiêm: 5 ml, 10 ml.
- Kim tiêm dài 6 - 8 cm.
- Ống soi hậu môn được chiếu sáng bằng nguồn ánh sáng lạnh.
- Dung dịch gây xơ.
- Găng tay.
- Chất bôi trơn ống soi.
- Băng, gạc.

### 3.1.3. Kỹ thuật

- Kỹ thuật rất đơn giản nên không cần gây mê, gây tê.
- Bệnh nhân nằm tư thế gối - ngực.
- Thăm trực tràng và bôi trơn ống hậu môn.
- Soi hậu môn: đưa ống soi vào đến phần niêm mạc trực tràng (khoảng 4 cm cách ống hậu môn), rút nòng ống soi và đẩy ống soi vào sâu hơn, rồi vừa rút từ từ ống soi vừa quan sát để phát hiện các búi trĩ và các tổn thương phối hợp khác.

- Tiêm trĩ: tiêm vào dưới niêm mạc và tránh tiêm vào vùng có các tĩnh mạch.

+ Điềm chọc kim: vùng niêm mạc lạnh ngay trên vùng có búi trĩ, chích đầu kim lên phía niêm mạc trực tràng.

+ Kim tiêm đưa dần dần xuống sâu theo hướng chích và tiếp tuyến với bề mặt niêm mạc, đưa đến phần sâu của niêm mạc (nghĩa là sâu khoảng 1 cm) (hình 50).

+ Bơm thuốc từ từ và nhẹ nhàng để tránh gây đau khi thuốc ngấm vào tổ chức. Nếu bệnh nhân đau là tiêm quá sâu, do đó phải rút kim ra khoảng 1 - 2 mm. Ngược lại nếu tiêm quá nông sẽ nhìn thấy hình ảnh giống như bong bóng cá. Lúc này phải ngừng tiêm ngay, dùng đầu ngón tay ép vỡ các bong bóng hoặc đẩy đèn soi vào phá vỡ các bong

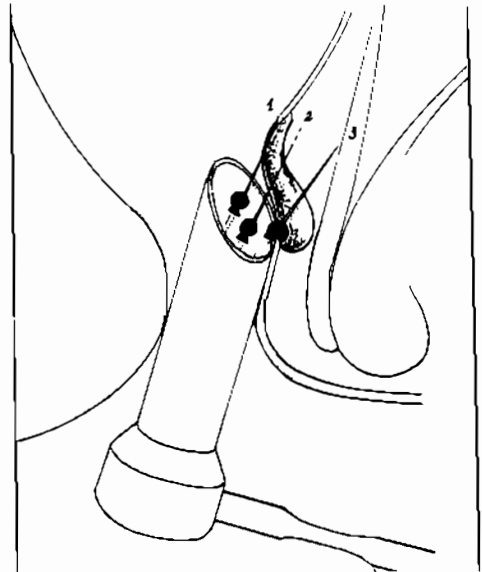
bóng này. Động tác này là rất cần thiết để tránh cho dịch lan tỏa nhanh vào tổ chức.

+ Chất gây xơ, thường là chlohydrat de quinin uree: 2 - 5 ml pha trong dung dịch nước muối sinh lí.

+ Mỗi lần tiêm 2 mũi đối diện nhau. Vị trí cần tránh là trước 6 giờ (là vùng hậu môn - âm đạo hoặc hậu môn - tiền liệt tuyến), hoặc sau 12 giờ (vùng hậu môn - vùng cụt).

+ Số lần tiêm: 6 lần, tối đa là 8 lần.

+ Khoảng cách tiêm: có thể dao động, nhưng thường từ 8 - 15 ngày.



Hình 50: So sánh các kĩ thuật tiêm xơ trĩ

1. Tiêm quá nông.

2. Tiêm đúng vị trí vào vùng rộng và mềm mại dưới niêm mạc.

3. Tiêm quá sâu, vào trong cơ.

3.1.4. Theo dõi: thường đơn giản do ít tai biến, tuy nhiên cũng phải kể đến một vài tai biến có thể gặp:

- Tai biến ngay lập tức: chảy máu thành tia qua lỗ chọc của kim.

+ Tính chất: thường chảy máu ít, đôi khi rỉ máu nhiều do chảy máu ở tiểu động mạch.

+ Xử trí: dùng ngón tay ép lên chỗ chảy máu hoặc dùng băng gạc (hay bông thấm nước) nhét vào bên trong hậu môn, rồi rút ống soi và cho bệnh nhân nằm ngửa trong 30 phút. Sau đó soi lại hậu môn để xác định chắc chắn đã ngừng chảy máu.

- Tai biến trong những giờ sau tiêm:

+ Đau quận bụng hoặc chướng bụng do bơm nhiều hơi.

+ Khó chịu, chóng mặt, vã mồ hôi, mệt xỉu... Những rối loạn này liên quan đến khả năng kém dung nạp quinin của bệnh nhân.

Xử trí bằng aspirin trước và sau khi tiêm.

- Tai biến trong những ngày sau:

+ Rối loạn cảm giác vùng hậu môn như cảm giác có vật lạ ở hậu môn, đau, mót rặn, đau quặn mỗi khi đi ngoài...

Tất cả rối loạn này có thể là do loét hậu môn sau khi tiêm xơ.

+ Chảy máu ồ ạt: là biến chứng rất hiếm, xử trí bằng chèn gạc có thấm dung dịch thrombase vào hậu môn, bất động bệnh nhân và truyền máu.

+ Loét hậu môn: thường do kĩ thuật sai.

Nếu có loét hậu môn, cần phải hoãn lần tiêm sau đến khi nào loét liền sẹo (thường sau 2 - 3 tuần). ổ loét thường tròn, đáy mềm, đau khi đè ngón tay vào, khi soi hậu môn thấy ổ loét có giả mạc trắng hoặc trắng xanh, dễ chảy máu khi chạm đèn.

+ Viêm tuyến tiền liệt gây ra đái máu hoặc có máu trong tinh dịch. Biến chứng này là do những mũi tiêm phía trước gây chọc vào tiền liệt tuyến hoặc làm thủng các túi tinh dịch.

### 3.1.5. Chi định:

- Trĩ có biến chứng chảy máu: đây là chi định chủ yếu.

- Các chi định khác: trĩ gây ngứa, rỉ nước, hoặc bị sa ra ngoài (nhưng còn đẩy lên được).

### 3.1.6. Chống chỉ định:

Không tiêm xơ khi có cơn đau cấp tính của các búi trĩ do viêm đang tiến triển hoặc trĩ đang bị thrombose.

## 3.2. Thất trĩ

### 3.2.1. Mục đích:

- Gây tắc nghẽn búi trĩ, hoại tử và xơ hóa.

- Cố định niêm mạc ở đúng vị trí của cơ thắt trong, do đó làm giảm bớt tình trạng các búi trĩ bị sa ra ngoài hậu môn.

### 3.2.2. Nguyên tắc chính:

- Soi hậu môn để xác định búi trĩ rồi hút từ từ hoặc kéo cho búi trĩ nằm vào trong một ống kim loại.

- Lông vòng cao su ra ngoài ống kim loại này và đẩy ống kim loại khác (nằm ngoài ống trong) trượt lên ống trong để đẩy vòng cao su thất vào đúng búi trĩ, gây hiện tượng thiếu máu, hoại tử và xơ hóa.

- Về lí thuyết: phương pháp này không gây đau vì thắt trĩ ở trên đường răng lược, là nơi ít nhạy cảm nhất.

### 3.2.3. Dụng cụ:

- Dụng cụ để cặp và kéo búi trĩ vào lòng ống: đó là 1 kẹp dài có 3 vuốt ngoãm.

- Một hệ thống gồm 2 ống ngắn khoảng 1.5 cm, ống ngoài có thể trượt trên ống trong, ống trong sẽ được lồng ra ngoài một vòng cao su.

- Một ống nhựa nhọn đầu, đáy của ống nhựa này có đường kính bằng đúng đường kính của ống trong và được lắp nối tiếp với ống trong. Vòng cao su sẽ trượt trên dụng cụ này để lồng ra ngoài ống trong.

- Có thể thay dụng cụ để kẹp và kéo búi trĩ bằng dụng cụ khác để hút búi trĩ vào lòng ống.

### 3.2.4. Kỹ thuật:

- Soi hậu môn, xác định số lượng, kích thước, vị trí các búi trĩ.

- Kẹp và kéo búi trĩ chui vào lòng ống. Nếu có nhiều búi, búi trĩ chọn để thắt là búi trĩ to và tách biệt dễ nhất.

- Đẩy ống ngoài trượt lên ống trong để đẩy vòng cao su ra ôm lấy đáy của búi trĩ. Lúc này đáy của búi trĩ sẽ bị thắt lại bởi vòng cao su nên trông giống như có cuống.

- Nên cho bệnh nhân đi ngoài trước khi làm thủ thuật hoặc 1 ngày sau khi làm thủ thuật vì nếu nội soi đi ngoài ngay sau khi thắt vài giờ sẽ dễ gây sa niêm mạc. Điều này sẽ làm giảm nguy cơ sa niêm mạc sau khi thắt trĩ.

- Mỗi lần chỉ thắt 1 búi trĩ.

- Số lần thắt: 3 hoặc tối đa là 4 lần.

- Thời gian giữa các lần thắt là từ 15 - 20 ngày. Đó là thời gian cần thiết để ổ loét lành sẹo.

### 3.2.5. Theo dõi:

- Đau vùng thắt trĩ: có thể cho bệnh nhân dùng các thuốc giảm đau, chống viêm trong 1 - 2 ngày sau khi thắt (Profenid, Felden...).

- Chảy máu sau thắt: biến chứng này rất hiếm gặp, tuy nhiên cũng cần báo trước cho bệnh nhân biết để chú ý theo dõi ở nhà.



### 3.2.6. *Chỉ định:*

- Trĩ có biến chứng và các búi trĩ phải tách biệt rõ.
- Sa niêm mạc trực tràng khu trú, đặc biệt ở vị trí 5 giờ (tư thế gối ngực).

### 3.2.7. *Chống chỉ định:*

- Những búi trĩ lớn sa ra ngoài hậu môn nhưng rất khó đẩy lên hoặc sa liên tục.
- Những búi trĩ nằm ở dưới đường răng lược (trĩ ngoài).
- Trĩ có biến chứng thrombose, viêm hoặc phối hợp với nứt hậu môn hay nhiễm khuẩn khu trú.

## 3.3. *Phương pháp đông lạnh*

### 3.3.1. *Mục đích:*

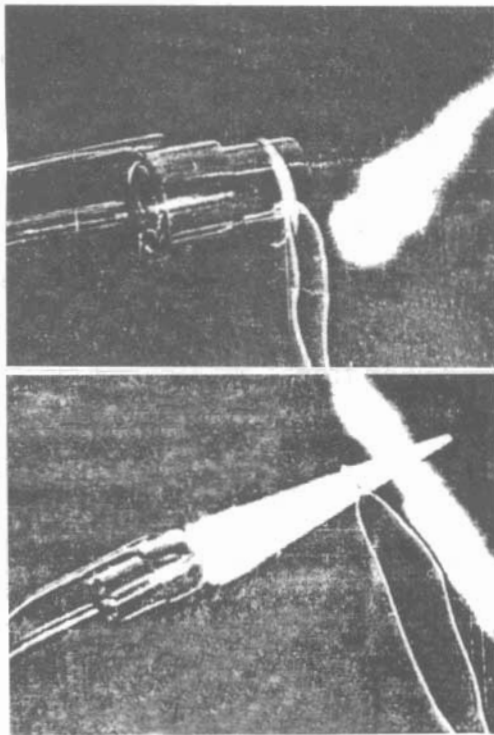
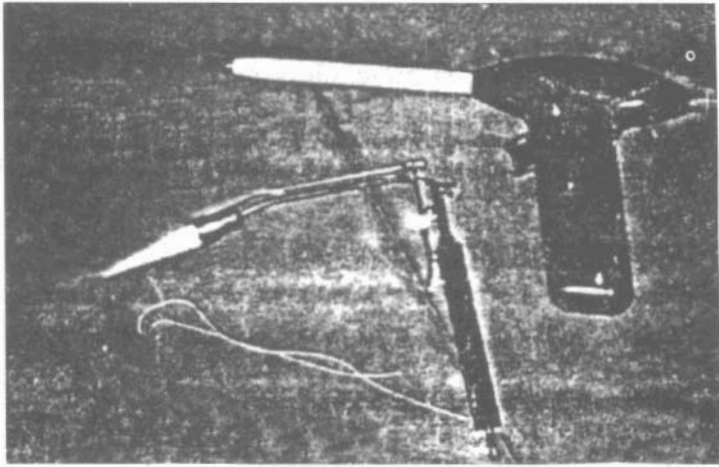
Làm đông lạnh búi trĩ và do đó phá huỷ từng phần búi trĩ.

### 3.3.2. *Dụng cụ:*

- Một số dụng cụ cần thiết cho thắt trĩ (đã trình bày ở trên).
- 1 nguồn Nitơ lỏng hoặc protoxyde Nitơ (1 bình khoảng 10 - 13 lít).

### 3.3.3. *Kỹ thuật:*

- Không cần chuẩn bị bằng các thuốc tiền mê, cũng không cần gây mê tại chỗ.
- Bệnh nhân nằm chông mông (tư thế gối - ngực).
- Thì 1: tiến hành giống phương pháp thắt trĩ, nhưng chú ý phải lồng một dây lạnh vào vòng cao su trước khi thắt (hình 51).
- Thì 2: đặt đầu sonde của nguồn Nitơ vào đỉnh của búi trĩ. Kéo dây lạnh để cho đầu sonde tiếp xúc chính xác và tiếp xúc tốt với đỉnh búi trĩ. Sau đó làm lạnh dần đầu sonde cho đến khi nhìn thấy toàn bộ búi trĩ bị chìm trong tuyết đá. Có thể làm đông lạnh cho đến tận đường răng lược nhưng không bao giờ vượt xuống dưới đường này.
- Mỗi lần đông lạnh một búi trĩ.
- Khoảng cách giữa các lần đông lạnh là 1 tháng.



Hình 51

Hình a: dụng cụ làm đông lạnh trị.

Hình b: vòng cao su và dây lanh luồn vào trong vòng cao su

#### **3.3.4. Chỉ định:**

- Trĩ có biến chứng ngứa, rỉ nước, chảy máu, sa ra ngoài nhưng có thể đẩy lên được.

- Bệnh nhân dùng các thuốc chống đông hoặc có rối loạn về đông máu.

- Những bệnh nhân không thể phẫu thuật được hoặc tái phát trĩ sau phẫu thuật cắt trĩ.

- Viêm đỏ hậu môn, chảy máu sau điều trị tia xạ, có thể làm đông lạnh đơn thuần (không cần phối hợp với thắt trĩ).

#### **3.3.5. Chống chỉ định:**

Giống như thắt trĩ.

### **3.4. Dùng tia hồng ngoại**

#### **3.4.1. Mục đích:**

Bằng một máy xách tay gọn nhẹ, dễ sử dụng, áp dụng phương pháp quang đông lên bề mặt niêm mạc hoặc dưới niêm mạc nằm dưới bó trĩ (nghĩa là vị trí thông thường để tiêm xơ trĩ). Phương pháp này cũng tạo ra những ổ hoại tử và xơ hóa.

#### **3.4.2. Chỉ định:**

- Trĩ có biến chứng chảy máu.

- Viêm đỏ hậu môn hoặc chảy máu vùng hậu môn sau điều trị tia xạ.

#### **3.4.3. Chống chỉ định:**

Giống các phương pháp trên.

# CHỤP ĐƯỜNG MẬT TUY NGƯỢC DÒNG QUA NỘI SOI TÁ TRÀNG

Qua ống nội soi tá tràng, đưa một ống thông vào trong đường mật và tụy để bơm thuốc cản quang và chụp X quang đường mật tụy. Đây là một phương pháp hiện hình đường mật tụy rõ nhất và an toàn, được áp dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới, tuy nhiên nó là một kĩ thuật cao và chính xác nên không phải cơ sở y tế nào cũng có thể áp dụng được.

## PHƯƠNG TIỆN

1. Trước hết phải có ống soi tá tràng mềm gắn với đầu video, loại dành cho phẫu thuật, nghĩa là phải có kênh hoạt động có đường kính lớn trên 3.2 mm, ống soi này có cửa sổ nhìn bên. Đối với bệnh nhân đã mổ cắt dạ dày và nối vị tràng thì có thể dùng loại nhìn thẳng.

2. Các phụ tùng đi kèm:

- Ống thông (catheter) bằng Teflon các loại: loại bình thường có vạch ở đầu, loại có chóp kim loại, loại có gắn kim ở đầu, loại có thể luôn dây dẫn.

- Dây dẫn bằng kim loại.

- Bơm tiêm.

- Kẹp sinh thiết.

3. Máy chụp X quang: có màn tăng sáng.

4. Màn hình video

Cùng một lúc có thể vừa nhìn hình nội soi trên màn hình video, vừa nhìn thấy đường mật hoặc ống thông qua màn hình X quang, rất tiện lợi và dễ dàng cho thủ thuật viên.

Nhóm làm thủ thuật:

Bác sĩ:	2
Kĩ thuật viên nội soi:	2
Kĩ thuật viên X quang:	1

Thủ thuật được tiến hành tại phòng X quang, được trang bị đầy đủ như có phòng rửa phim ngay, phòng đọc phim ngay.

## KĨ THUẬT

### Chuẩn bị bệnh nhân

- Nhịn đói trước 6 giờ, hai ngày trước không dùng các thuốc tạo màng bọc.
- Tháo bỏ răng giả.
- Đã được làm các xét nghiệm hoặc thăm dò khác như: chức năng gan, nhóm máu, chức năng tụy, chức năng đông máu, chảy máu, HIV...
- Chụp một phim X quang không thuốc cản quang.
- Bệnh nhân nằm nghiêng trái.
- Đặt một ống thông tĩnh mạch (ở chân, tay...)
- Uống thuốc chống bọt.

### Chuẩn bị của thầy thuốc

- Mặc áo chì, mảnh bảo vệ tuyến giáp trạng, đeo kính bảo vệ mắt, đeo găng tay.
- Kiểm tra sự hoạt động của đèn soi và các dụng cụ, phụ tùng.

### Đưa đèn soi vào tá tràng

- Trước tiên phải gây tê họng bằng xylocain (giống như khi soi dạ dày).
- Tiền mê bằng hypnovel hoặc midasolam.
- Đặt cái ngậm miệng vào giữa 2 hàm răng và cố định vào miệng bằng dây chun vòng ra phía sau đầu, bảo bệnh nhân ngậm chặt vào cái ngậm miệng.
- Đưa đèn soi vào dạ dày và tá tràng: Kĩ thuật cũng giống như khi

soi dạ dày, nhưng ở đây đèn soi có kích thước to hơn và có cửa sổ nhìn bên nên khi đưa đèn soi xuống tá tràng có khó khăn hơn: khi đã nhìn thấy lỗ môn vị thì điều chỉnh cho đèn cong lên phía trên khi không nhìn thấy lỗ môn vị nữa, sau đó vừa đẩy đèn soi vào vừa quay đèn soi sang phải và trái một chút, khi đèn soi qua lỗ môn vị sẽ có cảm giác đèn trượt nhanh qua chỗ hẹp, lúc đó lại điều chỉnh đầu đèn soi cong xuống phía dưới và đẩy sâu đèn soi hơn nữa. Khi đèn soi đến gối trên của tá tràng thì quay đèn soi về bên phải một góc  $90^\circ$ , lúc đó sẽ nhìn thấy đoạn 2 tá tràng. Lúc đó cần phải:

- Điều chỉnh đầu đèn soi cong lên phía trên và sang phải.

- Rút đầu đèn soi ra ngoài để giảm độ cuộn máy trong dạ dày. Trong khi rút ra, quan sát papille, papille nằm ở độ sâu của máy từ 50 - 70 cm (tính từ cung răng) (hình 52).

Tìm papille: nếu đèn soi để đúng tư thế thì dễ dàng nhận ra papille ở mức 50 - 70 cm (như trên đã nói). Nó giống như một hình bán cầu nổi lồi lên dưới một nếp nhăn dọc của tá tràng (frein của papille), nó nổi lên trên một nếp nhăn hình cung giống như mũ triều đình (capuchon).

Lỗ của papille có thể rất to, nhưng đôi khi rất nhỏ. Khi nhìn, lỗ này nằm ở đỉnh của papille, có màu khác với phần còn lại của tá tràng. Sự hiện diện của infundibulum (phễu) cũng là một mốc tìm papille.

Có 4 loại infundibulum:

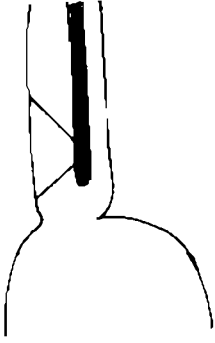
- Loại 0: không có infundibulum
- Loại 1: hơi nổi gồ lên, nhìn kĩ mới thấy.
- Loại 2: infundibulum nổi gồ lên rõ.
- Loại 3: infundibulum rất to, che phủ cả papille.

(Hình 53)

Muốn chụp chọn lọc đường mật thì phải đặt máy dưới papille và đẩy lên. Muốn chụp đường tụy thì phải đẩy catheter hơi lệch sang trái một chút.

Nếu không thấy papille thì cần phải thực hiện những điều dưới đây:

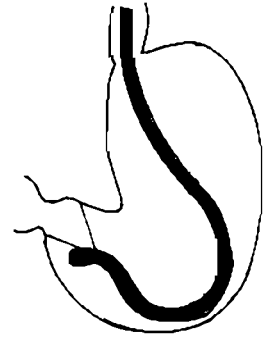
- Chờ một lúc trước khi thay đổi tư thế.
- Tiêm thuốc làm giảm trương lực tá tràng (glucagon, butyl hyoscine).



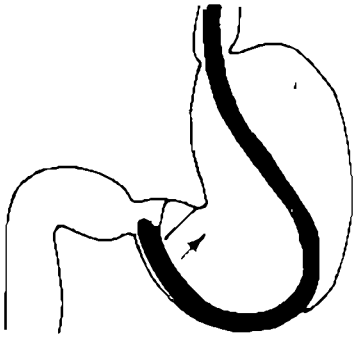
Đẩy mô máy sợi đi qua thực quản



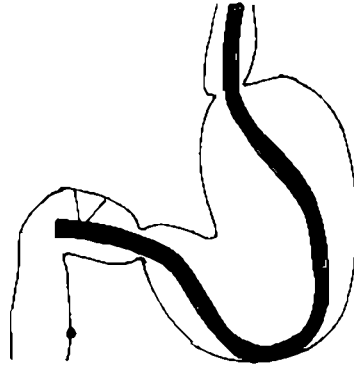
Đẩy máy dọc theo bờ cong nhỏ



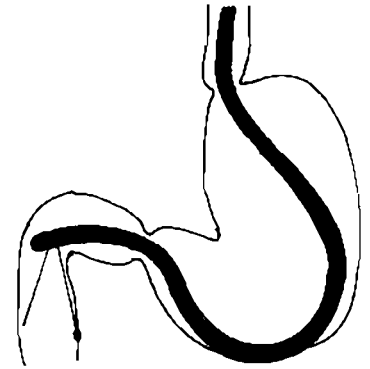
Máy sợi tùa vào bờ cong lớn để nhìn lỗ môn vị



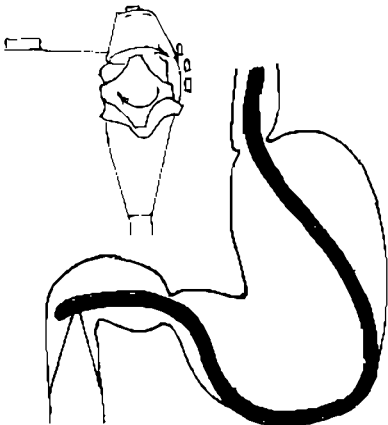
Quay máy sợi lên cao trước khi qua lỗ môn vị



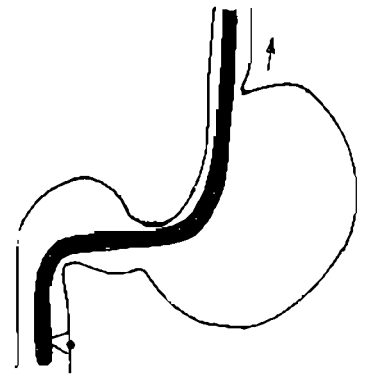
Máy sợi tiến đến gò trên thành tá tràng

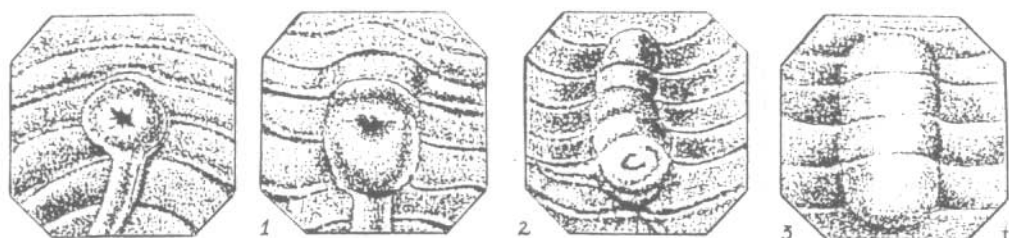


Quay đèn sợi sang phải một góc 90°



Động tác kéo máy sợi để giảm độ cuộn





Hình 53

- Dùng catheter nâng các nếp nhãn tá tràng lên.
- Tìm frein của papille, infundibulum, capuchon.
- Rửa sạch tá tràng.

Chú ý không nên đẩy đèn vào sâu quá, đôi khi người béo quá hoặc người có bệnh ở tụy cũng gây khó khăn cho việc tìm papille. Trong những điều kiện đó cần thay đổi tư thế hoặc tìm papille ở D<sub>3</sub>...

Luồn ống thông vào papille:

- Cần làm đầy nước vào ống thông trước khi luồn vào đường mật.

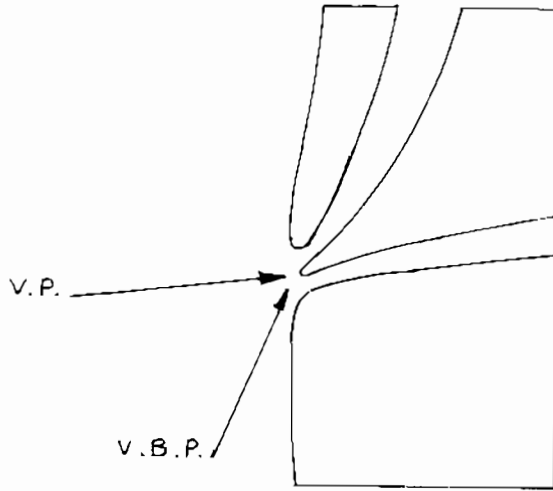
Điều kiện để đưa ống thông vào đường mật:

- + Tá tràng mất trương lực.
- + Không có bọt trong dịch tá tràng.
- + Chờ cho lỗ papille mở.
- + Điều chỉnh đầu ống thông chính xác vào lỗ papille.

- Để đưa ống thông vào đường mật, cần phải để đầu ống thông hơi ở dưới một chút và hướng đầu ống thông vào khoảng 11 - 12 giờ.

- Muốn đưa ống thông vào đường tụy, phải điều khiển đầu đèn soi sang trái một chút và hướng đầu ống thông từ bên trái lệch sang phải một chút, vào khoảng 1 - 3 giờ (hình 54).





*Hình 54: Đường mật chạy từ cao xuống thấp*

Nếu khó đẩy ống thông qua lỗ papille thì lúc đầu đẩy ống thông vào sâu vài mm sau đó mới đẩy vào đường mật hay đường tụy như trên.

Đẩy ống thông vào càng sâu càng tốt. Nếu ống thông vào thật sâu thì là đường mật, nếu ống thông vào trung bình thì thường là đường tụy vì dầu ống thông động vào đầu gối của ống Wirsung. Hút dịch ra thấy trong hoặc vàng thì biết được ống thông nằm ở đâu. Nếu chỉ đẩy ống thông vào được 2 - 3 mm thì không thể biết được ống thông bị tắc nghẽn hay nằm trong đường mật tụy.

Không đưa ống thông vào được con đường mà ta mong muốn:

- Có khả năng hai lỗ dò vào tá tràng riêng rẽ, nếu vị trí đường mật đúng và đường tụy luôn hiện hình thì nên tìm một lỗ khác nằm giữa các tua ở bên trên lỗ vừa mới đưa ống thông.

- Vị trí của đèn tốt, cần kiểm tra:

- + Nhìn bên trong tá tràng.

- + Chiếu X quang: đầu đèn soi phải nằm hơi ở dưới lỗ papille để đưa ống thông vào đường mật, và đầu đèn soi phải nằm ngang với lỗ papille để đưa ống thông vào đường tụy.

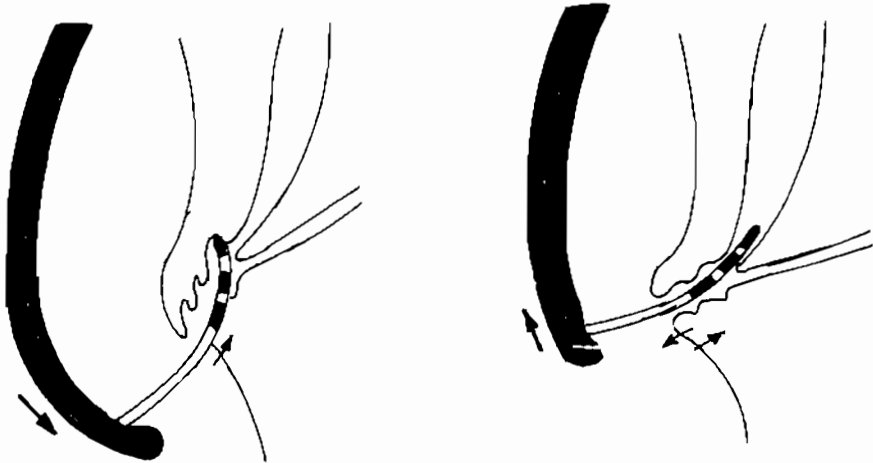
- Dùng dây dẫn đưa vào trước, sau đó đẩy ống thông vào sau.

- Dùng ống thông có nhiều lỗ, đầu hình nón. Loại ống thông này hay có nguy cơ chọc vào lớp hạ niêm mạc.

- Dùng trinitrin để làm giãn cơ vòng.

- Tiêm cerulein để gây co bóp túi mật và mở lỗ papille.

- Ống thông nằm đúng hướng đường mật nhưng đẩy không lên, do ống thông đâm vào thành trước của bóng Vater hoặc đường mật chính. Rút nhẹ ống thông ra một chút đồng thời đẩy nhẹ đèn soi vào khi không nhìn thấy papille nữa, lúc đó đẩy ống thông vào sâu hơn (hình 55).



Hình 55

Hình 55a: Catheter đụng phải thành trước bóng Vater.

Hình 55b: Rút nhẹ catheter và máy soi, rồi đẩy nhẹ catheter trong khi papille không còn nhìn thấy nữa.

Bằng các cách đó mà vẫn thất bại thì không nên tiếp tục thủ thuật nữa, dừng lại để vài ngày sau làm lại. Thực ra đôi khi chỉ cần vài phút đã thành công ngay lần làm đầu tiên. Khi cho rằng không thể làm được, không nên cắt infundibulum hoặc dùng nhiệt độ chọc dò infundibulum để tạo đường đi vào trừ trường hợp cần thiết.

Chụp X quang: rất quan trọng. Chất cản quang cần phải tan trong nước, nguyên chất hay pha loãng 75%. Chất cản quang pha loãng có ưu điểm là nhìn sỏi tốt hơn (sỏi mật hoặc sỏi tụy).

Chất cản quang nguyên chất có ưu điểm là nhìn chỗ hẹp hoặc các đường mật nhỏ rõ hơn. Phải bơm đầy chất cản quang cho đến khi

nhìn thấy rõ các đường mật nhỏ trong gan hoặc đường tụy nhỏ trên màn hình X quang. Nhưng không nên làm đầy túi mật hoặc các ống tụy nhỏ. Khối lượng chất cản quang cần dùng cho một lần chụp là 3 - 5 ml đối với đường tụy, 15 - 20 ml đối với đường mật. Cần chụp ở nhiều thời điểm khác nhau: lúc bắt đầu bơm thuốc cản quang, khi đã bơm đầy, khi thuốc cản quang đã tống ra ngoài; cần chụp ở nhiều tư thế khác nhau: nghiêng trái, ngửa, hơi quay về bên phải. Sau khi rút máy soi lại phải chụp thêm nữa.

## BIẾN CHỨNG CỦA ERCP

Ít gặp nhưng cũng có thể gây tử vong.

**1. Viêm tụy cấp:** để xác định là viêm tụy cấp hay không cần phải dựa vào các tiêu chuẩn sau đây:

- Đau bụng.

- Amylase máu cao gấp 3 lần bình thường và kéo dài trong 12 giờ. Biến chứng này gặp trong 0.3 - 1% trường hợp. Cần phải phân biệt với tăng lượng amylase máu đơn thuần, thường gặp trong 30% trường hợp. Sự tăng này có lẽ là do đèn soi hoặc do chất cản quang trong đường mật gây nên.

*Viêm tụy cấp xảy ra trong một số trường hợp sau:*

- Tụy bình thường.

- Đưa ống thông vào đường tụy nhiều lần.

- Làm đầy ống tụy quá mức tới tận các nhánh nhỏ của đường tụy hoặc tổ chức nhu mô tụy. Những bệnh nhân có lỗ phụ hoặc ống santorini cũng giảm thuốc thì ít có biến chứng này.

*Đề phòng:*

- Không bơm thuốc vào đường tụy nhiều lần.

- Khi tụy không phải là nguyên nhân gây bệnh thì chỉ nên chụp đường mật thôi.

- Không nên cắt trước infundibulum khi chụp để chẩn đoán.

- Không nên chụp nhu mô tụy, nghĩa là tránh không bơm quá nhiều chất cản quang.

- Màn hình X quang phải tốt để nhìn rõ ống tụy, ngừng kịp thời khi bơm thuốc cản quang quá nhiều.

- Thủ thuật viên phải thành thạo.

- Sau khi làm ERCP, nếu có đau phải nhin đối.

- Thứ amylase máu khi có đau bụng.

Biến chứng viêm tụy khó biết trước, tỉ lệ biến chứng này ít thay đổi mặc dù điều kiện kĩ thuật ngày càng tốt hơn.

**2. Viêm đường mật:** Mật phía trên chỗ tắc thường hay nhiễm khuẩn, bơm thuốc cản quang vào làm cho mật nhiễm khuẩn ấy lan tỏa rộng ra và có thể vào cả máu tuần hoàn. Nếu có biến chứng này cần phải dẫn lưu mật ngay.

Đề phòng: cần phải tiệt khuẩn kĩ đèn soi, các phụ tùng cũng phải vô khuẩn và tất cả những phụ tùng đóng gói vô khuẩn chỉ khi cần đến mới mở ra dùng.

### **3. Các biến chứng khác**

- Thủng: rất hiếm gặp, chỉ 0,04% trường hợp. Nguyên nhân gây thủng là đèn soi hoặc ống thông. Khi thấy có hơi sau phúc mạc, có hơi trong ổ bụng hoặc tràn khí dưới da chúng tỏ có biến chứng.

- Nhiễm khuẩn u nang giả tụy.

- Viêm túi mật hoại tử.

- Biến chứng do thuốc gây tê.

## **CHỈ ĐỊNH CỦA ERCP**

ERCP cho phép chẩn đoán xác định hoặc loại trừ sự tắc nghẽn đường mật, tụy hoặc của cả hai. Chỉ định của ERCP ngày càng giảm nhờ có siêu âm và siêu âm nội soi.

Tắc mật: siêu âm nội soi cho phép chẩn đoán tắc mật do sỏi hay u đường mật trong 90% trường hợp. Cần làm ERCP cấp khi thấy có triệu chứng tắc mật và tắc mật ấy có khả năng điều trị bằng nội soi. Ngoài ra ERCP còn được chỉ định khi siêu âm nội soi không chứng

minh được, còn lâm sàng lại điển hình của tắc mật.

*Siêu âm nội soi gặp khó khăn trong những trường hợp sau:*

- Ống choledoc không nhìn rõ do nhiều sỏi.
- Tắc ở phần oddi.

Hai chỉ định sẽ bổ sung cho nhau.

*Siêu âm nội soi luôn luôn làm trước ERCP trong trường hợp:*

- + Có cắt cơ vòng oddi.
- + Bệnh khu trú tại chỗ trong gan.
- Viêm xơ đường mật, bệnh Caroli.
- Sỏi trong gan phải, u vùng cuống gan.
- + Rò mật.
- + Bất thường bẩm sinh đường mật.
- + Ghép gan.
- Ứ mật kéo dài dai dẳng.
- Viêm đường mật tái phát.
- Nghi ngờ có lỗ rò mật hoặc chít hẹp.

*ERCP tỏ ra có ích vì:*

Lấy được mật để làm xét nghiệm vi khuẩn, tìm các tinh thể, tìm tế bào...

Đo áp lực ở oddi để xác định rối loạn chức năng oddi.

Soi đường mật.

Viêm đường mật (xơ hóa, bệnh SIDA...).

Lấy bệnh phẩm chẩn đoán các khối u, hẹp...

Thăm dò tá tràng và vùng Vater: qua đèn soi thấy:

- . Papille mở do sỏi đi qua
- . U vùng Vater
- . Lỗ rò ở infundibulum.
- . Chảy chất nhầy qua papille mở, triệu chứng đặc hiệu của bệnh tiết nhầy của đường mật hay đường tụy.

Bệnh của tụy:

Siêu âm nội soi chẩn đoán rất tốt các khối u tụy. Tuy nhiên ERCP có thể bổ sung cho siêu âm nội soi, nhất là khi siêu âm nội soi khó chẩn đoán được.

Sự phối hợp ERCP và CT là cần thiết để phân biệt giữa khối u ác tính và khối viêm giả u (của viêm tụy).

ERCP cũng được chỉ định khi nghi ngờ viêm tụy mạn không calci hóa mà siêu âm nội soi không khẳng định được.

ERCP có chỉ định chẩn đoán tụy divisum và chỉ định bắt buộc.

ERCP là cần thiết để khẳng định u nang giả tụy có thông với một cơ quan nào không, miệng nối wirsung - ruột có thông hay không, lỗ rò tụy là trong hay ngoài.

*ERCP có lẽ có ích để:*

- + Lấy bệnh phẩm dịch tụy làm các xét nghiệm (vi khuẩn, tìm tế bào...).
- + Đo áp lực trong đường tụy.
- + Soi đường tụy.

# ỨNG DỤNG SIÊU ÂM NỘI SOI TRONG THĂM DÒ ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN

## 1. Mở đầu

Gần đây, siêu âm nội soi (SANS) đã được ứng dụng trong lĩnh vực nội soi tiêu hóa và được xem như một bước tiến bộ mới của các kỹ thuật thăm dò hình ảnh có độ phân giải cao. Siêu âm qua da thường bị cản trở nhiều bởi khí trong ruột, phổi, xương và lớp mỡ dưới da dày. SANS có độ phân giải cao vì đầu dò siêu âm tì sát vào các tạng cần quan sát và có tần số cao hơn ở đầu dò siêu âm thông thường. Nhờ đó đã thu được những hình ảnh có độ nét cao hơn các phương pháp chẩn đoán khác từ trước đến nay. Đặc biệt là với việc thăm dò thành ống tiêu hóa, thì những ưu điểm của SANS thực sự rõ ràng. Cho đến nay, không có một phương pháp chẩn đoán hình ảnh nào kể cả CT và MRI cho thấy được hình chi tiết thành ống tiêu hóa như SANS.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Máy

Cho đến nay, có 3 loại máy SANS:

- Máy siêu âm nội soi (máy SANS thường hoặc SANS có màn hình video) cửa sổ nhìn bèn hoặc nhìn nghiêng.
- Máy siêu âm không có kính nhìn di động (loại mềm hoặc cứng).
- Đầu dò siêu âm dạng catheter (Catheter probe) thăm dò bằng cách đưa qua kênh Biopsy của máy nội soi dạ dày tá tràng.

### 2.2. Các loại đầu dò

- Đầu dò cơ học: quét xoay tròn góc  $180^{\circ}$ ,  $360^{\circ}$ .
- Đầu dò điện tử quét thẳng.

Tần số được sử dụng trong SANS dao động từ 5 - 30 MHz nhưng các loại tần số thường dùng trong thăm dò tiêu hóa là 7,5 MHz, 12 MHz, và 20 MHz, độ đâm xuyên sâu nhất là 10 cm. Máy SANS có thể nối với một bộ phận chụp ảnh và ghi hình Video để ghi lưu trữ lại nếu cần.

### 3. Phương pháp tiến hành

Sau khi gây tê họng và tiêm thuốc an thần, máy SANS được đưa vào giống như các máy nội soi bình thường khác.

Máy được đưa vào mù cho tới dạ dày. Khi nhìn thấy hang vị và môn vị, đưa máy vào hành tá tràng và xuống đoạn 2 tá tràng, theo cách tương tự như khi làm ERCP. Trong khi đang đưa vào tá tràng, không nên sử dụng nút siêu âm trên máy để tránh tổn hại đến máy.

Quá trình nhận định hình ảnh bắt đầu tiến hành từ đoạn xa nhất, ví dụ như đoạn xuống tá tràng hoặc đoạn xa của dạ dày. Trong khi nhẹ nhàng rút máy lên thì các hình ảnh siêu âm được coi như các mốc định hướng là các tạng ở xung quanh dạ dày, ví dụ: gan, túi mật, tụy, lách, thận có thể nhìn thấy. ở thực quản thì đoạn xuống của quai động mạch chủ và nhĩ trái được coi là mốc giải phẫu định hướng. Nếu cần, một diện cắt tương tự như trong chụp CT có thể thực hiện bằng cách đặt đoạn xuống của quai động mạch chủ ở góc dưới phải và gan ở góc trên trái của màn hình. Chú ý rằng diện này là vị trí chuẩn của đầu dò SANS để quan sát các tạng và cấu trúc, nhưng điều này là không cần thiết nếu sử dụng loại đầu dò SANS quay tròn 360°. Khi chỉ thăm khám các bất thường ở thực quản và dạ dày thì không cần đưa máy xuống môn vị và hành tá tràng.

Thăm dò SANS của đường tiêu hóa trên có thể tiến hành theo 3 cách:

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

+ Sử dụng balloon đầy nước bao quanh đầu dò.

+ Sau khi bơm 300 - 600 ml nước (đun sôi để nguội) vào dạ dày.

Trong trường hợp dạ dày giãn, cần bơm nhiều hơn 600 ml nước vào dạ dày. Với môi trường đầy nước trong dạ dày, sẽ tạo nên cửa sổ siêu âm, cho phép quan sát tốt nhất thành dạ dày, và các tạng lân cận như lách, gan, tĩnh mạch cửa và đặc biệt là thân và đuôi tụy. Quá trình bơm nước vào dạ dày sẽ tránh được các bóng hơi xuất hiện từ trong các kênh của máy nội soi, các đám bọt dịch nhầy và mật dính trên lớp niêm mạc cần được hút bớt thì mới có thể thu được hình ảnh đẹp về cấu trúc các lớp ở thành dạ dày.

Để làm giãn dạ dày một cách dễ dàng và tránh các nhu động quá



mức, có thể tiêm tĩnh mạch glucagon, butylscopolamin (Buscopan) hoặc spasfon. Từ trong ống tiêu hóa, có thể cắt được bất kì diện cắt nào qua các tạng ở ngực và bụng. Thăm khám bằng siêu âm thường quy trước SANS có tác dụng hữu ích, đặc biệt là các mốc giải phẫu và làm giảm bớt thời gian tiến hành SANS. Một điểm quan trọng là tìm được một cửa sổ siêu âm, thuận tiện và có giá trị chẩn đoán, nghĩa là có thể quan sát các tạng lân cận một cách tốt nhất. Xoay máy dọc theo trục ống tiêu hóa để áp sát đầu dò vào thành ống, nơi sát nhất với tổn thương hoặc tạng cần thăm dò.

#### **4. Cấu trúc bình thường của thành ống tiêu hóa**

Để nghiên cứu cấu tạo thành ống tiêu hóa, người ta đã tiến hành mổ xác và phân tích các bệnh phẩm, nhất là trong phẫu thuật Whipple và các cắt đoạn ung thư thực quản, dạ dày. Từng lớp cấu trúc đã được phân tích và quan sát kĩ trên kính hiển vi và vẽ lại cấu tạo. Lớp tăng âm thứ nhất và lớp giảm âm thứ hai bao quanh lòng ống tiêu hóa tương ứng với lớp bao quanh đầu dò siêu âm và lớp niêm mạc. Lớp giảm âm tiếp theo là lớp cơ niêm. Các lớp giảm âm khác nhau bởi độ dày và ở dạ dày thì nhìn rõ hơn ở thực quản.

Lớp tăng âm thứ 3 tương ứng lớp dưới niêm mạc.

Lớp giảm âm thứ 4 tương ứng lớp cơ.

Lớp tăng âm thứ 5 tương ứng lớp thanh mạc.

#### **5. Thăm khám thực quản**

Bởi vì máy soi có cửa sổ kính nhìn bên nên không thể có mốc định hướng nội soi ở thực quản. Mốc hướng dẫn là toàn bộ hình ảnh siêu âm.

Cấu tạo giải phẫu bình thường của thành thực quản có 5 lớp. Lớp tăng âm thứ 1 và lớp giảm âm thứ 2 tương ứng với lớp biểu mô, lớp màng và lớp cơ niêm. Lớp tăng âm thứ 3 tương ứng với lớp dưới niêm mạc. Lớp giảm âm thứ 4 tương ứng với lớp cơ, lớp tăng âm thứ 5 tương ứng với lớp vỏ ngoài. Các lớp này thường khó phân định một cách rõ ràng trên hình siêu âm vì đầu dò SANS thường áp sát trực tiếp vào thành thực quản. Nếu dùng balloon bơm nước thì có thể khắc phục được vấn đề này nhưng lại gây ra một sự chèn ép mạnh vào thành thực quản làm khó phân biệt được các lớp cấu trúc một cách

đầy đủ.

SANS đóng vai trò quan trọng trong xác định và phân định các khối u lành tính ở thực quản, đặc biệt là các u cơ trơn. Chúng thường có dạng một khối u có ranh giới rõ ràng, giảm âm đều, có chèn ép nhưng không xâm lấn với mô xung quanh. Đôi khi thấy rõ khối u có nguồn gốc từ lớp cơ hoặc lớp cơ niêm, vết calci hóa (vết tăng âm có hoặc không có bóng cản), cấu trúc giảm âm hoặc trống âm bên trong khối u có thể là hậu quả của hoại tử hoặc có một số mạch máu lớn. Phân biệt giữa một khối u cơ trơn lành tính với một tổn thương di căn, ví dụ: ung thư phế quản đôi khi cũng có khó khăn, nhất là ở giai đoạn cuối có cấu trúc âm đồng nhất và ranh giới rõ, tăng âm. Các phát hiện thêm vào như bờ không đều, có nền giảm âm quanh một cấu trúc nhánh phế quản tăng âm thường gợi ý nhiều đến ung thư phế quản.

Một chỉ định chính của SANS là đánh giá giai đoạn của ung thư thực quản. Ung thư thực quản thường là một cấu trúc giảm âm, có ranh giới không đều, giới hạn ở thành thực quản hoặc xâm lấn bao gồm xác định hạch to ở vùng lân cận hoặc ở xa tổn thương. Có hạch vùng nhưng không có xâm lấn hạch ở xa có ý nghĩa rằng có thể cắt bỏ khối u. Sự thâm nhiễm sâu của khối u vào trung thất không thể phẫu thuật cắt bỏ được. Khi phát hiện có hạch to 10 mm thì khả năng xâm lấn của khối ung thư ra các tạng xung quanh là khoảng 50%. Các hạch to, tròn, cấu trúc giảm âm, không đều, có nguy cơ là hạch di căn hơn là các hạch hình dài (ellipse) có ranh giới mấp mô, có chân giả. Nếu hạch kích thước nhỏ 5 mm đường kính thì nguy cơ xâm lấn ra xung quanh thấp.

SANS cũng có vai trò quan trọng trong xác định và phân loại giãn tĩnh mạch (varices). Varices thường nằm theo mặt cắt ngang và nhìn có hình hạt (nốt) tròn, cấu trúc trống âm và nằm ngay dưới lớp niêm mạc. Varices dễ bị chèn ép và thường chạy dọc theo thành thực quản. Vì vậy nên không được bơm căng balloon quanh đầu dò. SANS không chỉ cho phép nhìn thấy varices mà còn thấy được các tĩnh mạch trong thành thực quản và bao quanh thực quản. Khi làm SANS sau tiêm xơ, có thể quan sát thấy sự biến mất của các tĩnh mạch ở niêm mạc và dưới niêm mạc, sự xuất hiện các tĩnh mạch bàng hệ ngoài thực quản.

## 6. Thăm dò dạ dày

Kết hợp với nội soi dạ dày, SANS cung cấp thêm nhiều thông tin về cấu trúc thành dạ dày và vị trí của tất cả các tạng lân cận.

Khi áp trực tiếp đầu dò vào thành dạ dày sẽ khó nhận định các cấu trúc vì có lớp khí ở giữa đầu dò và lớp niêm mạc. Sau khi bơm nước vào dạ dày hoặc bơm căng balloon, các cấu trúc sẽ dễ nhận định hơn. Đặc biệt là vùng đáy dạ dày và thân vị, các lớp cấu trúc có thể quan sát được một cách dễ dàng. Lớp tăng âm thứ 1 tương ứng với lớp dịch/ bề mặt niêm mạc và cùng với lớp giảm âm thứ 2 tương ứng với tập hợp các lớp tế bào biểu mô, lớp đệm, cơ niêm. Một số tác giả cho rằng đây là lớp cơ niêm. Còn một số lại cho rằng lớp cơ niêm quá mỏng (30 - 40 $\mu$ ) để tương ứng với toàn bộ lớp 2 này. Lớp tăng âm thứ 3 là lớp dưới niêm mạc và có thể là tới lớp tiếp giáp giữa lớp dưới niêm mạc và lớp cơ. Lớp giảm âm thứ 4 được tạo ra bởi sóng siêu âm đi qua lớp cơ có cấu trúc đồng nhất. Lớp tăng âm thứ 5 là thanh mạc. Thành dạ dày có độ dày trung bình 3,7 (0,5 mm, nhưng có những thay đổi từ vùng thân dạ dày tới hang vị (dày dần lên), tương ứng với mức độ nhu động, ở vùng môn vị, lớp cơ dày hơn so với hang vị và thân vị.

SANS dạ dày rất có giá trị trong xác định và phân loại các tổn thương lành tính, mà quan trọng nhất là các u cơ trơn. Các u cơ trơn nhỏ có cấu trúc âm đồng nhất. Đôi khi phát hiện thấy có dày lớp cơ (ví dụ: lớp cơ, cơ niêm) là một gợi ý cho chẩn đoán. Các u cơ trơn lớn có cấu trúc âm không đồng nhất vì hay có hoại tử, nhất là các u có đường kính >40 mm. Các khối u lành tính dưới niêm mạc thường giảm âm đồng nhất, bờ đều, rõ. Khối u mỡ có bờ rõ, thường ở lớp dưới niêm mạc, tăng âm và khá đồng nhất. Độ phân giải tốt của SANS cho phép nhận định rõ được nguồn gốc của các khối u lành tính khác nhau, đặc biệt là u cơ trơn. Trong loét lành tính dạ dày, thường có dày thành dạ dày, nhất là dày lớp dưới niêm mạc và lớp cơ biểu hiện bằng 2 lớp giảm âm. Hai lớp này có thể nối dính nhau ở giữa ổ loét nhưng đường viền của mỗi lớp vẫn còn sắc nét ở vùng xung quanh ổ loét. SANS có vai trò hết sức quan trọng trong chẩn đoán ung thư dạ dày. Vì SANS cho phép nhận định các lớp của thành dạ dày, nên có thể phát hiện được sự xâm lấn của khối ung thư. Ung thư giai đoạn sớm, xâm lấn thường giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc dưới niêm mạc. Ở

giai đoạn tiến triển, tổn thương ung thư thâm nhiễm hết các lớp của thành dạ dày, tới lớp cơ hoặc các mô xung quanh. Ở những tổn thương sâu, các lớp siêu âm không còn rõ ngay tại tổn thương và vùng lân cận vì có sự xuất hiện của một lớp giảm đậm âm do sự thâm nhiễm của mô ung thư. Không chỉ nhận định về khối ung thư, SANS còn cho phép đánh giá hạch to và hạch nghi ngờ di căn ngay sát tổn thương và ở xa hơn. Các khối u có ranh giới rõ, không có hoặc chỉ có rất ít hạch ở ngay sát u thì thường có thể mổ cắt u được. Khi tổn thương tại chỗ có giới hạn rõ mà có hạch nghi ngờ di căn ở xa, cũng có thể xem xét để phẫu thuật. Nếu u xâm lấn sâu vào các mô xung quanh, hoặc bị các mạch máu lớn bao quanh, hoặc xâm lấn mạch máu, hoặc di căn xa (gan) thì không còn mổ cắt u được nữa. Các u cơ trơn thường cấu trúc âm không đồng nhất, có ổ loét hoặc hoại tử ở giữa khối u. Nếu có các hình ảnh khác thêm vào như có ranh giới mập mô thường gợi đến một tổn thương ác tính. Nhưng nếu ranh giới u rõ sắc nét thường không nghĩ đến ung thư.

U lympho của dạ dày thường ở dạng một tổn thương xuyên thành, giảm âm, kèm theo polyp hoặc ổ loét dạng polyp ở niêm mạc và có nhiều hạch xung quanh dạ dày. Đôi khi có những khối giảm âm do loét xuất hiện ở ngay cạnh.

Ưu điểm nổi bật của SANS so với các phương pháp hình ảnh khác là có thể nhìn rõ sự lan rộng và xâm nhiễm sâu của ung thư. Hơn nữa xác định xâm lấn tới lớp bình thường nào của thành dạ dày. Điều này là hết sức quan trọng, nhất là ở những bệnh nhân chưa có nội soi hoặc chụp dạ dày.

Sự lan rộng, dày lớp dưới niêm mạc, giảm âm và không xâm lấn vào lớp cơ, thường có xu hướng tổn thương lành tính như viêm dạ dày dạng hạt. Ngược lại, nếu có dày lớp dưới niêm mạc, kèm theo có xâm lấn tới lớp cơ, thường gợi ý tới một viêm mô tế bào dạ dày.

## **7. Thăm khám tá tràng**

Có thể thấy những nếp niêm mạc có hình tròn cung điển hình dày xấp xỉ 3 mm và sâu tới 8 - 9 mm khi bơm nước vào tá tràng. Các nếp này có cấu trúc âm khá đồng nhất, vì có lớp nhung mao nên không phân biệt được lớp giảm âm của niêm mạc và dưới niêm mạc. Thanh

tá tràng mỏng nên chỉ nhìn rõ lớp cơ như 1 lớp giảm âm. Cấu trúc 5 lớp có thể nhìn thấy khi cho đầy nước nhanh vào lòng tá tràng. Vùng quanh papilla có thể phân biệt như 1 cấu trúc dạng polyp, đều âm, kèm theo có ống tụy hoặc ống mật chủ hoặc cả 2.

Các khối u lành tính ở tá tràng thường có cấu trúc giảm âm, ranh giới rõ ràng.

Tổn thương ác tính thường gặp ở khung tá tràng là do ung thư tụy, xâm lấn và phá huỷ thành tá tràng. Có thể thấy các tổn thương giảm âm, bất thường, xâm lấn các lớp của thành tá tràng. Đôi khi, ung thư tiên phát ở tá tràng có biểu hiện một khối dạng polyp, giảm âm, lồi ra ngoài.

### **8. Thăm khám các tổn thương ngoài ống tiêu hóa**

SANS có độ phân giải cao nên có thể dễ dàng phân biệt các tổn thương trong và ngoài lòng ống tiêu hóa. Các phình động mạch chủ, mạch lách có thể thấy được vì đây là phương pháp thăm dò động. Các tạng lân cận như: gan to, lách to, túi mật to, nang hoặc u đặc ở quanh ống tiêu hóa (dạ dày - tá tràng) có thể nhìn thấy dễ dàng. Các bệnh nhân có tổn thương ác tính ngoài đường tiêu hóa và gây hẹp thực quản, di căn vào thực quản có thể phát hiện được khi thấy 1 khối u giảm âm gây phá huỷ cấu trúc thành thực quản. Đây là điều rất quan trọng, đặc biệt là phân biệt co thắt thực quản với giả co thắt thực quản. Trong bệnh lí co thắt thực quản, cấu trúc 5 lớp thực quản còn bình thường không có vùng tổn thương bên ngoài thành thực quản. Ngược lại một tổn thương giảm âm bao ngoài thực quản, thậm chí xâm lấn vào lớp dưới niêm mạc, thường thấy trong trường hợp giả co thắt thực quản. Sinh thiết qua nội soi không thể đưa lại chẩn đoán vì kim sinh thiết bình thường không chạm tới được tổn thương.

### **9. Thăm khám túi mật và đường mật**

Chỉ định SANS cho túi mật nên hạn chế vì siêu âm thông thường cũng có độ chính xác cao trong chẩn đoán bệnh lí túi mật. Thường dễ nhận thấy túi mật trên SANS nếu túi mật không ở quá xa đầu dò. Các lớp của thành túi mật có thể nhận biết rõ. Các tổn thương nhỏ xấp xỉ 2 mm như polyp cholesterol, sỏi nhỏ, các khối ung thư nhỏ có thể nhận biết được.

Ung thư túi mật có cấu trúc khối dạng polyp, giảm âm, xuất phát từ thành túi mật, lồi vào lòng túi mật. Cần chú ý phân biệt sỏi mật và khối u. Sỏi mật thường tăng âm và có bóng cản âm.

Khi làm SANS để xem đoạn dưới của ống mật chủ, bóng Vater, cần đưa đầu dò vào đoạn 2 tá tràng.

Papilla bình thường có thể tìm thấy bằng cách nhìn chĩa vào chung của ống mật chủ và ống tụy. Khi papilla to, thường là adenomyosis, nhưng không thể chẩn đoán được vì không có hình ảnh đặc hiệu.

SANS đặc hiệu hữu ích trong thăm dò vùng quanh papilla như đoạn dưới của ống mật chủ để phát hiện các sỏi nhỏ. Đây là ưu điểm của SANS, vì với siêu âm thường không phát hiện được.

Đường mật sẽ dần thấy được khi rút máy ra từ từ, nằm sát thành tá tràng và được coi là một mốc giải phẫu quan trọng. Từ vị trí đỉnh hành tá tràng, có thể thấy rốn gan và túi mật, cuống gan.

Sỏi mật dễ nhận vì chúng tăng âm và có bóng cản âm. Ung thư trong ống mật chủ ở vị trí ngã 3 (u Klatskin) có cấu trúc giảm âm không đồng nhất, bờ mập mờ, có thể giới hạn trong ống mật chủ hoặc thâm nhiễm vào nhu mô gan xung quanh. Hạch to xung quanh u và dọc ống mật chủ.

Hạch to do phản ứng viêm sau mổ túi mật có thể dễ nhầm với tổn thương ác tính. Các cấu trúc giảm âm lạ khác, xung quanh ống mật chủ hoặc ống gan có thể thấy sau phẫu thuật ống mật chủ thường là do xơ hóa.

## **10. Thăm khám gan**

Sau khi cho nước vào lòng dạ dày, nhìn thấy thủy trái gan nằm ở góc trái. Một phần thủy phải nằm sát ruột cũng có thể nhìn thấy bằng cách di đầu dò dọc theo bờ cong nhỏ hoặc hành tá tràng. Phần lớn gan sẽ không quan sát được trên SANS do hạn chế về độ thâm xuyên của sóng âm tần số cao. Các di căn ung thư lân cận với dạ dày, có thể nhìn thấy. Hơn nữa, gan lách to hoặc tổn thương nang gần dạ dày cũng nhìn thấy được.

## 11. Thăm khám tụy

Với diện cắt qua dạ dày và tá tràng thì có thể nhìn thấy tụy và đoạn dưới ống mật chủ khá chi tiết. Hơn nữa, các cấu trúc lân cận như đường mật, túi mật TMC dễ bị ảnh hưởng bởi bệnh lý tụy cũng dễ quan sát trên SANS. Vùng quan trọng nhất là đầu tụy sẽ nhìn thấy khi đầu dò đặt ở tá tràng hoặc đoạn dưới hang vị, sau khi đã bơm nước vào dạ dày. Cần phân biệt ống tụy chính và ống mật chủ. OMC dễ nhận biết từ mối liên quan giải phẫu giữa nó và TMC, TM chủ. Có thể quan sát dọc theo OMC lên tận bóng Vater, từ thân dạ dày, cắt diện ngang sẽ thấy đầu và thân tụy, ĐM thân tạng và các nhánh của nó. Rút nhẹ máy soi ra, sẽ thấy dọc theo TM lách tới đuôi tụy, lách thận. Xác định giữa TM lách và TM thận sẽ thấy đuôi tụy.

Tụy bình thường thấy bờ đều, nhu mô tụy đồng nhất. ống tụy và các nhánh bên vùng đầu và đuôi tụy sẽ thấy khi bơm nước vào dạ dày, ống có cấu trúc trống âm, chạy song song và cách TM lách khoảng 1 cm. Bình thường ống Wirsung: 1 - 2 mm, khi trên 3 mm là bất thường. Khi có giãn các ống nhánh, cấu trúc âm nhu mô không đồng nhất, thường gợi ý đến bệnh lý tụy.

SANS cho phép chẩn đoán viêm tụy mạn có các vết calci hóa, tụy có tăng âm và không đồng nhất. Thêm vào là các vi nang, vết calci hóa nhỏ, ống tụy chính và các nhánh giãn không đều.

SANS có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và xếp loại ung thư tụy. Có thể phát hiện được các tổn thương nhỏ 2 cm ở nhu mô tụy hoặc trong ống Wirsung. Ung thư tụy thường có đường viền nhám nhò, cấu trúc không đồng nhất, thường giảm âm, nhưng cũng có thể tăng âm hoặc hỗn hợp âm, có thể thấy u hoại tử.

Hạch to có cấu trúc giảm âm, bờ sắc cạnh, thường gợi nhiều đến hạch di căn.

Ưu điểm của SANS trong chẩn đoán giả nang tụy không chỉ là nhìn rõ thành nang, các nang nhỏ, mà còn quan sát được mối liên quan về giải phẫu giữa nang và ống tụy và/hoặc với thành dạ dày, giúp các bác sĩ phẫu thuật có quyết định đúng đắn. Những giả nang thành dạ dày sẽ được điều trị bằng dẫn lưu nang - dạ dày hoặc nang - tá tràng. Với những giả nang có liên quan đến ống tụy thì thường phải cắt bỏ nang.

Phân biệt giữa viêm tụy mạn khu trú với ung thư tụy là rất khó khăn trên SANS vì chúng có nhiều điểm bất thường về ống tụy và nhu mô tương tự nhau. Một tổn thương dạng ống không đồng nhất, tăng âm, thường gợi đến một viêm tụy mạn khu trú (dạng ổ).

Ung thư tụy không có chỉ định mổ khi xâm lấn sâu rộng vào mô xung quanh và/ hoặc các tạng như ĐM mạc treo, ĐMC, TMC, gan. Một khối u có thể cắt bỏ được khi có ranh giới rõ ràng, giới hạn ở tụy, không có xâm lấn sâu vào mô xung quanh hoặc các mạch máu lớn và không có di căn hạch xa. Ngoài ra SANS còn phát hiện được các u nội tiết, các u máu hoặc các giả phình mạch.

## **12. Thăm khám hạch quanh ống tiêu hóa**

Hạch dễ nhận thấy bởi cấu trúc giảm âm so với nhu mô xung quanh. Hạch có thể giảm âm không đồng nhất, tương tự hoặc giảm âm hơn tổn thương tiên phát, bờ rõ, thường gợi đến một tổn thương ác tính. Ngược lại, các hạch có cấu trúc tăng âm, đồng nhất so với tổn thương tiên phát, bờ không sắc nét, hoặc có chân giả, thường chỉ là hạch to do phản ứng viêm. Sự nhận định sẽ khó chính xác hơn nếu điều chỉnh các thông số của máy không đúng, và kích thước hạch nhỏ hơn 2 mm. Hơn nữa, các di căn rất nhỏ cũng không thể phân biệt với tổn thương viêm. Hạch to ở gần một tổn thương loét ác tính, đôi khi giống như hạch di căn, vì có sự thay đổi do chất hoại tử trên bề mặt niêm mạc ruột.

## **13. Chỉ định**

### **13.1. Chỉ định**

*Các chỉ định chính:*

- Chẩn đoán các bất thường ở lớp dưới niêm mạc của ống tiêu hóa.
- + Phân biệt một tổn thương ở thành ống tiêu hóa hay từ bên ngoài.
- + Đánh giá kích thước và cấu trúc khối u.
- + Đánh giá độ lớn của các nếp niêm mạc của dạ dày.
- + Chẩn đoán varices ở thực quản và dạ dày.
- Chẩn đoán giai đoạn các khối u đường tiêu hóa.
- Chẩn đoán một số bệnh lý của tụy và đường mật.
- + Đánh giá giai đoạn của các ung thư.



- + Xác định vị trí của các u nội tiết.
- + Phát hiện sỏi và giun trong ống mật chủ.

*Các chỉ định khác:*

- Đánh giá kết quả điều trị varices.
- Bệnh lí viêm nhiễm ruột.
- Bệnh lí nhu động thực quản.
- Loét lành tính đang liền sẹo.
- Đánh giá nguy cơ chảy máu ổ loét.
- Dẫn lưu giả nang tụy dưới sự hướng dẫn của SANS.
- Viêm tụy mạn.
- Chọc hút tế bào kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của SANS.
- + Chẩn đoán và phân loại ung thư (gồm cả ung thư phổi).
- + Phá huỷ đám rối thần kinh tạng để làm mất đau.
- + Co thắt thực quản.

### **13.2. Chống chỉ định**

- Giống như nội soi bình thường.

### **13.3. Biến chứng**

Là một phương pháp thăm dò an toàn tỉ lệ biến chứng rất thấp. Một số biến chứng thường gặp là:

- Rách hoặc thủng thành ống tiêu hóa.
- Chảy máu.

Các biến chứng trên thông thường là do cố đưa máy đi qua chỗ hẹp.

# CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN CÁC UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA THEO PHÂN LOẠI TNM QUA SIÊU ÂM NỘI SOI

Hệ thống phân loại TNM đã được Denoix xác lập từ hơn nửa thế kỷ trước. Dựa trên sự xâm lấn tại chỗ, sự xâm lấn vào hạch và di căn xa, phân loại này được các thầy thuốc áp dụng chủ yếu cho các ung thư biểu mô là loại u ác tính chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Toàn bộ các ung thư biểu mô của ống tiêu hóa, của đường mật và tụy đều sử dụng phân loại TNM để đánh giá giai đoạn bệnh trên cơ sở áp dụng nhiều kỹ thuật thăm dò khác nhau như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, nội soi và sinh thiết qua nội soi, chụp cộng hưởng từ... .. nhưng độ chính xác trong chẩn đoán trước mổ vẫn còn ở mức khiêm tốn. Yếu tố quan trọng nhất để chẩn đoán theo phân loại TNM đúng là xác định được độ sâu của khối u và các hạch di căn thì các kỹ thuật thăm dò trên đều có độ nhạy thấp. Từ khi siêu âm nội soi ra đời, vấn đề trên đã được giải quyết một cách tương đối tốt vì vậy nó được coi là phương tiện chính để xác định giai đoạn của các loại ung thư khác nhau ở hệ thống tiêu hóa.

Từ năm 1996 tại Khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai đã áp dụng phân loại TNM qua các tiêu chuẩn của siêu âm nội soi trong chẩn đoán các ung thư đường tiêu hóa và đã đạt được kết quả tốt. Chúng tôi xin giới thiệu hệ thống phân loại TNM đã được áp dụng trong thực hành SANS ở nhiều trung tâm nội soi trên thế giới.

## I. UNG THƯ THỰC QUẢN

Phân loại và chẩn đoán dựa vào các yếu tố sau:

- ***Sự phát triển của khối u (T) thể hiện trên SANS là khối giảm âm***
  - T1: U khu trú ở lớp biểu mô, lớp cơ niêm hoặc lớp dưới niêm mạc.
  - T2: Khối u xâm lấn vào lớp cơ của thực quản.
  - T3: U xâm lấn vào lớp vỏ.
  - T4: U xâm lấn vào các tổ chức xung quanh như: màng tim, động mạch chủ, khí phế quản, cơ hoành, màng phổi hoặc gan. Việc xác định sự xâm lấn của u vào các tổ chức này trên hình ảnh SANS

được thể hiện bằng việc không nhìn rõ ranh giới của khối u và bờ của các cơ quan đó.

- Tx: Hình ảnh SANS không cho phép xác định được mức độ xâm lấn của khối u.

- **Di căn hạch (N)**

- N0: Không có di căn hạch tại chỗ (bao gồm cả hạch tạng)
- N1: Có di căn hạch
- Nx: Không xác định được có di căn hạch hay không

- **Di căn xa (M)**

- M0: Không có di căn xa
- M1: Có di căn xa đến gan, phúc mạc hoặc hạch dọc động mạch thân tạng.

- **Chẩn đoán giai đoạn**

- Giai đoạn I: T1N0M0
- Giai đoạn IIa: T2N0M0, T3N0M0
- Giai đoạn IIb: T1N1M0, T2N1M0
- Giai đoạn III: T3N1M0, T4N0M0, T4N1M0
- Giai đoạn IV: T và N bất kỳ, M1

Đây là loại ung thư dễ đánh giá qua SANS và độ chính xác trong chẩn đoán đạt được rất cao. Các kết quả thu được từ SANS giúp thầy thuốc lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp. Đối với các bệnh nhân khối u còn ở giai đoạn T1 nhất là khi u chỉ cư trú ở lớp niêm mạc người ta có thể cắt bỏ qua nội soi hoặc bằng laser. Các trường hợp T2 và T3 được xem xét để phẫu thuật, còn ở mức độ T4 phẫu thuật rất ít có kết quả. Nghiên cứu còn chỉ ra rằng những bệnh nhân có nhiều hơn 5 hạch trên một mặt cắt thì thường đó là các hạch ung thư và tiên lượng xấu.

Gần đây nhờ sử dụng các đầu dò tần số cao (từ 20-30MHz) dưới dạng Cathete luồn qua kênh sinh thiết rất nhiều các ung thư bề mặt còn cư trú ngay ở lớp niêm mạc đã được phát hiện và loại này gần như không có di căn hạch. Trừ lại có khoảng 25% các trường hợp T1 với khối u xâm lấn vào lớp dưới niêm mạc có di căn hạch. Việc gộp chung 2 loại này vào cùng 1 giai đoạn là một trong những hạn chế của phân loại TNM đối với ung thư thực quản.

## II. UNG THƯ DẠ DÀY

Giống như đối với thực quản tiêu chuẩn chính để phân loại ung thư dạ dày là mức độ xâm lấn của khối u. Trên SANS việc xác định các hạch vùng tương đối dễ dàng.

### - **Khối u (T)**

- T1: U xâm lấn vào lớp cơ niêm hoặc lớp dưới niêm mạc
- T2: U xâm lấn vào lớp cơ dạ dày hoặc vào sát thanh mạc.
- T3: U xâm lấn vào thanh mạc
- T4: U xâm lấn vào các tổ chức xung quanh.
- Tx: Không xác định được sự xâm lấn của u.

### - **Di căn hạch (N)**

- N0: Không có di căn hạch
- N1: Di căn hạch quanh dạ dày trong phạm vi 3cm tính từ bờ của khối u hoặc hạch dọc động mạch vành vị trái, động mạch gan chung, động mạch lách, động mạch thân tạng
- Nx: Không xác định được có di căn hạch hay không

### - **Di căn xa**

- M0: Không có di căn
- M1: Di căn tới gan, phúc mạc
- Mx: Không xác định được

### - **Chẩn đoán giai đoạn**

- Giai đoạn Ia: T1N0M0
- Giai đoạn Ib: T2N0M0
- Giai đoạn II: T1N1M0, T2N1M0, T3N0M0
- Giai đoạn IIIa: T2N2M0, T3N1M0, T4N0M0
- Giai đoạn IIIb: T3N2M0, T4N1M0
- Giai đoạn IV: T4N2M0, T và N bất kỳ M1

Hiện nay ngày càng có nhiều trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn sớm được phát hiện, Những trường hợp này điều trị chủ yếu là cắt lọc qua nội soi một phương pháp phẫu thuật tối thiểu giúp loại bỏ khối u nhưng vẫn bảo tồn được toàn bộ dạ dày. Một số nhược điểm của phân loại TNM khi áp dụng cho ung thư dạ dày cần lưu ý là:

- Phân loại này ghép tất cả các tổn thương từ lớp cơ rất dày đến sát thanh mạc thành 1 loại là T2

- Ở mức độ T3 dùng để chỉ các ung thư xâm lấn vào lớp thanh mạc nhưng một số vùng của dạ dày lại không được bao phủ phía ngoài bởi lớp này như là bờ cong nhỏ và phía trước của hang vị. Vì vậy trong thực tế người ta có khuynh hướng chia T2 ra các mức khác nhau như đối với ung thư đại tràng và việc xác định hạch di căn cũng nên chia ra theo khu vực để giúp cho việc nạo vét hạch trong khi phẫu thuật được thuận lợi hơn. Thực tế cho thấy các ung thư lan rộng thường tiên lượng xấu hơn loại ung thư khu trú và đây cũng là một yếu tố chưa được đề cập tới trong phân loại TNM.

### III. UNG THƯ ĐẠI TRÀNG, TRỰC TRÀNG

Ở trực tràng tổ chức nằm sát lớp cơ được gọi là lớp sát thanh mạc còn được gọi là tổ chức mỡ quanh trực tràng. Nó không được phúc mạc bao phủ. Ở đại tràng sigma lớp ngoài cùng là thanh mạc. Việc phân loại các u ở đại tràng về cơ bản cũng giống như đối với ung thư thực quản. Tuy nhiên các xâm lấn vào lớp cơ được chia ra thành 2 loại T2 và T3

#### - Khối u(T)

- Tis: Ung thư tại chỗ, khối u nằm ở lớp biểu mô hoặc cơ niêm
- T1: u xâm lấn vào lớp dưới niêm mạc
- T2: u xâm lấn vào lớp cơ
- T3: u xâm lấn qua lớp cơ vào lớp cạnh thanh mạc hoặc các tổ chức quanh đại tràng không có phúc mạc phủ hoặc lớp mỡ quanh trực tràng.
- T4: u xâm lấn vào phúc mạc quanh các tạng rỗng hoặc các cơ quan và tổ chức khác.

#### - Hạch di căn (N)

- N0: Không có hạch di căn
- N1: Di căn từ 1 đến 3 hạch quanh đại tràng hoặc trực tràng
- N2: Di căn trên 3 hạch quanh đại tràng và trực tràng
- N3: Di căn hạch dọc theo đường đi của các mạch tạng
- Nx: không xác định được di căn hạch

- **Di căn xa (M)**

- M0: không có di căn xa
- M1: Di căn vào gan và phúc mạc
- Mx: không xác định được di căn xa

- **Chẩn đoán giai đoạn**

- Giai đoạn I: T1N0M0, T2N0M0
- Giai đoạn II: T3N0M0, T4N0M0
- Giai đoạn III: T bất kỳ N1M0, T bất kỳ N2M0, T bất kỳ N3M0
- Giai đoạn IV: T bất kỳ N bất kỳ, M1

Như vậy trong ung thư đại trực tràng phân loại đối với sự xâm lấn của T và N được xác định chi tiết, rõ và chính xác hơn.

#### IV. UNG THƯ BÓNG VATER

Trước đây ung thư bóng Vater được ghép chung với ung thư tụy. Trong phân loại TNM mới người ta đã tách riêng hai loại này do có sự khác nhau về tiên lượng và phương hướng điều trị. SANS cũng có độ chính xác cao trong chẩn đoán ung thư bóng Vater.

- **Khối u (T)**

- T0: Không xác định được khối u
- T1: u cư trú ở bóng Vater
- T2: u xâm lấn vào lớp cơ của tá tràng
- T3: u xâm lấn vào tụy nhưng ở phạm vi 2cm
- T4: u xâm lấn vào tụy ở mức trên 2cm hoặc vào các cơ quan lân cận nhất là các mạch máu lớn
- Tx: Không đánh giá được mức độ xâm lấn của u

- **Di căn hạch vùng (N)**

- N0: Không có di căn hạch
- N1: Di căn hạch vùng
- Nx: Không xác định được di căn hạch

- **Di căn xa**

- M0: không có di căn xa
- M1: Di căn vào gan, phúc mạc, hạch ở rốn lách hoặc dọc tĩnh mạch lách
- Mx: không xác định được di căn

- **Chẩn đoán giai đoạn**
  - Giai đoạn I: T1N0M0
  - Giai đoạn II: T2N0M0, T3N0M0
  - Giai đoạn III: T1N1M0, T2N1M0, T3N1M0
  - Giai đoạn IV: T4 N bất kỳ M0, T và N bất kỳ M1

## V. UNG THƯ TUY

Mãi gần đây ung thư tụy mới được đưa vào phân loại theo hệ thống TNM kích thước sự xâm lấn có liên quan chặt chẽ với tiên lượng của bệnh. Ở mức độ T1 kích thước 2cm được coi là tiêu chuẩn cho phân chia các mức độ nhỏ hơn.

- **Khối u nguyên phát (T)**
  - T1: u cư trú ở tụy
  - T1a: Chiều lớn nhất của u  $\leq 2$ cm
  - T1b: Chiều lớn nhất của u lớn hơn 2cm
  - T2: Khối u lan vào tá tràng, đường mật hoặc tổ chức quanh tụy
  - T3: Khối u lan vào dạ dày, lách, đại tràng hoặc các mạch máu lớn
  - Tx: không đánh giá được sự xâm lấn của u
- **Di căn hạch vùng (N)**
  - N0: không có di căn
  - N1: Có di căn hạch
  - Nx: không đánh giá được có di căn hay không
- **Chẩn đoán giai đoạn**
  - Giai đoạn I: T1N0M0, T2N0M0
  - Giai đoạn II: T3N0M0
  - Giai đoạn III: T bất kỳ N1M0
  - Giai đoạn IV: T và N bất kỳ M1

Trên SANS hình ảnh của khối u tương đối chi tiết và rõ rệt khác nó cũng phát hiện chính xác các bất thường của ống tụy do khối ung thư gây ra. Điều này rất quan trọng đối với các u bé còn khả năng phẫu thuật để cắt bỏ. So với ERCP trong chẩn đoán các u tụy còn bé, các u tụy ở vùng lồi móc SANS tỏ ra nhạy và chính xác hơn. Đối với các tổn thương còn nghi ngờ

người ta còn có thể chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của SANS để chẩn đoán xác định.

Cần chú ý rằng các ung thư đầu tụy khi xâm lấn vào dạ dày hoặc tá tràng thì được xác định là T3 nhưng ở ung thư bóng Vater nếu xâm lấn vào tá tràng thì chỉ được coi là T2, còn khi xâm lấn vào tụy được coi là T3 hoặc T4. Từ mâu thuẫn này một số tác giả đề nghị nếu u ở vị trí đầu tụy thì khi xâm lấn vào tá tràng hoặc dạ dày có thể coi là T2, nhưng nếu u ở thân và đuôi tụy mà xâm lấn vào tá tràng và dạ dày thì được xác định là T3

## VI. UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN

Ung thư đường mật ngoài gan về lâm sàng và phân loại có nhiều điểm giống ung thư tụy. Đối với các ung thư ở đoạn trên còn gọi là u Klaskin một tác giả quan niệm: nếu u xâm lấn vào túi mật theo ống túi mật thì được xác định là T2, nhưng nếu xâm lấn trực tiếp vào thành túi mật qua các tổ chức quanh ống mật và túi mật thì được xếp là T3

### - *Khối u (T)*

- T1: u xâm lấn vào lớp niêm mạc hoặc lớp cơ của thành túi mật
- T1a: u xâm lấn vào lớp niêm mạc
- T1b: u xâm lấn vào lớp cơ
- T2: u xâm lấn vào tổ chức liên kết bao quanh lớp cơ
- T3: u xâm lấn vào các tổ chức ở cạnh: gan, tụy, tá tràng, túi mật, đại tràng, dạ dày.

### - *Di căn hạch (N)*

- N0: không có di căn hạch
- N1: có hạch di căn
  - + N1a: Hạch dọc theo ống gan chung, ống túi mật hoặc rốn gan
  - + N1b: Hạch quanh tá tràng, quanh tĩnh mạch cửa, cạnh các mạch thân tạng và mạc treo tràng.

### - *Di căn xa (M)*

- M0: không có di căn xa
- M1: Di căn phúc mạc, gan, hạch quanh dạ dày

### - *Chẩn đoán giai đoạn*

- Giai đoạn I: T1N0M0



- Giai đoạn II: T2N0M0, T3N0M0
- Giai đoạn III: T1N1M0, T2N1M0
- Giai đoạn IV: T3N1M0, T và N bất kỳ M1

## VII. UNG THƯ TÚI MẬT

Về mặt giải phẫu mối liên quan giữa túi mật với dạ dày và tá tràng khác nhau ở mỗi người. Một số trường hợp bằng siêu âm thường khó xác định được rõ ranh giới thành túi mật thành tá tràng và thành dạ dày. Nhưng một số lại có thể nhìn rõ do các cơ quan nằm tách xa nhau. Trên hình ảnh SANS ung thư túi mật xuất hiện như một khối nhỏ hoặc có dạng polyp gắn vào thành. Sự xâm lấn của khối u vào thành được phân biệt khá rõ ràng

### - *Khối u (T)*

- T1: u khu trú ở lớp niêm mạc của túi mật
- T2: u xâm lấn vào lớp cơ
- T3: u xâm lấn vào các tổ chức xung quanh như tá tràng, gan và các mạch máu lớn

### - *Di căn hạch (N)*

- N0: không có di căn hạch
- N1: Có hạch di căn
- Nx: không xác định được

### - *Di căn xa (M)*

- M0: không có di căn xa
- M1: Di căn xa tới gan, phúc mạc
- Mx: không xác định được

### - *Chẩn đoán giai đoạn*

- Giai đoạn I: T1N0M0
- Giai đoạn II: T2N0M0
- Giai đoạn III: T1N1M0, T2N1M0, T3N0M0
- Giai đoạn IV: T3N1M0, T và N bất kỳ M1

Việc xác định khối u di căn vào các ống mật ở cạnh ít khi được đặt ra. Trong trường hợp ung thư bao gồm cả túi mật và đường mật việc xác định ung thư nguyên phát từ nơi nào là rất khó và các tác giả nhất trí xếp vào T3

**Tóm lại:** cách phân loại giai đoạn ung thư theo hệ thống TNM mới đã được áp dụng rất nhiều trong các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ và đặc biệt là trong siêu âm nội soi. Hàng loạt các công trình nghiên cứu đã chứng tỏ mối tương quan chặt chẽ giữa hình ảnh siêu âm nội soi với hình ảnh giải phẫu bệnh lý. Một số các hạch chưa xác định được chắc chắn có phải là di căn không người ta còn có thể chọc hút để chẩn đoán tế bào học, nhờ đó đã đưa ra được quyết định cần thiết cho điều trị. Tuy nhiên, dù sao SANS cũng chỉ là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh nên độ chính xác của chẩn đoán còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố: kinh nghiệm người đọc, độ phân giải của máy, loại tổn thương đang thăm dò... .. Việc sử dụng hệ thống TNM để đánh giá giai đoạn về cơ bản là tốt song trên thực tế vẫn còn một số bất cập. Dù sao với sự cải tiến này càng tốt hơn về mặt kỹ thuật, đặc biệt là việc sử dụng các đầu dò bé có tần số cao chắc chắn đây là một phương tiện rất tốt trong chẩn đoán các ung thư đường tiêu hóa.

# SOI Ổ BỤNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

Soi ổ bụng là phương pháp thăm dò trực tiếp về hình thái một số tạng trong ổ bụng, đánh giá tình trạng bất thường và mối liên quan giữa các tạng đó ở trong phúc mạc. Qua soi ổ bụng còn có thể sinh thiết để chẩn đoán bệnh. Đặc biệt ngày nay soi ổ bụng điều trị được áp dụng rộng rãi ở các cơ sở nội khoa, ngoại khoa, sản khoa, mặc dù có nhiều phương pháp thăm dò hình thái không chảy máu khác như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính... Phương pháp soi ổ bụng vẫn tồn tại và phát huy ưu thế của nó đặc biệt trong soi ổ bụng điều trị đã thay thế dần một số phẫu thuật thông thường trong cắt túi mật, cắt dạ dày...

Soi ổ bụng được Ott và G. Kelling đề xuất từ năm 1901, đến năm 1910 Jacobeus công bố 19 lần soi ổ bụng ở người và đưa ra các chỉ định soi ổ bụng. Năm 1929 H. Kalk công bố kết quả 100 trường hợp soi ổ bụng.... Từ đó phương pháp soi ổ bụng được phát triển, áp dụng rộng rãi trong thăm dò hình thái trực tiếp các cơ quan nằm trong ổ bụng. Dụng cụ máy móc ngày càng được cải tiến. Người ta chế tạo máy soi dẫn truyền ánh sáng nóng rồi ánh sáng lạnh bằng thạch anh hoặc sợi thủy tinh - Video nội soi. Cùng với máy móc được cải tiến, các dụng cụ phục vụ các thủ thuật nội soi cũng được cải tiến như: dụng cụ sinh thiết, chọc dò, cắt dây dính, đốt điện, chụp ảnh, quay phim... làm tăng giá trị của nội soi trong chẩn đoán và điều trị.

## II. TÁC DỤNG VÀ HẠN CHẾ CỦA PHƯƠNG PHÁP SOI Ổ BỤNG

Soi ổ bụng là phương pháp thăm dò và điều trị rất có hiệu quả trong một số bệnh lý của các cơ quan trong ổ bụng, song đây là thủ thuật thăm dò đòi hỏi sự vô trùng tuyệt đối (như phẫu thuật bụng) có những chỉ định và chống chỉ định sau.

## 1. Chỉ định soi ổ bụng

- Bệnh lý gan: Viêm gan cấp tính - mạn tính, áp xe gan, xơ gan, ung thư gan, khối u gan.
- Bệnh lý của túi mật, ứ mật có thể nhìn thấy hình ảnh gián tiếp tắc mật ở mật gan.
- Bệnh lý của lách (loại trừ lách to do bệnh lý của máu): U lách, áp xe lách - quan sát hình ảnh tăng áp lực tĩnh mạch cửa qua các mạch máu giãn.
- Bệnh lý của phúc mạc: Nghi lao phúc mạc, ung thư phúc mạc, hoặc những trường hợp có cổ trướng chưa rõ nguyên nhân.
- Bệnh lý của mạc nối lớn, nghi ung thư mạc nối, khối u ở mạc nối lớn, mạc nối nhỏ...
- Bệnh lý của tử cung, buồng trứng: U nang buồng trứng, ung thư buồng trứng, chửa ngoài dạ con, u tử cung v.v...
- Chỉ định trong một số trường hợp các khối u ở ổ bụng chưa rõ nguồn gốc.

Bệnh lý của dạ dày, ruột non, đại tràng, soi ổ bụng chỉ phát hiện được hình thái mặt ngoài của thành các tạng rỗng, Vì vậy chỉ nên coi soi ổ bụng là phương pháp cuối cùng được áp dụng sau khi làm các xét nghiệm với các phương pháp khác không có kết quả.

Năm 1956 Lamy và Sarles đã áp dụng soi ổ bụng cấp cứu và đưa ra giá trị của soi ổ bụng cấp cứu giúp chẩn đoán bệnh chính xác hơn, tránh phẫu thuật nhầm qua nghiên cứu 1265 trường hợp.

## 2. Chỉ định soi ổ bụng cấp cứu

- Viêm túi mật cấp.
- Viêm tụy cấp.
- Viêm ruột thừa cấp.
- Thủng dạ dày tá tràng. Trong trường hợp thủng bít có thể nhìn thấy hình ảnh gián tiếp là mảng fibrin hoặc dày dính vào phúc mạc.
- Chấn thương bụng: vỡ các tạng trong ổ bụng.
- Chửa ngoài dạ con vỡ, u nang buồng trứng xoắn.

Trong những năm gần đây có nhiều phương pháp thăm dò hình thái không chảy máu ra đời như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ hạt nhân,.. Đã cho kết quả về hình thái các cơ quan trong ổ bụng khá chính xác, đã thay thế dần một số chỉ định trong thăm dò soi ổ bụng. Tuy nhiên một số trường hợp bệnh lý của phúc mạc, của buồng trứng tử cung mà các phương pháp thăm dò như siêu âm - CT chưa khẳng định được, vẫn cần đến phương pháp soi ổ bụng để giúp chẩn đoán xác định bệnh. Ngày nay người ta áp dụng nội soi điều trị để thay thế một số phẫu thuật thông thường ngày càng được áp dụng rộng rãi ở ngoại khoa, và sản phụ khoa. Vì phẫu thuật qua nội soi thời gian ngắn hơn, chăm sóc sau phẫu thuật đơn giản ngắn ngày hơn có lợi cho sức khỏe của người bệnh.

### **3. Chống chỉ định phương pháp soi ổ bụng**

#### **■ Chống chỉ định tuyệt đối:**

- + Cơ địa chảy máu: Biểu hiện trên lâm sàng và xét nghiệm máu. Máu chảy, máu đông kéo dài, tỷ lệ prothrombin giảm dưới 50%.
- + Cổ trướng có máu.
- + Thoát vị hoành.
- + Suy tim.
- + Suy hô hấp cấp và mạn tính.
- + Bệnh nhân quá yếu không chịu đựng nổi thủ thuật.

#### **■ Chống chỉ định tương đối:**

- + Bệnh nhân nấc, bụng chướng hơi, ho nhiều.
- + Có thoát vị rốn, bẹn.
- + Có phẫu thuật cũ ở bụng - đường đưa máy soi khó.
- + Bệnh nhân tâm thần.
- + Tuần hoàn bàng hệ ở bụng quá nhiều.
- + Các bệnh tích ngoài da bụng ở vị trí định soi như: Nhiễm trùng, hắc lào, ghẻ... khi soi có thể đưa các tổn thương vào trong ổ bụng.

### **4. Một số hạn chế của phương pháp soi ổ bụng**

Một số tạng nhìn thấy qua soi ổ bụng cũng có hạn chế sau:

- Đối với bệnh lý của gan: chỉ nhìn thấy mặt trước trên của gan và một phần mặt dưới gan, soi ổ bụng, không thể nhìn thấy tổn thương trong

lòng gan và vùng rốn gan - mặt dưới gan. Khi vỏ Glisson viêm dày phủ trắng fibrin không thể gạt để bộc lộ mặt gan. Trong trường hợp gan bị tắc mật không thể phân biệt được tắc mật trong gan hay ngoài gan.

- Đối với túi mật chỉ nhìn được đáy túi mật
- Đối với dạ dày, ruột chỉ nhìn thấy một phần quai ruột - lớp thanh mạc.
- Không thể nhìn thấy phía trong lòng dạ dày, ruột. Chỉ phát hiện được khối u từ lòng ruột xâm lấn ra phía ngoài và tổ chức xung quanh, để chẩn đoán chính xác bệnh lý của dạ dày ruột phải nội soi dạ dày và đại tràng bằng ống soi mềm.
- Trên thực tế một số trường hợp sau soi ổ bụng cũng chưa thể kết luận tình trạng bệnh lý như: gan to chưa rõ nguyên nhân, gan ứ mật, khối u ở bụng chưa thể nhìn thấy vị trí xuất phát...
- Nhận định về tác dụng của phương pháp soi ổ bụng đã được nhiều tác giả trên thế giới đánh giá cao như Olim (1961) cho rằng soi ổ bụng cho phép chẩn đoán chính xác đến 90,9%. Loginov A.C (1969) cho soi ổ bụng chẩn đoán chính xác tùy theo từng bệnh lý của cơ quan trong ổ bụng từ 59,3% đến 95,9%.

Tóm lại phương pháp soi ổ bụng với những cải tiến về máy móc và dụng cụ làm thủ thuật ngày càng phát huy được những ưu điểm của phương pháp này trong chẩn đoán và điều trị.

## II. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ PHÒNG NGỪA TAI BIẾN TRONG KHI SOI Ổ BỤNG

Soi ổ bụng không nên coi là một phương pháp chẩn đoán và điều trị nhẹ nhàng mà cần có thái độ nghiêm túc hiểu biết thấu đáo chỉ định, chống chỉ định thủ thuật, hết sức thận trọng trong khi làm thủ thuật để hạn chế những tai biến xảy ra có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

Tai biến soi ổ bụng, có thể phân chia thành nhóm

- Tai biến do gây tê.
- Tai biến do bơm hơi vào phúc mạc.
- Tai biến trong khi chọc Troca và soi.
- Tai biến do sinh thiết và các phối hợp khác trong khi soi.
- Tai biến trong phẫu thuật nội soi.

## **1. Tai biến do gây tê**

- Khi soi ổ bụng cho trẻ em nên gây mê, ở người lớn có thể gây tiền mê hoặc chỉ gây tê tùy theo từng người bệnh để chọn phương pháp thích hợp. Nên thử test novocain trước khi gây tê tránh tình trạng sốc do dị ứng novocain.
- Thường dùng novocain loại 1%, 0,5%, 0,25%.
- Dùng một số thuốc gây mê tiền mê có thể đưa đến giảm ôxy mô, hạ huyết áp, nặng có thể ngừng tim đột ngột - Cần phát hiện kịp thời, cho thở oxy và các biện pháp cấp cứu hồi phục tuần hoàn và hô hấp.

## **2. Tai biến bơm hơi vào ổ bụng**

Là nhóm tai biến hay gặp nhất do không tuân theo chỉ định, chống chỉ định của soi ổ bụng hoặc dụng cụ không hoàn thiện và gây tê không hợp lý.

- Yếu tố thăm khám kỹ bệnh nhân trước khi soi rất quan trọng: Cần phát hiện các vị trí tạng đặc trong bụng như gan - lách - túi mật để tránh chọc kim vào các vị trí này. Bụng chướng hơi, nấc, ho khi chọc kim bơm hơi có thể vào các tạng rỗng hoặc mạch máu lớn.
- Tắc mạch do kim bơm hơi vào mạch máu, nên phải thử kim thận trọng.
- Gây tràn khí dưới da do đầu kim nằm ở tổ chức ngoài phúc mạc, áp lực bên trong ổ bụng lớn hơn, phân ra các tổ chức liên kết xốp - có thể tràn khí dưới da cổ, da bụng, da bìu.
- Sốt sau bơm hơi phúc mạc.
- Tràn khí trung thất là biến chứng rất nặng có thể dẫn đến tử vong. Tránh tai biến này cần kiểm tra X.quang lồng ngực để loại trừ viêm dày dính cơ hoành, thoát vị hoành không được soi ổ bụng.
- Tràn khí mạc nối: cần sử dụng kim bơm hơi hợp lý thận trọng.
- Chọc thủng tạng rỗng trong ổ bụng: ruột, dạ dày.
- Tụ máu lan rộng ở thành bụng.
- Tràn khí màng phổi cấp: Sau sinh thiết gan chọc kim qua màng phổi. Cần hút khí ra khỏi màng phổi cho thở oxy và trợ tim mạch.
- Tắc mạch khí nặng nhất. Khi hơi vào mạch máu lớn của tạng trong ổ bụng.

### 3. Biến chứng trong khi soi

- Chảy máu do tổn thương ở thành bụng, mạc treo, ở gan - lách.
- Thủng ruột: hay gặp thủng đại tràng do chọc kim hoặc chọc Troca. Cần phẫu thuật sớm.
- Truy tìm mạch: mạc nối lớn cuộn vào ống soi, hoặc mạc treo chẹt vào vỏ Troca khi rút Troca. Cần cấp cứu sốc, hồi phục tuần hoàn, hô hấp cho bệnh nhân.

### 4. Tai biến do sinh thiết, chọc dò phối hợp khi soi ổ bụng

- Chảy máu
- Chọc vào ổ mủ - gây viêm phúc mạc do mủ chảy ra ổ bụng
- Chọc vào các tạng khác trong ổ bụng.

Cần thận trọng quan sát kỹ cơ quan và mối liên quan cơ quan định làm thủ thuật.

- Tai biến trong phẫu thuật nội soi giống tai biến khi làm các thủ thuật kể trên.

## III. KỸ THUẬT SOI Ổ BỤNG

Tất cả dụng cụ cần thiết cho nội soi cần phải tiệt trùng tuyệt đối như phẫu thuật ổ bụng. Phòng soi riêng biệt được tiệt trùng bằng tia cực tím.

### 1. Công việc chuẩn bị

- Chuẩn bị bệnh nhân
  - + Giải thích về mục đích soi ổ bụng để bệnh nhân yên tâm.
  - + Hướng dẫn bệnh nhân làm vệ sinh vùng bụng, nếu có lòng ở vùng bụng phải cạo sạch.
  - + Thụt tháo phần lần 1 vào tối hôm trước soi ổ bụng, thụt tháo lần 2 vào 6 giờ sáng hôm soi ổ bụng.
  - + Dặn bệnh nhân nhịn ăn sáng hôm soi ổ bụng
  - + Cho bệnh nhân đi tiểu hoặc đại tiện trước khi soi
  - + Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ trước khi soi cho người bệnh
  - + Kiểm tra xét nghiệm về máu chảy, máu đông, tỷ lệ prothrombin trước khi soi (nếu máu chảy > 8 phút, máu đông > 15 phút, tỷ lệ prothrombin < 50%, không soi ổ bụng).



- Chuẩn bị dụng cụ
  - + Phải tiệt trùng các dụng cụ không thể hấp sấy được bằng cách chiếu tia cực tím trong 1 giờ trước khi soi gồm:
    - Đèn soi
    - Dây dẫn ánh sáng
    - Dây dẫn bơm hơi
    - Găng cao su
  - + Dụng cụ vô khuẩn được hấp sấy ướt 200°C gồm: Đồ vải, áo mũ khẩu trang phẫu thuật, khăn mổ, găng tay, bông gạc.
  - + Dụng cụ kim loại hấp sấy khô 120°C
    - Dụng cụ gây tê: Bát đựng novocain 1%, bơm tiêm 5 - 10ml, kim gây tê.
    - Bộ dụng cụ bơm hơi gồm: kim bơm hơi, bơm tiêm 20ml, dao chích.
  - + Bộ dụng cụ máy soi gồm: Trocar, kim thăm dò đầu tù, kim sinh thiết gan, kim sinh thiết phúc mạc, kéo, kẹp kocher có răng, kẹp kocher không răng để cầm máu, kẹp kocher bóc tách nhỏ, kim chỉ khâu hoặc kẹp aráp
  - + Dụng cụ sạch: Khay quả đậu, cốc có chia độ, cồn 70°C và cồn lốt, các ống xét nghiệm dịch thông thường, lọ đựng bệnh phẩm sinh thiết, lam kính làm xét nghiệm tế bào học.
  - + Kiểm tra
    - Nguồn sáng và máy bơm hơi hoạt động bình thường kiểm tra hoạt động của Camera (nếu có trang bị)

## 2. Thủ thuật viên và trợ thủ viên

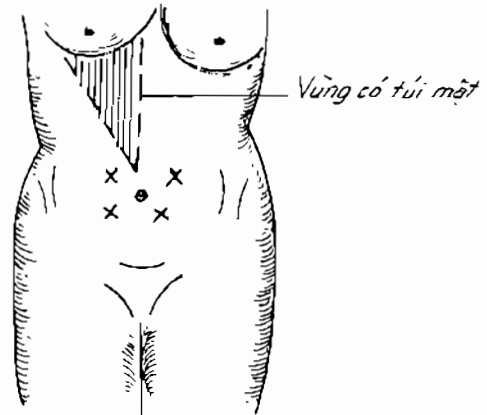
- 2 bác sĩ nội soi được đào tạo kỹ thuật soi ổ bụng
- 1 y tá chuyên nội soi

Thủ thuật viên và trợ thủ viên phải tuân theo quy chế vô trùng tuyệt đối của ngoại khoa: áo, mũ, khẩu trang, găng tay vô trùng.

## 3. Các bước thủ thuật soi ổ bụng

- Vị trí để tiến hành đưa trocar và đầu nội soi vào trong ổ bụng, thường dùng các điểm kinh điển của Kalh
  - + 3 cm trên và dưới rốn
  - + 0,5cm bên phải và trái cách đường trắng giữa

Trong soi ổ bụng cấp cứu có thể lựa chọn điểm thấp hơn bên trái thành bụng để từ đó có thể quan sát các vùng thuận tiện hơn: Tránh các vị trí nguy hiểm: Vùng túi mật vùng có động mạch chủ... chọn điểm chọc Trocar tránh xa, các tạng đặc hoặc chỗ dính, tránh các vùng có tuần hoàn bàng hệ



Vị trí chọc Troca trên thành bụng trong soi ổ bụng

**Bơm hơi phúc mạc:** Gây tê theo từng lớp từ da vào ổ bụng chọc kim bơm hơi phải thử kiểm tra bằng bơm tiêm kín xác định kim không nằm trong mạch máu – kim tự do trong phúc mạc

**Mục đích bơm hơi phúc mạc:** Tạo lớp hơi để tách thành bụng với các phụ tạng

- + Chuẩn bị chọc Troca an toàn
- + Khi soi di chuyển đèn dễ dàng
- + Giúp ánh sáng đèn tốt hơn
- Chọc Troca đưa đèn soi vào ổ bụng

Quy tắc quan sát cần tuân thủ nguyên tắc quan sát toàn cảnh và nhắm đích (từ xa đến gần), cơ quan lành mạnh đến cơ quan tổn thương.

Thường quan sát từ trái sang phải chia ước lượng ổ bụng thành các khu vực để tránh bỏ sót.

- + Ô vuông phải trên: quan sát thùy phải gan, dây chằng liềm, dây chằng tròn, túi mật, nửa bên phải cơ hoành, mạc nối lớn và phần ruột nằm ở vùng này.
- + Ô vuông trái trên: quan sát thùy gan trái, dạ dày nửa trái cơ hoành, một phần mạc nối ruột, lách.
- + Ổ bụng bên phải, bên trái phía dưới đại tràng - ruột non, bàng quang

- + Hố chậu phải, trái, quan sát các cơ quan nằm trong vùng này (buồng trứng, tử cung...).
- + Quan sát thành phúc mạc: phía trước thành bụng thành sau ổ bụng (tư thế nằm nghiêng)

Khi quan sát các vùng của ổ bụng có thể thay đổi tư thế bệnh nhân như: nghiêng phải, nghiêng trái, tư thế forler đầu cao, đầu thấp...) tùy theo cơ quan cần quan sát, do thay đổi tư thế kết hợp với que thăm dò bộc lộ các cơ quan cần quan sát.

- Bàn nội soi phải đáp ứng được yêu cầu giúp thay đổi tư thế bệnh nhân khi làm thủ thuật.
- Khi quan sát các cơ quan cần chú ý
  - + Hình thù, kích thước các cơ quan
  - + Màu sắc
  - + Tính chất bề mặt: Nhẵn, gồ ghề
  - + Mật độ
  - + Mạch máu
  - + Mối quan hệ giữa các cơ quan
- Trong khi soi ổ bụng có thể kết hợp các thủ thuật giúp chẩn đoán hoặc điều trị bệnh
  - + Sinh thiết gan, sinh thiết phúc mạc
  - + Chọc hút tế bào
  - + Chọc đường mật
  - + Chọc các ổ áp xe như: áp xe gan, áp xe thành bụng
  - + Dùng kim thăm dò để nâng bờ gan quan sát túi mật, bộc lộ các tạng khi bị mạc nối hoặc các tạng khác che phủ, thăm dò mật độ các cơ quan để đánh giá mức độ mềm, cứng...
  - + Cắt dây dính
- Kết thúc soi ổ bụng
  - + Đưa bàn soi về vị trí nằm ngang.
  - + Rút đèn soi ra khỏi ổ bụng
  - + Cho hơi ra khỏi ổ bụng qua Troca.
  - + Khâu hoặc kẹp arap lại vết rạch ổ bụng
  - + Sát trùng vị trí soi

- Sau soi ổ bụng bệnh nhân cần nằm nghỉ tại giường, tránh đi lại, có thể cho ăn thức ăn lỏng dễ tiêu hoá
- Sau soi ổ bụng cần theo dõi trong 24 giờ để phát hiện các tai biến sau soi, có tai biến được xử trí kịp thời tránh nguy hiểm cho bệnh nhân
  - + Theo dõi toàn thân: Nhiệt độ, nhịp thở, mạch huyết áp, tràn khí dưới da hoặc tràn khí màng phổi nôn mửa, tình trạng thiếu máu...
  - + Theo dõi thành bụng để phát hiện các biến chứng ngoại khoa
- Ghi chép sổ sách soi ổ bụng là cần thiết vì:
  - + Là văn bản chuyên môn cung cấp tài liệu chính xác cụ thể giúp cho chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân
  - + Là văn bản pháp lý cho người làm thủ thuật
  - + Giúp nghiên cứu khoa học
- Ghi chép biên bản soi
  - + Thủ tục hành chính: Ngày soi, họ tên bệnh nhân, địa chỉ nghề nghiệp
  - + Kết quả xét nghiệm khác
  - + Chẩn đoán trước khi soi ổ bụng
  - + Mục đích soi ổ bụng
  - + Mô tả ổ bụng theo trình tự đã nêu phần kỹ thuật
  - + Kết luận: Mô tả hình ảnh qua soi ổ bụng nếu chưa rõ

#### Kết luận bệnh lý có tính chất khẳng định

Hiện nay có nhiều phương pháp thăm dò hình thái các cơ quan trong ổ bụng không chảy máu như: Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ... Một số chỉ định soi ổ bụng đã thu hẹp lại, hoặc soi ổ bụng là biện pháp cuối cùng trong chẩn đoán bệnh. Tuy nhiên soi ổ bụng vẫn là phương pháp thăm dò trực tiếp các cơ quan trong ổ bụng cho những thông tin đáng tin cậy cùng với các thủ thuật kết hợp khi soi, đặc biệt bệnh lý màng bụng, đã cho chẩn đoán chính xác. Ngày nay nội soi điều trị rất phát triển đã thay thế dần một số phẫu thuật thông thường.

## II. HÌNH ẢNH BÌNH THƯỜNG MỘT SỐ CƠ QUAN TRONG Ổ BỤNG QUA SOI Ổ BỤNG

**1. Gan:** chỉ quan sát được mặt trước gan, hoặc một phần mặt dưới gan.

- Gan màu đỏ nâu
- Mặt gan nhẵn, cấu trúc thuần nhất
- Bờ gan tròn, không vượt quá bờ sườn phải
- Mật độ gan mềm mại, dùng que thăm dò sờ ấn trên mặt gan không lõm.

**2. Túi mật:** Chỉ nhìn thấy một phần túi mật

- Đáy túi mật, bề mặt nhẵn bóng ló dưới bờ gan 1 - 2cm
- Màu trắng xanh
- Thành túi mật nhìn rõ mạch máu màu hồng
- Dùng que thăm dò nâng bờ gan có thể quan sát túi mật đến cổ túi mật

**3. Cơ hoành vùng gan phải:** Nhẵn màu đỏ tía, quan sát khi đưa đèn trên mặt gan.

**4. Dạ dày**

- Quan sát được phần lớn thành trước của dạ dày và tá tràng
- Bờ cong nhỏ thường bị che lấp bởi thùy trái gan, có thể nâng bờ gan trái bằng que thăm dò hoặc thay đổi tư thế bệnh nhân nằm nghiêng để quan sát
- Dạ dày màu vàng trắng bề mặt phẳng bóng, nhìn rõ bờ cong lớn và cung mạch máu dạ dày

**5. Đại tràng**

- Quan sát đại tràng ngang ở tư thế nằm ngang
- Vị trí đại tràng ngang nằm ngay dưới mạc nối lớn. Nhận biết đại tràng, nhờ giải cơ dọc và các nếp gấp ngang của đại tràng.
- Màu đại tràng trắng xanh có thể quan sát được đại tràng lên và ruột thừa khi cho bệnh nhân nằm nghiêng trái dùng que thăm dò lật tìm ruột thừa. Quan sát đại tràng xích ma và trực tràng nhận biết không khó khi cho bệnh nhân nghiêng phải đầu dốc

**6. Ruột non:** Có thể quan sát ở tư thế bệnh nhân nằm ngang

- Màu ruột non hồng vàng
- Thành ruột nhẵn bóng, luôn nhu động, có thể nâng quai ruột bằng que thăm dò nhìn thấy mạng tĩnh mạch mạc treo ruột màu xanh xám

**7. Lách:** có thể nhìn thấy lách màu nâu xám nằm sát cơ hoành trái

**8. Quan sát các cơ quan nằm trong tiểu khung và hố chậu phải, trái**

- Bàng quang: Hình dạng bàng quang tùy thuộc vào lượng nước tiểu nhiều hay ít
  - + Màu bàng quang vàng hồng, mặt nhẵn
- Tử cung và buồng trứng, nhìn rõ ở tư thế bệnh nhân nằm đầu dốc, tư thế foleR
  - + Tử cung hình củ ấu có vòi tử cung và ống dẫn trứng hai bên
  - + Tử cung màu hồng sẫm mặt nhẵn, vòi trứng ống dẫn trứng màu hồng tươi
  - + Buồng trứng hai bên có màu trắng xanh, mặt nhẵn
  - + Để nhận biết tử cung buồng trứng đôi khi phải dùng que thăm dò để gạt hoặc nâng tổ chức mỡ hoặc các cơ quan khác che lấp
- Dây chằng rộng hai bên hố chậu màu vàng hồng, nhẵn bóng  
Dùng que thăm dò đưa mạc treo ruột bên trên có thể quan sát thấy động mạch chậu đập ở phía thành sau bụng

# MỘT SỐ HÌNH ẢNH BỆNH LÝ GAN QUA SOI Ổ BỤNG

## I. VIÊM GAN CẤP

Soi ổ bụng có thể quan sát những thay đổi màu sắc, hình thái, kích thước gan, mật gan, bờ gan, mật độ gan theo các giai đoạn của viêm gan cấp, theo thời gian tiến triển của bệnh, kết hợp với sinh thiết gan xét nghiệm mô bệnh học, chẩn đoán xác định được mức độ tổn thương và tiên lượng bệnh.

Qua soi ổ bụng quan sát tình trạng túi mật thường thay đổi cùng với viêm gan cấp.

- Giai đoạn vàng da
  - + Gan màu đỏ tươi khác biệt với nhu mô gan lành
  - + Kích thước gan to
  - + Mật gan phẳng bóng, trên bề mặt gan có thể có màng fibrin trắng mỏng dưới vỏ gan, hoặc có mạng đen mỏng do các mao mạch mật giãn rộng
  - + Mật độ tăng
  - + Bờ gan tròn
  - + Lách có thể to nhỏ ra khỏi bờ sườn
  - + Túi mật nhẽo xẹp, nhân nhúm, vỏ túi mật xung huyết đỏ.

Soi ổ bụng có thể quan sát thấy những giai đoạn tiếp theo của viêm gan cấp. Sự khôi phục trở lại bình thường hoặc chuyển sang viêm gan mạn tính

- Giai đoạn khôi phục
  - + Vỏ gan dày lên không đồng đều
  - + Màu sắc loang lổ: Trắng xám
  - + Mật độ gan chắc, mật độ tăng
  - + Túi mật to chứa đầy mật, thành túi mật có màu xanh cảm thạch, mao mạch giãn rộng hoặc thành túi mật dày đặc màu xám nhạt.

Kết hợp sinh thiết gan xét nghiệm mô bệnh học nhận thấy có hiện tượng hoại tử tế bào gan ở trung tâm tiểu thùy ứ đọng sắc tố mật trong tế bào gan, mao mạch mật bị hoại tử hoặc tắc nhiều chỗ đặc biệt trung tâm tiểu thùy gan, xâm nhập tế bào viêm lymphô và đơn nhân xuất hiện các sợi collagen, tổ chức xơ có thể có ở khoảng cửa.

## II. VIÊM GAN MẠN TÍNH: HÌNH ẢNH GAN QUA SOI Ổ BỤNG NHẬN THẤY

- Gan to hoặc không to
- Mặt gan loang lỗ có chấm đỏ tròn không viền khỏi mặt gan.
- Màu sắc lốm đốm được gọi là gan to đỏ lốm đốm từ giai đoạn này có thể chuyển sang mấp mô, lồi sần do hiện tượng tái tạo lại tế bào gan sau hoại tử. Mặt gan có những sẹo lõm do hiện tượng xơ hoá
- Mặt độ gan, chắc, bờ gan có fibrin trắng lắng đọng
- Bờ gan sắc
- Túi mật to thành dày, vỏ túi mật ứ huyết, chứa đầy mật

Tổn thương gan da dạng tùy theo mức độ viêm gan nặng hoặc nhẹ, hoặc xơ gan đang hình thành

Sinh thiết gan xét nghiệm mô bệnh học: Tổn thương tế bào gan như mô tả ở trên kèm theo xuất hiện fibrin tổ chức liên kết, thành mạch máu mỏng bị tạo keo hoá, hình thành mô liên kết trẻ, tổ chức gan tái tạo, thoái hoá và hoại tử tế bào xen kẽ phá vỡ lớp tế bào giới hạn quanh khoảng cửa

## III. XƠ GAN: Chẩn đoán dựa trên hình thái học

- Kích thước gan: Gan teo nhỏ, số ít trường hợp gan to hơn bình thường hoặc bình thường
- Màu sắc gan: Vàng nâu hoặc hồng xám, nhạt màu
- Bề mặt gan mấp mô, các nodule nổi rõ dưới dạng hạt nhỏ hoặc to nhỏ không đều
- Mặt độ gan chắc
- Bờ gan sắc vênh hình răng cưa
- Vỏ Glisson dày
- Vị trí dây chằng liềm, dây chằng tròn thay đổi, kéo lệch
- Lách to
- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa được thể hiện qua quan sát thấy: Mạch máu xung huyết, tĩnh mạch giãn nổi rõ ở thành bụng dây chằng tròn dây chằng liềm, ở dạ dày ở mạc treo...
- Có thể có cổ trướng
- Về hình thái xơ gan chia 3 loại
  - + Xơ gan hạt đầu đinh (nodule) nhỏ (0,1 - 0,8mm)



- + Xơ gan hạt đậu định to (0,8 - 2cm)
- + Xơ gan hạt đậu định khổng lồ (2 - 5cm)

Soi ổ bụng là phương pháp tốt để chẩn đoán xơ gan khi các tổ chức tân tạo (đậu định) đã xuất hiện rõ trên mặt gan tuy nhiên với dạng hạt đậu định to và khổng lồ cần phân biệt với các khối u gan, hoặc xơ gan ung thư hoá.

Để phân biệt cần làm thêm xét nghiệm mô bệnh học và AFP.

Trong trường hợp xơ gan có nhiều cổ trướng mặt gan có lằn động nhiều fibrin làm giảm các bề mặt lõi lõm của gan trong trường hợp này cần thiết chẩn đoán dựa vào mô bệnh học

#### IV. KHỐI U GAN

**1. U lành tính:** Hay gặp dạng u máu gan (Hemangiom) thường phát sinh từ tĩnh mạch, mạng mao mạch do rối loạn cấu tạo của các nếp của phôi thai gan.

Hình ảnh soi ổ bụng

- Khối nhô lên khỏi mặt gan tròn hoặc múp mô có thể một u hoặc nhiều u
- Màu khối đỏ xanh
- Xung quanh u máu màu đỏ sẫm
- Khối u di chuyển chậm, thăm dò siêu âm doppler không thấy có tín hiệu mạch trong khối u

**2. Nang gan:** Có thể nang đơn độc hoặc đa nang gan

- Khối nhô lên mặt gan, hoặc không nhô khỏi mặt gan
- Khối hình tròn hoặc bầu dục
- Màu trắng xanh, vỏ dày
- Nhu mô gan xung quanh bình thường
- Dùng que thăm dò tổ chức rất mềm
- Để chẩn đoán xác định cần siêu âm gan và chọc hút dịch dưới siêu âm

**3. U thư gan**

- Ung thư gan nguyên phát: Có thể gặp một khối u hoặc nhiều khối u, hoặc khối ung thư trên gan xơ

Hình ảnh soi ổ bụng

- + Khối u lồi lên bề mặt gan hoặc đội gan to lên khối u lớn không bằng phẳng

- + Màu khối u đỏ nâu, xanh vàng, trắng xám, vàng hồng tổ chức xung quanh khối u có nhiều mạch máu, xung huyết
- + Thường gặp thể nhiều u hơn một khối u, khối u có kích thước khác nhau
- + Thể lan toả thường rất khó xác định ranh giới khối u, hay gặp trên nền gan xơ

Chọc hút tế bào, hoặc sinh thiết u để xét nghiệm tế bào học là cần thiết nếu còn nghi ngờ.

- Ung thư gan thứ phát: Thường do di căn từ ung thư dạ dày, ruột, phổi, buồng trứng, tử cung, tuyến vú, thận...

Hình ảnh soi ổ bụng có thể nhận diện được

- + Khối u nhô lên khỏi mặt gan màu đỏ, trắng, hoặc vàng, có kích thước khác nhau hình tròn đều đặn, rải rác trên, thùy gan
- + Khối u có ranh giới rõ so với nhu mô gan
- + Khối u tròn có hố lõm ở trung tâm, tạo thành tổ hợp di căn nếu khối đơn độc khó xác định hơn
- + Có sự đa dạng hình thái của khối u di căn gan

Cần xét nghiệm mô bệnh học để xác định chẩn đoán.

# PHƯƠNG PHÁP LẤY SỎI - GIUN ĐƯỜNG MẬT QUA NỘI SOI NGƯỢC DÒNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp lấy sỏi – giun đường mật bằng kỹ thuật nội soi ngược dòng (Retrograde cholangio pancreatography – ERCP) là phương pháp lấy sỏi – giun bằng máy nội soi tá tràng cửa sổ bên và qua kênh hoạt động của máy soi đưa các dụng cụ lấy sỏi – giun và tán sỏi vào đường mật để lấy sỏi, có hoặc không có cắt cơ oddi. Có nhiều kỹ thuật tán sỏi và lấy sỏi khác nhau đã được sử dụng. Phương pháp lấy sỏi – giun qua nội soi tá tràng làm giảm tỷ lệ phải mổ lấy sỏi đặc biệt trong điều trị sỏi mật tái phát.

## II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA PHƯƠNG PHÁP LẤY SỎI – GIUN ĐƯỜNG MẬT QUA NỘI SOI NGƯỢC DÒNG

### 1. Chỉ định

- Sỏi đường mật, kể cả sỏi trong gan (nhánh gan phải và nhánh gan trái, nhánh hạ phân thùy).
- Sỏi không dính chặt vào đường mật.
- Đường kính sỏi  $\leq 2\text{cm}$ .

### 2. Chống chỉ định

- Chống chỉ định tương đối:
  - + Bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật, cần dùng kháng sinh toàn thân từ 3-7 ngày trước khi lấy sỏi qua nội soi.
- Chống chỉ định tuyệt đối: giống như trong chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi, nhưng thêm các trường hợp sau:
  - + Túi thừa tá tràng cạnh papilla hoặc papilla nằm trong túi thừa.
  - + Đoạn dưới ống mật chủ hẹp.
  - + Sỏi mật lớn hơn 2cm và số lượng sỏi nhiều lấp kín đường mật do đó không còn chỗ để luồn rọ hoặc tời tán sỏi vào đường mật.

### III. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN VÀ DỤNG CỤ

#### 1. Chuẩn bị bệnh nhân

Bệnh nhân phải nhịn ăn trước 6 giờ và đồng ý làm thủ thuật. Được dùng kháng sinh toàn thân 3 ngày trước khi làm thủ thuật nếu bệnh nhân không sốt. Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật dùng kháng sinh toàn thân trong 5-7 ngày trước khi làm thủ thuật.

- Làm xét nghiệm: siêu âm gan-mật ít nhất là một lần trước khi làm thủ thuật để đo xác định vị trí và đo kích thước sỏi – giun trong đường mật. Khi cần thiết chụp CT ổ bụng trước khi làm thủ thuật.
  - + Các xét nghiệm về máu: công thức máu, máu chảy, máu đông, nhóm máu, tỷ lệ prothrombin.
  - + Các xét nghiệm về chức năng gan: bilirubin máu, men gan GOT, GPT.
  - + Amylase máu.

#### 2. Chuẩn bị thuốc

- Thuốc tiền mê: mydazolam (Hypnovel), diazepam (Seduxen), trong những trường hợp bệnh nhân không đáp ứng với thuốc tiền mê Hypnovel, Seduxen thì dùng thuốc tiền mê Propofol.
- Thuốc giảm nhu động: Spasfon, Busopan, nếu bệnh nhân không đáp ứng với các thuốc trên có thể dùng Glucagon.
- Thuốc đối kháng với Hypnovel: anexat, sử dụng khi bệnh nhân bị phản ứng với Hypnovel.
- Thuốc cản quang Telebrix 35 từ 1-3 ống.
- Dung dịch Ringerlactat 500ml.
- Hệ thống oxy và các phương tiện cấp cứu: adrenalin, bộ mở khí quản, bộ đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn.

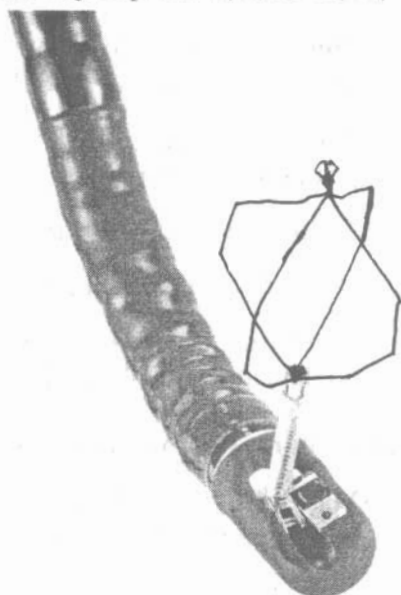
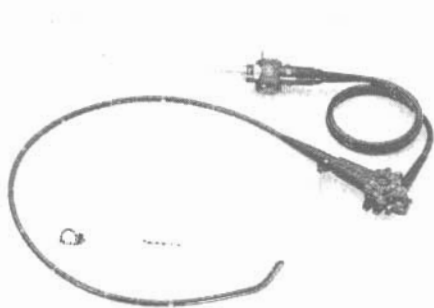
#### 3. Chuẩn bị máy soi và các dụng cụ soi

- Máy soi tá tràng cửa sổ bên có đường có đường kính kênh hoạt động từ 3,2-5,2 mm, loại máy soi có màn hình (videoscope).

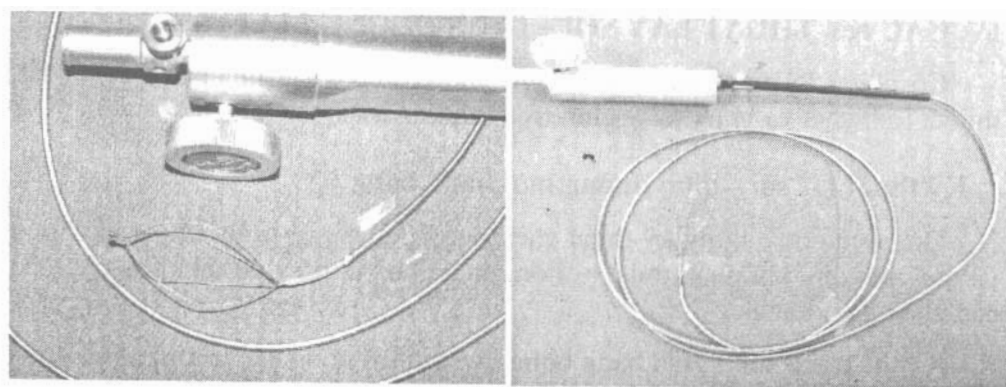
- Các dụng cụ kèm theo: ngoài catheter để bơm thuốc cản quang vào đường mật, tốt nhất là dùng loại catheter có dây dẫn đường (catheter 2 kênh) để thuận lợi khi đưa qua papilla cũng như khi di chuyển trong đường mật, cần có thêm các dụng cụ sau: dao cắt cơ oddi loại có 2 kênh, rọ lấy sỏi, bóng lấy sỏi, tời tán sỏi và nguồn cắt đốt, nguồn điện thủy lực, laser để tán sỏi. Hiện nay sử dụng hai loại tời tán sỏi: tời tán sỏi Olympus 3 lớp gồm rọ được luồn trong vỏ nhựa và ngoài cùng là vỏ sắt với bộ phận tán sỏi ở phần cán của tời tán sỏi, dụng cụ này dễ đưa qua papilla và tán sỏi với hiệu quả cao; tời tán sỏi Soehendra để tán sỏi ngoài máy soi, được sử dụng khi sỏi bị kẹt ở đường mật hoặc hẹp cơ oddi.

Tất cả các máy soi và dụng cụ nội soi phải được chuẩn bị kỹ trước khi làm thủ thuật: phải được tiệt trùng theo đúng quy định, phải được kiểm tra kỹ các chức năng hoạt động của các dụng cụ.

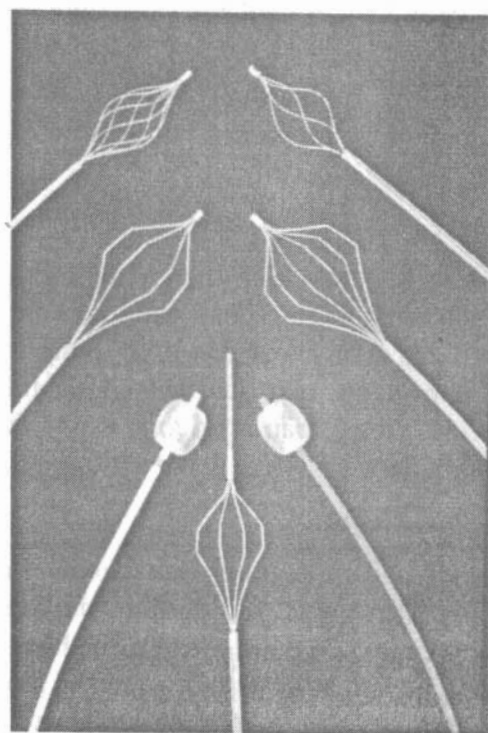
- Dao cắt cơ Oddi không bị đứt hoặc tiếp xúc kém, phải uốn cong và nhả ra đúng hướng.
- Bóng lấy sỏi: phải bơm căng và làm xẹp dễ dàng
- Rọ lấy sỏi: các tay phải tung ra khỏi vỏ Teflon dễ dàng, các nhánh tay không được biến dạng vì biến dạng sẽ không bắt được sỏi.
- Tời tán sỏi quay dễ dàng để kéo các dây cáp của rọ làm cho rọ bóp chặt lấy viên sỏi.
- Nguồn cắt đốt hoạt động tốt.



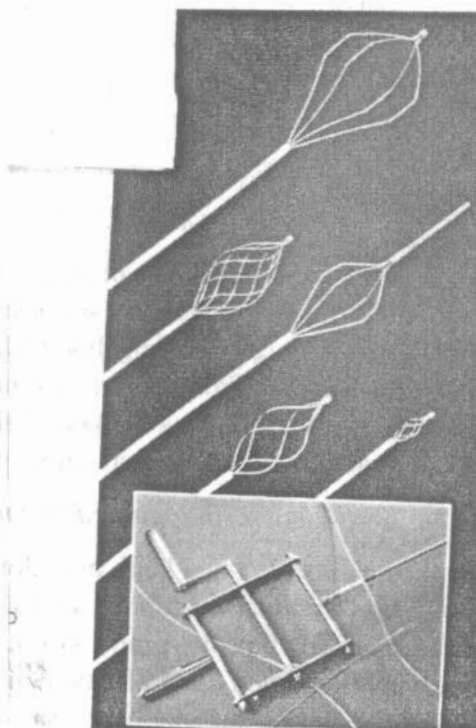
*Hình ảnh dây soi tá tràng*



*Tời tán sợi Olympus 3 lớp*



*Hình ảnh bóng và rọ lấy sợi*



*Hình ảnh tời tán sợi Soehendra*

#### **4. Kíp làm thủ thuật**

Gồm năm người: 1 bác sĩ chính, 1 bác sĩ phụ, 1 kỹ thuật viên nội soi, 1 kỹ thuật viên X-quang và 1 y tá.

## IV. CÁC KỸ THUẬT LẤY SỎI – GIUN ĐƯỜNG MẬT

Có nhiều kỹ thuật lấy sỏi – giun đường mật khác nhau tùy theo kích thước, tính chất và vị trí sỏi – giun trong đường mật.

### 1. Kỹ thuật lấy sỏi – giun đường mật bằng bóng

Dựa trên cơ sở dùng kỹ thuật chèn bóng để lấy sỏi trong ống gan chung và ống mật chủ khi phẫu thuật nối ống mật chủ và thăm dò ống mật chủ của các nhà ngoại khoa.

Kỹ thuật lấy sỏi – giun bằng bóng được dùng trong các trường hợp sau:

- Giun, sỏi bùn, sỏi nhỏ có kích thước nhỏ hơn 0,5 cm.
- Sau khi đã tiến hành lấy sỏi bằng rọ và bằng tời tán sỏi, bóng được sử dụng để lấy sỏi vụn.
- Trong những trường hợp hẹp đường mật ở phía dưới vị trí sỏi, bóng dùng để nong chỗ hẹp trước khi sử dụng phương pháp lấy sỏi bằng rọ hoặc bằng tời tán sỏi.

\* *Bóng lấy sỏi được cấu tạo bằng latex*

Bóng có thể tích khác nhau từ 1-2ml, tùy theo kích thước của đường mật và vị trí của sỏi. Nếu lấy sỏi trong gan thường dùng bóng nhỏ loại 1 ml, đường mật không dẫn dùng bóng nhỏ 1 ml, đường mật dẫn dùng bóng to loại từ 1,5-2 ml. Trong những trường hợp đường mật quá dẫn không thể dùng bóng được vì bóng sẽ không thể chèn được toàn bộ đường kính của đường mật nên không thể kéo sỏi và giun ra được.

\* *Kỹ thuật lấy sỏi – giun đường mật bằng bóng*

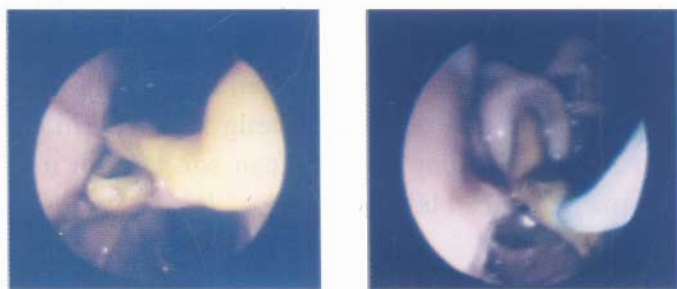
Bóng được đưa qua kênh hoạt động của máy soi tá tràng, đưa qua papilla giống như kỹ thuật đưa sonde vào để chụp đường mật, sau đó được đẩy lên phía trên vị trí của sỏi – giun và được bơm căng theo đúng thể tích của bóng, (tốt nhất không nên dùng khí mà nên dùng nước mát hoặc nước muối, sẽ làm tăng được độ bền của quả bóng) sau đó từ từ kéo bóng xuống để đẩy giun và sỏi qua papilla.

Khi dùng kỹ thuật này để lấy sỏi trung bình và lớn phải kéo thật từ từ và nhẹ nhàng, nếu kéo nhanh và mạnh viên sỏi sẽ qua cơ oddi nhanh, quả bóng cũng sẽ đi qua cơ oddi nhanh và sẽ vỡ khi chạm vào đầu của lấy kim loại ở đầu máy soi. Kỹ thuật này đòi hỏi sự khéo léo nhẹ nhàng nhất là trong những trường hợp sỏi có kích thước trung bình và lớn, trong khi kéo từ từ

bóng ra, đầu máy hơi cong xuống để tạo ra sức kéo bên ngoài theo đúng hướng tránh làm vỡ bóng.

Kỹ thuật này được áp dụng tốt nhất để lấy sỏi có kích thước nhỏ hơn 0,5 cm và số lượng sỏi không nhiều, đường mật không giãn vì trong trường hợp này bóng sẽ căng và chạm vào thành của đường mật, chèn toàn bộ được lòng đường mật do đó kết quả lấy sỏi sẽ cao hơn. Kỹ thuật lấy sỏi bằng bóng có độ an toàn cao, ít biến chứng.

Trong những trường hợp nhiều sỏi, và sỏi lớn đòi hỏi kỹ thuật khó hơn nên sử dụng kỹ thuật lấy sỏi bằng rọ.



Hình ảnh: Lấy giun đường mật bằng bóng

## 2. Kỹ thuật lấy sỏi – giun đường mật bằng rọ (dormia)

Dùng rọ để lấy sỏi có kích thước 1,5 cm và lấy giun.

Trước đây dùng loại rọ có một nhánh, cứng, hình phẳng hoặc cong giống như rọ của các nhà thận – tiết niệu nên không mở được rộng để bắt sỏi, máy nội soi có kênh hoạt động với đường kính 2 mm nên việc sử dụng rọ hạn chế không có kết quả như mong muốn. Từ khi có máy soi tá tràng, có kênh thủ thuật lớn đã xuất hiện nhiều loại rọ có hình dạng, cấu tạo và kích thước khác nhau được đưa vào sử dụng. Rọ lấy sỏi được cấu tạo bằng kim loại mềm có từ 4-6 nhánh, các nhánh hình cong hoặc hình xoắn, độ dài của các nhánh khác nhau từ 2-4cm, dài nhất là 6 cm, nếu lấy sỏi nhỏ dùng rọ ngắn, lấy sỏi lớn dùng rọ dài. Các nhánh của rọ lấy sỏi được luồn vào trong catheter bằng teflon để có thể đưa qua bóng Vater và sau khi vào đường mật có nhánh được tung ra khỏi catheter để bắt giun – sỏi.

Rọ lấy sỏi sau khi vào đường mật đưa lên gần phía trên hoặc bên cạnh sỏi, rọ được mở một phần hay mở toàn phần tùy thuộc vào kích thước viên



sỏi, sau đó đẩy xuống để bắt giun và sỏi. Nếu bắt được sỏi thì khi di chuyển rọ sẽ thấy sỏi cùng di chuyển theo, sự chuyển động này được theo dõi trên màn tăng sáng. Khi đã bắt được sỏi, đóng rọ từ từ và nhẹ nhàng kéo rọ qua cơ Oddi giống như kỹ thuật kéo bóng qua cơ Oddi và đầu ống soi cũng được quay xuống dưới một chút tạo ra sức kéo bên ngoài đúng hướng để kéo rọ ra. Không nên kéo rọ mạnh khi đi không nhìn thấy rọ và sỏi ở vị trí cơ Oddi đã được cắt, vì có thể là độ rộng của vết cắt cơ Oddi chưa đủ, cần cắt rộng thêm. Nếu kéo mạnh quá có thể làm rách cơ Oddi, rách thành tá tràng. Trong những trường hợp cần cắt cơ Oddi rộng thêm để kéo rọ phải rút máy soi ra và vào lại để tiến hành cắt rộng thêm cơ Oddi bằng dụng cụ cắt cơ Oddi.

Trong trường hợp sỏi to có thể dùng tời tán sỏi. Sỏi nhỏ và giun có thể tự rơi ra khỏi đường mật do nhu động của đường mật sau khi đã cắt cơ Oddi. Rửa đường mật bằng nước cũng làm cho sạn sỏi và giun mũ được đẩy ra khỏi đường mật mà không cần lấy sỏi – giun.



Hình ảnh: Lấy sỏi bằng rọ



Hình ảnh nội soi lấy sỏi mật bằng rọ

Những nguyên nhân thất bại khi lấy sỏi bằng rọ:

- Sỏi đúc khuôn nên không còn chỗ để luồn rọ vào đường mật
- Sỏi sát ngay cơ Oddi
- Sỏi trong gan
- Hẹp đường mật phía dưới vị trí sỏi
- Máu tụ chỗ cắt cơ Oddi

Trường hợp rọ đã bắt được sỏi mà không kéo qua được Oddi, cần phải :

- Rút từ từ ống soi ra trong khi vẫn đóng chặt rọ
- Giữ chặt ống soi áp sát vào cơ oddi và từ từ kéo rọ ra
- Nếu vẫn không lấy được rọ ra, cắt đầu ngoài của rọ kéo máy soi ra, đưa máy soi vào lại và dùng dao cắt cơ oddi cắt rộng thêm cơ oddi và cắt bớt tay của rọ sẽ kéo được sỏi ra.
- Cắt đầu ngoài của rọ và luồn tời tán sỏi vào để tán sỏi, sau đó lấy sỏi vụn ra.
- Trong những trường hợp không lấy được rọ và cũng không có tời tán sỏi có thể dùng ngay rọ để dẫn lưu mật – mũi, sau 2 – 3 ngày khi cơ oddi bớt phù nề có thể kéo rọ ra.

Biến chứng của phương pháp lấy sỏi bằng rọ: chảy máu, thủng đường mật và thủng tá tràng.

### **3. Tán sỏi bằng phương pháp cơ học**

Được dùng trong những trường hợp sau:

- Sỏi có kích thước 1,5 cm
- Sỏi ở phía trên chỗ hẹp của đường mật
- Sỏi có kích thước lớn hơn lỗ tiết mật sau khi đã cắt cơ oddi
- Không thể lấy sỏi bằng rọ được

Cấu tạo của tời tán sỏi:

- Gồm hai bộ phận bắt sỏi và tời tán sỏi. Rọ bắt sỏi cấu tạo cũng giống như rọ bình thường nhưng sợi kim loại cứng hơn chịu được lực kéo 30 kg, phía ngoài catheter teflon còn có catheter kim loại xoắn hình

lò xo để khi quay thì tán rọ được kéo dần dần và ép chặt vào đầu catheter kim loại tạo lực tán sỏi.

- Bộ phận tán sỏi để kéo rọ ép chặt vào đầu catheter kim loại tạo lực tán sỏi, bộ phận này có tay quay để quay dây cáp của rọ làm cho rọ từ bóp chặt vào viên sỏi để tán sỏi.

Kỹ thuật tán sỏi cơ học: có hai phương pháp tán sỏi cơ học.

- Kỹ thuật tán sỏi không cần rút máy soi ra
- Kỹ thuật tán sỏi rút máy soi ra.

\* *Kỹ thuật tán sỏi không cần rút máy soi ra:*

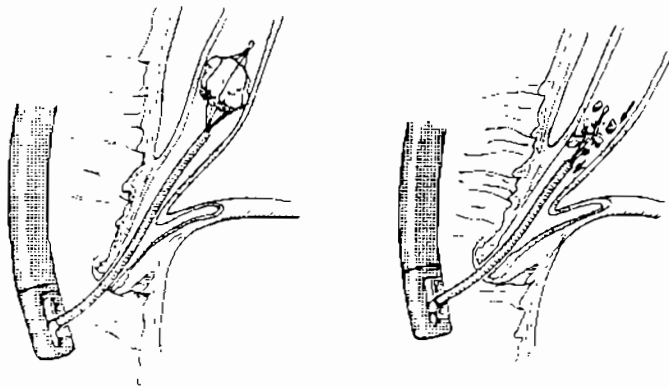
Kỹ thuật này gồm hai bước sau: bắt sỏi và tán sỏi. Sau khi rọ được đưa vào đường mật và đã bắt được sỏi, dùng tay quay kéo từ từ rọ về phía đầu catheter kim loại, rọ được đóng chặt để kẹp viên sỏi vụn ra.

Sau khi sỏi được tán vụn sẽ được lấy ra bằng cách rửa đường mật, bằng bóng hay bằng rọ, đó là kỹ thuật tán không cần rút máy soi ra.

Kỹ thuật tán sỏi cơ học không cần rút máy soi ra có một số nhược điểm như sau:

- Bắt buộc phải sử dụng máy soi tá tràng cửa sổ bên có đường kính thủ thuật lớn.
- Khó đưa rọ vào đường mật
- Khó bắt được sỏi do khó điều khiển rọ

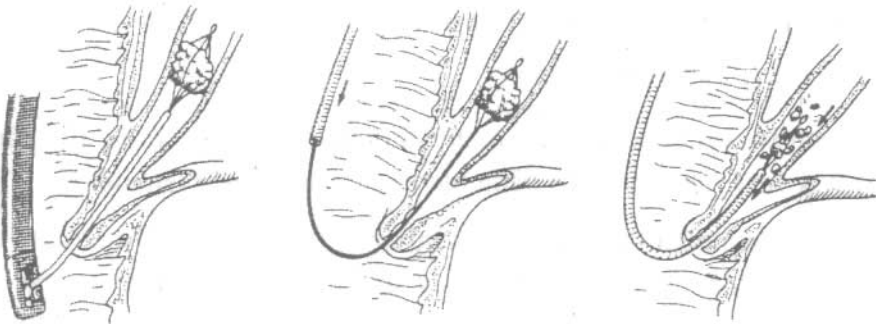
Vì những lý do trên đã có kỹ thuật tán sỏi cơ học cho phép rút máy soi ra.



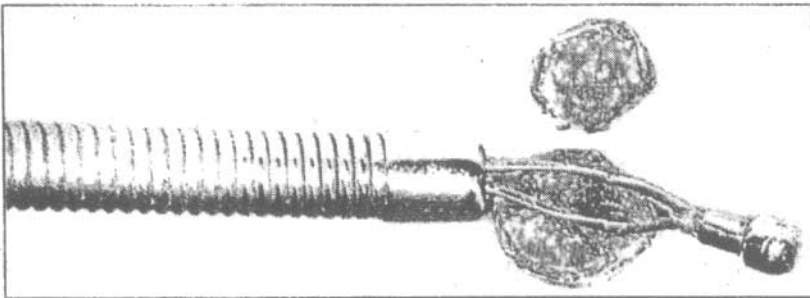
*Tán sỏi bằng rọ qua máy soi*

*\* Kỹ thuật tán sỏi rút máy soi ra (tời tán sỏi kiểu SOEHENDRA):*

Sau khi đưa rọ vào đường mật và đã bắt được sỏi rút máy soi và giữ nguyên rọ, sau đó luồn catheter kim loại vào đáy sát tới viên sỏi, phần dây cáp của rọ được nối với tay quay. Khi quay, rọ bị kéo ngược lại phía đầu catheter kim loại và kẹp vào sỏi sỏi giống như kỹ thuật tán sỏi không rút máy soi.



*Tán sỏi bằng rọ có rút máy soi ra (Tời tán sỏi Soehendra)*



*Tán sỏi bằng tời tán sỏi Soehendra*

#### **4. Đặt stent đường mật**

Đặt stent tạm thời để sau đó tiếp tục lấy sỏi trong các trường hợp sau:

- Khi không lấy hết được sỏi trong đường mật do sỏi quá nhiều.
- Khi tình trạng bệnh nhân nặng vì nhiễm trùng đường mật, viêm tụy hoặc có bệnh kèm theo không thể kéo dài thời gian làm thủ thuật.

Đặt stent với mục đích làm giảm nguy cơ viêm đường mật và tránh sỏi kẹt cơ Oddi có thể gây viêm tụy cấp trong thời gian chờ đợi lấy sỏi lần sau.

Đặt stent lâu dài: đối với bệnh nhân già yếu và có bệnh nặng kèm theo, không thể lấy sỏi bằng phương pháp nội soi hoặc phẫu thuật.

Phương pháp lấy sỏi qua nội soi được thực hiện với điều kiện là bắt được sỏi, sự thất bại của việc bắt được sỏi đã được khắc phục bằng các phương pháp tán sỏi khác.

## 5. Tán sỏi bằng điện thủy lực – bằng laser

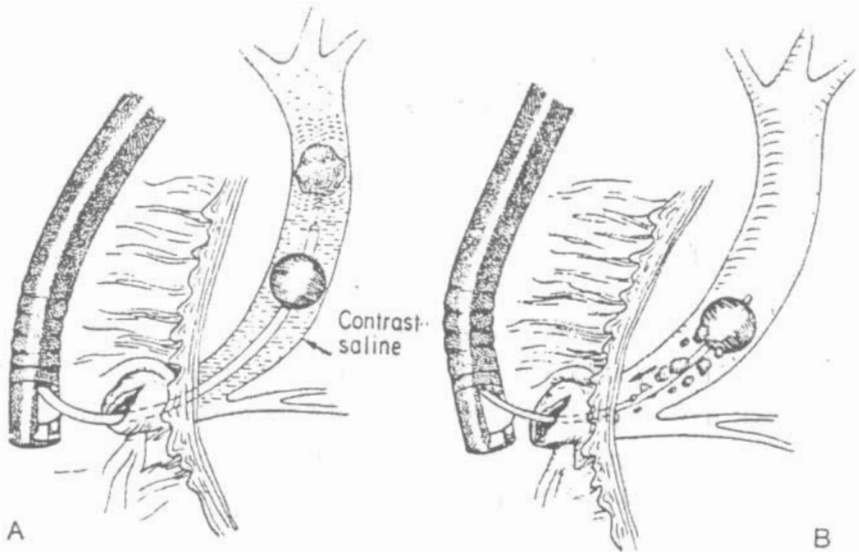
### *\* Tán sỏi bằng điện thủy lực:*

Nguyên lý: sỏi được tán nhỏ là do sử dụng loại catheter đặc biệt tạo ra sóng vào bề mặt viên sỏi, dùng năng lượng điện hoặc laser làm tan sỏi.

Tán sỏi bằng điện thủy lực: qua kênh sinh thiết của máy soi “mẹ”, đưa máy soi “con” vào đường mật, qua máy soi con đưa một điện cực vào gần viên sỏi, điện cực này được nối với nguồn điện. Khi nguồn điện hoạt động, điện cực sẽ phát ra tia lửa tạo ra năng lượng làm tan sỏi. Trong môi trường lỏng (nước muối sinh lý được bơm vào đường mật) sóng đập được tạo ra và nén lại sinh năng lượng làm tan sỏi.

- Chỉ định: trong các trường hợp không bắt được sỏi bằng rọ hoặc không lấy được sỏi bằng bóng. Đặc biệt trong các trường hợp sỏi dính vào đường mật.
- Kỹ thuật: tán sỏi dưới sự kiểm tra bằng mắt. Sử dụng hệ thống máy nội soi “mẹ, con”. Dùng điện cực có đầu nối với nguồn phát điện có thể điều chỉnh được tần số, cường độ và thời gian phát điện. Luôn điện cực qua kênh phát điện của máy “con”, bơm nước muối sinh lý vào đường mật, đưa điện cực tiếp cận với viên sỏi để tán, chú ý giữ cho điện cực ở vị trí trung tâm của đường mật để không gây tổn thương thành đường mật. Sau khi tán sỏi, bóng được đẩy lên phía trên của các mảnh sỏi đã được tán nhỏ để kéo sỏi ra.

Những phương pháp lấy sỏi bằng rọ, bằng tời tán sỏi hoặc bằng điện thủy lực thường phải cắt cơ oddi với tỷ lệ 80 – 90% các trường hợp lấy sỏi.



*Tán sỏi bằng điện thủy lực*

Sau khi tiến hành lấy sỏi phải chụp đường mật kiểm tra để xem đã lấy hết sỏi hay chưa, nếu chưa lấy hết được sỏi sẽ lấy tiếp, có thể lấy sỏi qua nội soi nhiều lần.

*\*Tán sỏi bằng laser:*

- Nguyên lý: nhiệt độ do laser phát ra sẽ làm bốc hơi nước của viên sỏi và tạo ra sóng xung tác động lên bề mặt của viên sỏi làm tan sỏi.

Hiện nay dùng laser màu Holmium có bước sóng 504 nm vì ít gây tác biến thủng đường mật.

So sánh phương pháp tán sỏi bằng thủy lực và bằng laser thì phương pháp tán sỏi bằng thủy lực rẻ hơn, hiệu quả hơn và an toàn hơn.

## V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật lấy sỏi – giun đường mật qua nội soi tá tràng là một bước ngoặt lớn đối với chuyên ngành nội soi, đó là phương pháp nội soi can thiệp có hiệu quả nhanh chóng và cao đối với bệnh sỏi – giun đường mật. Tỷ lệ tử vong 0,5 – 1%, tỷ lệ tai biến từ 10 – 12% là chấp nhận được. Bệnh nhân không phải phẫu thuật và có thể tiến hành lấy sỏi qua nội soi nhiều lần, điều này rất quan trọng đối với bệnh sỏi đường mật – một bệnh hay tái phát.

# KỸ THUẬT ĐẶT STENT VÀ DẪN LƯU MẬT MŨI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐƯỜNG MẬT- TUY

## I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography viết tắt là ERCP) được thực hiện từ những năm 1960 và đến nay đã phát triển rất mạnh nhờ sự ra đời các loại máy soi tá tràng mới cũng như các dụng cụ nội soi đi kèm. Qua ERCP người ta có thể tiến hành nhiều kỹ thuật như mở cơ vòng oddi, lấy sỏi và giãn đường mật, đặt stent đường mật tụy... để điều trị các bệnh lý của đường mật- tụy. Đặt stent và dẫn lưu mật mũi là những kỹ thuật được áp dụng với mục đích chính là dẫn lưu đường mật tụy để giải quyết tình trạng tắc ống mật-tụy do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra như ung thư đường mật, u đầu tụy, u bóng Vater, viêm tụy mạn...ngoài ra các trường hợp rò đường mật sau mổ, nang giả tụy, cũng có thể giải quyết tốt bằng kỹ thuật đặt stent. Một số bệnh nhân có tổn thương gây hẹp và biến dạng nhiều ở đường mật khiến cho catheter không thể đi lên được đường mật thì cần phải phối hợp với chụp đường mật qua da mới có thể tiến hành đặt stent thành công.

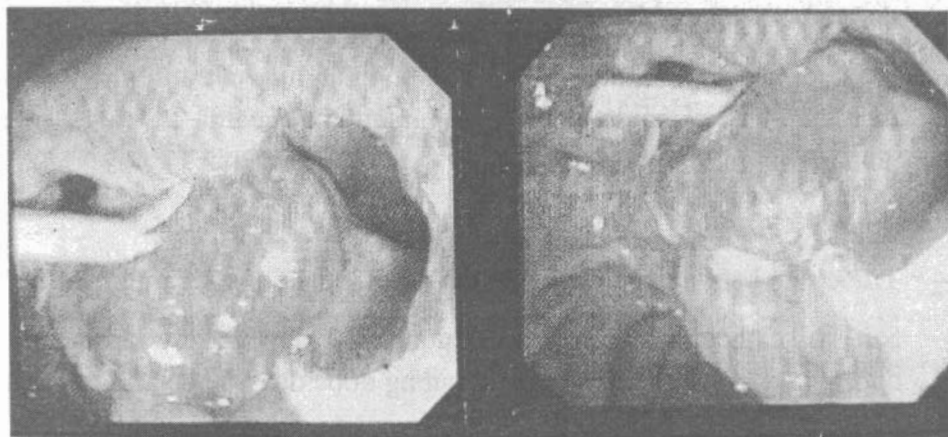
## II. CHỈ ĐỊNH

### 1. Chỉ định đặt dẫn lưu mật mũi

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

## 2. Chỉ định đặt stent đường mật

- Tắc mật do các nguyên nhân cơ giới:
  - + U đầu tụy, u bóng Vater, ung thư đường mật...ở giai đoạn muộn không còn khả năng phẫu thuật hoặc bệnh nhân có kèm theo các yếu tố nguy cơ cho phẫu thuật.
  - + Viêm tụy mạn.
  - + Viêm chít hẹp cơ vòng oddi.
- Giải quyết tình trạng tắc mật trong thời gian chờ phẫu thuật ở các bệnh nhân tắc mật do sỏi mật, u bóng Vater, ung thư đường mật, u đầu tụy...
- Rò mật do chấn thương đường mật sau mổ.
- Hẹp đường mật sau mổ



A

B

*Đặt stent đường mật trong u bóng Vater*



### 3. Chỉ định đặt stent đường tụy

- Giải quyết triệu chứng đau trong viêm tụy mạn tính.
- Điều trị nang giả tụy

## III. KỸ THUẬT

Đặt ống dẫn lưu mật mũi và đặt stent đều phải tiến hành ở phòng chụp X quang có màn hình tăng sáng. Bệnh nhân cần được nhịn ăn trước khi làm thủ thuật ít nhất là 4-6 giờ.

### 1. Kỹ thuật đặt ống dẫn lưu mật mũi

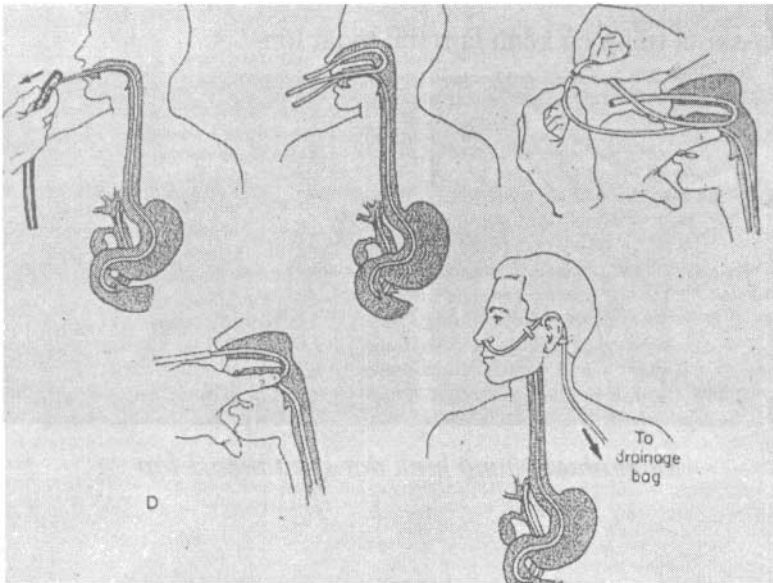
#### 1.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Ống dẫn lưu mật mũi: dây bằng nhựa polyetylen thường dùng với hai kích cỡ là 5 Fr và 7 Fr. Chiều dài của ống dài ít nhất bằng 2 lần chiều dài của máy soi tá tràng. Đầu ống thường có nhiều lỗ bên và được thiết kế có hình uốn gấp để tránh cho ống bị tuột ra khỏi đường mật xuống tá tràng.
- Dây dẫn đường (guidewire) và catheter có thể cho dây dẫn đi qua, dao mở cơ vòng oddi
- Máy soi tá tràng. Vì đường kính của ống dẫn lưu mật mũi nhỏ lên có thể dùng được cả hai loại máy có kênh làm thủ thuật là 2,8 và 4,2 mm để làm thủ thuật.

#### 1.2. Kỹ thuật tiến hành

- Trước tiên bệnh nhân được chụp đường mật theo quy tắc thường quy.
- Sau khi catheter đã nằm trong đường mật dây dẫn được đưa vào đường mật qua catheter, dây dẫn thường được đưa vào bên đường mật gan trái.
- Catheter được rút ra và ống dẫn lưu mật mũi được đưa vào đường mật trên dây dẫn đường. Khi đầu của ống dẫn lưu mật mũi đã nằm ở vị trí mong muốn thì dây dẫn đường được rút ra.

- Rút máy soi ra khỏi bệnh nhân. Đây là thì rất quan trọng, cần có sự phối hợp tốt giữa bác sĩ và người phụ giúp để tránh cho ống dẫn lưu mật mũi bị tuột ra khỏi đường mật. Trong khi bác sĩ đẩy ống dẫn lưu vào thì người trợ giúp từ từ rút máy soi ra khỏi bệnh nhân. Cần đảm bảo ống dẫn lưu vẫn nằm trong đường mật bằng kiểm tra trên màn tăng sáng trong khi rút máy soi ra khỏi bệnh nhân.
- Khi máy soi đã rút ra khỏi bệnh nhân thì tiến hành chuyển vị trí của ống dẫn lưu từ đường môn sang đường mũi. Dùng một đoạn ống nhựa mềm luồn vào đường mũi của bệnh nhân và cho ra đường miệng bằng kẹp dụng cụ khi đầu ống nhựa đến vùng hầu họng. Ống dẫn lưu được luồn vào trong ống nhựa và cho ra đường mũi. Để bớt khó chịu cho bệnh nhân và ống dẫn lưu không thay đổi vị trí cần cố định ống dẫn lưu vào thành sau họng bằng ngón tay trong quá trình kéo ống dẫn lưu ra đường mũi.
- Cố định ống dẫn lưu vào má và vành tai bệnh nhân, nối đầu ngoài của ống dẫn lưu với túi sạch. Ống dẫn lưu có thể lưu ở đường mật đến 7-10 ngày. Theo dõi số lượng, tính chất của dịch mật hàng ngày, cần chú ý theo dõi tình trạng tắc ống dẫn lưu. Qua ống dẫn lưu có thể tiến hành chụp đường mật hoặc bơm rửa đường mật.

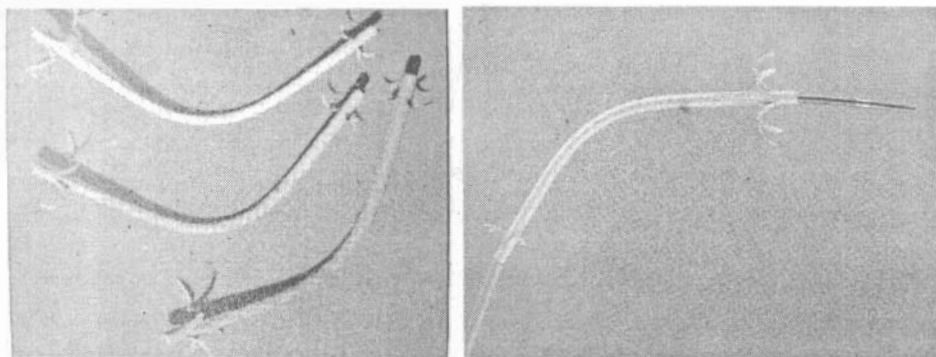


*Các bước tiến hành kỹ thuật đặt ống dẫn lưu mật mũi*

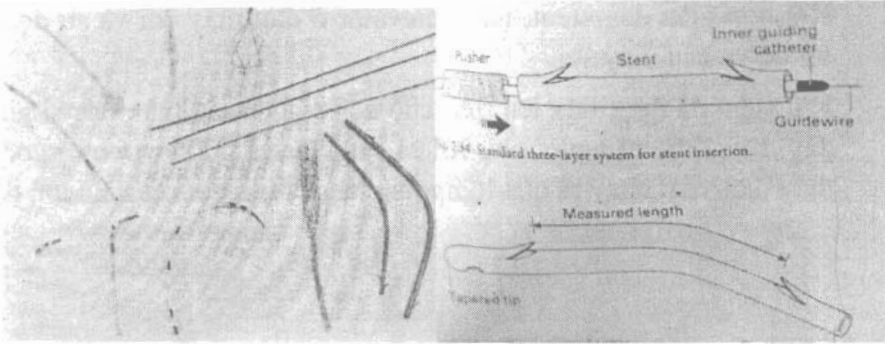
## 2. Kỹ thuật đặt stent đường mật (kỹ thuật đặt stent nhựa theo phương pháp 3 lớp)

### 2.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Stent đường mật
  - + Có nhiều loại khác nhau: stent nhựa, stent nhựa có hai lớp tráng silicon, stent kim loại... Thông dụng là loại stent nhựa có giá thành rẻ nhưng nhanh bị tắc. Stent kim loại lâu bị tắc, tốt cho các trường hợp tắc mật do nguyên nhân ác tính nhưng giá thành đắt.
  - + Kích thước của stent có thể từ 7-14 Fr, dùng stent có đường kính lớn thì lâu bị tắc hơn. Trong các trường hợp hẹp nhiều và dài gấp khúc thường phải dùng loại stent có kích thước nhỏ.
  - + Chọn độ dài của stent sao cho lỗ thoát dịch ở đầu trên của stent phải ở phía trên của chỗ hẹp đường mật.
- Bộ đặt stent gồm guidewire, catheter, ống đẩy có kích thước tương ứng với stent.
- Dao mở cơ vòng oddi trong một số trường hợp đặt stent có kích thước to.
- Máy soi tá tràng có kênh làm thủ thuật lớn.

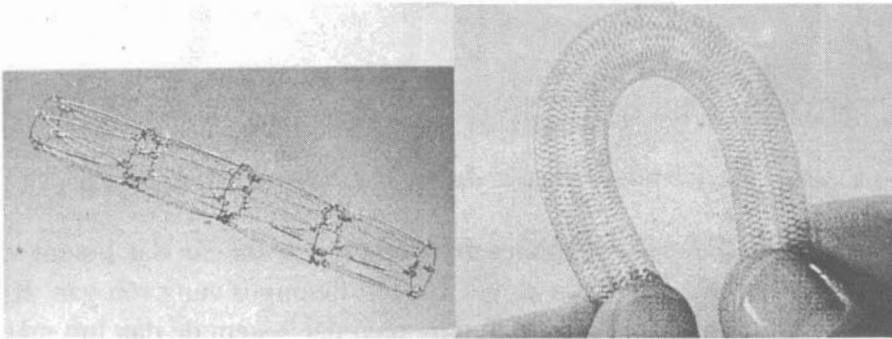


Stent nhựa và mô hình đặt stent theo 3 lớp



*Stent nhựa và kim loại*

*Cách tính chiều dài stent*

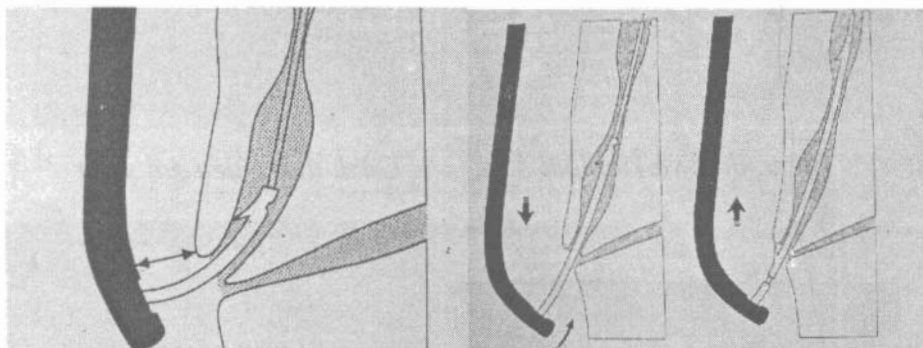


*Stent kim loại*

## 2.2. Kỹ thuật tiến hành

- Bệnh nhân được chụp mật theo phương pháp thường quy
- Dựa vào phim X quang để đánh giá vị trí và mức độ hẹp của đường mật và từ đó quyết định chọn loại stent nào.
- Đưa guidewire vào đường mật lên trên chỗ hẹp
- Đưa catheter vào đường mật lên trên chỗ hẹp nhờ sự dẫn đường của guidewire
- Tiến hành đẩy stent vào đường mật lên qua chỗ hẹp bằng ống đẩy. Để đẩy được stent vào trong đường mật cần chú ý:
  - + Điều chỉnh máy soi sao cho máy soi đi đường ngắn nhất (máy thẳng), đầu của máy soi gần với lỗ papilla, hướng đi của stent trùng với hướng đi của ống mật chủ (điều chỉnh máy soi sao cho lỗ papilla nằm ở trên trường nhìn của màn hình nội soi).

- + Kết hợp giữa đẩy stent, nâng elevator ở đầu máy soi và sử dụng nút up-down của máy soi.
- Khi stent đã được đẩy lên trên chỗ hẹp của đường mật, bác sĩ giữ ống đẩy trong khi đó người phụ rút cả catheter và guidewire ra ngoài, khi thấy dịch mật chảy ra qua lỗ ngoài của stent là lúc kết thúc thủ thuật.



*Cách đẩy stent vào đường mật và qua chỗ hẹp*

- Các tổn thương ở đoạn ống mật chủ thường chỉ cần đặt 1 stent và thủ thuật dễ tiến hành hơn so với các tổn thương ở vùng rốn gan. Khi có tổn thương ở vùng rốn thì thường phải đặt 2 stent để dẫn lưu mật cả ở gan phải và gan trái thì mới có kết quả.



*Dẫn lưu cả gan phải và gan trái bằng 2 stent ở bệnh nhân tắc mật ở vùng rốn gan*

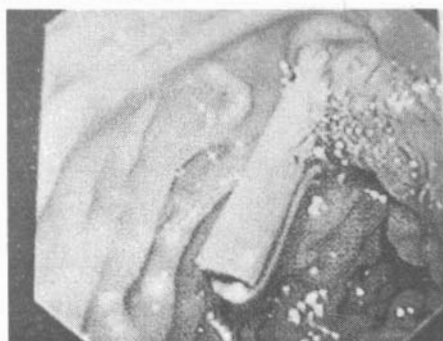
### 2.3. Theo dõi sau khi đặt stent

Hai vấn đề hay gặp nhất sau khi đặt stent là tắc stent và stent di chuyển ra chỗ khác.

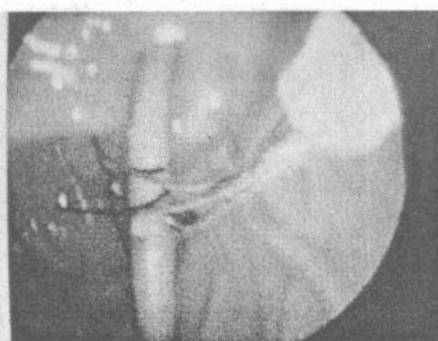
– Tắc stent

- + Thời gian tắc stent sau đặt tùy thuộc vào loại stent, với loại stent nhựa thường là 4-6 tháng.
- + Khi tắc stent bệnh nhân sẽ bị tắc mật trở lại với các biểu hiện vàng da niêm mạc, nước tiểu vàng sẫm, đau tức hạ sườn phải, sốt, siêu âm gan thấy đường mật giãn. Soi tá tràng thấy dịch mật không chảy ra qua lỗ ngoài của stent. Cần phát hiện tắc stent sớm để tránh cho bệnh nhân bị nhiễm trùng đường mật, biểu hiện sớm của bệnh nhân nhiều khi chỉ cảm giác thấy mệt như người bị cúm.
- + Khi stent bị tắc cần thay stent khác. Có thể dùng rọ (basket) hay thông lọng (snare) để lấy stent bị tắc ra.

Cần lưu ý rằng nếu chọn stent dài và đẩy stent lên quá cao cũng là nguyên nhân gây tắc stent.



*Đặt stent trong u đầu tụy*



*Lấy stent bằng rọ*

– Stent di chuyển đi chỗ khác.

- + Stent có thể di chuyển lên đường mật hoặc tuột ra khỏi đường mật xuống ruột. Khi đẩy stent lên quá cao trong khi mở cơ vòng oddi quá rộng, tổn thương ở thấp và stent quá ngắn có thể là nguyên nhân khiến cho stent di chuyển đi chỗ khác.

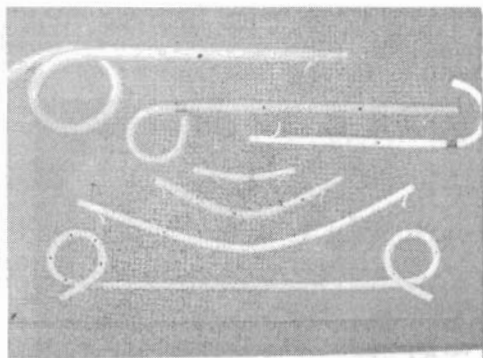
- + Khi stent di chuyển đi chỗ khác bệnh nhân cũng bị tắc mật trở lại. Soi tá tràng không nhìn thấy stent, làm siêu âm và chụp phim X quang ổ bụng sẽ biết được vị trí của stent
- + Khi stent di chuyển lên đường mật có thể dùng loại bóng nong đường mật (balloon) để kéo stent xuống sau đó lấy ra ngoài bằng rọ hoặc snare.

### 3. Kỹ thuật đặt stent đường tụy

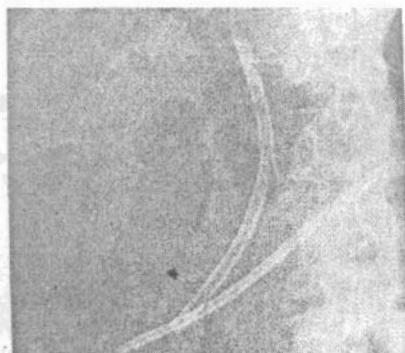
#### 3.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Stent: thường dùng loại stent có kích thước nhỏ 5-8 Fr
- Bộ đặt stent phù hợp với loại stent đã chọn
- Máy soi tá tràng loại nhỏ hoặc to đều sử dụng được

3.2. *Kỹ thuật tiến hành:* nhìn chung kỹ thuật đặt stent đường tụy tương tự như kỹ thuật đặt stent đường mật, chỉ lưu ý điều chỉnh máy soi và hướng đi của catheter để vào được đường tụy



*Một số loại stent đường tụy*



*Đặt stent đường mật và tụy trong viêm tụy mạn tính*

Tóm lại kỹ thuật đặt ống dẫn lưu mật mũi và stent là những kỹ thuật rất hữu ích trong điều trị bệnh lý đường mật tụy. Tuy nhiên đây là những kỹ thuật cao trong nội soi tiêu hoá mà không phải bệnh viện nào cũng thực hiện được vì phải cần có máy móc, phương tiện hiện đại và bác sĩ nội soi có kinh nghiệm.

Qua sự tiếp nối đơn giản của một loạt những thiết bị bên ngoài cùng với hệ thống nội soi điện tử, một hệ thống chuẩn đoán lâm sàng đa năng đã trở thành một hiện thực.

Hệ thống nội soi Video điện tử được thiết kế như vậy để sự phát triển có thể được thực hiện phù hợp với yêu cầu và kích cỡ của mỗi phòng khám hoặc bệnh viện. Đây là phạm vi toàn bộ của máy nội soi Video, và một loạt các thủ thuật nội soi có thể được triển khai, và cùng với việc thêm một vài thiết bị ghi hình ảnh, lưu giữ hồ sơ, việc thao tác và sự chính xác của chuẩn đoán có thể được tăng lên. Hơn thế nữa, vì đây là hệ thống điện tử những hình ảnh thu được có thể đưa trực tiếp vào một máy tính để xử lý hình ảnh.

Nội soi Video điện tử



Đối với đường tiêu hóa trên  
EG-310HR, EG-300HR,  
EG-300FP, EG-310V,  
EG-310D, EG-300CT



Đối với tá tràng  
ED-310XL, ED-310XU,  
ED-300XL, ED-300XU,  
ED7-XT2



Đối với đường tiêu hóa dưới  
EC-310HM/HL, EC-300HM/HL  
EC-300CM, EC-300MR/LR  
ES-300ER, EC-300MS  
EC-310LT, EC7-MT2/LT2,  
ES7-ET2



**EVE PROCESSOR EPX-310**  
Bộ xử lý Video điện tử



**SURGICAL UNITS**  
Nguồn đốt điện



**AIRTIGHTNESS TESTER**  
Thử dò không khí



**ADAPTER FOR NON-FUJINON  
CLEANING MACHINES**  
Adapter cho máy rửa không  
phải của Fujinon



**MONITOR** Màn hình



**VIDEO PRINTER**  
Máy in Video



Hệ thống copy cứng  
**HARD COPY  
SYSTEM**



**110CAMERA**



**35mm CAMERA  
SET**

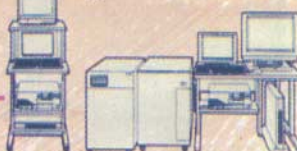
Máy ảnh



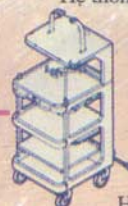
**OPTICAL DISK**  
Ổ cứng quang học



**VCR**  
Máy ghi Video (Video cassette recorder)



**IMAGE FILING SYSTEM**  
Hệ thống giá để

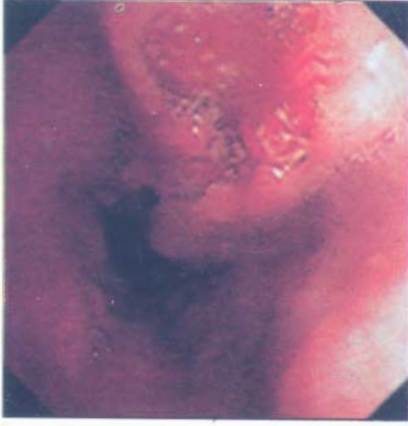


**SYSTEM  
CART**  
Hệ thống xe đẩy

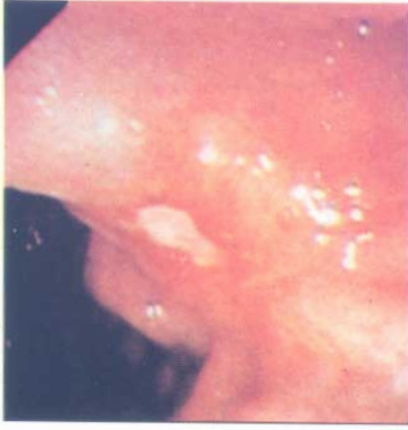




*Kyst khí quản đè vào thực quản*



*Ung thư thực quản*



*Loét bờ cong nhỏ*



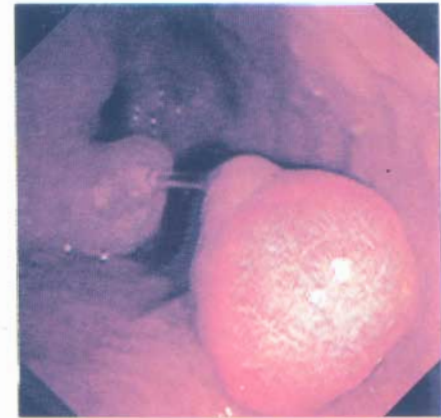
*Viêm dạ dày dạng dạ dày mùa*



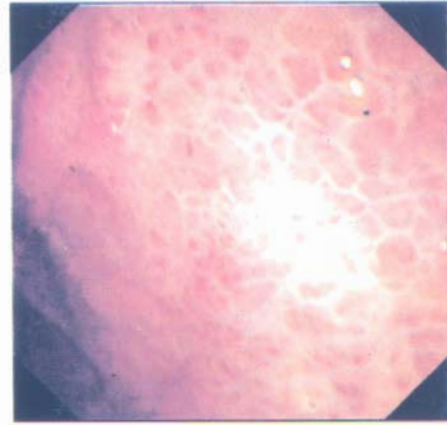
*Ung thư dạ dày*



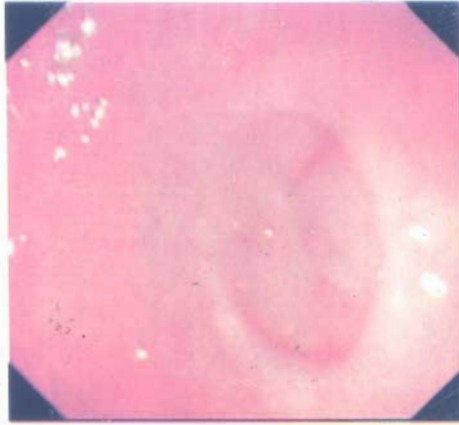
*Viêm dạ dày phì đại (Menétrier)*



*Polyp hang vị*



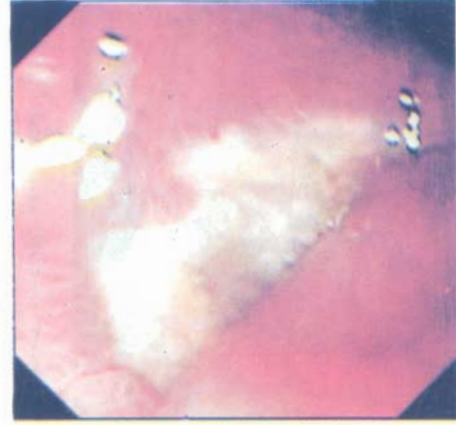
*Bệnh dạ dày sung huyết  
do tăng áp lực tĩnh mạch cửa*



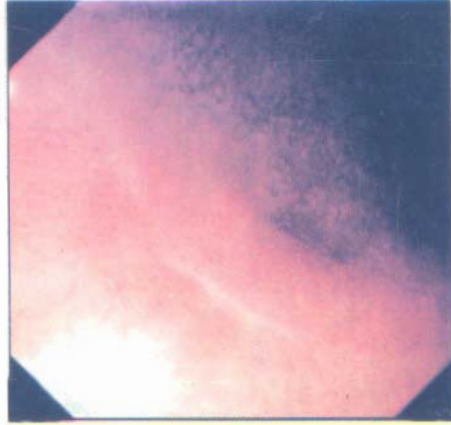
*Lỗ tụy phụ (đổ vào tiền môn vị)*



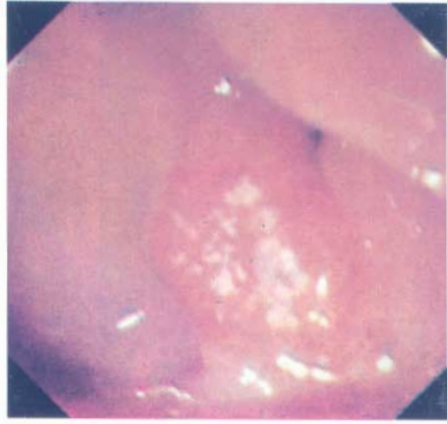
*Giãn tĩnh mạch phình vị*



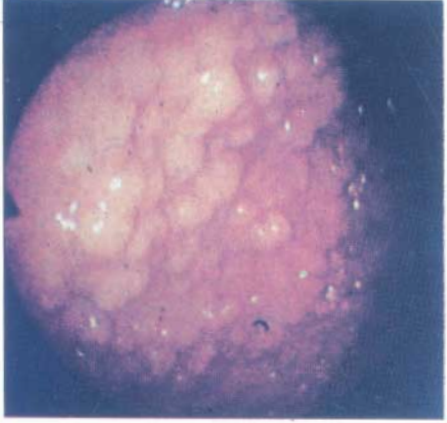
*Loét mặt trước hành tá tràng*



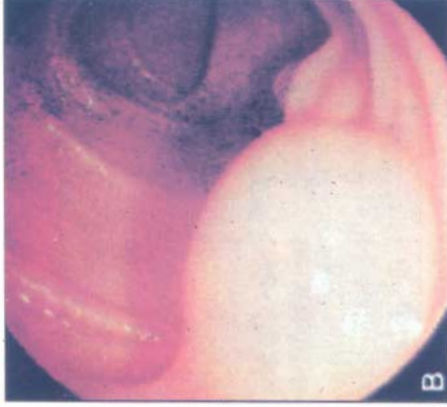
*Seo loét dài ở hành tá tràng*



*Loét dạng Salami*



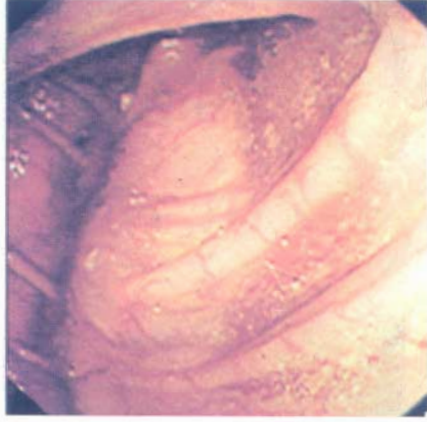
*Polypose có tính gia đình ở thân vị*



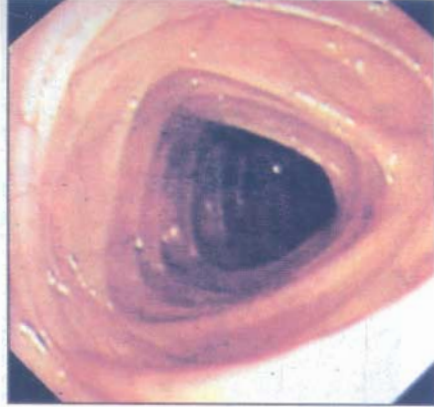
*Lipome tú trùng*



*Góc hồi manh tràng  
(van Bauhin và lỗ ruột thừa)*



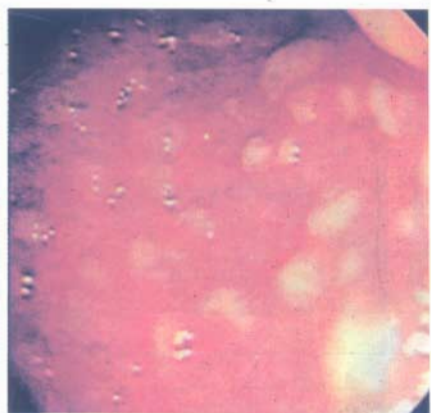
*Đại tràng góc gan  
(có bóng gan màu xanh đê vào)*



*Đại tràng ngang (các nếp niêm mạc  
chạy vòng hình tam giác)*



Ung thư đại tràng



Viêm đại tràng giả màng



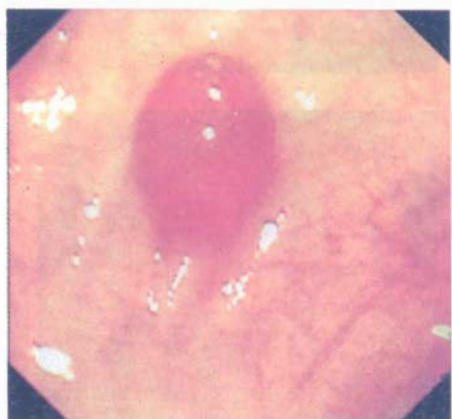
Trục tràng



Túi thừa đại tràng



Đại tràng Sigma



Polyp adenome không cường

## HỆ THỐNG NỘI SOI VIDEO ĐIỆN TỬ FUJINON 200 SERIES



Đường tiêu hóa trên  
**EG-200FP**

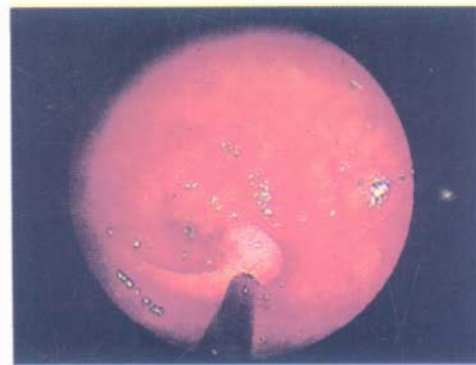
Tá tràng  
**ED-200XU**

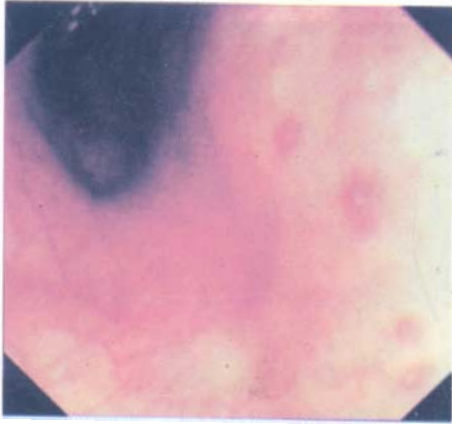
Đường tiêu hóa dưới  
**EC-200MR/LR**

	EG- <sup>®</sup> 200FP	ED-200XU	EC-200MR/LR
Hướng quan sát	Forward	Side	Forward
Phạm vi quan sát	5-100mm		
Tầm nhìn	120°	90°	120°
Đ/kính phân xa	10.5mm	13.0mm	13.0mm
Đ/kính bộ phận uần	10.3mm	12.1mm	
Khả năng quay LÊN	190°	130°	180°
XUỐNG	90°	90°	160°
TRÁI	100°		
PHẢI		110°	
Đ/kính kênh thu thuật	2.8mm	3.7mm	3.2mm
Độ dài làm việc	1.100mm	1.250mm	1.330/1.770mm
Độ dài toàn thể	1.370mm	1.520mm	1.600/2.040mm

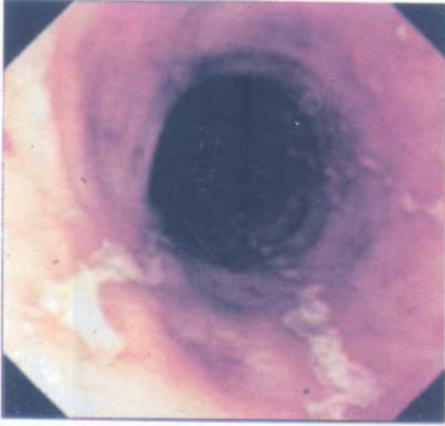
Bộ nội soi Video điện tử EVE-200 Series được thiết kế cho sự tiện nghi tốt nhất. Phản hoạt động vừa vặn và nhẹ nhàng.

Sự dễ chịu của bệnh nhân được tăng lên bởi đầu đưa vào nhỏ và tròn. Khe kẹp sinh thiết mới được đặt lại cho phép đưa vào dễ dàng hơn trong thời gian thao tác. Tất cả các loại nội soi đều được rửa và khử trùng dễ dàng. Dĩ nhiên chúng có thể được ngâm hoàn toàn trong nước để rửa tự động hoặc rửa bằng tay.

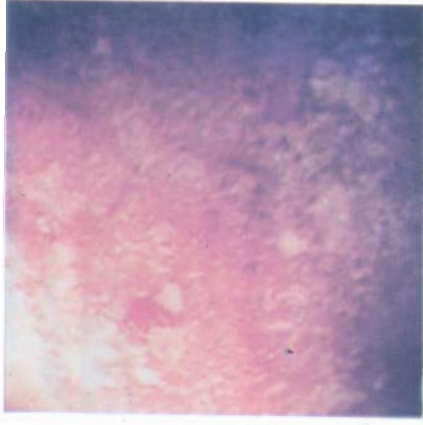




Bệnh Crohn (loét dạng Áp tơ)



Bệnh Crohn loét dài



Viêm loét đại trực tràng chảy máu



Angiodysplaste đại tràng



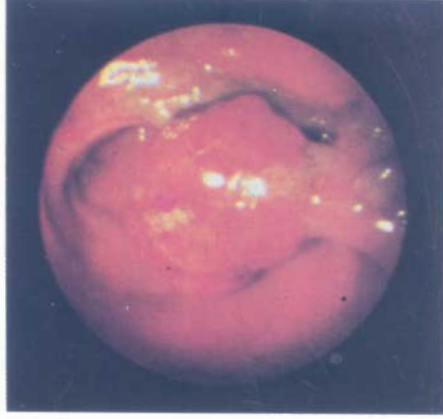
Trĩ nội độ I



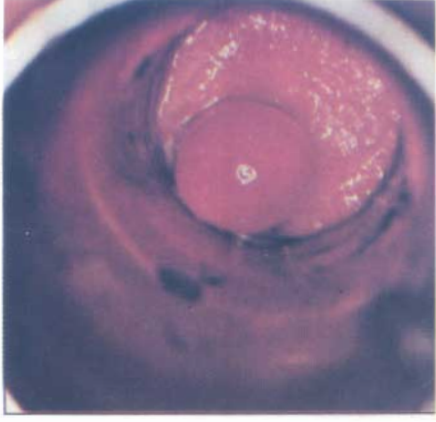
Trĩ nội độ III



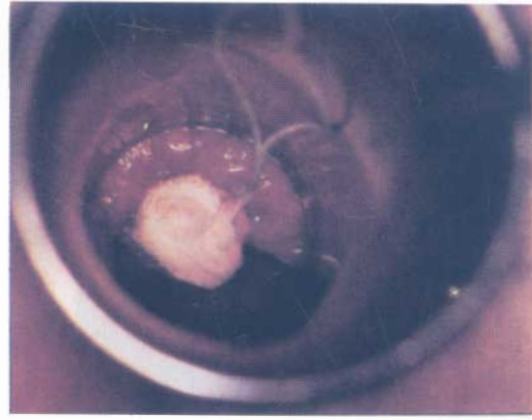
Trĩ ngoại bị Thrombose



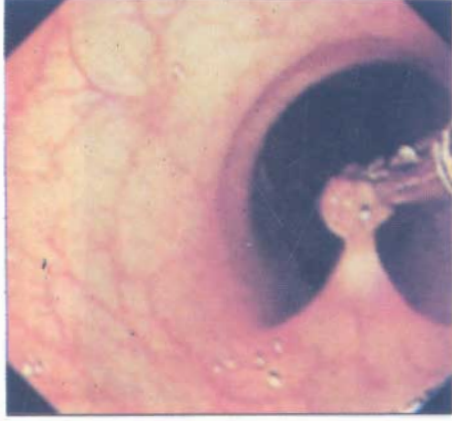
Khối u Vileuse ở trực tràng



Thất trĩ



Đông lạnh trĩ



Cát Polyp nhỏ bằng kim nhiệt điện



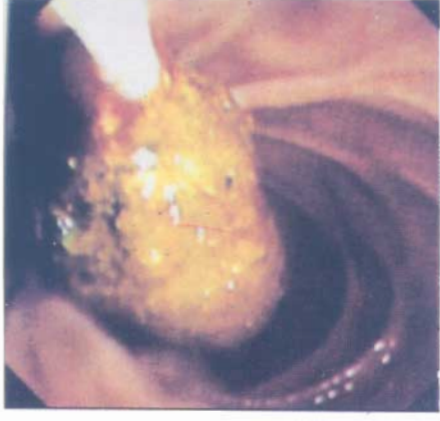
Cát Polyp dạng nhũ nhưng  
mào ở đại tràng



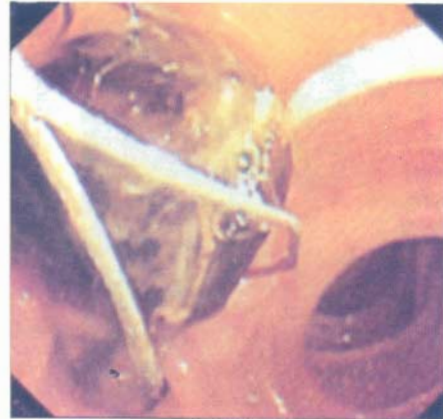
*Lấy sỏi bằng rọ Dormia*



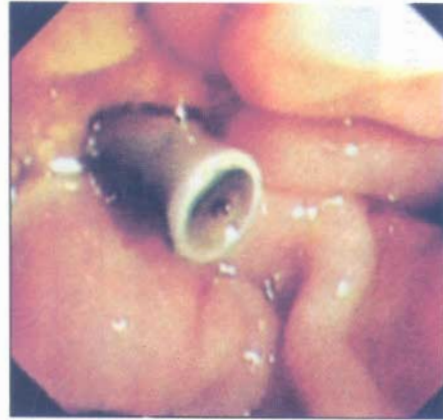
*Cắt cơ vòng Oddi*



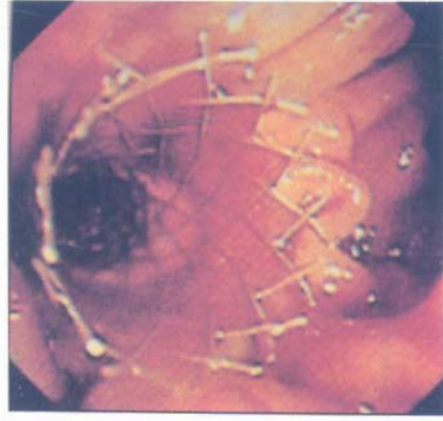
*Kéo sỏi ra ngoài tá tràng*



*Lấy sỏi bằng rọ Dormia*

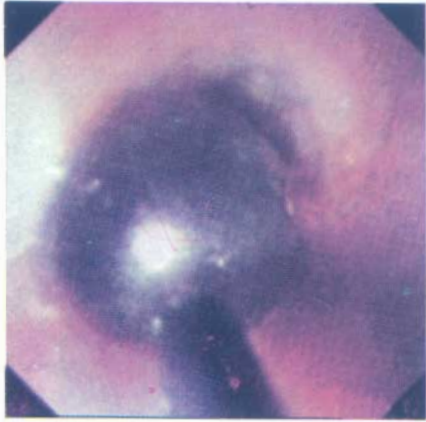


*Đặt Prothêse vào đường mật*

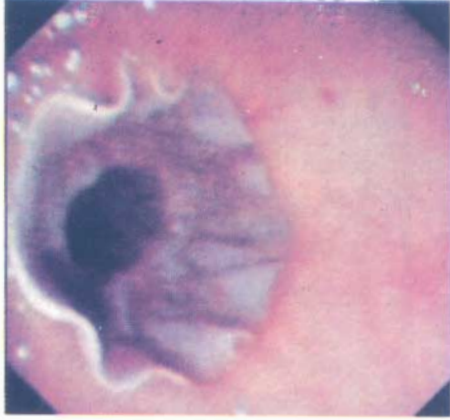


*Prothêse dạng rọ kim loại  
trong đường mật*





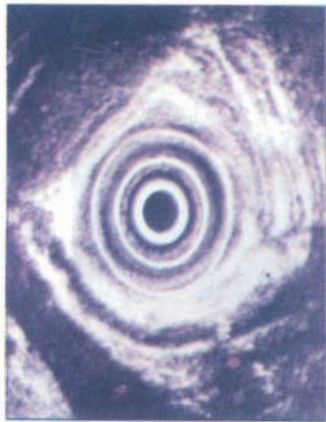
Bóng nang thực quản



Prothèse thực quản



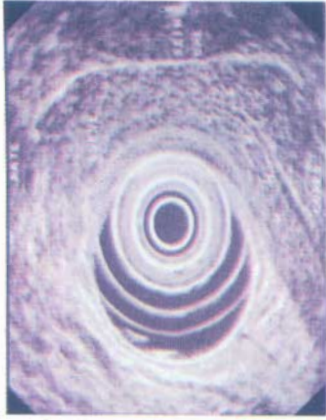
Đầu ống thông dạ dày ở trong dạ dày



Siêu âm nội soi VBP: ống mật chủ  
C. túi mật VP: Tĩnh mạch cửa

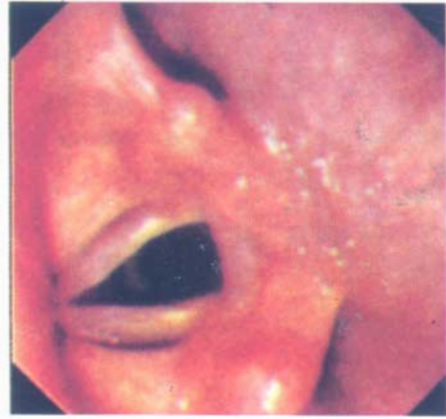


Siêu âm nội soi VMS: Tĩnh mạch  
mật treo trắng trên



Đuôi và thân tụy - Lách, thận

Tête: Đầu tụy phía sau phổi



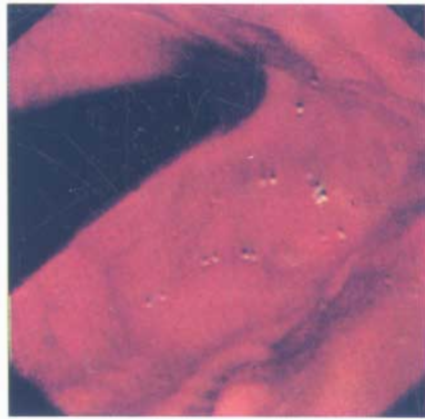
Ngũ ba họng hậu



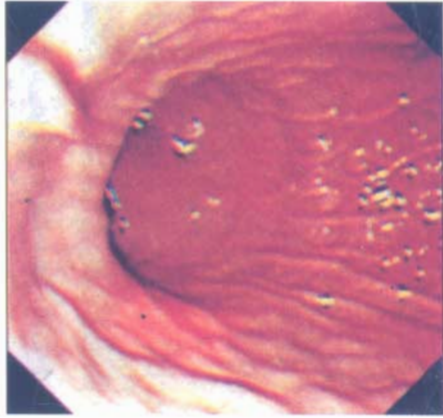
Thực quản giữa



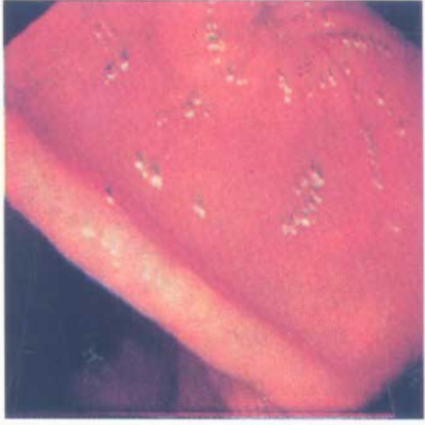
Thực quản tâm vị  
(Nhìn rõ đường Z)



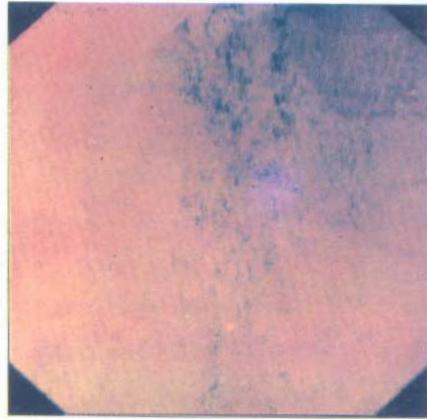
Hình ảnh phình vị, tâm vị  
(soi ngược)



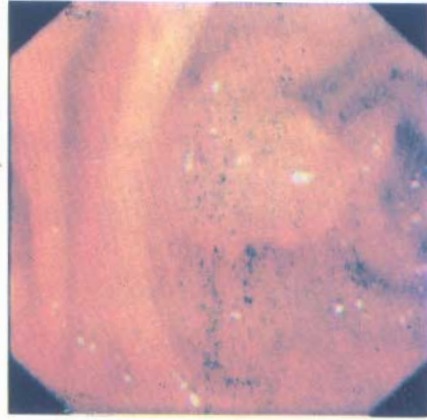
Thân vị với các  
nếp niêm mạc chạy dọc



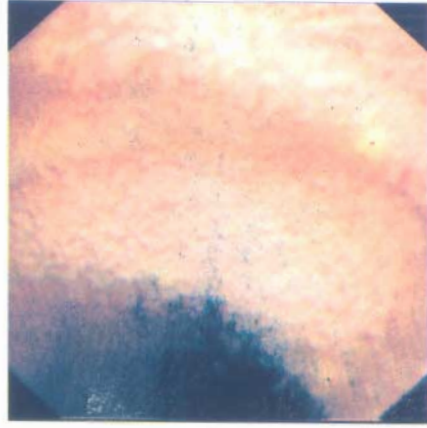
Góc bờ cong nhỏ



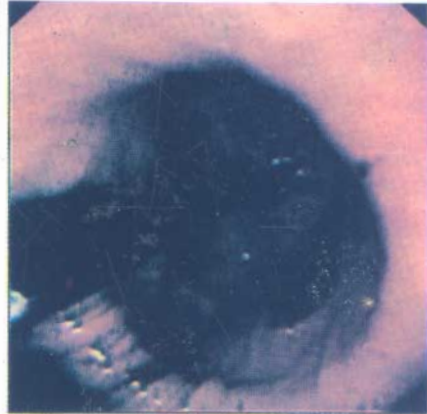
Hành tá tràng (không có nếp  
niêm mạc chạy vòng)



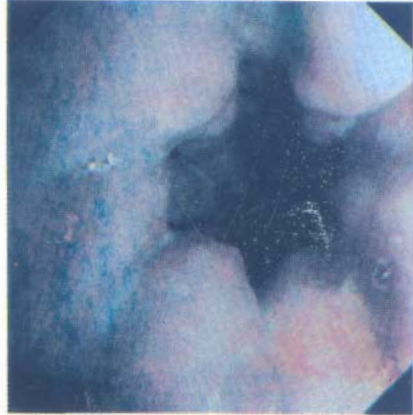
Đoạn hai tá tràng (Nhìn rõ Papille)



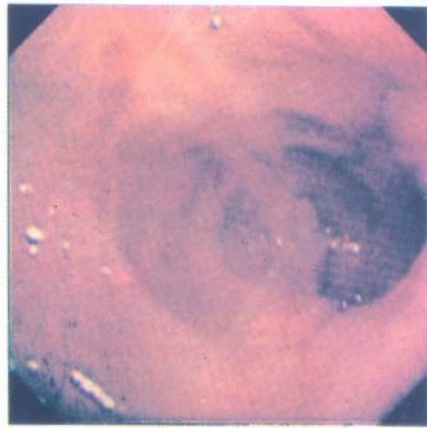
Đoạn 3-4 tá tràng  
(thấy rõ nhung mao ruột)



Thodi vị thực quản (soi ngược)



Giãn tĩnh mạch thực quản độ III



Viêm thực quản độ II  
(phân loại Savary - Miller)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

# NỘI SOI TIÊU HÓA

*Chịu trách nhiệm xuất bản*

HOÀNG TRỌNG QUANG

*Biên tập & SBI:*

BÙI THỊ TRÀ GIANG

*Trình bày bìa:*

CHU HÙNG

*Kt vi tính:*

BÙI THỊ TRÀ GIANG

---

In 1000 cuốn, khổ 16x24 cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 33-2008/CXB/108-175/YH.

In xong và nộp lưu chiểu quý III năm 2008.

## *Tim đọc*

- ❖ *Bệnh tiêu hoá gan mật*
- ❖ *Phẫu thuật ống tiêu hoá trẻ em*
- ❖ *Rối loạn trầm cảm trong bệnh lý tiêu hoá dạ dày – ruột*
- ❖ *Bệnh loét dạ dày tá tràng*

### **NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC**

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Tel: 04.7.625922 - 7.625934 - Fax: 04.7625923

Website: [www.xuatbanyhoc.vn](http://www.xuatbanyhoc.vn)

E-mail: [Xuatbanyhoc@fpt.vn](mailto:Xuatbanyhoc@fpt.vn)

Chi nhánh: 699 Trần Hưng Đạo - Quận 5 - TP. Hồ Chí Minh

Điện thoại: 08.9235648 \* Fax: 08.9230562

**GIÁ: 86.000đ**

