





BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LÀO CAI



QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI SOI CÁN THIỆP CẮT TÁCH NIÊM MẠC ỒNG TIÊU HOÁ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM QTKT.TDCN.32

	Người viết	Người kiểm tra	Người phê duyệt
Họ và tên	BS: Lương Thu Uyên	BCKI: Nguyễn Thu Hà	BCKII. Phạm Văn Thịnh
Ký			 

QUY TRÌNH NỘI SOI CAN THIỆP CẮT TÁCH NIÊM MẠC ÓNG TIÊU HOÁ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư sớm đường tiêu hóa được định nghĩa lần đầu tiên vào năm 1962 tại hội nghị nội soi tiêu hóa Nhật Bản, là tổn thương ung thư khu trú ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, có hoặc không có sự di căn hạch vùng.
- Can thiệp nội soi điều trị ung thư sớm tiêu hóa được phát triển đầu tiên ở Nhật Bản với kỹ thuật cắt hút niêm mạc Endoscopic mucosal resection (EMR) với tổn thương ở dạ dày, nhưng giới hạn của phương pháp này là thường áp dụng tổn thương dưới 20mm
- Phương pháp cắt dưới niêm mạc được phát triển những năm gần đây giải quyết những hạn chế còn lại của kỹ thuật can thiệp nội soi trước mà vẫn đảm bảo có thể lấy toàn bộ tổn thương làm giải phẫu bệnh. Kỹ thuật can thiệp ESD được thực hiện rất hiệu quả trong các tổn thương ở thực quản, dạ dày, đại trực tràng.
- Nguyên tắc chung trong lựa chọn đối tượng can thiệp nội soi là đảm bảo loại bỏ hoàn toàn khối u nguyên phát và tổn thương rất ít có khả năng di căn hạch. Từ đó đánh giá mô bệnh học tỷ mỉ bệnh phẩm được cắt vừa có giá trị trong chẩn đoán chính xác giai đoạn vừa có giá trị trong điều trị triệt căn tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. *Tổn thương thực quản*

- Chỉ định tuyệt đối với tổn thương tân sinh, tổn thương được chẩn đoán ung thư bề mặt thực quản khu trú lớp niêm mạc (cT1a EP/LPM).
- Chỉ định tương đối với tổn thương ung thư thực quản xâm nhập cơ niêm hay bề mặt dưới niêm mạc cT1a MM/ cT1bSM1.

2.2. *Tổn thương dạ dày*

- Các khối u có chỉ định tuyệt đối cắt qua nội soi
- + Ung thư dạ dày giai đoạn Ia (cTis, cT1aNoMo)
- Thể biệt hóa cao không có loét, chẩn đoán lâm sàng giai đoạn T1a
- + Các khối u chỉ định tương đối cắt qua nội soi (chỉ định mở rộng)
- Các khối u rất ít khả năng di căn hạch và không có xâm nhập mạch bạch huyết có thể chỉ định cắt u nội soi. Phương pháp ESD cắt rộng rãi lớp dưới niêm mạc nên hay được dùng hơn EMR.
- Các khối u được chẩn đoán T1a và:

- + Thê mô bệnh học biệt hóa cao, không có loét, kích thước > 2cm
- + Thê mô bệnh học biệt hóa cao, có loét, và đường kính khối u ≤ 3 cm
- + Thê mô bệnh học kém biệt hóa, không có loét, và đường kính khối u ≤ 2 cm

2.3. Tổn thương đại, trực tràng

2.3.1. Các tổn thương khó cắt bỏ toàn bộ tổn thương bằng kỹ thuật cắt dưới niêm mạc

- LST – NG, đặc biệt LST – NG giả loét
- Tổn thương cho thấy một mô hình lỗ tuyến loại VI
- Ung thư biểu mô với xâm lấn T1-SM1
- Các khối u có vùng lõm tresp 0-IIc
- Các tổn thương dạng có cuống lớn nghi ngờ là ung thư biểu mô.

2.3.2. Các tổn thương có xơ hoá dưới niêm mạc.

2.3.3. Các tổn thương ung thư sớm còn lại hay tái phát tại chỗ sau khi cắt bỏ nội soi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- KTV
- Giúp việc

5.2. Thuốc

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

- Dung dịch truyền: G5%, G10%, Natri clorid 0,9%...

5.3. Vật tư

- Găng tay
- Bơm tiêm 5ml, 20ml
- Lọ đựng bệnh phẩm
- Mảnh xốp, ghim bệnh phẩm
- Lam kính
- Áo mổ
- Băng gạc, bơm tiêm.
- Nước rửa tay

5.4. Trang thiết bị:

- Bộ xử lý hình ảnh nội soi
- Dây soi dạ dày, đại tràng.
- Nguồn điện cắt đốt, máy bơm CO₂, máy bơm tưới rửa
- Máy theo dõi lifestope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản
- Bơm kim tiêm điện
- Dao cắt niêm mạc chuyên dụng: Dao kim (Dual kinfe - Olympus company), dao đầu gồm cách điện (IT knife - Olympus company Japan)
- Kim kẹp cầm máu chuyên dụng
- Clip, bơm xịt cầm máu haemospray, snare
- Catheter bơm thuốc nhuộm: 1 dây cho mỗi loại chất nhuộm màu
- Kim sinh thiết

5.5. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ, chuẩn bị như quy trình nội soi thực quản dạ dày, hoặc được làm sạch đại tràng như quy trình nội soi đại trực tràng.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh nhân nằm nội trú tại viện.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin hành chính.

- Có đầy đủ các xét nghiệm sinh hóa, huyết học và cận lâm sàng đảm bảo không có chống chỉ định trước khi làm can thiệp.

- Bệnh nhân được thông qua mổ

- Giải thích cho người bệnh và người nhà người bệnh về lợi ích, nguy cơ tai biến và ký giấy cam kết trước khi can thiệp.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật : 1/2 - 2 giờ (30 – 120 phút)

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng nội soi

5.9. Kiểm tra hồ sơ

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần can thiệp thủ thuật

b. Thực hiện đúng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: Nằm nghiêng trái

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:

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

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

- Hướng dẫn người bệnh nằm đúng tư thế.

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

6.2. Bước 2:

- Nội soi theo quy trình chuẩn quan sát kỹ tổn thương cần phải cắt tách niêm mạc, xác định ranh giới tổn thương.

- Bắt đầu đánh dấu diện cần cắt cách ranh giới tổn thương khoảng 0,5 cm.

6.3. Bước 3:

- Dùng kim tiêm nội soi, tiêm nâng lớp dưới niêm mạc bằng dung dịch cao phân tử, ưu trương hay đẳng trương có pha với chất chỉ thị màu Indigo Carmin.

6.4. Bước 4:

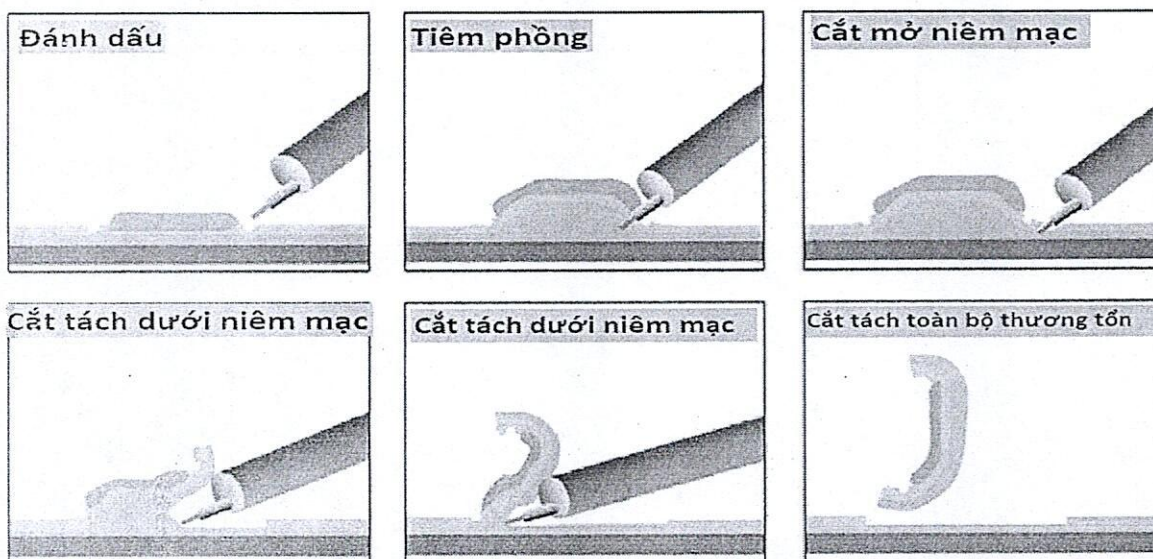
- Dùng dao đầu kim (Dual knife) cắt mở niêm mạc một phần để bộc lộ lớp dưới niêm mạc.

- Dùng dao có đầu cách điện (IT knife) cắt mở toàn bộ vùng niêm mạc quanh chu vi tổn thương ngoài vị trí đánh dấu.

- Sau đó tiếp cận ống soi vào lớp dưới niêm mạc bóc tách lớp dưới niêm mạc lấy toàn bộ tổn thương thành một khối.

6.5. Bước 5:

- Lấy tổn thương để cố định bệnh phẩm.
- Kiểm tra lại diện cắt, cầm máu bằng kim kẹp chuyên dụng hoặc clip nếu cần thiết



6.6. Bước 6:

- Theo dõi toàn trạng người bệnh trong toàn bộ quá trình làm thủ thuật.
- Sau khi kết thúc thủ thuật, đánh và in kết quả, ghi hồ sơ, cho thuốc điều trị sau can thiệp.
- Bệnh nhân phải nằm viện theo dõi sau can thiệp từ 1-7 ngày tùy từng bệnh nhân.
- Dặn dò bệnh nhân theo dõi các triệu chứng sau can thiệp: đau bụng, buồn nôn, nôn máu, đại tiện phân máu...
- Hướng dẫn bệnh nhân chế độ ăn uống sau can thiệp
- Thăm khám bệnh nhân hàng ngày
- Hướng dẫn người bệnh, bổ sung thêm phiếu xét nghiệm, sinh thiết nếu cần.

6.7. Kết thúc quy trình

- Điều dưỡng rửa máy theo quy trình kỹ thuật.
- Chuyển mảnh bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh đánh giá toàn bộ tổn thương về: phân typ giải phẫu bệnh, diện cắt đáy, diện cắt bên.
- Hội chẩn liên khoa sau khi có kết quả giải phẫu bệnh khi cần thiết.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1 Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị
- Hội chứng hít, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất. Xử trí theo chuyên khoa hô hấp
- Các biến chứng liên quan đến tiền mê hoặc gây mê. Xử trí theo chuyên khoa gây mê

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng: Là biến chứng hay gặp 0,4 - 10% tùy vào nghiên cứu, có thể can thiệp qua nội soi bằng kẹp clip và theo dõi nội khoa. Nếu can thiệp nội soi không đảm bảo đóng kín lỗ thủng, cần can thiệp ngoại khoa.
- Chảy máu: Là một trong các biến chứng thường gặp nhất, có thể chảy máu trong hay sau can thiệp, thông thường có thể can thiệp cầm máu qua nội soi thành công. Nếu trường hợp chảy máu nặng cần hồi sức, truyền máu, can thiệp phẫu thuật nếu cần.
- Viêm phổi sau can thiệp: Điều trị kháng sinh, chống viêm
- Xơ hẹp thực quản, xơ hẹp tâm vị, môn vị. Xử trí nong bóng thực quản, thuốc corticoid
- Huyết khối tĩnh mạch sâu, xử trí theo chuyên khoa

7.3. Biến chứng muộn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H Ono, H Kondo, T Gotoda, K Shirao, H Yamaguchi, D Saito, K Hosokawa, T Shimoda, S Yoshida (2001). Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer. Gut
2. Mitsuhiro Fujihira, Naohisa Yahagi, Naomi Kakushima, Shinya Kodashima, Yosuke Muraki, Satoshi Ono, Nobutake Yamamichi et Al (2007). Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Epithelial Neoplasms in 200 Consecutive Cases. Clinical Gastroenterology and Hepatology
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày. Ban hành kèm theo Quyết định số 3127/QĐ-BYT ngày 17 tháng 07 năm 2020.
4. Nội soi can thiệp cắt hết niêm mạc ống tiêu hoá điều trị ung thư sớm. Quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hoá 2014
5. Nội soi can thiệp – Cắt tách dưới niêm mạc ống tiêu hoá điều trị ung thư sớm. Quy trình kỹ thuật bệnh viện K 2022
6. Shinji Tanaka, Hiroshi Kashida, Yutaka Saito et Al 2019 Japan Gastroenterological Endoscopy Society guidelines for colorectal endoscopic

submucosal dissection/endoscopic mucosal resection. Gastroenterol. Endosc. 2019

7. Ryu Ishihara, Miwako Arima, Toshiro Iizuka, Tsuneo Oyama, Chikatoshi Katada, Motohiko Kato, Kenichi Goda, Osamu Goto, Kyosuke Tanaka, et Al 2020. Endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection guidelines for esophageal cancer Dig. Endosc2020

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

EMR (Endoscopic mucosal resection): Cắt hớt niêm mạc qua nội soi

ESD (Endoscopic submucosal dissection): Cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi

LST (Lateral spreading tumor): Khối u phát triển bên.

LST-NG (Lateral spreading tumor non grandunal): Khối u phát triển không nốt.

SM (Submucosal layer): Lớp dưới niêm mạc

EP (Epithelium): Biểu mô

LPM (Lamina propria mucosa): Lớp đệm niêm mạc

MM (Muscularis mucosa): Cơ niêm