

QUY TRÌNH DẪN LƯU Ồ ÁP XE PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thủ thuật dẫn lưu mũ và tổ chức hoại tử từ ổ áp xe trong nhu mô phổi bằng cách đặt một ống thông dẫn lưu vào ổ áp xe để dịch hay mũ từ ổ áp xe chảy ra tự nhiên hay qua hút bằng máy hút áp lực âm.

- Dẫn lưu ổ áp xe phổi dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính giúp định vị chính xác vị trí ổ áp xe và hướng được đầu ống thông vào đúng trong lòng ổ áp xe.

II. CHỈ ĐỊNH

- Áp xe phổi có kích thước lớn, thường ở vị trí gần thành ngực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ở tình trạng nguy kịch: Shock, suy hô hấp nặng.

- Rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Hô hấp nhi hoặc ngoại nhi, nắm được kỹ thuật dẫn lưu ổ áp xe phổi.

- Điều dưỡng được đào tạo về kỹ thuật này.

4.2. Phương tiện

- Ống thông dẫn lưu ổ áp xe: Kích cỡ tùy theo lứa tuổi người bệnh: từ 10-16G.

- Bộ dụng cụ tiêu phẫu : Một pince cong, kìm kẹp kim, 2 pince cầm máu, phẫu tích có máu, 1 không máu, kéo cắt chỉ, kìm kẹp sãng.

- Săng vô khuẩn, găng tay vô khuẩn 2 đôi. Dung dịch sát khuẩn: cồn iode 1,5%, cồn 70°, thuốc tê Xylocain (hoặc Lidocain) 2% x 4 ống. Atropin 1/4mg x 2 ống.

- Thuốc và bộ dụng cụ cấp cứu: Adrenalin 1‰ x 2 ống, Solumedrol 40mg (1 lọ), bộ đặt nội khí quản, bóng ambu, máy hút đờm, hệ thống thở O₂.

- Bơm tiêm 10ml, 20ml, gạc vô khuẩn, 1 lưỡi dao mổ, 2 bộ kim chỉ khâu.

- Máy hút áp lực âm, ống dẫn lưu kín 1 chiều.

- Máy chụp cắt lớp vi tính.

4.3. Người bệnh

- Giải thích và có cam kết của trẻ (nếu lớn) hoặc của cha mẹ hay người bảo hộ về quy trình kỹ thuật sẽ tiến hành.

- Thử phản ứng Xylocaine.

- Tiêm bắp Atropin 0.25mg x ½ ống – 1 ống 15 – 30 phút trước khi làm kỹ thuật, sau đó tiêm thuốc giảm đau nếu cần trước 15 phút.

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, đầu cao, tay bên phổi có ổ áp xe giờ cao lên đầu tùy trường hợp có thể nằm sấp nếu ổ áp xe ở phía sau lưng .

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án nội trú có đủ kết quả thăm dò cận lâm sàng như Xquang phổi, chụp CT lồng ngực, công thức máu, đông máu cơ bản, điện giải đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

- Khám, đánh giá lại tình trạng toàn thân người bệnh về các chỉ số sống còn (Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tinh thần).

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Xác định vị trí dẫn lưu qua thành ngực: Dựa trên film chụp cắt lớp vi tính để lựa chọn tư thế của bệnh nhi, tùy theo vị trí ổ áp xe phổi. Trong suốt quá trình làm thủ thuật, cần chụp cắt lớp vi tính ở các thời điểm trước, trong và sau khi đặt ống thông dẫn lưu ổ áp xe để kiểm tra chính xác vị trí đầu ống thông vào trong lòng ổ áp xe.

- Tiến hành đặt ống thông dẫn lưu áp xe phổi:

- Sát trùng vị trí dẫn lưu ở thành ngực, rộng 50cm, hai lần với cồn iode 1,5% và 1 lần với cồn trắng 70°.

- Trải sẵn có lỗ vô khuẩn, bộc lộ vị trí mở dẫn lưu.

- Gây tê tại chỗ từng lớp từ da đến lá thành màng phổi với Xylocain 2%.

- Rạch da và cân dọc theo bờ trên xương sườn dưới, đường rạch bằng đường kính ngoài của ống thông.

- Dùng pince cong không máu tách dần qua các lớp dưới da, cân, cơ liên sườn, đi sát bờ trên xương sườn dưới, dùng mũi pince chọc thủng qua khoang màng phổi, đưa thẳng vào ổ áp xe dưới sự chỉ dẫn của siêu âm. Luồn ống dẫn lưu theo đường đi của pince hoặc dùng pince kẹp đầu ống thông để luồn vào lòng ổ áp xe.

- Cố định ống thông dẫn lưu vào da thành ngực bằng mũi khâu chữ U, khâu chỉ chờ để thắt lại sau khi rút ống dẫn lưu sau này.

- Nối ống thông với bộ hút dẫn lưu kín một chiều, hoặc dùng bơm tiêm để hút mủ áp xe.

VI. THEO DÕI

6.1. Theo dõi toàn trạng bệnh nhi

- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn trong sau khi làm thủ thuật. Theo dõi tinh thần, toàn trạng bệnh nhi.

6.2. Theo dõi dẫn lưu

- Theo dõi kiểm tra sự lưu thông của ống dẫn lưu.
- Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất của dịch mủ dẫn lưu ra từ ổ áp xe.
- Kiểm tra ổ áp xe xem đã dẫn lưu hết mủ chưa dựa trên Xquang thẳng nghiêng thường và chụp cắt lớp vi tính.

6.3. Rút dẫn lưu

- Chỉ định rút dẫn lưu áp xe phổi khi kháng định đã hết mủ trong ổ áp xe trên Xquang thường và chụp cắt lớp vi tính).

- Khi rút dẫn lưu đảm bảo hút liên tục ra tránh gây tràn khí hay dịch mủ còn sót theo ống thông trào ra gây nhiễm khuẩn hoặc tràn khí màng phổi.

- Thắt chỉ chờ ngay sau rút ống thông, sát khuẩn bằng betadin, băng ốp kín vết dẫn lưu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu và đau nề chỗ chọc, chọc phải bó mạch thần kinh liên sườn: Cần theo dõi sát, băng ốp và can thiệp ngoại khoa.

- Chọc nhầm vào tạng lân cận như gan lách, dạ dày, tim v.v... cần phải theo sát sự hướng dẫn đường đi của hình ảnh chụp cắt lớp vi tính.

- Choáng ngất do bệnh nhi sợ hãi khi đang đờ: Cần giải thích động viên hoặc an thần tốt trước khi làm thủ thuật cần tiến hành xử trí cấp cứu khi có biểu hiện shock hay suy hô hấp.

- Nhiễm trùng: Do lây nhiễm từ tay và dụng cụ. Cần tuân thủ tốt quy trình sát khuẩn vô khuẩn. Điều trị kháng sinh phù hợp

Nguồn trích dẫn:

1. *Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa số 4825/ QĐ – BHYT năm 2016, Tr 148-150*

