

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG

1. MỤC ĐÍCH

Chọc hút dịch màng bụng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định có tràn dịch màng bụng.
- Chẩn đoán căn nguyên: dựa vào tính chất vật lý, xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi sinh vật dịch màng bụng.

2.2. Điều trị

- Hút dịch điều trị các triệu chứng do tràn dịch màng bụng gây ra đau -tức bụng. Thường kết hợp với truyền bù Albumin.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối. Cân nhắc giữa lợi ích chọc dịch và các tai biến trong các trường hợp sau:

- + Rối loạn đông máu, chảy máu
- + Bệnh lý tim mạch: loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim...
- + Bệnh nhân quá sợ hãi.

4. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ THUỐC MEN

- Bơm tiêm 5ml – 10ml, kim tiêm
- Máy hút dịch hoặc bơm tiêm 50ml để hút dịch
- Kim chọc dò: loại kim chuyên biệt có van 3 chiều. Nếu không có kim chuyên biệt thì có thể lắp một đoạn cao su ở đốc kim và dùng kìm Kocher để mở thay cho van, đảm bảo hút kín.
- Khăn mổ có lỗ, khay đựng dịch, ống nghiệm, bông và cồn sát trùng (cồn Iod 1% và cồn 70⁰).

Lidocain 0,25 x 5 – 10ml; Atropin 1/4mg; Seduxen 10mg và các thuốc cấp cứu khác: Depersolon 30mg, Adrenalin 1⁰/₀₀ ... túi thở Oxy,

5. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Giải thích động viên bệnh nhân
- Siêu âm ổ bụng...
- Thử phản ứng thuốc Lidocain; đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.

30 phút trước khi chọc dịch, có thể tiêm tiền tê Atropin 1/4mg x 1 – 2 ống; Sedexen 5mg 1 ống (nếu bệnh nhân bình tĩnh, sức khoẻ cho phép, có thể không dùng thuốc tiền tê).

6. KỸ THUẬT

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân co
- Xác định vị trí chọc kim (thường ở điểm nổi 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối từ rốn tới gai chậu trước bên T)
 - Sát trùng rộng vùng chọc kim bằng cồn Iod và cồn 70⁰.
 - Trải khăn lố
 - Gây tê bằng Lidocain từng lớp tại điểm chọc kim: từ da, tổ chức dưới da, đến màng bụng thành.
- Chọc kim tại điểm gây tê, vuông góc với thành bụng. Khi kim vào tới khoang màng bụng sẽ có cảm giác sứt và nhẹ tay, hút thử kiểm tra và giữ cố định kim sát thành bụng.
- Hút bằng bơm tiêm 50ml, đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 2000ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 24-48 giờ.

- Khi hút dịch xong, rút kim, sát khuẩn vùng chọc kim và băng lại, cho bệnh nhân nằm nghỉ, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Dị ứng thuốc. Cần phải thử phản ứng thuốc tê trước khi làm thủ thuật.
- Choáng do lo sợ, cơ thể yếu, hoặc do phản xạ phó giao cảm. Tùy theo mức độ có thể để bệnh nhân nằm đầu thấp, uống nước chè đường, thở Oxy, Depessolon 30mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch, nâng huyết áp bằng tráng Adrenalin tĩnh mạch, hoặc Dopamin và các can thiệp hồi sức tích cực khác.
- Bội nhiễm gây mủ màng bụng. Cần thực hiện các bước hết sức vô trùng.
- Một số tai biến khác như: Chọc nhầm vào các phủ tạng cũng có thể xảy ra.

