

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

NGUYỄN HANH THIÊN

NHẬN XÉT KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU MỞ THÔNG DẠ DÀY
QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2
NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh – 2026

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

NHẬN XÉT KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU MỞ THÔNG DẠ DÀY
QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2
NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Nguyễn Hanh Thiện

Bắc Ninh - 2026

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1	4
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1. Nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá [19],[11]	4
1.1. Khái niệm.....	4
1.2. Các đường điều trị nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá.	4
1.2.1. Đường mũi- dạ dày [5].	4
1.2.2. Mở thông dạ dày bằng phẫu thuật [5], [13], [3].	5
1.2.3. Mở thông dạ dày qua da bằng điện quang can thiệp [17].....	6
1.3. Mở thông dạ dày qua nội soi.....	6
1.3.1. Lịch sử phát triển [25].	6
1.3.2. Chỉ định [17], [10], [9].....	7
1.3.3. Chống chỉ định [9]	8
1.3.4. Vấn đề sử dụng kháng sinh trước khi đặt ống mở thông dạ dày qua nội soi.....	9
1.3.5. Các kỹ thuật mở thông dạ dày qua nội soi.	9
1.3.6. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các bệnh nhân mở thông dạ dày qua nội soi.	12
1.3.7. Tai biến và biến chứng thủ thuật mở thông dạ dày qua nội soi.....	14
1.3.8. Một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam.	18
1.3.9. Giới thiệu về địa bàn nghiên cứu.....	20
CHƯƠNG 2	21
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	21
2.1. Đối tượng nghiên cứu	21
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn.....	21
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	21
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	21
2.3. Phương pháp nghiên cứu.	21
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.	21

2.3.2. Cỡ mẫu	21
2.3.3. Phương pháp chọn mẫu	22
2.4. Phương tiện và dụng cụ nghiên cứu.....	22
2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu.....	23
2.5.1. Đối với nhóm bệnh nhân hồi cứu:	23
2.5.2. Thu thập số liệu tiến cứu:	23
2.6. Các biến số nghiên cứu	26
2.7. Xử lý và phân tích dữ liệu.....	29
2.8. Y đức	29
CHƯƠNG 3.....	32
DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	32
3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu	32
3.1.1. Theo giới.....	32
3.1.2. Theo nhóm tuổi.....	32
3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân trong nghiên cứu	32
3.2.1. Một số bệnh lý được chỉ định mở thông.....	32
3.2.2. Sử dụng kháng sinh trước mở thông.....	33
3.2.3. Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân được mở thông.....	33
3.2.4. Đặc điểm cận lâm sàng các bệnh nhân mở thông	33
3.3. Kết quả thủ thuật mở thông	34
3.3.1. Phương pháp vô cảm	34
3.3.2. Địa điểm tiến hành thủ thuật.....	34
3.3.3. Thời gian thực hiện thủ thuật.....	34
3.3.4. Số lần chọc kim vào dạ dày	34
3.3.5. Tỷ lệ thành công của thủ thuật.....	34
3.3.6. Tai biến và biến chứng trong khi thực hiện thủ thuật mở thông	35
3.3.6.1. Tai biến liên quan đến vô cảm trong khi tiến hành mở thông dạ dày	35
3.3.7. Triệu chứng và biến chứng sau khi tiến hành mở thông dạ dày.....	35

3.3.8. Thời gian bắt đầu cho ăn qua sonde	36
CHƯƠNG 4	37
DỰ KIẾN BÀN LUẬN	37
DỰ KIẾN KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ	38
Theo kết quả và bàn luận của nghiên cứu.....	38
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU	42
I. Hành chính	42
II. Đặc điểm lâm sàng	42
III. Đặc điểm cận lâm sàng	42
IV. Kết quả thủ thuật	42

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới-----	34
Biểu đồ 3.2. Phân bố theo nhóm tuổi -----	34

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Kỹ thuật Kéo (Pull)-----	10
Hình 1.2. Kỹ thuật Đẩy (Push)-----	11
Hình 1.3. Kỹ thuật mở thông dạ dày dưới hướng dẫn nội soi ống mềm-----	12
Hình 2.1. Bộ mở thông dạ dày qua nội soi -----	24
Hình 2.2. Sơ đồ nghiên cứu -----	33

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Các biến số trong nghiên cứu -----	28
Bảng 3.1. Một số bệnh lý được chỉ định mở thông dạ dày trong nghiên cứu-----	33
Bảng 3.2. Sử dụng kháng sinh trước mở thông dạ dày -----	33
Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân được mở thông -----	33
Bảng 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng -----	33
Bảng 3.5. Phương pháp vô cảm-----	34
Bảng 3.6. Địa điểm tiến hành thủ thuật -----	34
Bảng 3.7. Thời gian thực hiện thủ thuật -----	34
Bảng 3.8. Số lần chọc kim vào dạ dày -----	34
Bảng 3.9. Tỷ lệ thành công của thủ thuật-----	34
Bảng 3.10. Tai biến liên quan đến vô cảm -----	35
Bảng 3.11. Tai biến liên quan đến kỹ thuật -----	35
Bảng 3.12. Một số triệu chứng sau thủ thuật-----	35
Bảng 3.13. Biến chứng sau thủ thuật-----	36
Bảng 3.14. Thời gian bắt đầu cho ăn qua sonde -----	36

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở thông dạ dày là phương pháp đặt một ống thông từ trong dạ dày qua thành bụng ra ngoài để nuôi dưỡng, có thể thực hiện bằng nội soi dạ dày hoặc bằng phương pháp khác: phẫu thuật, điện quang can thiệp.

Mở thông dạ dày chỉ định cho bệnh nhân rối loạn nuốt kéo dài do nguyên nhân thần kinh, các bệnh lý tắc nghẽn hầu họng- thực quản; những bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng do giảm cung cấp thức ăn qua miệng, giảm khả năng hấp thu và tăng dị hóa [4], [8].

Nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa có các ưu điểm: phù hợp với chức năng sinh lý hệ tiêu hóa, ít nguy cơ biến chứng ở bệnh nhân và giá thành thấp.

Theo khuyến cáo thời gian nuôi dưỡng bệnh nhân dưới 4 tuần, có thể áp dụng qua xông mũi- dạ dày. Nhưng với thời gian nuôi dưỡng bệnh nhân dài hơn 4 tuần cần áp dụng mở thông dạ dày ra da để nuôi dưỡng và mở thông dạ dày ra da là lựa chọn đầu tiên ở những bệnh nhân cần hỗ trợ dinh dưỡng. Chỉ những bệnh nhân có cấu trúc giải phẫu thay đổi (mổ cắt dạ dày), rối loạn khả năng làm trống dạ dày, không dung nạp với nuôi ăn qua dạ dày thì mở thông hồng tràng nên được lựa chọn [8].

Kỹ thuật mở thông dạ dày qua nội soi được Gauderer và Ponsky mô tả lần đầu tiên vào năm 1980 và được áp dụng rộng rãi ở nhiều nơi trên thế giới [25], [6]. Kỹ thuật Pull là kỹ thuật dùng nội soi dạ dày để kéo một dây dẫn từ ngoài thành bụng qua dạ dày, thực quản và miệng để nối với ống mở thông, ống mở thông được kéo qua miệng, thực quản, vào dạ dày và qua lỗ mở thông trên thành bụng, được cố định trên thành bụng, tạo đường thông giữa dạ dày ra ngoài da [16].

Trên thế giới có nhiều công trình nghiên cứu về mở thông dạ dày qua nội soi đã được thực hiện. Ezekiel W Toh Yoon và cộng sự nghiên cứu 324 bệnh nhân từ tháng 1 năm 2007 đến tháng 12 năm 2011 với độ tuổi trung bình là 82,3

± 10.9 (SD) trong đó 61% bệnh nhân đột quỵ não. Sau can thiệp có 31 bệnh nhân (11%) nhiễm trùng quanh lỗ mở thông, 40 bệnh nhân (12%) tiêu chảy, 2 bệnh nhân tử vong (0,6%) liên quan đến thủ thuật do chảy máu [24].

Một nghiên cứu về mở thông dạ dày ở 27 bệnh nhân hồi sức ngoại do Gyu Young Pih và cộng sự đăng trên tạp chí hội Nội soi tiêu hoá Hàn Quốc năm 2020 trong đó tỉ lệ biến chứng cấp tính sau mở thông bao gồm chảy máu chiếm 7,4%, liệt ruột 11,1% , biến chứng muộn bao gồm viêm phổi hít chiếm 7,4 % , có 3,7% bệnh nhân tắc ống xông [21].

Tại Việt Nam trong những năm gần đây, mở thông qua nội soi đã được áp dụng trong thực hành lâm sàng ở nhiều bệnh viện. Nghiên cứu về mở thông dạ dày qua nội soi bằng kỹ thuật kéo thực hiện trên 300 bệnh nhân ung thư hạ họng thanh quản và ung thư thực quản tại bệnh viện K trung ương do Phạm Văn Bình và Phan Hữu Huỳnh thực hiện, trong đó tỉ lệ thành công là 100%, thời gian nằm viện trung bình sau thủ thuật là 1-2 ngày chiếm 94,7%, 3 biến chứng được ghi nhận: 2,3% (7 ca) trong đó 0,3 % (1 ca) trường hợp phải mổ cấp cứu do viêm phúc mạc [2].

Tại Bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2, mở thông dạ dày qua nội soi bắt đầu được triển khai từ tháng 3 năm 2025 và chưa có nghiên cứu nào về phương pháp này. Do đó tôi tiến hành đề tài “ Nhận xét kết quả bước đầu mở thông dạ dày qua nội soi tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2026”

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân được mở thông dạ dày qua nội soi tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2026.
2. Nhận xét kết quả bước đầu mở thông dạ dày qua nội soi tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2026.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1. Nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá [19],[11].

1.1. Khái niệm.

Nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa là cần thiết ở những bệnh nhân không thể đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng đầy đủ bằng đường ăn uống tự nhiên. Nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá được ưu tiên hơn nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch do nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch liên quan đến tỷ lệ tác dụng phụ cao hơn, bao gồm tăng đường huyết, rối loạn điện giải và tăng nguy cơ nhiễm trùng, cũng như các biến chứng lâu dài như bệnh gan liên quan đến nuôi dưỡng tĩnh mạch và bệnh lý xương do rối loạn chuyển hóa.

Nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá mang tính sinh lý tự nhiên hơn, góp phần duy trì tính toàn vẹn của niêm mạc đường tiêu hóa, qua đó hỗ trợ chức năng miễn dịch và hạn chế tình trạng teo niêm mạc ruột.

Tình trạng không đảm bảo đủ lượng dinh dưỡng đưa vào có thể do nhiều nguyên nhân sinh lý hoặc bệnh lý khác nhau. Nguyên nhân thường gặp nhất là nuốt khó, có thể xuất hiện trong các bệnh lý thần kinh mạn tính như bệnh Parkinson hoặc xơ cứng cột bên teo cơ, cũng như do rối loạn chức năng nuốt tạm thời hoặc vĩnh viễn sau tai biến mạch máu não hoặc trong các bệnh lý ung thư vùng đầu cổ. Ngoài ra, tình trạng giảm mức độ ý thức hoặc rối loạn tri giác nặng, như trong sa sút trí tuệ, bệnh nhân thở máy, hoặc bệnh não gan và bệnh não do rối loạn chuyển hóa, cũng có thể dẫn đến giảm hoặc mất khả năng ăn uống qua đường miệng.

1.2. Các đường điều trị nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá.

1.2.1. Đường mũi- dạ dày [5].

- Chọn kích cỡ ống thông thích hợp với bệnh nhân.
- Vị trí của ống thông phải được kiểm tra: bằng lâm sàng (nghe tiếng khí-

nước, hút dịch vị), hoặc chụp XQ dạ dày không chuẩn bị, nhất là ở những bệnh nhân hôn mê hoặc thở máy.

- Nuôi dưỡng kéo dài có thể gây kích thích khó chịu, loét đường tiêu hóa, xuất huyết tiêu hóa, trào ngược dạ dày- thực quản, viêm phổi trào ngược...

1.2.2. Mở thông dạ dày bằng phẫu thuật [5], [13], [3].

Mở thông dạ dày bằng phẫu thuật là phương pháp tạo một đường thông từ trong dạ dày qua thành bụng ra ngoài bằng phẫu thuật, nhằm mục đích: Nuôi ăn bệnh nhân và giải áp dạ dày (Ít áp dụng).

Các phương pháp mở thông dạ dày bằng phẫu thuật

Phương pháp Stamm: Rạch da theo đường giữa trên rốn vào mặt trước dạ dày. Tại vị trí cao nhất ở mặt trước dạ dày: Khâu 2 mũi chuẩn cách nhau 1cm (khởi đầu đối nhau qua tâm điểm là nơi dạ dày bị kẹp kéo ra ngoài, cách 2 mũi túi khoảng 1cm), mũi khâu chỉ qua lớp thanh cơ dạ dày. Đưa ống thông vào trong dạ dày, buộc mũi túi trong, vùi để niêm mạc không ra ngoài. Tiếp tục buộc mũi túi ngoài, vùi và cắt chỉ. Cố định xông vào thành bụng.

Phương pháp Fontan: Kéo mặt trước dạ dày càng cao càng tốt bằng 1 cặp Allis hoặc Babcock. Khâu 1 mũi thanh mạc cơ xung quanh cặp Allis bằng chỉ tiêu chậm 0.0. Rạch thanh mạc cơ ở giữa đường khâu túi. Cầm máu lớp dưới niêm mạc sau đó mở 1 lỗ nhỏ qua niêm mạc bằng dao điện hoặc panh, lỗ mở niêm mạc có kích thước tương ứng với ống thông. Luồn ống thông vào trong dạ dày. Khâu vòng hai túi vùi quanh ống thông. Đưa ống thông ra ngoài ổ bụng qua 1 đường rạch ở thành bụng tương ứng với vị trí ống thông trên dạ dày. Khâu cố định thanh mạc cơ dạ dày quanh ống thông với phúc mạc thành bụng.

Một số phương pháp khác: Phương pháp Witzel, phương pháp Beck-Janu, phương pháp Jenaway- Depage. Hoặc có thể mở thông dạ dày bằng phẫu thuật nội soi.

1.2.3. Mở thông dạ dày qua da bằng điện quang can thiệp [17].

- Đặt ống mở thông dạ dày qua da và ống mở thông dạ dày – hồng tràng dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang đã ngày càng được chấp nhận rộng rãi kể từ khi kỹ thuật này được giới thiệu vào đầu những năm 1980. Các thủ thuật này thường do bác sĩ chẩn đoán hình ảnh thực hiện tại phòng can thiệp có trang bị huỳnh quang. Sau khi gây tê tại chỗ thành bụng, đôi khi kết hợp thêm an thần mức độ vừa, bờ dưới của gan được xác định bằng siêu âm và đánh dấu trên bề mặt da bụng của người bệnh. Một ống thông mũi – dạ dày được đưa vào dạ dày, sau đó dạ dày được bơm căng khí và chọc kim bằng một catheter dẫn đường (introducer catheter). Bác sĩ điện quang can thiệp sẽ cố định dạ dày vào thành bụng trước bằng các neo chữ T (T fasteners). Tiếp theo, một dây dẫn được đưa vào dạ dày qua catheter dẫn đường, và đường chọc được nong tuần tự trên dây dẫn đến kích thước từ 10–14 Fr. Cuối cùng, ống mở thông dạ dày được luồn theo dây dẫn, đi qua đường chọc đã được nong và đặt vào trong dạ dày; hoặc đưa sâu xuống ruột non nếu cần đặt ống mở thông dạ dày – hồng tràng.

1.3. Mở thông dạ dày qua nội soi.

1.3.1. Lịch sử phát triển [25].

Kỹ thuật mở thông dạ dày bằng nội soi 1980 (kỹ thuật Pull) được mô tả lần đầu vào năm bởi Ponsky và Gauderer và được ứng dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Đây là phương pháp đặt ống mở thông từ trong khoang dạ dày ra ngoài da bằng kỹ thuật nội soi ống mềm để nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa.

Phương pháp này ban đầu được phát triển nhằm giải quyết nhu cầu nuôi dưỡng ở trẻ em không có khả năng nuốt, đã được giới thiệu lần đầu tiên tại Hội nghị thường niên của Hiệp hội Phẫu thuật Nhi khoa Hoa Kỳ (American Pediatric Surgical Association) tổ chức tại Florida vào năm 1980. Sự kiện này đánh dấu bước ngoặt quan trọng trong lĩnh vực phẫu thuật và dinh dưỡng lâm sàng, mở ra

một phương pháp tạo đường nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa ít xâm lấn, thay thế cho kỹ thuật mở thông dạ dày truyền thống qua phẫu thuật mở bụng.

Về sau có thêm kỹ thuật đẩy (Push technique) và sau đó là kỹ thuật Introducer.

1.3.2. Chỉ định [17], [10], [9].

Mở thông dạ dày qua nội soi được chỉ định cho những bệnh nhân không thể ăn uống đủ dinh dưỡng trong thời gian dài hơn một tháng và đường tiêu hóa vẫn còn hoạt động bình thường.

- Ung thư.

Một lĩnh vực trong ung thư học mà mở thông dạ dày qua nội soi mang lại lợi ích là ung thư đầu và cổ. Lợi ích của ống mở thông trong bối cảnh này được minh họa qua một nghiên cứu hồi cứu, trong đó 40% (32/88) bệnh nhân ung thư đầu và cổ được đặt ống mở thông trước khi hóa trị và xạ trị. Những bệnh nhân được mở thông dạ dày qua nội soi giảm trung bình 3,1 kg, so với mức giảm 7 kg ở những bệnh nhân không được mở thông dạ dày qua nội soi. Nhóm mở thông dạ dày qua nội soi cũng có số lần nhập viện do mất nước và suy dinh dưỡng ít hơn đáng kể, và không bị gián đoạn điều trị ung thư so với nhóm không được mở thông dạ dày qua nội soi. Nhóm bệnh này bao gồm:

- Ung thư vùng đầu – cổ, ung thư hầu, ung thư biểu mô thực quản, ung thư kèm tắc ruột cơ năng, trong đó mở thông dạ dày qua nội soi qua da được chỉ định như một biện pháp giảm áp dạ dày.

- Đột quỵ não gây nuốt khó.

- Các bệnh lý thần kinh gây tàn phế.

Việc chỉ định mở thông dạ dày qua nội soi qua da đã được nghiên cứu rộng rãi ở các bệnh nhân mắc bệnh lý neuron vận động tiến triển, điển hình như xơ cứng teo cơ một bên và xơ cứng rải rác. Các bệnh lý này thường diễn tiến với tình trạng rối loạn nuốt tăng dần theo thời gian, dẫn đến giảm lượng dinh

dưỡng qua đường miệng, sụt cân và gia tăng nguy cơ hít sặc. Trong bối cảnh đó, mở thông dạ dày qua nội soi được xem là một biện pháp hỗ trợ dinh dưỡng hiệu quả nhằm duy trì tình trạng dinh dưỡng và giảm các biến chứng liên quan đến suy dinh dưỡng và hít sặc.

- Sa sút trí tuệ, Rối loạn ý thức và tổn thương thần kinh.
- Chấn thương sọ não.
- Bệnh nhân hồi sức tích cực (ICU).
- Hôn mê kéo dài.
- Nhóm bệnh lý khác.

Bỏ nặng, dị tật bẩm sinh (ví dụ: rò khí – thực quản), các tình trạng rò tiêu hóa, xơ nang, hội chứng ruột ngắn (ví dụ: bệnh Crohn), Phẫu thuật vùng mặt.

1.3.3. Chống chỉ định [9]

- Rối loạn đông máu nặng (INR > 1,5; PTT > 50 giây; tiểu cầu < 50.000/mm³)
- Huyết động không ổn định.
- Nhiễm trùng huyết.
- Cổ trướng nặng.
- Viêm phúc mạc.
- Nhiễm trùng thành bụng tại vị trí dự kiến đặt ống.
- Di căn phúc mạc lan rộng.
- Có cơ quan xen kẽ giữa thành bụng và dạ dày (ví dụ: gan, đại tràng)
- Tiền sử cắt toàn bộ dạ dày.
- Tắc nghẽn đường ra dạ dày (trong trường hợp mở thông dạ dày qua nội soi được sử dụng để nuôi ăn).
- Liệt dạ dày nặng (trong trường hợp mở thông dạ dày qua nội soi được sử dụng để nuôi ăn).

Không có sự đồng ý thực hiện thủ thuật của bệnh nhân hoặc người đại

diện hợp pháp.

1.3.4. Vấn đề sử dụng kháng sinh trước khi đặt ống mở thông dạ dày qua nội soi.

- Bệnh nhân được đặt ống mở thông dạ dày thường có nguy cơ nhiễm khuẩn vì nhiều lý do khác nhau: tuổi già, thiếu dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch và bệnh lý như các bệnh ác tính và tiểu đường.

- Các vi khuẩn cư trú ở hầu họng và đường tiêu hóa trên có thể gây nhiễm khuẩn lỗ mở thông trên da (đặt bởi kỹ thuật Kéo (Pull) và Đẩy (Push)).

- Cần sử dụng kháng sinh dự phòng đường tĩnh mạch. Những kháng sinh sử dụng phổ biến để ngăn ngừa nhiễm khuẩn lỗ mở thông là betalactam đường tĩnh mạch trước khi làm thủ thuật mở thông: bao gồm co-amoxiclav, cefotaxime, cefoxitin hoặc cefazolin [19].

1.3.5. Các kỹ thuật mở thông dạ dày qua nội soi.

1.3.5.1. Kỹ thuật kéo [25].

- Dùng dao mổ rạch 1 đường dài khoảng 1 cm trên da vị trí điểm chọc đã xác định.

- Chọc kim có vỏ qua đường rạch da vào trong khoang dạ dày (nhìn thấy trên màn hình nội soi), rút kim. Sau khi rút kim ra, dùng 1 ngón tay bịt lại để tránh thoát hơi từ dạ dày ra ngoài gây xẹp dạ dày.

- Luồn dây dẫn qua vỏ kim vào trong khoang dạ dày; đồng thời người nội soi đưa thông lọng qua kênh sinh thiết máy soi vào dạ dày bắt lấy dây dẫn và kéo ngược ra ngoài qua thực quản- miệng.

- Nối đầu dây dẫn phía miệng với đầu có thông lọng của ống thông dạ dày, cho gel bôi trơn vào xung quanh sonde mở thông dạ dày.

- Sau đó kéo ngược ống thông dạ dày qua miệng- thực quản vào dạ dày và qua lỗ rạch thành bụng ra ngoài.

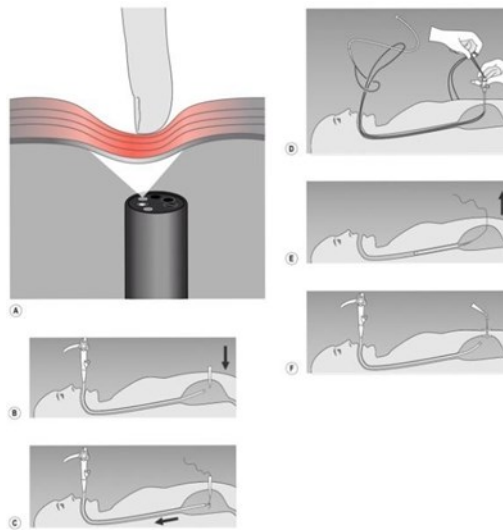
- Cắt bớt chiều dài ống thông (khoảng 20 cm từ đế trong ra đầu ngoài)

và cố định để ngoài.

- Nội soi dạ dày: kiểm tra lại vị trí đế trong của ống thông ở thành dạ dày, đánh giá xem có chảy máu tại vị trí đặt ống mở thông dạ dày.

- Bôi dung dịch sát khuẩn betadine vùng da thành bụng trước xung quanh chân ống mở thông dạ dày; đặt gạc mỏng vô khuẩn xung quanh chân ống mở thông dạ dày.

- Mở thông dạ dày qua nội soi bằng kỹ thuật kéo được áp dụng rộng rãi vì đơn giản, an toàn, dễ thực hiện, giá trị hiệu quả cao và giá thành thấp.



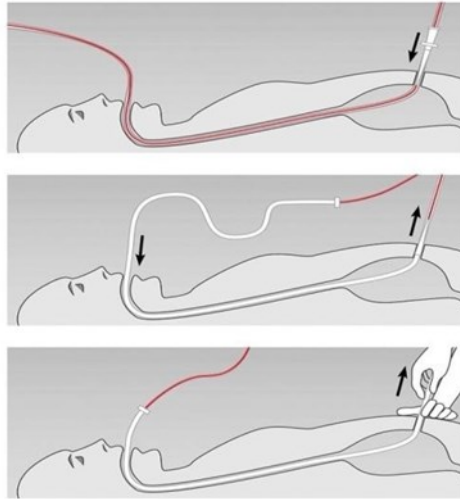
Hình 1.1: Kỹ thuật Kéo (Pull)

1.3.5.2. Kỹ thuật đẩy (Push technique).

Thực hiện bởi Sacks và Vine năm 1983 [25].

Dây dẫn (guidewire) được luồn qua kim chọc và được giữ lại bằng một thòng lọng (snare) đưa vào qua ống nội soi. Sau khi dây dẫn đã được giữ chắc chắn, kim chọc được rút ra, đồng thời ống nội soi cùng với snare và dây dẫn được rút ra ngoài qua đường miệng. Khi một đoạn dây dẫn đủ dài được đưa ra ngoài miệng, ống nuôi ăn được luồn theo dây dẫn và đẩy xuống qua đường miệng. Đầu thuôn của ống nuôi ăn được giữ lại khi xuất hiện tại vị trí mở trên da và được kéo ra ngoài cho đến khi còn cách thành bụng trước khoảng 3–4 cm. Sau đó, dây dẫn được rút bỏ và ống nội soi được đưa trở lại dạ dày nhằm kiểm tra,

bảo đảm vị trí chính xác của ống nuôi ăn. Đĩa cố định ngoài da (skin disc) được cố định trên ống để giữ ống tại chỗ, đồng thời ghi nhận chiều dài ống bên ngoài và độ căng của ống



Hình 1.2: Kỹ thuật Đẩy (Push)

1.3.5.3. Kỹ thuật introducer [23].

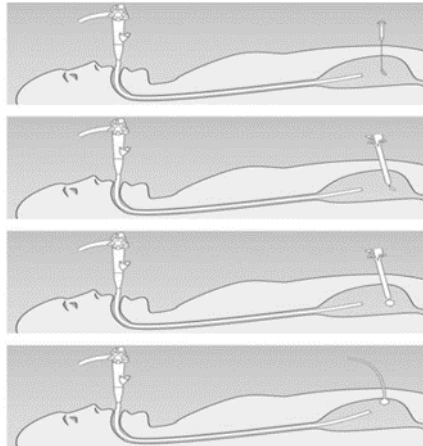
Năm 1984, Russell và cộng sự đã giới thiệu một kỹ thuật mới trong mở thông dạ dày bằng nội soi là kỹ thuật đặt ống thông trực tiếp, trong đó thành dạ dày được cố định vào thành bụng dưới sự hướng dẫn của nội soi. Ống thông dạ dày được đưa vào dạ dày qua thành bụng từ bên ngoài. Kỹ thuật này còn cho phép tiến hành trên bệnh nhân hẹp hầu họng thực quản mà ống thông không thể kéo qua được.

- Nội soi dạ dày để định hướng tìm điểm mở thông dạ dày trên thành bụng: dấu ấn ngón tay và dấu hiệu đèn sáng trên thành bụng.

- Dùng bộ khâu Loop Fixture II để khâu 2 mũi chỉ cố định thành bụng trước và thành dạ dày nằm cách nhau khoảng 1- 1,5 cm ở vị trí mở thông dạ dày.

- Phần dự tính tạo đường hầm mở thông, đâm thẳng đứng kim dẫn đường vào, đầu kim chạm vào trong thành dạ dày, rút kim trong, đưa dây dẫn vào và rút kim ra. Dùng dao rạch một vết nhỏ 5mm với dao mổ số 11 vào đoạn giữa 2 mũi chỉ cố định từ bên ngoài vào dạ dày (nhìn thấy trên màn hình nội soi).

- Đưa ống sonde vào dạ dày (tùy theo từng loại của các nhà sản xuất)
- Sát khuẩn xung quanh vị trí mở thông bằng betadine và đặt gạc mỏng vô khuẩn chỗ mở thông dạ dày.
- Sau 3 tuần đường rò được hình thành, rút chỉ buộc khâu dính dạ dày và thành bụng sử dụng khi phẫu thuật.



Hình 1.3: Kỹ thuật mở thông dạ dày dưới hướng dẫn nội soi ống mềm (Introducer)

1.3.6. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các bệnh nhân mở thông dạ dày qua nội soi.

1.3.6.1. Đặc điểm lâm sàng

- Đặc điểm nhân khẩu học.

Phần lớn bệnh nhân có chỉ định đặt ống mở thông dạ dày qua nội soi thuộc nhóm tuổi cao, thường trên 65–70 tuổi. Tỷ lệ nam giới có xu hướng nhỉnh hơn nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt này phụ thuộc vào bệnh lý nền.

- Bệnh lý nền

+ Đột quỵ (giai đoạn cấp hoặc mạn tính), sa sút trí tuệ giai đoạn tiến triển, bệnh Parkinson, xơ cứng teo cơ một bên, chấn thương sọ não, những bệnh nhân này thường biểu hiện tình trạng nuốt khó kéo dài, hít sặc tái diễn hoặc rối loạn ý thức, làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng và viêm phổi hít.

- + Ung thư vùng đầu cổ và thực quản: ung thư hầu họng, ung thư thanh

quản, ung thư thực quản, ống mở thông dạ dày qua nội soi thường được đặt dự phòng trước khi tiến hành hóa xạ trị nhằm đảm bảo duy trì tình trạng dinh dưỡng, hoặc được chỉ định khi khối u gây tắc nghẽn cơ học làm hạn chế hoặc không thể ăn uống qua đường miệng.

- Tình trạng dinh dưỡng

Trước khi mở thông dạ dày qua nội soi, bệnh nhân thường có biểu hiện suy giảm tình trạng dinh dưỡng với các đặc điểm:

- + Sụt cân không chủ ý >10% trong vòng 3–6 tháng
- + Chỉ số khối cơ thể <18,5 kg/m²
- + Lượng ăn qua đường miệng <50–60% nhu cầu năng lượng khuyến nghị
- + Teo cơ đặc biệt ở người cao tuổi
- Tình trạng nuốt và nguy cơ hít sặc

Các bất thường chức năng nuốt thường được ghi nhận thông qua đánh giá lâm sàng hoặc chụp nuốt cản quang (videofluoroscopy), bao gồm: nuốt khó đã được xác định, viêm phổi hít tái diễn, ho hoặc sặc khi ăn, giảm hoặc mất phản xạ nôn.

1.3.6.2. Đặc điểm cận lâm sàng.

Các xét nghiệm cận lâm sàng thường phản ánh tình trạng suy dinh dưỡng và gánh nặng bệnh lý mạn tính đi kèm.

- Các chỉ số huyết học

- + Hemoglobin: có thể giảm từng mức độ phụ thuộc tình trạng bệnh lý nền
- + Tăng bạch cầu khi có nhiễm trùng kèm theo
- + Giảm số lượng lympho bào (đôi khi được sử dụng như một chỉ dấu gián tiếp của suy dinh dưỡng)

+ Bất thường tiểu cầu, có ý nghĩa trong đánh giá nguy cơ chảy máu

- Các chỉ số sinh hoá

- + Giảm albumin huyết thanh (thường <3,5 g/dL)

- + Giảm prealbumin
- + Giảm protein máu
- + Giảm cholesterol máu trong trường hợp suy dinh dưỡng nặng
- + Rối loạn điện giải, bao gồm: hạ natri máu, hạ kali máu, tăng protein C phản ứng (CRP).

- + Bất thường chức năng gan hoặc thận ở bệnh nhân có bệnh lý phối hợp.

1.3.7. Tai biến và biến chứng thủ thuật mở thông dạ dày qua nội soi.

1.3.7.1. Yếu tố nguy cơ.

- Những yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được:

- + Tuổi: tuổi càng cao thì yếu tố nguy cơ càng tăng, đặc biệt tuổi > 75 được ghi nhận là yếu tố dự đoán khả năng tử vong < 1 tháng sau đặt ống mở thông dạ dày.

- + Suy dinh dưỡng: giảm chỉ số khối cơ thể (BMI) và kết quả Albumin huyết thanh thấp dưới, liên quan đến tỷ lệ tử vong và tỷ lệ gặp biến chứng cao sau đặt ống mở thông dạ dày [15].

- + Bệnh phối hợp: suy tim xung huyết, suy thận, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, viêm phổi mạn tính, bệnh rối loạn đông máu, rối loạn tuần hoàn, ung thư di căn và bệnh gan cũng làm tăng tỷ lệ tử vong sau mở thông dạ dày [16].

- Những yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được:

- + Người làm thủ thuật ít kinh nghiệm [15].

- + Sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI) trước thủ thuật 48 giờ có thể làm giảm đáng kể nguy cơ biến chứng [12].

- + Ung thư đầu và cổ có nguy cơ xảy ra biến chứng cao hơn liên quan đến thủ thuật mở thông dạ dày so với những bệnh nhân khác.

1.3.7.2. Tai biến và biến chứng của thủ thuật mở thông dạ dày.

Thủ thuật mở thông dạ dày qua da bằng nội soi ống mềm được đánh giá là thủ thuật an toàn nhưng có thể gặp cả biến chứng nhẹ và biến chứng nặng,

thậm chí biến chứng nghiêm trọng. Tỷ lệ gặp biến chứng nặng và nghiêm trọng tương ứng khoảng 6% và 3% [16], [22].

Một số triệu chứng cơ năng có thể xuất hiện sau khi mở thông dạ dày, có thể xác định được nguyên nhân và giải quyết được.

- Đau tại vị trí mở thông: Do lực ép mạnh giữa đế ngoài và đế trong tại vị trí mở thông, viêm nề chân xông mở thông. Hướng giải quyết: chỉnh lại khoảng cách giữa đế ngoài và đế trong, theo dõi hàng ngày kiểm tra di lệch. Đặt gạc mỏng dưới đế ngoài, vệ sinh quanh lỗ mở thông và thay gạc hàng ngày.

- Rối loạn tiêu hóa:

+ Ía lỏng: có thể do chế độ nuôi dưỡng (chế độ ưu trương, nhiều lactose, nhiều chất béo hoặc chế độ ăn lạnh). Hướng giải quyết: thay đổi chế độ ăn gồm dung dịch đẳng trương, bột lactose, bột chất béo.

+ Táo bón: do chế độ nuôi dưỡng ít dịch hoặc ít chất xơ. Hướng giải quyết: thay đổi chế độ ăn có lượng dịch đủ, bổ xung thêm thức ăn có chất xơ.

- Buồn nôn và nôn: có thể do truyền quá nhanh hoặc do sữa có áp lực thẩm thấu cao, nhiều chất béo trong chế độ ăn hoặc do bệnh nhân không dung nạp lactose. Hướng giải quyết: pha loãng sữa với tỷ lệ thích hợp, quản lý chế độ ăn không lactose hoặc sử dụng chế độ ăn ít chất béo.

- Nôn trớ, trào ngược: do vị trí đế trong của ống mở thông dạ dày quay lên trên hoặc mở thông ở vị trí cao, bơm nhanh nhiều. Xử trí: hướng dẫn tư thế cho bệnh nhân, bơm thức ăn lỏng tốc độ chậm, số lượng thức ăn vừa phải.

- Tắc ống: do thức ăn khô đặc, không bơm tráng rửa ống sau khi ăn. Hướng giải quyết: có thể sử dụng men tụy phối hợp với dung dịch bicarbonate để bơm rửa thông tắc, sau dùng nước ấm và dung dịch carbonate.

- Tràn khí ổ bụng: là dấu hiệu hay gặp sau mở thông dạ dày, chiếm 50% ở nhiều nghiên cứu, không gây hậu quả nghiêm trọng.

Trong trường hợp không có dấu hiệu viêm phúc mạc, biểu hiện tràn khí

ô bụng không phải là lý do để ngừng nuôi dưỡng.

- U hạt lỗ mở thông.

Do sự phát triển của tổ chức hạt tăng sinh quanh lỗ mở thông dạ dày. Biểu hiện của u hạt không phải biến chứng đe dọa sự sống, nhưng sự ẩm ướt và bề mặt giàu mạch máu có thể gây ra nhiễm khuẩn vết thương, chảy máu.

Điều trị bằng nhiều cách: thuốc sát khuẩn bôi tại chỗ, đốt bởi nitrat bạc và phẫu thuật cắt bỏ tổ chức u hạt.

- Viêm nề tại vị trí mở thông:

Là triệu chứng hay gặp nhất sau mở thông dạ dày: da thành bụng xung quanh ống mở thông viêm nề, tấy đỏ nhẹ. Nếu thành bụng quanh ống mở thông tấy đỏ lan rộng, chảy dịch mủ hoặc dấu hiệu viêm hệ thống thì cần nghi ngờ nhiễm khuẩn vết thương.

Điều trị: kháng sinh toàn thân, thay băng tại vị trí mở thông dạ dày hàng ngày.

- Trào dịch qua lỗ mở thông dạ dày:

Do khoảng cách giữa đế trong và đế ngoài của ống mở thông dạ dày bị nói rộng, dịch dễ trào ngược từ trong dạ dày qua đường hầm mở thông ra ngoài xung quanh vị trí mở thông. Can thiệp: kéo ống mở thông dạ dày lên để khoảng cách giữa đế trong và đế ngoài của ống mở thông dạ dày thu ngắn lại; điều trị các bệnh phối hợp và tăng cường nuôi dưỡng. Các biến chứng của mở thông dạ dày.

• Ngay trong khi mở thông dạ dày có thể gặp một số tai biến:

- Tai biến liên quan đến kỹ thuật mở thông dạ dày: rò dạ dày với các tạng; thủng các tạng rỗng gây viêm phúc mạc, chảy máu ổ bụng do đâm kim vào gan, xuất huyết tiêu hóa do tổn thương loét chảy máu đường tiêu hóa trên.

- Các tai biến liên quan đến tiền mê hoặc mê tĩnh mạch (nếu sử dụng): rối loạn hô hấp và tuần hoàn: suy hô hấp, co thắt thanh quản-khí quản; rối loạn nhịp tim: nhịp nhanh xoang, nhịp chậm xoang, loạn nhịp, hạ huyết áp và trụy tim mạch.

- Một số biến chứng có thể gặp sau mở thông dạ dày:

- Ống bị rút ra có thể do vô tình hoặc tự ý: cần thiết đặt 1 ống xông tạm thời để đường hầm mở thông không khép lại, sau đó đưa đến phòng nội soi liên hệ đặt lại ống xông mở thông.

- Hội chứng chân xông nằm trong đường hầm mở thông “Buried Bumper”:

Hội chứng này có thể xảy ra khi đã hình thành đường hầm thành bụng: xuất hiện sớm vào tuần thứ 3 sau đặt ống mở thông dạ dày hoặc muộn vài tháng sau.

Nguyên nhân: do lực căng quá mức giữa đế trong và đế ngoài gây ra hoại tử thiếu máu thành dạ dày, ống thông di chuyển vào trong đường hầm mở thông và nằm xen giữa thành dạ dày và da. Biểu hiện ban đầu: có thể đau, viêm ở vị trí chèn ống mở thông; sau đó có thể dẫn tới các biến chứng nặng nề hơn như thủng dạ dày, rò lỗ mở thông, hoại tử thành bụng, viêm phúc mạc và tử vong.

Xử trí: ống mở thông cần được loại bỏ ngay khi xác định chính xác biến chứng bằng nội soi hoặc đơn giản kéo ống mở thông ra ngoài phụ thuộc vào loại ống mở thông. Có thể đặt lại ống mở thông khi đường mở thông co lại hoặc đặt vị trí mới.

Dự phòng: kiểm tra thường xuyên vị trí ống mở thông dạ dày để khoảng cách giữa đế trong và đế ngoài của xông mở thông khoảng 2,5 cm tùy độ dày thành bụng và chú ý chăm sóc và theo dõi sau mở thông dạ dày.

- Chảy máu: do tổn thương mạch máu thành bụng từ đường mở thông, thành dạ dày hoặc tổn thương mạch lách, mạch mạc treo ruột hoặc u máu bao cơ thẳng bụng. Hướng giải quyết: nếu có rối loạn huyết động, cần đặt đường truyền dịch- truyền máu và theo dõi dấu hiệu sinh tồn; kiểm soát chảy máu bằng cách thu hẹp khoảng cách giữa đế trong và đế ngoài của ống mở thông dạ dày để tăng lực ép vào vị trí lỗ mở thông; nếu không giải quyết được thì cần phải nội soi kiểm tra vị trí chảy máu và xử trí hoặc phẫu thuật thăm dò nếu cần.

- Viêm phổi trào ngược: có thể gặp liên quan với số lượng dịch nuôi dưỡng và tư thế của bệnh nhân. Hướng giải quyết: tư thế cho ăn chếch 30- 45 độ và giữ tư thế này 1 giờ sau ăn, ăn chế độ dịch vừa phải và chia nhiều bữa mỗi ngày hoặc truyền nhỏ giọt dịch nuôi dưỡng qua xông mở thông trong ngày. Có thể đặt một ống xông nhỏ hơn qua ống mở thông dạ dày và đưa xuống hồng tràng.

- Rò dạ dày- đại tràng: do trong quá trình tổn thương đâm kim qua đại tràng vào dạ dày, tạo đường rò từ đại tràng vào dạ dày và có thể ra ngoài da. Gây phân từ đại tràng trào ngược vào dạ dày, ra ngoài ống xông.

- Tổn thương cơ quan nội tạng, có thể gây viêm phúc mạc.

Bất kỳ tạng trong ổ bụng đều có thể bị tổn thương khi đặt mở thông dạ dày, nhiều nhất là thủng đại tràng và ruột non, ít hơn là tổn thương gan và lách.

- Hoại tử cân cơ thành bụng.

Đây là biến chứng hiếm gặp nhưng là biến chứng nặng. Lực kéo mạnh hoặc đè ép vào ống mở thông dạ dày là hai yếu tố chính làm tăng nguy cơ hoại tử cân thành bụng sau khi đặt ống mở thông, kèm theo nhiễm khuẩn lan rộng.

- Sự lan truyền ung thư ở lỗ mở thông.

Biến chứng này hiếm gặp, có thể sự lan truyền tế bào ung thư diễn ra trong kỹ thuật mở thông khi mà ống mở thông chạm vào khối u hầu họng và được kéo qua da. Chẩn đoán biến chứng này thường muộn cho đến khi di căn đủ lớn để nhìn thấy hoặc rối loạn tại chỗ như chảy máu hoặc nhiễm khuẩn biểu hiện để phải chú ý. Trong trường hợp nghi ngờ, cần sinh thiết và chụp CT Scan để xác định chẩn đoán.

1.3.8. Một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam.

1.3.8.1 Một số nghiên cứu trên thế giới.

Mở thông dạ dày qua da dưới nội soi đã được áp dụng và nghiên cứu trên thế giới với nhiều đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu đa trung tâm của Jun Woo Park và cộng sự năm 2019 trên 1017 bệnh nhân tại 62 bệnh viện ở Hàn Quốc [20]

cho thấy rối loạn thần kinh (70%), đặc biệt là nhồi máu não (45%), xuất huyết não (17%), sa sút trí tuệ (5%) và bệnh Alzheimer (3%), là bệnh lý nền phổ biến nhất ở các bệnh nhân được thực hiện mở thông dạ dày qua nội soi. Ung thư (18%), trong đó ung thư thực quản (43%), ung thư vòm họng/họng (23%) và ung thư dạ dày (14%), là bệnh lý nền phổ biến thứ hai. Biểu hiện lâm sàng chính dẫn đến chỉ định mở thông là khó nuốt (35%), tiếp theo là viêm phổi hít tái diễn (26%). Các biến chứng nhẹ xảy ra ở 46% bệnh nhân trong vòng 2 tuần sau khi đặt ống mở thông dạ dày qua nội soi. Các loại biến chứng bao gồm: rò rỉ tại vị trí mở thông dạ dày qua da (30%), tự rút ống (24%), hình thành mô hạt tại vị trí ống mở thông (20%), tiêu chảy (8%), viêm phổi (6%), táo bón (2%), nôn (2%). Khi đánh giá các biến chứng sau 1 năm kể từ thời điểm đặt ống mở thông, ghi nhận các tình trạng sau: rò rỉ nhiều tại vị trí mở thông (34%), hội chứng vùi bumper (17%), tràn khí phúc mạc (16%), di lệch ống xông (11%), xuất huyết tiêu hóa (8%), nhiễm trùng tại vị trí ống xông (8%) và viêm phổi hít (6%).

Nghiên cứu hồi cứu từ năm 2001 đến năm 2023 trên các bệnh nhân được mở thông dạ dày qua nội soi ở các bệnh viện tuyến cuối tại Bồ Đào Nha do Ivo Mendes và cộng sự công bố năm 2025 cho thấy 1.415 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu (61,8% nam; tuổi trung bình 66,9). Trong đó, 66,4% bệnh nhân mắc bệnh lý thần kinh và 31,3% mắc ung thư vùng đầu – cổ hoặc ung thư thực quản. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là 20,9 kg/m², với 49,8% bệnh nhân thuộc nhóm thiếu cân. Nồng độ albumin, transferrin và cholesterol toàn phần giảm lần lượt ở 43,2%, 62,2% và 50% số bệnh nhân [18].

1.3.8.2. Một số nghiên cứu tại Việt Nam.

- Năm 2017 nghiên cứu của Vũ Hồng Anh và cộng sự tại bệnh viện E trên 35 bệnh nhân được mở thông dạ dày qua nội soi trong đó bệnh nhân nam (85,7%), tuổi trên 60 chiếm 97,1%. Kỹ thuật thành công với tỷ lệ 94,3%. Thủ thuật được tiến hành tại phòng nội soi, bệnh nhân có thể được gây mê (28,6%)

hoặc gây tê tại chỗ kết hợp an thần (71,4%). Tỷ lệ biến chứng 24,1%. Nhưng chỉ ở mức độ nhẹ và vừa, xử lý được bằng điều trị nội khoa [1].

- Năm 2018, tại bệnh viện K trung ương Phạm Văn Bình và cộng sự nghiên cứu trên 300 bệnh nhân ung thư được mở thông dạ dày qua nội soi bằng kỹ thuật kéo trong đó 217 bệnh nhân (73,7%) ung thư thực quản. Biến chứng được ghi nhận chủ yếu là nhiễm trùng chân và chảy máu chân xông mở thông (3,2%) có 1 bệnh nhân bị viêm phúc mạc ở ngày thứ 2 sau mổ thông [2].

- Tại bệnh viện Bạch Mai, năm 2025 Đặng Quang Nam và cộng sự nghiên cứu 34 bệnh nhân mở thông dạ dày qua nội soi bằng kỹ thuật đặt trực tiếp trong đó Tuổi trung bình các bệnh nhân trong nghiên cứu là 72,1 tuổi, tỷ lệ nam/nữ: 1,8/1. Chỉ số BMI trung bình $19,3 \pm 2,7$ kg/m². Nhóm bệnh lý thần kinh chiếm 73,5%. Tỷ lệ dùng thuốc kháng sinh toàn thân trước can thiệp chiếm 91,2%. Bệnh nhân được vô cảm bằng gây mê đường tĩnh mạch: 97,1%, có 1 bệnh nhân vô cảm bằng tê tại chỗ. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật 100%. Thời gian thực hiện: $7,5 \pm 2,5$ phút (5-10 phút). Có 1 trường hợp gặp tai biến trong thủ thuật do xuyên troca vào thành sau dạ dày gây chảy máu [7].

1.3.9. Giới thiệu về địa bàn nghiên cứu.

Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 là bệnh viện hạng I trực thuộc Sở Y tế Bắc Ninh với quy mô 1.250 giường bệnh. Khoa Nội Tiêu hoá được thành lập vào ngày 1 tháng 10 năm 2022 tiền thân là khoa Nội Tiêu hoá – Các bệnh máu. Mở thông dạ dày qua nội soi là kỹ thuật mới được triển khai thực hiện vào tháng 3 năm 2025 cho đến thời điểm hiện tại bước đầu đã có 15 ca được thực hiện do các bác sĩ và kỹ thuật viên trong khoa phối hợp với bác sĩ gây mê hồi sức thực hiện. Đa số các ca mở thông được thực hiện tại phòng nội soi của khoa, một số trường hợp nặng, tiên lượng khó được thực hiện tại phòng mổ.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên các bệnh nhân được mở thông dạ dày nuôi ăn qua nội soi dạ dày tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 từ tháng 3 năm 2025 đến tháng 8 năm 2026.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn.

- Tất cả bệnh nhân được mở thông dạ dày qua nội soi tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 từ tháng 3 năm 2025 đến tháng 8 năm 2026.

- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ các thông tin cần cho nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Các bệnh nhân được mở thông dạ dày nuôi ăn bằng các phương pháp khác, không phải do thủ thuật mở thông dạ dày qua nội soi ống mềm.

- Bệnh nhân được mở thông dạ dày qua nội soi ống mềm nhưng hồ sơ bệnh án không đủ các thông tin cần cho nghiên cứu.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2025 đến tháng 8 năm 2026.

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu.

2.3.2. Cỡ mẫu

Toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ (dự kiến 30 bệnh nhân).

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Phương tiện và dụng cụ nghiên cứu.

- Máy nội soi dạ dày cửa sổ thẳng, kênh sinh thiết 2,8 mm của hãng Olympus

- Bộ mở thông dạ dày qua da của hãng ZKSK (theo kỹ thuật Kéo):

+ Ống thông dạ dày kích thước 24 Fr.

+ Thuốc tê Lidocain 2%, bơm tiêm 10 ml.

+ Kim có vỏ ngoài, dao mổ.

+ Thòng lọng, dây dẫn, toan vô trùng có lỗ.

- Ống thông dạ dày kích thước 20Fr; dao PS Needle có vỏ ngoài che mũi dao khi không thao tác.

- Dung dịch bôi trơn và sát khuẩn betadine.

- Thuốc mê tĩnh mạch Propofol 1%.



Hình 2.1. Bộ mở thông dạ dày qua nội soi.

2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu.

2.5.1. Đối với nhóm bệnh nhân hồi cứu:

Thu thập số liệu qua bệnh án lưu trữ trên phần mềm quản lý bệnh viện VIMES. Các bệnh nhân có đầy đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu mới được đưa vào nghiên cứu.

2.5.2. Thu thập số liệu tiền cứu:

- Hội chẩn các chuyên khoa liên quan xác định bệnh nhân có chỉ định mở thông dạ dày qua nội soi.

- Nội soi thực quản dạ dày tá tràng thường qui đối với các bệnh nhân có kế hoạch mở thông để đảm bảo dây soi qua được đoạn hẹp do tổn thương vùng hạ họng hoặc thực quản. Các bệnh nhân mà dây soi không xuống được dạ dày hoặc dạ dày có loét đều loại ra khỏi nghiên cứu.

- Bệnh nhân được khám mê trước khi làm thủ thuật để đánh giá nguy cơ cao suy hô hấp (bệnh nhân có khối u to vùng hạ họng, bệnh nhân khó đặt ống nội khí quản, bệnh nhân già yếu, nhiều bệnh lý nền..) cần can thiệp đường thở (đặt ống nội khí quản) khi làm thủ thuật sẽ tiến hành làm tại phòng mổ. Nhóm bệnh nhân còn lại sẽ tiến hành làm thủ thuật tại phòng nội soi khoa Tiêu hoá.

- Thu thập thông tin trước điều trị theo mẫu bệnh án nghiên cứu: Hỏi và khám bệnh xác định các triệu chứng lâm sàng cận lâm sàng trước khi mở thông.

Đặc điểm lâm sàng

+ Tuổi, giới.

+ Chiều cao, cân nặng, tính chỉ số khối cơ thể BMI(Body Mass Index).

Phân loại tình trạng dinh dưỡng cho người trưởng thành theo tổ chức y tế thế giới (WHO), 1998

+ Các bệnh lý kèm theo: Bệnh lý tim mạch, bệnh lý hô hấp.

+ Các triệu chứng lâm sàng: Nuốt nghẹn, gầy sút cân, ho, khó thở...

+ Sử dụng kháng sinh trước mở thông, loại kháng sinh.

Đặc điểm cận lâm sàng: Xét nghiệm Hemoglobin, Bạch cầu, tiểu cầu, đông máu cơ bản.

Qui trình kĩ thuật mở thông dạ dày qua nội soi

Chuẩn bị bệnh nhân trước thủ thuật.

- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà về thủ thuật mở thông dạ dày để đồng ý làm thủ thuật và ký giấy cam kết thực hiện thủ thuật.

- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước thủ thuật.

- Có kết quả đông máu bình thường.

- Nếu bệnh nhân dùng thuốc chống đông thì phải ngưng sử dụng trước khi mở thông dạ dày theo chỉ định của từng loại thuốc.

- Bệnh nhân sử dụng kháng sinh dự phòng trước mở thông dạ dày.

- Nếu bệnh nhân có răng giả ở miệng thì phải được lấy ra trước khi làm thủ thuật; hút dịch tiết miệng.

- Vệ sinh khoang miệng và thành bụng trước bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp: betadine,....

Chuẩn bị phòng nội soi: Khử khuẩn phòng soi bằng đèn cực tím trong ~ 30 phút.

Kĩ thuật mở thông dạ dày (kĩ thuật kéo)

+ Người thực hiện: 1 bác sĩ làm thủ thuật mở thông, 1 bác sĩ làm nội soi dạ dày, 1 kỹ thuật viên được đào tạo nội soi để hỗ trợ thủ thuật mở thông, 1 bác sĩ gây mê, 1 điều dưỡng phụ mê.

+ Phương pháp vô cảm: Mê tĩnh mạch bằng thuốc Propofol 1%.

+ Tư thế: Nằm ngửa.

+ Nội soi dạ dày: kiểm tra thương tổn trong lòng thực quản- dạ dày- tá tràng. Sau đó bơm hơi căng đủ cho thành trước dạ dày áp sát vào thành bụng.

+ Xác định điểm chọc: vị trí có ánh đèn soi trên thành bụng là vị trí mặt trước dạ dày áp sát vào vào thành bụng trước; dấu ấn ngón tay: ấn ngón tay

thẳng góc vào vị trí có ánh đèn soi trên thành bụng thấy dấu ấn ngón tay vào thành dạ dày được nhìn trên màn hình nội soi.

- Sát khuẩn lại thành bụng trước bằng betadine hoặc cồn trắng 70 độ.

- Gây tê tại chỗ: dùng kim 10 ml và thuốc tê xylocain 2%.

- Dao mổ rạch 1 đường dài 1 cm trên da vị trí điểm chọc đã xác định.

- Chọc kim có vỏ qua đường rạch da vào trong khoang dạ dày (nhìn thấy trên màn hình nội soi), rút kim, lưu lại vỏ nhựa.

- Luôn dây dẫn qua vỏ kim vào trong khoang dạ dày; đồng thời người nội soi đưa thông lọng qua kênh sinh thiết máy soi vào dạ dày bắt lấy dây dẫn và kéo ngược ra ngoài qua thực quản và miệng.

- Nối đầu dây dẫn phía miệng với đầu có thông lọng của ống thông dạ dày, cho gel bôi trơn vào xung quanh sonde mở thông dạ dày.

- Sau đó kéo ngược ống thông dạ dày qua miệng, thực quản vào dạ dày và qua lỗ rạch thành bụng ra phía ngoài.

- Cắt bớt chiều dài ống thông (khoảng 20 cm từ đế trong ra đế ngoài) và cố định đế ngoài.

- Nội soi dạ dày: kiểm tra lại vị trí đế trong của ống thông ở thành dạ dày, đánh giá xem có chảy máu tại vị trí đặt ống mở thông dạ dày. Bơm rửa chân sonde pha bằng Betadine pha loãng.

- Bôi dung dịch sát khuẩn betadine vùng da thành bụng trước xung quanh chân ống mở thông dạ dày; đặt gạc mỏng vô khuẩn xung quanh chân ống mở thông dạ dày.

- Cố định chân sonde mở thông: đưa đế ngoài tới sát thành bụng.

Hướng dẫn người nhà cách chăm sóc tại chỗ và cho ăn qua xông.

- Vệ sinh chân ống mở thông và thay băng hàng ngày.

- Ăn uống sau mở thông dạ dày:

- + Bệnh nhân có thể ăn < 24 giờ sau thủ thuật.

+ Tư thế cho ăn: ngồi thẳng, lưng ngửa ra sau 30- 45 độ.

+ Thức ăn dạng xay lỏng, bơm trực tiếp qua xông. Bơm thức ăn bắt đầu khoảng 50 ml sữa/ lần x 6- 8 lần/ ngày; tăng dần số lượng thức ăn trong mỗi bữa ăn.

Theo dõi sau mở thông

Hỏi, khám bệnh nhân để phát hiện các tai biến, biến chứng sau mở thông.

2.6. Các biến số nghiên cứu

Bảng 2.1: Các biến số trong nghiên cứu

Tên biến số	Khái niệm	Phương pháp thu thập
Mục tiêu số 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng		
Tuổi	Biến rời rạc, tính theo năm dương lịch- năm sinh	HSBA
Giới	Là biến định tính	HSBA
Bệnh lý nền	Biến rời rạc	HSBA
Cân nặng	Biến rời rạc	HSBA
BMI	Biến phân loại, Công thức tính cân nặng (Kg)/ chiều cao ² (m)	HSBA
Dấu hiệu suy dinh dưỡng	Sụt > 10% trọng lượng cơ thể trong 6 tháng gần đây	HSBA
Rối loạn nuốt	Có/ không	HSBA
Kháng sinh trước thủ thuật	Có/ không	HSBA
Hemoglobin	Thiếu máu: Hb, 120g/L	HSBA

Bạch cầu	Chia thành 3 nhóm: Giảm, bình thường, tăng	HSBA
Tiểu cầu	Chia thành 3 nhóm: Giảm, bình thường, tăng	HSBA
INR	Chia thành 3 nhóm: Giảm, bình thường, tăng	HSBA
Mục tiêu 2: Nhận xét kết quả bước đầu thủ thuật		
Kết quả thủ thuật	Thành công: đặt ống thông đúng vị trí, ống thông không bị hẹp tắc, di lệch trong vòng 24 giờ.	HSBA, Khám theo dõi trong quá trình và sau khi làm
Thời gian thực hiện thủ thuật	Biến định lượng	Thu thập trong quá trình làm và trong HSBA
Địa điểm thực hiện thủ thuật	Phòng nội soi Phòng mổ	HSBA
Phương pháp vô cảm	Mê tĩnh mạch Mê nội khí quản	HSBA, khám trong quá trình thực hiện thủ thuật
Số lần chọc kim vào dạ dày	Biến định lượng	HSBA, khám trong quá trình thực hiện thủ thuật

Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng sau mở thông	Biến định lượng	HSBA, hỏi bệnh
Tai biến trong quá trình mở thông		
Tai biến liên quan đến vô cảm	Suy hô hấp: Thở nghịch thường, thở rít, tím môi, tụt SP02... Rối loạn nhịp tim:Nhịp nhanh > 120 lần/phút hoặc < 60 lần/phút	HSBA, Thăm khám
Tai biến liên quan đến kỹ thuật	Xuất huyết tiêu hoá: chảy máu dạ dày tại vị trí chọc troca Tổn thương bề niêm mạc thực quản hầu họng Thủng đường tiêu hoá: đại tràng, ruột ...do chọc kim	HSBA, Thăm khám
Triệu chứng sau khi mở thông		
Đau tại vị trí mở thông	Mức độ đau theo thang điểm VAS	HSBA, Thăm khám
Nôn, trào ngược	Có/Không	HSBA, thăm khám
Viêm nề chân xông mở thông	Sưng tấy, đỏ đau, tại vị trí mở thông	HSBA, thăm khám
Trào dịch qua lỗ mở thông dạ dày	Dịch chảy ra qua lỗ mở thông	HSBA, thăm khám
Tai biến, biến chứng sau mở thông		
Viêm tấy thành bụng	Sưng đau tấy đỏ thành bụng	HSBA, thăm khám

Xuất huyết tiêu hoá	Nôn máu, đại tiện phân đen, phân máu..	HSBA, xét nghiệm cls, thăm khám
Thủng đại tràng	Đau bụng, chướng	HSBA, thăm khám, chụp clvt
Viêm phúc mạc	Đau bụng, sốt, chướng, phản ứng thành bụng	HSBA, thăm khám
Chân xông nằm trong đường hầm mở thông	Đầu trong ống sonde tuột khỏi dạ dày nằm trong thành bụng	HSBA, thăm khám, Chụp clvt
Tuột xông	Sonde bị tuột ra ngoài hoặc tuột vào trong dạ dày	HSBA, thăm khám, nội soi.
Viêm phổi hít	Viêm phổi do hít sặc khi cho ăn: ho, khạc đờm mới xuất hiện, tổn thương trên phim chụp XQ sau khi mở thông	HSBA, thăm khám, Chụp XQ

2.7. Xử lý và phân tích dữ liệu

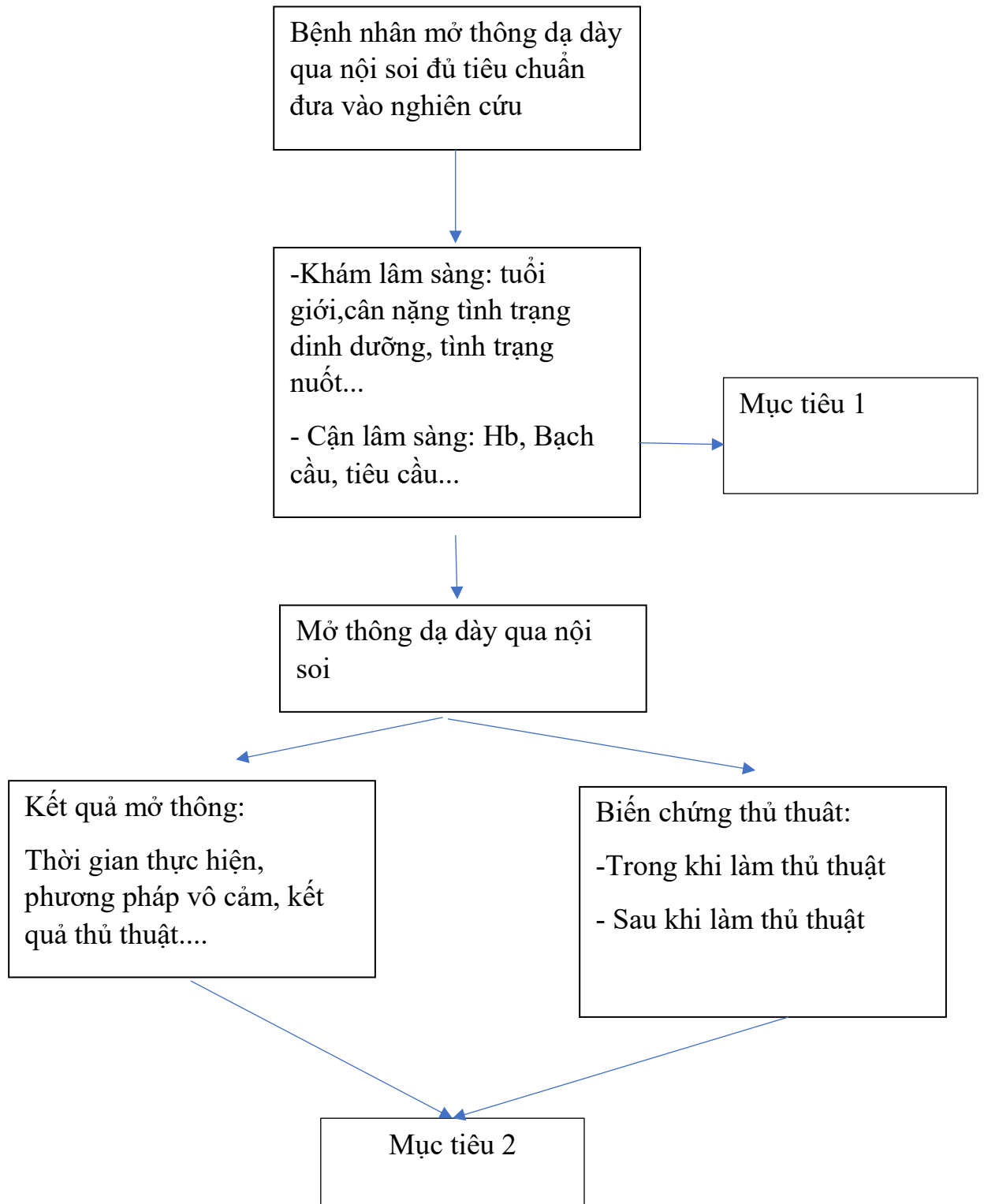
- Các kết quả nghiên cứu được thống kê và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0
- Tính tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.
- So sánh 2 tỷ lệ và 2 giá trị trung bình bằng test χ^2 và test T.
- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, độ tin cậy 95%.

2.8. Y đức

- Thủ thuật mở thông dạ dày qua nội soi ống mềm và nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.
- Nghiên cứu không ảnh hưởng đến kết quả điều trị và không gây cản trở tiến trình điều trị của bệnh nhân.

- Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng khoa học bệnh viện và khoa phòng.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Hình 2.2. Sơ đồ nghiên cứu

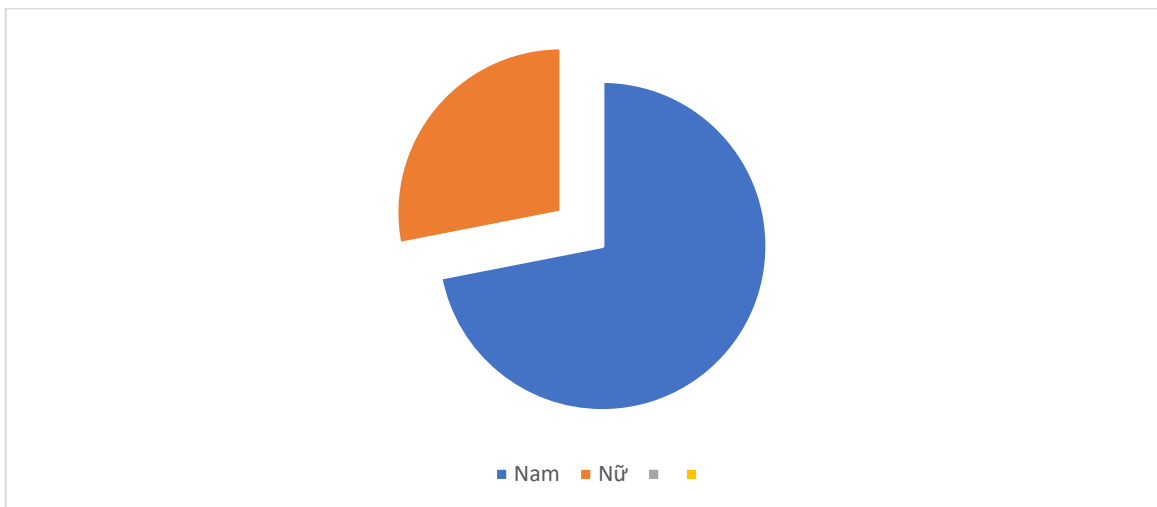
CHƯƠNG 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu n bệnh nhân được mở thông dạ dày ra da qua nội soi tại Bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2, chúng tôi thu được một số kết quả sau:

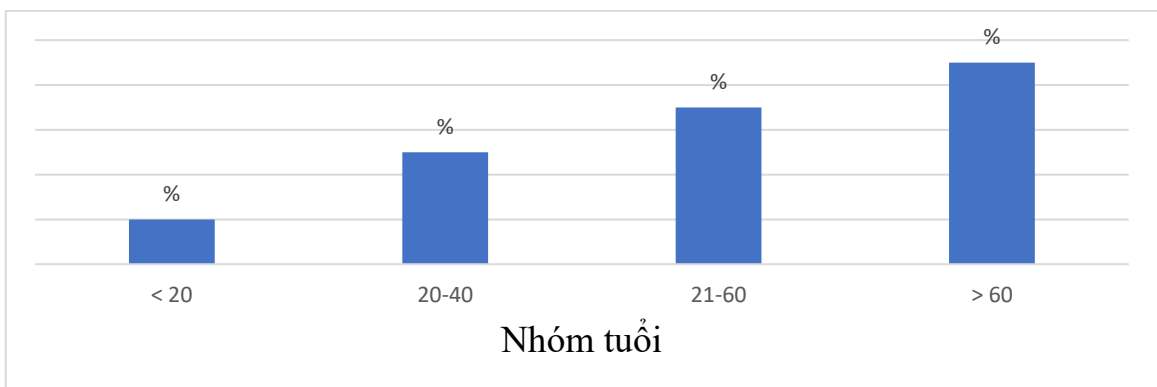
3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

3.1.1. Theo giới



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới

3.1.2. Theo nhóm tuổi



Biểu đồ 3.2: Phân bố theo nhóm tuổi

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân trong nghiên cứu

3.2.1. Một số bệnh lý được chỉ định mở thông

Bảng 3.1: Một số bệnh lý được chỉ định mở thông dạ dày trong nghiên cứu.

Chỉ định	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Do bệnh lý thần kinh		
Ung thư thực quản		
Ung thư hầu họng		
Toàn thân		
Tổng	n	%

3.2.2. Sử dụng kháng sinh trước mở thông**Bảng 3.2: Sử dụng kháng sinh trước mở thông dạ dày**

Điều trị kháng sinh	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không sử dụng		
Có sử dụng		
Tổng	n	100

3.2.3. Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân được mở thông**Bảng 3.3: Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân được mở thông**

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dấu hiệu suy dinh dưỡng		
Cân nặng		
BMI		
Rối loạn nuốt		

3.2.4. Đặc điểm cận lâm sàng các bệnh nhân mở thông**Bảng 3.4: Đặc điểm cận lâm sàng**

Đặc điểm cận lâm sàng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bạch cầu		
Hemoglobin		
Tiểu cầu		
INR		

3.3. Kết quả thủ thuật mở thông

3.3.1. Phương pháp vô cảm

Bảng 3.5: Phương pháp vô cảm

Phương pháp vô cảm	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mê tĩnh mạch		
Mê nội khí quản		
Tổng		100%

3.3.2. Địa điểm tiến hành thủ thuật

Bảng 3.6: Địa điểm tiến hành thủ thuật

Địa điểm	Số bệnh nhân	%
Phòng nội soi		
Phòng mổ		
Tổng	n	100%

3.3.3. Thời gian thực hiện thủ thuật

Bảng 3.7: Thời gian thực hiện thủ thuật

Thời gian	Trung bình \pm SD	Nhỏ nhất- Lớn nhất

3.3.4. Số lần chọc kim vào dạ dày

Bảng 3.8: Số lần chọc kim vào dạ dày

Số lần chọc kim	Số bệnh nhân	%
1 lần		
≥ 2 lần		

3.3.5. Tỷ lệ thành công của thủ thuật

Bảng 3.9: Tỷ lệ thành công của thủ thuật

	Số bệnh nhân	%
Thành công		
Không thành công		
Tổng	n	100%

3.3.6. Tai biến và biến chứng trong khi thực hiện thủ thuật mở thông

3.3.6.1. Tai biến liên quan đến vô cảm trong khi tiến hành mở thông dạ dày

Bảng 3.10: Tai biến liên quan đến vô cảm trong khi tiến hành mở thông dạ dày

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Suy hô hấp		
Rối loạn nhịp tim		
Tổng số	n	100%

3.3.6.2. Tai biến liên quan đến kỹ thuật trong khi tiến hành mở thông dạ dày

Bảng 3.11: Tai biến liên quan đến kỹ thuật trong khi tiến hành mở thông dạ dày

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Xuất huyết tiêu hoá		
Tổn thương niêm mạc thực quản		
Thủng đường tiêu hoá		
Tổng	n	100%

3.3.7 Triệu chứng và biến chứng sau khi tiến hành mở thông dạ dày.

3.3.7.1. Một số triệu chứng sau thủ thuật

Bảng 3.12: Một số triệu chứng sau thủ thuật mở thông.

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau tại vị trí mở thông		
Nôn trớ, trào ngược		
Sốt		
Viêm nề chân xương mở thông		
Trào dịch qua lỗ mở thông dạ dày		
Viêm tấy thành bụng		
Tổng số	n	100%

3.3.7.2. Một số biến chứng sau thủ thuật

Bảng 3.13: Biến chứng sau khi tiến hành mở thông dạ dày.

Các biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Xuất huyết tiêu hóa		
Thủng đại tràng		
Viêm phúc mạc		
Chân xông nằm trong đường hầm mở thông		
Tuột xông		
Viêm phổi hít		
Tổng số	n	100%

3.3.8. Thời gian bắt đầu cho ăn qua sonde*Bảng 3.14. Thời gian bắt đầu cho ăn qua sonde*

Thời gian bắt đầu cho ăn qua sonde	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trong vòng 24h		
Sau 24h		

CHƯƠNG 4
DỰ KIẾN BÀN LUẬN

DỰ KIẾN KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Theo kết quả và bàn luận của nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Vũ Hồng Anh, Đỗ Nguyệt Ánh, Vũ Đức Định (2017). “Đánh giá kết quả mở thông dạ dày ra da bằng nội soi (PEG) tại bệnh viện E trung ương”, *Tạp chí y học Việt Nam*, 452 (2), 150-153.
2. Phạm Văn Bình, Phan Hữu Huỳnh (2018). “Mở thông dạ dày ra da bằng nội soi ống mềm kinh nghiệm qua 300 ca tại Bệnh viện K” *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 471, Tháng 10 Số chuyên đề ung thư, 280-285.
3. Bộ Y tế (2014). *Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hoá và Phẫu thuật nội soi*, Hà Nội.
4. Phạm Hùng Cường và Phó Đức Mẫn (2007). *Phẫu thuật thực hành*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Lê Minh Đại (2009). *Nuôi dưỡng nhân tạo qua đường ruột*, Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
6. Khoa Tiêu hoá Bệnh viện Bạch Mai (2016). *Nội soi tiêu hoá*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. Đặng Quang Nam, Phạm Như Hòa, Nguyễn Thị Phương, Nguyễn Trường Sơn, Lê Diệu Hương, Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Thanh Nam, Nguyễn Thanh Tùng, Bùi Thanh Tùng, Phạm Thị Minh Hằng, Kiều Văn Tuấn, Nguyễn Công Long (2025). “ Kết quả mở thông dạ dày dưới hướng dẫn của nội soi bằng kỹ thuật đặt trực tiếp (introducer)”, *T/c Y học Việt Nam*, 551 (2), 25-29

TIẾNG ANH

8. Arvanitakis M, Gkolfakis P, Despott EJ, Ballarin A, Beyna T, Boeykens K, Elbe P, Gisbertz I, Hoyois A, Mosteanu O, Sanders DS, Schmidt PT, Schneider SM, van Hooft JE (2021). “Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 1: Definitions and indications”, *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Endoscopy* 53(1), 81-92.

9. Ata A Rahnemai-Azar, Amir A Rahnemaiazar, Rozhin Naghshizadian, Amparo Kurtz, Daniel T Farkas (2014). “Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications, technique, complications and management” *World Journal Gastroenterology*, 20(24), 7739-7751.
10. Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, Gomes F, Jésus P, Leischker A, Muscaritoli M, Poulika KA, Preiser JC, Van der Marck M, Wirth R, Singer P, Bischoff SC (2018). “ESPEN guideline clinical nutrition in neurology”, *Clin Nutr*,37(1),354-396.
11. Doley, J. (2022) “Enteral Nutrition Overview” *Nutrients*, 14(11), 2180.
12. Im JP, Cha JM, Kim JW, Kim SE, Ryu DY, Kim EY, et al (2014). “Proton pump inhibitor use before percutaneous endoscopic gastrostomy is associated with adverse outcomes” *Gut Liver*, 8 (3),248-53.
13. Kaya M, Sancar S, và Ozcakir E (2018). “A New Method for Laparoscopic Stamm Gastrostomy” *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 28(1), 111–115.
14. Lee C, Im JP, Kim JW, Kim SE, Ryu DY, Cha JM, et al (2013). “Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy. A multicenter, retrospective study” *Surgical Endoscopy (Surg Endosc)*, 27(10),3806–3815.
15. Lee SP, Lee KN, Lee OY, Lee HL, Jun DW, Yoon BC, et al (2014). “Risk factors for complications of percutaneous endoscopic gastrostomy” *Digestive Diseases and Sciences*, 59(1):117–125.
16. . Lucendo A.J. và Frigal-Ruiz A.B (2014). “Percutaneous endoscopic gastrostomy: An update on its indications, management, complications, and care” *Rev Espanola Enfermedades Dig Organo Of Soc Espanola Patol Dig*, 106(8), 529–539.
17. Mark Feldman , Lawrence S. Friedman , Lawrence J. Brandt (2010). *Sleisenger and Fordtran’s Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management – Expert Consult Premium Edition*, Saunders (Elsevier), Philadelphia, Pennsylvania, United States of America.
18. Mendes I, Vara-Luiz F, Palma C, Nunes G, Lima MJ, Oliveira C, Brito M, Santos AP, Santos CA, Meira T, Mascarenhas P, Fonseca J (2025).

“Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in the 21st Century-An Overview of 1415 Consecutive Dysphagic Adult Patients” *Nutrients*, 17(5), 747.

19. Mueller, Charles M. (Ed.) (2017). *The ASPEN Nutrition Support Core Curriculum, 3rd ed.*; American Society of Parenteral and Enteral Nutrition, Silver Spring, MD, USA.

20. Park JW, Kim TG, Cho KB, Kim JS, Cho JW, Jeon JW, Lim SG, Kim CG, Park HJ, Kim TJ, Kim ES, Jeong SJ, Kwon YH, (2024). “A Multicenter Survey of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in 2019 at Korean Medical Institutions” *Gut and Liver*, 18(1),77–84.

21. Pih GY, Na HK, Hong SK, Ahn JY, Lee JH, Jung KW, Kim DH, Choi KD, Song HJ, Lee GH, Jung HY (2020). “Clinical Outcomes of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in the Surgical Intensive Care Unit” *Korean Society of Gastrointestinal Endoscopy*. 53(6), 705-716.

22. Schrag S.P, Sharma R., Jaik N.P et al (2007). “Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes. A comprehensive clinical review” *Journal Gastrointest Liver Dis*, 16(4), 407–418.

23. Teh J.L, Wong R.K, Gowans M et al (2013). “Gastric metastases of oral carcinoma resulting from percutaneous endoscopic gastrostomy placement via the introducer technique” *Gastroenterol Rep*, 1(3), 211–213.

24. Toh Yoon EW, Yoneda K, Nishihara K (2019). “Percutaneous endoscopic gastrostomy for enteral nutrition: a 5-year clinical experience with 324 patients” *Minerva Gastroenterol Dietol*, 65(1):20-29.

25. Vudayagiri L, Hoilat GJ, Gemma R (2025). *Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube*, StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), USA.

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU
NHẬN XÉT KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU MỞ THÔNG DẠ DÀY QUA NỘI
SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2 NĂM 2026

I. Hành chính

Họ và tên: Nam Nữ

Mã bệnh nhân

Năm sinh

Ngày vào viện

Số điện thoại

II. Đặc điểm lâm sàng

1. Bệnh lý mở thông

1. Bệnh lý thần kinh

2. U thực quản

3. U hầu họng

4. Bệnh lý toàn thân:

2. Cân nặng 3. BMI

4. Dấu hiệu suy dinh dưỡng: Có Không

Sụt cân > 10% trong 6 tháng: Có Không

5. Rối loạn nuốt Có Không

6. Sử dụng kháng sinh trước mở thông 1. Có 2. Không

III. Đặc điểm cận lâm sàng

7. Hemoglobin Bạch cầu Tiểu cầu

8. INR: bình thường Cao

IV. Kết quả thủ thuật

9. Phương pháp vô cảm 1. Mê nội khí quản 2. Mê tĩnh mạch

10. Hỗ trợ hô hấp khi thực hiện thủ thuật: Thở oxy kính Thở máy

11. Số lần chọc kim: 1 lần ≥ 2 lần

12. Lý do trên 2 lần:

13. Khó xác định điểm mở thông có Không

Lý do khó xác định

14. Thời gian thực hiện thủ thuật:

15. Tỷ lệ thành công: 1. thành công 2 thành công

Lý do thất bại

Các tai biến biến chứng

Tai biến trong khi tiến hành thủ thuật.

16. Các tai biến liên quan đến vô cảm trong thủ thuật mở thông:

Suy hô hấp: SP02

Rối loạn nhịp tim: Có Không

17. Tai biến liên quan đến kỹ thuật trong khi tiến hành mở thông dạ dày

Xuất huyết tiêu hoá

Tổn thương niêm mạc thực quản

Thủng đường tiêu hoá

18. Sau khi làm thủ thuật

+ Đau tại vị trí mở thông: có Không

+ Mức độ đau tại vị trí mở thông 1. nhẹ 2. trung bình 3. Nặng

Thang điểm VAS

+ Viêm nề chân xông mở thông: (xung quanh chân xông mở thông nề nhẹ, không có dịch mủ, không tấy đỏ) Có KHÔNG

+ Trào dịch qua lỗ mở thông dạ dày: CÓ KHÔNG

+ Di lệch ống sonde.

+ Viêm tấy thành bụng: (thành bụng xung quanh chân xông mở thông nề cứng, sau hóa mủ thì mềm, có thể tấy đỏ, có mủ đục chảy ra.) CÓ KHÔNG

+ Xuất huyết tiêu hoá

+ Thủng đại tràng

- + Viêm phúc mạc
- + Chân sonde nằm trong đường hầm mở thông
- + Tuột sonde
- Thời gian cho ăn qua xông sau mở thông: Trong vòng 24h Sau 24h