#

# QUY TRÌNH 11 KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

# BỔ SUNG MỚI TẠI CÁC KHOA NĂM 2020

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 380/QĐ-TTYT ngày 25/9/2020
của Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Tân Phú Đông)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Stt** | **Tên kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh** |
|  | Sốc điện ngoài lồng ngực cấp cứu (Sốc điện điều trị các rối loạn nhịp nhanh) |
|  | Đo hô hấp ký (Đo chức năng hô hấp) |
|  | Phẫu thuật làm mỏm cụt ngón và đốt bàn ngón |
|  | Nội soi tai mũi họng |
|  | Phẫu thuật lấy đường rò luân nhĩ |
|  | Chích áp xe quanh Amydal |
|  | Lấy dị vật mũi |
|  | Lấy dị vật hạ họng |
|  | Helicobacter pylori Ab test nhanh |
|  | Dengue virus NS1Ag test nhanh  |
|  | Treponema pallidum test nhanh |

1. **SỐC ĐIỆN ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN NHỊP NHANH**

**(Sốc điện ngoài lồng ngực cấp cứu)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sốc điện ngoài lồng ngực (thường được gọi tắt là sốc điện) là một phương pháp điều trị cho phép dập tắt, bình ổn nhanh chóng phần lớn các rối loạn nhịp tim. Sốc điện gây ra sự khử cực đối với tất cả các tế bào cơ tim đang bị kích thích, cắt đứt các vòng vào lại hoặc bất hoạt các ổ hoạt động ngoại vị bằng cách tái đồng bộ hoạt động điện học trong tế bào cơ tim. Nhịp xoang thường được thiết lập sau một khoảng ngừng điện học ngắn xuất hiện ngay sau khi sốc điện. Hiệu quả của sốc điện phụ thuộc vào điện thế khi sốc điện và sức kháng trở của tổ chức. Một số yếu tố có ảnh hưởng mang tính quyết định đối với sức kháng trở nói trên đó là hình thái người bệnh, tình trạng phổi, lồng ngực của người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định sốc điện cấp cứu**

Tất cả những rối loạn nhịp nhanh gây ngừng tuần hoàn, mất ý thức hoặc suy giảm huyết động nghiêm trọng đều được chỉ định sốc điện ngoài lồng ngực cấp cứu. Sốc điện ngoài lồng ngực được thực hiện càng nhanh càng tốt nếu có thể ngay khi những hình ảnh rối loạn nhịp nhanh sau được ghi nhận trên giấy hoặc trên màn hình theo dõi điện tâm đồ:

- Rung thất: là nguyên nhân thường gặp gây ngừng tuần hoàn. Sốc điện càng sớm càng có nhiều cơ may mang lại đối với người bệnh. Mức năng lượng sốc tối đa là 360 J nếu lần 1 sốc 200 J, lần 2 sốc 300 J không có kết quả. Nếu sốc điện không thành công thì ngay sau đó phải tiến hành hồi sức cấp cứu tiếp tục: ép tim ngoài lồng ngực, thông khí nhân tạo, điều chỉnh thăng bằng toan kiềm và những rối loạn điện giải nếu có. Theo dõi liên tục điện tâm đồ trên màn hình, nếu rung thất sóng lớn thì lại tiếp tục tiến hành sốc điện ở mức năng lượng tối đa.

- Nhịp nhanh thất: là nguyên nhân chính gây suy giảm huyết động. Khi dấu hiệu suy giảm huyết động xảy ra, cần nhanh chóng tiến hành sốc điện với mức năng lượng cho lần sốc đầu tiên là 100 J. Nếu không thành công thì có thể nâng mức năng lượng lên 150 J, tiếp đến là 200 J. Cần lưu ý là nhịp nhanh thất do ngộ độc digital, chỉ định sốc điện nên ở mức năng lượng thấp.

- Những rối loạn nhịp nhanh trên thất như flutter nhĩ, tim nhanh nhĩ trừ rung nhĩ (*xem bài riêng*), mức năng lượng sốc thường từ 100J.

- Hội chứng Wolf-Parkinson-White khi rối loạn nhịp nhĩ nhanh (thường nhất là rung nhĩ) dẫn truyền xuống tâm thất theo đường dẫn truyền phụ, có nguy cơ gây rung thất.

**2. Sốc điện theo chương trình**

- Các rối loạn nhịp nhanh trên thất, chủ yếu là rung nhĩ.

- Các rối loạn nhịp thất: thường chỉ định sốc điện cấp cứu (xin xem phần trên). Một số trường hợp nhịp nhanh thất, nhất là những người bệnh đang được điều trị bằng các thuốc chống loạn nhịp, chưa ảnh hưởng nhiều đến huyết động thì nên được tiếp tục điều trị tăng cường bằng thuốc (đường tĩnh mạch hoặc đường uống). Nếu vẫn không có kết quả hoặc có nguy cơ gây suy tim, rối loạn huyết động thì cần lập chương trình, chuẩn bị tiến hành sốc điện ngoài lồng ngực, thiết lập nhịp xoang cho người bệnh.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định trong các trường hợp sốc đện cấp cứu

- Chống chỉ định sốc điện có chuẩn bị: huyết khối trong các buồng tim.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 bác sĩ được đào tạo về cấp cứu tim mạch, 01 điều dưỡng hỗ trợ.

**2. Phương tiện**

*Những dụng cụ chuẩn bị cho sốc điện ngoài lồng ngực sau đây cần phải luôn sẵn sàng, có thể sử dụng được ngay trong trường hợp cấp cứu:*

- Máy sốc điện phải trong tình trạng hoạt động tốt, bộ phận đồng bộ hoạt động chuẩn.

- Hai cần sốc phải sạch, tiếp xúc tốt với da ngực người bệnh và phải phóng điện đúng công suất cài đặt.

- Máy theo dõi điện tâm đồ, huyết áp động mạch, nhịp thở, SaO2.

- Dụng cụ và thuốc gây mê

- Dụng cụ để người bệnh thở oxy qua mũi hoặc qua mặt nạ.

- Canule Malot

- Bóng Ambout

- Dụng cụ đặt nội khí quản, máy hút

- Xe đựng dụng cụ cấp cứu có thuốc và dụng cụ cấp cứu ngừng tuần hoàn theo quy định.

**3. Người bệnh**

- Trong trường hợp sốc điện cấp cứu: tiến hành sốc điện ngay lập tức

- Trường hợp sốc điện có chuẩn bị: người bệnh được giải thích rõ về thủ thuật, đồng ý làm thủ thuật và ký vào bản cam kết.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Được hoàn thiện theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Sốc điện ngoài lồng ngực ngay lập tức cho những người bệnh ngừng tuần hoàn do rung thất hay nhịp nhanh thất làm người bệnh mất huyết động, mất ý thức ngay khi xác định những hình ảnh rối loạn nhịp nói trên trên điện tâm đồ. Hình ảnh điện tâm đồ này được ghi nhận thông qua thiết bị theo dõi điện tâm đồ (life scope) hay từ 2 bản cực sốc của máy sốc điện đặt trên lồng ngực của người bệnh. Lưu ý lúc này không nên mất thời gian làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo cho người bệnh.

- Nhanh chóng bôi gen dẫn điện lên 2 bản cực sốc, đặt mức năng lượng của máy sốc cho lần sốc đầu tiên là 200J. Nếu là nhịp nhanh thất, cần điều chỉnh nút đồng bộ trên máy sốc.

- Đặt bản sốc lên lồng ngực của người bệnh, 1 bản cực sốc bên bờ phải xương ức, cách xương ức 1 cm và các xương đòn 3 cm, bản cực sốc thứ 2 đặt ở vùng mỏm tim. Người đánh sốc quan sát người bệnh và xung quanh, khi đã thấy an toàn cho mọi người thì tiến hành phóng điện.

- Bộ phận cấp cứu ngừng tuần hoàn vẫn duy trì hô hấp của người bệnh. Nếu nhịp xoang được thiết lập thì tiếp tục bóp bóng và cấp cứu ngừng tuần hoàn nâng cao.

- Nếu điện tâm đồ vẫn là rung thất sóng lớn hoặc nhịp nhanh thất, tiến hành sốc điện ở mức năng lượng 300 J. Nếu không kết quả, nâng mức năng lượng sốc lên 360J và tiếp tục cho đến khi nhịp xoang được thiết lập.

- Nếu điện tâm đồ là rung thất sóng nhỏ: tiếp tục ép tim, bóp bóng, cấp cứu ngừng tuần hoàn nâng cao, tiêm adrenalin qua tĩnh mạch trung tâm, qua nội khí quản hoặc tiêm thẳng vào tim, điều chỉnh điện giải… Khi điện tâm đồ có hình ảnh rung thất sóng lớn thì lại tiếp tục sốc điện. Mức năng lượng cao nhất quy ước cho từ lần sốc thứ 3 trở đi là 360J.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ SAU SỐC ĐIỆN**

- Lâm sàng: nhịp tim, nhịp thở, huyết áp, độ bão hòa oxy máu động mạch trên monitor theo dõi liên tục.

- Điện tâm đồ: nếu xuất hiện các rối loạn nhịp thì sẽ phải xử trí bằng các thuốc chống loạn nhịp. Lưu ý nếu ngoại tâm thu thất xuất hiện ở người bệnh vừa được sốc điện do rung thất, nhịp nhanh thất thì cần xử lý ngay bằng xylocain tiêm truyền tĩnh mạch, nếu ngoại tâm thu nhĩ xuất hiện ở những người bệnh rung nhĩ hay hội chứng Wolf-Parkinson- White vừa được sốc điện thì cần xử trí bằng amiodaron truyền tĩnh mạch.

- Điều chỉnh điện giải và thăng bằng kiềm toan.

- Cần lưu ý là người bệnh có thể rung thất hoặc tái phát các rối loạn nhịp như trước khi sốc điện nên trong 24h đầu phải theo dõi sát người bệnh và tìm hiểu và điều trị các nguyên nhân gây nên những rối loạn nhịp nói trên.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 3983/QĐ-BYT ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tim mạch.*

**02.** **ĐO CHỨC NĂNG HÔ HẤP**

**(Đo hô hấp ký)**

**I. CHỈ ĐỊNH**

**1. Chẩn đoán**

- Đánh giá các dấu hiệu, triệu chứng hoặc bất thường nghi ngờ do bệnh hô hấp.

- Đánh giá ảnh hưởng của bệnh trên chức năng phổi

- Sàng lọc các trường hợp có yếu tố nguy cơ với bệnh phổi

- Đánh giá tiên lượng trước phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng sức khỏe trước khi làm nghiệm pháp gắng sức

**2. Theo dõi**

- Đánh giá can thiệp điều trị

- Theo dõi ảnh hưởng của bệnh trên chức năng phổi

- Theo dõi tác động của tiếp xúc yếu tố nguy cơ trên chức năng phổi

- Theo dõi phản ứng phụ của thuốc

- Đánh giá mức độ của bệnh.

- Đánh giá người bệnh khi tham gia chương trình phục hồi chức năng.

- Đánh giá mức độ tàn tật: trong y khoa, công nghiệp, bảo hiểm y tế.

**3. Y tế công cộng**

Khảo sát dịch tể học về bệnh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có ống nội khí quản, mở khí quản.

- Bất thường giải phẫu, bỏng vùng hàm, mặt.

- Tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi.

- Rối loạn ý thức, điếc, không hợp tác.

- Suy hô hấp, tình trạng huyết động không ổn định.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kỹ thuật viên đo chức năng hô hấp (CNHH).

- Bác sĩ chuyên khoa hô hấp đọc kết quả.

**2. Phương tiện**

- Máy đo chức năng hô hấp.

- Phin lọc: mỗi người bệnh 01 chiếc.

**3. Người bệnh**

- Điền vào phiếu tự đánh giá trước đo CNHH

- Nới lỏng quần áo trước khi đo CNHH.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kỹ thuật viên đo chức năng hô hấp**

- Mang đầy đủ mũ, khẩu trang.

- Rửa tay thường quy theo quy định.

- Nhận phiếu yêu cầu làm CNHH.

- Giải thích cho người bệnh ngồi đợi theo thứ tự. Gọi tên theo thứ tự.

- Ghi các chỉ số cân nặng, chiều cao ở trên cùng của phiếu yêu cầu.

- Hướng dẫn người bệnh ngồi vào ghế, điền phiếu tự đánh giá trước khi đo.

- Đánh giá các thông số trong phiếu tự điền. Hướng dẫn người bệnh xử trí khi có bất cứ yếu tố nào.

- Nhập tên, tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao vào máy đo.

- Hướng dẫn người bệnh cách thực hiện các động tác đo SVC, FVC.

- Yêu cầu người bệnh làm thử hít vào và thở ra trước khi thực hiện đo CNHH.

- Đo 3 - 8 lần cho mỗi chỉ số VC, FVC.

- Đánh giá sơ bộ các tiêu chuẩn của chức năng hô hấp.

- In kết quả với đủ cả 3 đường cong lưu lượng - thể tích.

- Test hồi phục phế quản được chỉ định khi chức năng hô hấp đo trước test có rối loạn thông khí tắc nghẽn:

+ Người bệnh được xịt 400mcg Salbutamol qua buồng đệm hoặc khí dung 2,5mg Salbutamol.

+ Tiến hành lại động tác đo VC, FVC sau khi xịt thuốc 15 phút.

**2. Bác sĩ chuyên khoa Hô hấp đọc kết quả**

- Đánh giá CNHH về các tiêu chuẩn lặp lại và chấp nhận được của kết quả đo CNHH (Phụ lục 3).

- Hình ảnh đường cong lưu lượng thể tích.

- Các chỉ số đo CNHH.

- Đọc kết quả CNHH.

**3. Kỹ thuật viên trả kết quả cho người bệnh**

- Ghi kết quả đo CNHH vào sổ theo dõi.

- Kiểm tra lại tên, tuổi trước khi trả kết quả cho người bệnh.

- Trả kết quả cho người bệnh.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 1981/QĐ-BYT Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành hô hấp.*

**03.** **PHẪU THUẬT LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐỐT BÀN NGÓN**

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ngón tay đến gốc ngón tay, cắt bỏ xương đốt bàn ngón tay, giữ lại hệ thống xương khối tụ cốt.

Trong trường hợp tháo bỏ toàn bộ xương bàn ngón tay, toàn bộ chức năng bàn ngón tay mất hết, cần giải thích kỹ người bệnh và gia đình trước khi tiến hành phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

* Bệnh lý mạch máu chi: tắc mạch, loét do đái tháo đường.
* Cụt chấn thương, dập nát các ngón không có khả năng bảo tồn.
* Bỏng làm hoại tử ngón.
* Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức các ngón.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương dập nát, hoại tử cấp máu kém, xâm lấn đến khối tụ cốt bàn tay.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên, phụ phẫu thuật.

2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

**2. Vô cảm:** Tê gốc ngón, tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

**3. Kỹ thuật:**

**-** Garo gốc ngón hoặc garo cánh tay bằng garo hơi hoặc garo chun.

- Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 700.

- Làm mỏm cụt ngón:

+ Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón.

+ Cắt bỏ hệ thống gân gấp, duỗi.

+ Cầm máu bó mạch bờ quay, trụ bằng dao điện hoặc khâu mũi chữ X chỉ tiêu.

+ Khi bị cụt các ngón giữa thì cần tháo bỏ đốt bàn và khâu khép 2 đốt bàn lân cận lại.

+ Bóc tách tạo hình vạt da mỏm cụt.

+ Khâu vết mổ.

- Làm mỏm cụt xương bàn ngón: Tùy theo tổn thương ngón nào mà có các cách phẫu thuật khác nhau:

+ Cụt đốt bàn ngón cái: bảo tồn tối đa, giữ lại nền đốt bàn, sử dụng vạt da cơ che phủ phần mềm tốt không để lộ xương.

* + - * Cụt đốt bàn ngón II:
			* Cắt cao xương đến nền đốt bàn.
			* Tìm buộc mạch máu, tìm thần kinh buộc và cắt ngang giữa đốt bàn, giấu thần kinh vào khoảng gian cốt.
			* Gân gấp thì cắt ngang và cho tự rút lên cao.
			* Cầm máu, khâu ống màng xương.
			* Khâu da

+ Cụt đốt bàn III, IV: Khâu khép 2 đốt bàn lân cận, khâu vào màng xương tại cổ các đốt bàn lân cận để che lấp.

+ Cụt đốt bàn V: Bảo tồn nền đốt bàn là vị trí bám gân gấp và duỗi cổ tay trụ

* Tìm nhánh cảm giác của thần kinh trụ ở ô mô út, cắt gân duỗi riêng, duỗi chung, cắt gân gấp ngón V.
* Lấy bỏ đốt bàn V, để lại nền đốt bàn.
* Khâu vết mổ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ, vận động cảm giác đầu ngón không tổn thương.

* Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.
* Kháng sinh đường tiêm 3-5 ngày.

**2. Xử trí tai biến**

**-** Chảy máu mỏm cụt: Băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mỏm cụt.

- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

- Hoại tử mỏm cụt: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương./.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 4484/QĐ-BYT ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.*

**04. NỘI SOI TAI MŨI HỌNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nội soi tai mũi họng là một trong những kỹ thuật thăm khám qua việc sử dụng ống nội soi chuyên dụng đưa ánh sáng vào các khu vực bên trong vùng tai mũi họng giúp bác sĩ có thể nhìn thấy trực tiếp tình hình bệnh bên trong cơ quan này ghi lại hình ảnh ở nhiều góc độ khác nhau trong khoang tai, mũi, họng, giúp bác sĩ có thể quan sát và đưa ra chẩn đoán chính xác.

**II. CHUẨN BỊ**

**1. Thao tác điều dưỡng:**

- Mang găng tay, đeo khẩu trang y tế.

- Nhẹ nhàng lấy ống nội soi sau khi sau khi đã sát khuẩn theo quy trình xử lý ống nội soi.

- Đưa ống nội soi đã được chuẩn bị sẳn sàng cho bác sĩ.

- Cùng bác sĩ theo dõi tình trạng của bệnh nhân trong quá trình soi.

- Chụp hình và lưu hình, đánh máy kết quả vào máy tính để dễ dàng theo dõi tình trạng bệnh.

- Hỗ trợ bác sĩ thực hiện các thủ thuật điều trị (nếu có).

**2. Thao tác bác sĩ:**

- Giải thích, dặn dò thêm cho người bệnh.

- Mang găng tay, khẩu trang.

- Kiểm tra điều chỉnh độ nét của hình ảnh.

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH THỰC HIỆN**

**1. Nội soi mũi xoang:**

**-** Người bệnh nằm ngửa, đầu được nâng cao 1 góc 15o-20o, 2 chân duỗi thẳng, 2 tay dọc theo người.

- Đặt một đoạn ngắn bông gòn đã được tẩm thuốc co mạch và thuốc tê vào mũi của người bệnh. Sau 5 phút, bác sĩ sẽ lấy miếng bông gòn ra và bắt đầu tiến hành thủ thuật nội soi mũi.

**Bước 01:** Bác sĩ đưa ống nội soi vào mũi sát sàn mũi theo hướng từ trước ra sau, quan sát vòm họng, lỗ vòi nhĩ, hố Rosenmuller 2 bên.

**Bước 02:** Bác sĩ đưa ống nội soi hướng lên vế phía ngách sàng bướm để quan sát khe bên và lỗ thông xoang bướm.

**Bước 03:** Bác sĩ đưa đầu ống soi vào phần sau khe mũi giữa – bắt đầu quan sát khe mũi giữa (theo hướng từ sau ra trước) các cấu trúc bóng sàng, khe bán nguyệt, mỏm móc, lỗ phụ xoang hàm (nếu có).

Khi cần, Bác sĩ thực hiện các thủ thuật làm sạch bệnh tích, hút sạch nhầy máu đọng, bấm sinh thiết nếu có chỉ định.

**2**. **Nội soi tai:**

Người bệnh nằm ngửa, nghiêng đầu từng bên. Bác sĩ đưa ống soi tư thế thẳng theo trục ống tai ngoài quan sát ống tai ngoài, màng nhĩ, cán búa..

**3. Nội soi họng - thanh quản:**

Người bệnh ngồi trên giường đối diện Bác sĩ, 2 chân buông thỏng xuống giường. Bác sĩ đưa ống soi nhẹ nhàng vào họng trên bề mặt lưỡi theo hướng từ ngoài vào trong: lần lượt quan sát bề mặt lưỡi, lưỡi gà, eo họng, hai amiđan, đáy lưỡi thanh thiệt, xoang lê hai bên, thanh môn, sụn phễu và dây thanh.

**III. TAI BIẾN & CÁCH PHÒNG NGỪA**

**1. Tai biến: ít khi xãy ra**

- Ống soi va chạm vào lớp niêm mạc

- Thủng màng nhĩ

**2. Biện pháp phòng ngừa**

- Đối với người lớn, khi chuẩn bị nội soi cũng cần tuyệt đối tuân thủ chỉ dẫn của bác sĩ, cần tập trung khi thực hiện nội soi, ngồi hoặc nằm yên, không được cử động, cúi người hay xoay chuyển đột ngột trong khi quá trình thăm khám đang diễn ra.

- Đối với trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi, càng cần phải có sự phối hợp và hợp tác của bố mẹ hoặc người nhà trong việc giải thích đầy đủ và rõ ràng để các em chuẩn bị tâm lý và động viên để bé yên tâm hợp tác với bác sĩ trong quá trình thực hiện nội soi.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí minh. *Quy trình nội soi Tai Mũi Họng.*

1. **PHẨU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ LUÂN NHĨ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nhằm lấy bỏ toàn bộ đường rò luân nhĩ bẩm sinh. Lỗ rò thường nằm ở vùng trước tai, ống rò chạy vào trong và kết thúc bằng túi rò sát vùng sụn gờ luân nhĩ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các loại rò bẩm sinh vùng tai.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định tương đối: Đường rò bẩm sinh đang viêm tấy, áp xe: nên chích rạch dẫn lưu mủ, khi ổn định sẽ phẫu thuật lấy đường rò.

Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện:**

**-** Bộ dụng cụ tiểu phẫu thêm 1 que thăm dò đầu tù, 1 kìm cặp kim và kim khâu, 1 kim đầu tù.

- Thuốc: xylocain 2%, xanh methylen.

**3. Người bệnh:** Cạo tóc bên tai phẫu thuật. Có thể phẫu thuật cả hai bên nếu người bệnh bị rò hai bên.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Làm các xét nghiệm cơ bản và hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:** Nằm trên bàn mổ, đầu nghiêng về bên đối diện.

**2. Vô cảm:** Gây mê hoặc gây tê tại chỗ (bằng xylocain 2%). Dùng que thăm dò xác định hướng đường rò. Bơm xanh methylen vào đường rò hoặc không bơm tuỳ theo khả năng của phẫu thuật viên.

**3. Kỹ thuật:**

**-** Rạch da hình quả trám dọc ôm lấy miệng lỗ rò. Bóc tách đường rò theo chỉ thị màu của xanh methylen. Lấy toàn bộ đường rò.

- Khâu vết mổ và chỉnh hình sẹo xấu nếu có.

- Băng ép.

**VI. THEO DÕI SAU PHẨU THUẬT**

**-** Thay băng 2 ngày một lần.

- Kháng sinh 5 - 7 ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**-** Trong phẫu thuật: không có tai biến gì đáng kể.

- Sau phẫu thuật: có thể viêm tấy bục đường khâu.

- Viêm sụn vành tai.

- Nếu lấy không hết chân đường rò, rò và viêm nhiễm sẽ tái phát, phải phẫu thuật lại để lấy hết chân đường rò./.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (2012). *Quyết định số 3978/QĐ-BYT ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng.*

**06.** **CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chích rạch dẫn lưu mủ khoảng quanh amidan qua đường miệng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các áp xe quanh amidan (viêm tấy quanh amidan giai đoạn hình thành mủ).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Viêm tấy quanh amidan chưa hoá mủ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện :**

**-** Đèn Clar, gương trán...

- Đè lưỡi khuỷu.

- Bơm tiêm 5 - 10 ml và kim chọc dò to.

- Dao chích nhọn mũi.

- Kìm Lube – Bacbông

- Máy hút.

- Thuốc: tê niêm mạc, oxy già 12 đơn vị.

**3. Người bệnh:** Được giải thích kỹ về thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng. Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Gây tê niêm mạc họng bằng phun dung dịch tê niêm mạc.

**2. Tư thế:** Người bệnh ngồi, tựa lưng, đầu hơi ngửa, há miệng rộng.

**3. Kỹ thuật:**

- Chọc thăm dò bằng bơm tiêm và kim to: chọc nơi phồng nhất ở trụ trước, sâu khoảng 1 cm.

- Nếu có mủ, dùng dao nhọn chích 1 đường song song với trụ trước, đi qua điểm chọc, dài khoảng 1 cm, sâu 1 cm vào ổ mủ.

- Dùng kìm Lube - Bacbông banh rộng mép vết rạch, hút sạch mủ.

- Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch NaCl 0,9%, oxy già 12 đơn vị hoặc dung dịch sát trùng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Kháng sinh toàn thân.

- Chống viêm, giảm đau, chống phù nề.

- Làm thuốc hàng ngày: dùng kèm Lube-Bacbông banh rộng vết rạch, rửa ổ áp xe.

- Chỉ định cắt amidan sau 3 - 4 tuần để đề phòng tái phát.

**2. Xử trí**

**-** Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ càng cho người bệnh về thủ thuật, dùng thuốc trợ tim, trợ lực, an thần...

- Chảy máu ít: dùng bông tẩm dung dịch oxy già 12 đơn vị đặt vào vết rạch./.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (2012). *Quyết định số 3978/QĐ-BYT ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng.*

1. **LẤY DỊ VẬT MŨI (GÂY MÊ/GÂY TÊ)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dị vật mũi rất đa dạng:

- Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khuy áo, hạt cườm, đoạn dây nhựa, dây thép, các hạt hữu cơ.

- Ở người lớn: khi làm thủ thuật bỏ sót những mảnh bông, mảnh gạc, trong chiến tranh có thể có mảnh đạn, bom. Trường hợp bệnh lý có sỏi ở mũi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện:**

**-** Bộ khám mũi và lấy dị vật.

- Bông, bấc để có thể phải nhét bấc hoặc merocel.

- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.

- Máy hút.

**3. Người bệnh:** Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

**-** Người lớn: ngồi trên ghế.

- Trẻ em: phải có người lớn bế ngồi trên ghế.

**2. Vô cảm:**

Trẻ nhỏ không phối hợp được với thầy thuốc để tiến hành thủ thuật thì có thể gây mê ngắn.

**3. Kỹ thuật**

**-** Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.

- Dị vật để lâu, khó lấy:

+ Cố định đầu người bệnh cẩn thận.

+ Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.

+ Đặt vào mũi bấc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.

+ Nhỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.

+ Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.

+ Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu quá calci hoá, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

**-** Chảy máu: tuỳ theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bấc mũi trước hay không.

- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argyrol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.

- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**-** Làm xây xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu.

- Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau tốt./.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (2012). *Quyết định số 3978/QĐ-BYT ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng.*

**08. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi hạ họng

**II. CHỈ ĐỊNH:**

Các trường hợp dị vật được mắc lại trong hạ họng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.

- Trường hợp soi bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng, chống chỉ định những trường hợp có bệnh lý cột sống cổ hoặc há miệng hạn chế.

- Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm

**IV. CHUẨN BỊ:**

**1. Người thực hiện:**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai mũi họng.

- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

- Bác sĩ gây mê hồi sức nếu người bệnh gây mê.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.

- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng ( optique) 70 hoặc 90 ( nếu có).

- Bộ soi thanh quản ( hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20cm) kèm ống hút.

- Kìm Frankel hoặc kẹp phẩu tích gắp dị vật hạ họng.

**3. Người bệnh:**

Được thăm khám và được giải thích về qui trình và các tai biến của thủ thuật, ký giấy cam đoan.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẩu thuật ( trong trường hợp cần gây mê).

- Chụp Xquang ( CT- scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thước dị vật nhất là trong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng. Làm bệnh án theo mẫu ( trong trường hợp cần gây mê).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:**

**1. Kiểm tra hồ sơ:**

Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, Xquang nếu có.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

Hỏi tiền sử dị ứng và các bệnh toàn thân khác ( tim mạch, thận).

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

**a. Vô cảm:**

Gây tê, tiền mê hoặc gây mê nội khí quản

**b. Tư thế người bệnh:**

Người bệnh ngồi theo tư thế khám nội soi hoặc nắm ngửa, kê gối dưới vai ( trong trường hợp soi trực tiếp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản).

**c. Kỹ thuật:**

**\* Soi gắp dị vật hạ họng bằng kìm Frankael:**

- Người bệnh ngồi.

- Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.

- Soi tìm dị vật bằng gương soi thanh quản gián tiếp hoặc nội soi.

- Gắp dị vật bằng kìm Frankael.

**\* Soi gắp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng:**

- Người bệnh nằm ngửa kê gối dưới vai.

- Gây tê, tiền mê hoặc gây mê.

- Soi tìm dị vật bằng ống soi hạ họng.

- Gắp dị vật bằng kìm gắp dị vật hạ họng.

**VI. THEO DÕI**

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.

- Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng vùng cổ: điều trị kháng sinh, mở cạnh cổ nếu cần.

- Điều trị tràn khí nếu có.

- Dị vật xuyên thủng thành hạ họng, đi ra vùng cổ cần được chụp phim, đánh giá vị trí và mở cạnh cổ để lấy dị vật theo chỉ định.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y tế (2012). *Quyết định số 3978/QĐ-BYT ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng.*

**09. HELICOBACTER PYLORIAb TEST NHANH**

**I. MỤC ĐÍCH VÀ NGUYÊN LÝ**

**1. Mục đích**

Phát hiện định tính nhanh kháng thể IgG kháng *Helicobacter pylori* và kháng thể kháng yếu tố nhiễm trùng tái tổ hợp hiện có (CIM-current infection marker) trong huyết thanh, huyết tương hoặc máu toàn phần của người.

**2. Nguyên lý**

Xét nghiệm nhanh kháng thể IgG và CIM dựa trên nguyên lý kỹ thuật sắc ký miễn dịch gián tiếp.

**II. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện: Nhân viên xét nghiệm đã được đào tạo và có chứng chỉ ho c chứng nhận về chuyên ngành Vi sinh.

- Người nhận định và phê duyệt kết quả: Người thực hiện đã được đào tạo và có chứng chỉ hoặc chứng nhận về chuyên ngành Vi sinh.

**2. Phương tiện, hóa chất (Ví dụ hoặc tương đương):**

***2.1. Trang thiết bị:***

- Máy ly tâm, đồng hồ đo thời gian.

- Tủ lạnh 40C – 80C

- Tủ âm sâu (-200C) ho c (-700C) (nếu có)

***2.2. Dụng cụ, hóa chất và vật tư tiêu hao (bao gồm nội kiểm, ngoại kiểm):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stt** | **Chi phí hóa chất, vật tư tiêu hao** | **Đơn vị tính** |
| 1 | Bông  | Kg |
| 2 | Dây garô  | Cái |
| 3 | Cồn  | Ml |
| 4 | Bơm kim tiêm  | Cái |
| 5 | Panh  | Cái |
| 6 | Khay đựng bệnh phẩm  | Cái |
| 7 | Hộp vận chuyển bệnh phẩm  | Test |
| 8 | Tube đựng bệnh phẩm  | Cái |
| 9 | Sinh phẩm chẩn đoán  | Test |
| 10 | Khấu hao sinh phẩm cho kiểm tra chất lượng  | Test |
| 11 | Đầu côn 200 μl  | Cái |
| 12 | Giấy thấm  | Cuộn |
| 13 | Giấy xét nghiệm  | Tờ |
| 14 | Sổ lưu kết quả xét nghiệm  | Tờ |
| 15 | Bút viết kính  | Cái |
| 16 | Bút bi  | Cái |
| 17 | Mũ  | Cái |
| 18 | Khẩu trang  | Cái |
| 19 | Găng tay  | Đôi |
| 20 | Găng tay xử lý dụng cụ  | Đôi |
| 21 | Quần áo bảo hộ  | Bộ |
| 22 | Dung dịch xà phòng rửa tay  | ml |
| 23 | Cồn sát trùng tay nhanh  | ml |
| 24 | Dung dịch khử trùng  | ml |
| 25 | Khăn lau tay  | Cái |
| 26 | Ngoại kiểm (EQAS) (nếu thực hiện)\*  |  |

*\* Ghi chú: Chi phí ngoại kiểm cho quy trình kỹ thuật được tính cụ thể theo Chương trình ngoại kiểm (EQAS) là 1/50 tổng chi phí dụng cụ, hóa chất, vật tư tiêu hao (với số lần ngoại kiểm trung bình 3 lần/1 năm).*

**3. Bệnh phẩm:**

Huyết thanh, huyết tương, máu toàn phần.

**4. Phiếu xét nghiệm**

Điền đầy đủ thông tin theo mẫu yêu cầu

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Các bước tiến hành thực hiện theo phương tiện, hóa chất được ví dụ trên.

**1. Lấy bệnh phẩm:**

Theo đúng quy định của chuyên ngành Vi sinh.

**2. Tiến hành kỹ thuật:**

***Bộ sinh phẩm Assure H.pylori Rapid Test (MP) (***VD hoặc sinh phẩm tương đương***)***

* Để mẫu, túi đựng test và dung dịch xét nghiệm về nhiệt độ phòng trước khi tiến hành xét nghiệm (15-20 phút).
* Chuẩn bị test, đánh dấu tên Người bệnh trên test, xét nghiệm ngay khi lấy test ra ngoài.

**\* Nếu bệnh phẩm là huyết thanh/huyết tương:**

* Hút 25 μl bệnh phẩm nhỏ vào giếng hình vuông.
* Chờ tới khi bệnh phẩm di chuyển tới vạch màu hồng JUST PAST (vạch A) thì nhỏ 2 giọt CHASE BUFFER vào giếng hình tròn đầu thanh thử.
* Kéo miếng mika có chữ HP cho tới khi gặp sức cản không kéo được nữa thì nhỏ 1 giọt CHASE BUFFER vào giếng nhỏ bệnh phẩm hình vuông.
* Đọc kết quả trong vòng 15 phút. Không được đọc kết quả sau 15 phút.

**\*Nếu bệnh phẩm là máu toàn phần:**

* Hút 25 μl bệnh phẩm nhỏ vào giếng nhỏ bệnh phẩm hình vuông, tiếp theo nhỏ 1 giọt CHASE BUFFER vào giếng này.
* Chờ tới khi bệnh phẩm di chuyển tới vạch màu hồng JUST PAST (vạch A) thì nhỏ 3 giọt CHASE BUFFER vào giếng hình tròn đầu thanh thử.
* Kéo miếng mika có chữ HP cho tới khi gặp sức cản không kéo được nữa thì dừng lại.
* Đọc kết quả trong vòng 15 phút. Không được đọc kết quả sau 15 phút.

**IV. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ**

**1. Điều kiện của phản ứng:**

Vạch chứng có màu hồng nhạt trước khi xét nghiệm phải có sự chuyển sang màu hồng đậm khi tiến hành phản ứng. Nếu như vạch này không thay đổi mầu chứng tỏ thanh thử không có giá trị.

**2. Diễn giải kết quả:**

\* Kết quả thử nghiệm có thể như bảng sau:

|  |  |
| --- | --- |
| **Hiện tượng** | **Kết quả** |
| **Vạch A (chứng)** | **Vạch B (CIM)** | **Vạch C (IgG)** |
| **+** | **+** | **+** | Dương tính |
| **+** | **-** | **+** | Dương tính |
| **+** | **-** | - | Âm tính |
| **-** | **±**  | **±**  | Không có giá trị |
| **+** | **+** | - | Không có giá trị |

\* Biện luận kết quả:

- Nếu chỉ có IgG dương tính: Người bệnh đã từng nhiễm *H.pylori*.

- Nếu cả IgG và CIM dương tính: Người bệnh hiện đang bị nhiễm *H.pylori*.

**V. NHỮNG SAI SÓT VÀ XỬ TRÍ**

- Phải làm lại mẫu xét nghiệm mới khi thanh thử bị hỏng (thanh thử không có sự đổi màu tại vạch chứng A).

- Xét nghiệm phải được tiến hành ngay sau khi lấy mẫu càng sớm càng tốt. Không được để mẫu phẩm nhiệt độ phòng trong thời gian dài. Bệnh phẩm máu toàn phần bảo quản đi u kiện 2 oC – 8oC trong thời gian ≤ 48 giờ.

**TÀI LIỆU THM KHẢO**

Bộ y tế (2018). *Quyết định số:6769/QĐ-BYT ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Vi sinh*

**10. DENGUE VIRUS NS1AG/IGM/IGG TEST NHANH**

**I. MỤC ĐÍCH VÀ NGUYÊN LÝ**

**1. Mục đích**

Phát hiện kháng nguyên NS1 và kháng thể IgM/IgG kháng virus dengue trong huyết thanh, huyết tương hoặc máu toàn phần.

**2. Nguyên lý**

Phát hiện kháng nguyên NS1 của virus dengue và kháng thể IgM/IgG kháng virus dengue dựa trên nguyên lý của kỹ thuật sắc ký miễn dịch.

**II. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Người thực hiện: Cán bộ xét nghiệm đã được đào tạo và có chứng chỉ hoặc chứng nhận về chuyên ngành Vi sinh.

- Người nhận định và phê duyệt kết quả: Cán bộ xét nghiệm có trình độ đại học hoặc sau đại học về chuyên ngành Vi sinh.

**2. Phương tiện, hóa chất**

Phương tiện, hóa chất như ví dụ dưới đây hoặc tương đương.

***2.1. Trang thiết bị***

- Máy ly tâm thường

- Micropipette 5 μl đến 100 μl.

- Đồng hồ bấm giây

***2.2. Dụng cụ, hóa chất và vật tư tiêu hao (bao gồm nội kiểm, ngoại kiểm)***

Thực hiện xét nghiệm 01 mẫu/lần.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Chi phí hóa chất, vật tư tiêu hao** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** |
| 1 | Bông  | Kg | 0,001 |
| 2 | Dây garô  | Cái | 0,001 |
| 3 | Cồn  | ml | 1,000 |
| 4 | Bơm kim tiêm  | Cái | 1,000 |
| 5 | Panh  | Cái | 0,0001 |
| 6 | Khay đựng bệnh phẩm  | Cái | 0,0001 |
| 7 | Hộp vận chuyển bệnh phẩm  | Test | 0,001 |
| 8 | Tube đựng bệnh phẩm  | Cái | 1,000 |
| 9 | Sinh phẩm chẩn đoán  | Test | 1,000 |
| 10 | Khấu hao sinh phẩm cho kiểm tra chất lượng  | Test | 0,300 |
| 11 | Đầu côn 200 μl  | Cái | 2,000 |
| 12 | Giấy thấm  | Cuộn | 0,100 |
| 13 | Giấy xét nghiệm  | Tờ | 2,000 |
| 14 | Sổ lưu kết quả xét nghiệm  | Tờ | 0,001 |
| 15 | Bút viết kính  | Cái | 0,020 |
| 16 | Bút bi  | Cái | 0,010 |
| 17 | Mũ  | Cái | 0,020 |
| 18 | Khẩu trang  | Cái | 0,020 |
| 19 | Găng tay  | Đôi | 0,100 |
| 20 | Găng tay xử lý dụng cụ  | Đôi | 0,020 |
| 21 | Quần áo bảo hộ  | Bộ | 0,005 |
| 22 | Dung dịch nước rửa tay  | ml | 8,000 |
| 23 | Cồn sát trùng tay nhanh  | ml | 1,000 |
| 24 | Dung dịch khử trùng  | ml | 10,000 |
| 25 | Khăn lau tay  | Cái | 0,010 |

**3. Bệnh phẩm**

Huyết thanh, huyết tương hoặc máu toàn phần

**4. Phiếu xét nghiệm**

Điền đầy đủ thông tin theo mẫu yêu cầu

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Các bước tiến hành thực hiện theo phương tiện, hóa chất được ví dụ ở trên.

**1. Lấy bệnh phẩm**

- Theo đúng quy định của chuyên ngành Vi sinh.

- Từ chối những bệnh phẩm không đạt yêu cầu.

**2. Tiến hành kỹ thuật:** Bộ sinh phẩm SD Bioline Dengue Duo - SD (VD)

|  |  |
| --- | --- |
| **Các bước** | **Xét nghiệm định tính Dengue NS1 Ag & Dengue IgM/IgG**  |
| 2.1 | Để Số lượng sinh phẩm cần dùng ở nhiệt độ phòng 30 phút trước khi làm xét nghiệm  |
| 2.2 | Bóc vỏ nhôm lấy thanh thử đặt lên bề mặt phẳng  |
|  | **Dengue NS1 Ag** |
| 2.3 | Dùng pipet nhựa to có sẵn trong hộp nhỏ 3 giọt (tương đương 100 μl) bệnh phẩm vào giếng nhỏ bệnh phẩm (S)  |
| 2.4 | Đọc kết quả sau 15 phút - 20 phút  |
|  | **Dengue IgM/IgG** |
| 2.5 | Dùng pipet nhựa nhỏ có sẵn trong hộp hút huyết thanh/huyết tương đến vạch màu xanh (tương đương 10 μl), nhỏ bệnh phẩm vào giếng nhỏ bệnh phẩm (S)  |
| 2.6 | Nhỏ 4 giọt dung dịch pha loãng vào giếng hình tròn ở phần đầu của thanh thử  |
| 2.7 | Đọc kết quả sau 15 phút - 20 phút  |

**IV. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ**

**1. Dengue NS1 Ag**

- Âm tính: Chỉ 1 một đường màu xuất hiện ở vùng chứng.

- Dương tính: 2 đường màu xuất hiện ở vùng chứng và vùng thử nghiệm.

- Không có giá trị: Không thấy xuất hiện đường màu nào. Phải tiến hành làm lại xét nghiệm với một thanh thử khác.

**2. Dengue IgM/IgG**

Việc đánh giá kết quả cần dựa vào kết quả phối hợp của vạch thử nghiệm IgM, IgG và vạch chứng.

**\* Nhiễm trùng tiên phát**

Vạch màu hồng xuất hiện ở vùng IgM và vùng chứng Thử nghiệm dương tính với kháng thể IgM và gợi ý tới một nhiễm trùng dengue tiên phát.

**\* Nhiễm trùng thứ phát**

- Vạch mầu hồng xuất hiện ở vùng IgM, IgG và vùng chứng Kháng thể IgM và IgG dương tính và gợi ý tới một nhiễm trùng dengue thứ phát.

- Vạch mầu hồng xuất hiện ở vùng IgG và vùng chứng Kháng thể IgG dương tính và gợi ý tới một nhiễm trùng dengue thứ phát.

**\* Âm tính**

Vạch mầu hồng chỉ xuất hiện ở vùng chứng Không phát hiện được kháng thể IgM và IgG kháng dengue. Kiểm tra lại sau 3 - 4 ngày nếu nghi ngờ có nhiễm virus dengue.

**V. NHỮNG SAI SÓT VÀ XỬ TRÍ**

Đọc kết quả sau quá 20 phút dễ gây phản ứng dương tính giả Nên có đồng hồ đặt giờ để đọc kết quả đúng giờ qui định.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

Bộ Y tế (2013). *Quyết định số: 26 /QĐ-BYT Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Vi sinh Y học.*

**11. TREPONEMA PALLIDUM TEST NHANH**

**I. MỤC ĐÍCH VÀ NGUYÊN LÝ**

**1. Mục đích**

 Xác định nhanh *Treponema pallidum* có trong bệnh phẩm của người.

**2. Nguyên lý**

 Xét nghiệm dựa trên nguyên lý sắc ký miễn dịch invitro để xác định kháng nguyên *Treponema pallidum* có trong máu Người bệnh.

**II. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Người thực hiện: Nhân viên xét nghiệm đã được đào tạo và có chứng chỉ hoặc chứng nhận về chuyên ngành Vi sinh.

- Người nhận định và phê duyệt kết quả: Người thực hiện đã được đào tạo và có chứng chỉ hoặc chứng nhận về chuyên ngành Vi sinh.

**2. Phương tiện, hóa chất (Ví dụ hoặc tương đương):**

***2.1. Trang thiết bị:***

- Máy ly tâm để bàn

- Tủ lạnh 40C – 80C

- Tủ âm sâu (-200C) ho c (-700C) (nếu có)

- Micropipette thể tích 50 – 200 µl

- Đầu côn 200 µl

- Đồng hồ bấm giây

***2.2. Dụng cụ, hóa chất và vật tư tiêu hao (bao gồm nội kiểm, ngoại kiểm):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stt** | **Chi phí hóa chất, vật tư tiêu hao** | **Đơn vị tính** |
| 01 | Sinh phẩm chẩn đoán  | Test |
| 02 | Micropipette 50 – 200 µl  | Cái |
| 03 | Đầu côn 200 µl  | Cái |
| 04 | Bông | Kg |
| 05 | Dây garô  | Cái |
| 06 | Cồn | ml |
| 07 | Bơm kim tiêm  | Cái |
| 08 | Cồn 900 (vệ sinh dụng cụ)  | ml |
| 09 | Đèn cồn  | Cái |
| 10  | Panh  | Cái  |
| 11  | Khay đựng bệnh phẩm  | Cái  |
| 12  | Hộp vận chuyển bệnh phẩm  | Cái  |
| 13  | Ống đựng bệnh phẩm  | Cái  |
| 14  | Mũ  | Cái  |
| 15  | Khẩu trang  | Cái  |
| 16  | Găng tay  | Đôi  |
| 17  | Găng tay xử lý dụng cụ  | Đôi  |
| 18  | Quần áo bảo hộ  | Bộ  |
| 19  | Ống nghiệm th y tinh  | Ống  |
| 20  | Bút viết kính  | Cái  |
| 21  | Bút bi  | Cái  |
| 22  | Bật lửa  | Cái  |
| 23  | Sổ lưu kết quả xét nghiệm  | Tờ  |
| 24  | Cồn sát trùng tay nhanh  | ml  |
| 25  | Dung dịch xà phòng rửa tay  | ml  |
| 26  | Khăn lau tay  | Cái  |
| 27  | Giấy trả kết quả xét nghiệm  | Tờ  |
| 28 | QC (nếu thực hiện) \* |  |
| 29 | Ngoại kiểm (EQAS) (nếu thực hiện) \* |  |

*\*Ghi chú:*

- *Chi phí nội kiểm cho quy trình kỹ thuật được tính cụ thể theo Chương trình nội kiểm (QC) là 1/10 tổng chi phí dụng cụ, hóa chất, vật tư tiêu hao (với số lượng* *≥ 10 mẫu cho 1 lần tiến hành kỹ thuật).*

*- Chi phí ngoại kiểm cho quy trình kỹ thuật được tính cụ thể theo Chương trình ngoại kiểm (EQAS) là 1/200 tổng chi phí dụng cụ, hóa chất, vật tư tiêu hao (với số lần ngoại kiểm trung bình 2 lần/1 năm).*

**3. Bệnh phẩm:**

Huyết tương, huyết thanh.

**4. Phiếu xét nghiệm**

Điền đầy đủ thông tin theo mẫu yêu cầu

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Các bước tiến hành thực hiện theo phương tiện, hóa chất được ví dụ trên.

**Lấy bệnh phẩm:** Theo đúng quy định của ngành Vi sinh (Xem phụ lục).

**Tiến hành kỹ thuật:**

- Để mẫu, túi đựng test và dung dịch xét nghiệm về nhiệt độ phòng trước khi tiến hành xét nghiệm (15 – 20 phút).

- Chuẩn bị test, đánh dấu tên Người bệnh trên test, xét nghiệm ngay khi lấy test ra ngoài.

- Tiến hành theo hướng dẫn của nhà cung cấp.

- Đọc kết quả trong vòng 20 phút.

**IV. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ**

Trên thanh thử xuất hiện 2 vạch màu đỏ hoặc hồng: C là vạch kiểm tra chất chứng (Control line), T là vạch thử nghiệm (Test line) hoặc chỉ có 1 vạch. Ghi kết quả như bảng sau:

|  |  |
| --- | --- |
| **Hiện tượng**  | **Kết quả**  |
| Trên thanh thử xuất hiện 2 vạch màu đỏ hoặc hồng | Dương tính  |
| Trên thanh thử xuất hiện 1 vạch (kiểm tra C) | Âm tính  |
| Trên thanh thử không xuất hiện vạch C  | Test hỏng  |

**\* Lưu ý:** Nếu vạch control không chuyển sang màu đỏ hay màu hồng test xét nghiệm này không có giá trị và cần phải thực hiện lại xét nghiệm.

**V. NHỮNG SAI SÓT VÀ XỬ TRÍ**

* Phải làm lại mẫu xét nghiệm mới khi thanh thử bị hỏng (thanh thử không xuất hiện vạch tím tại vạch C).

Xét nghiệm phải được tiến hành ngay sau khi lấy mẫu. Không được để mẫu phẩm nhiệt độ phòng trong thời gian dài. Mẫu có thể bảo quản nhiệt độ 2-8°C trong vòng 3 ngày. Muốn bảo quản lâu hơn, mẫu phẩm phải được giữ nhiệt độ thấp hơn -20°C.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

Bộ Y tế (2018). *Quyết định số 6769 /QĐ-BYT Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Vi sinh.*