

Số: 104/QĐ-TTYT

Than Uyên, ngày 08 tháng 5 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Chẩn đoán hình ảnh”

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN THAN UYÊN

Căn cứ Quyết định số 25/ QĐ-BYT, ngày 03/01/2013 của Bộ Y tế Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp”

Căn cứ Quyết định số 2089/QĐ-SYT ngày 13 tháng 8 năm 2014 của Giám đốc Sở Y tế tỉnh Lai Châu về việc ban hành Quy chế phân cấp quản lý cho Trung tâm Y tế huyện, thành phố, bệnh viện đa khoa huyện trực thuộc Sở Y tế;

Căn cứ Biên bản họp ngày 15/3/2019 của Hội đồng chuyên môn V/v xây dựng Quy trình kỹ thuật khám - chữa bệnh;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 07 Quy trình kỹ thuật Chẩn đoán hình ảnh.

Điều 2. Các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than Uyên có nhiệm vụ:

- Triển khai áp dụng hiệu quả các quy trình được phê duyệt.
- Kịp thời tham mưu, đề xuất các điều kiện để phát huy hiệu quả các quy trình.
- Tiếp tục tham mưu, đề xuất các quy trình kỹ thuật mới thuộc chuyên ngành Chẩn đoán hình ảnh để áp dụng tại đơn vị.
- Các dịch vụ kỹ thuật khác đã được Sở Y tế phê duyệt nhưng đơn vị chưa ban hành quy trình kỹ thuật để thực hiện thì thực hiện áp dụng theo các quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế đã ban hành.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký ban hành. Trưởng phó các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than Uyên căn cứ Quyết định thi hành./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Sở Y tế Lai Châu;
- Lưu: KH-NV.

GIÁM ĐỐC

DANH MỤC
HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH
(Kèm theo Quyết định số 104/QĐ- TTYT ngày 08/5/2019 của TTYT Than Uyên)

STT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1	Chụp X quang khớp thái dương hàm
2	Chụp X quang đốt sống cổ C1 – C2
3	Chụp X quang phổi tư thế đỉnh phổi ưỡn
4	Chụp X quang đường mật qua ống Kehr
5	Chụp X quang đại tràng
6	Chụp X quang tuyến vú
7	Siêu âm trong mổ

Quy trình 1. Chụp X quang khớp thái dương hàm

I. ĐẠI CƯƠNG

Để khảo sát khớp thái dương – hàm có thể chỉ định các kỹ thuật X quang thường quy. Trong quy trình này đề cập đến kỹ thuật chụp cắt lớp cổ điển (tomography) khớp thái dương hàm bằng máy chụp toàn hàm (panorama).

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp X quang răng chuyên dụng hoặc máy X quang thường quy có chế độ chụp khớp thái dương hàm
- Phim, cát-xét, hệ thống lưu trữ

3. Người bệnh

- Tháo bỏ vật dụng kim loại trên vùng đầu mặt cổ nếu có

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khởi động máy chụp, lựa chọn chế độ chụp khớp thái dương hàm hai bên.
- Hướng dẫn người bệnh ở tư thế đứng hoặc ngồi, lưng thẳng, khối mặt đối xứng qua mặt phẳng dọc giữa, không quá cúi hoặc quá ngửa sao cho mặt phẳng đi qua đường nối lỗ tai – bờ dưới ổ mắt nằm song song với mặt sàn, cằm thì trên thanh đỡ cằm.
- Lần lượt yêu cầu người bệnh cắn răng khít hai hàm và há miệng tối đa đồng thời giữ bất động trong suốt quá trình chụp phim để chụp phim ở các tư thế tương ứng.
- Vị trí tia X trung tâm: khu trú vào phía trước bình tai khoảng 1cm. Hướng tia trung tâm: vuông góc với mặt phẳng cong của xương hàm dưới, chùm tia di chuyển liên tục và ngược chiều so với phim chụp theo một trục quay nhất định trong quá trình chụp phim.
- Tuy nhiên bóng tia X chỉ phát tia ở vị trí khớp thái dương hàm hai bên và dừng phát tia ở các vị trí còn lại của xương hàm dưới.
- Kỹ thuật viên vào buồng điều khiển, ấn và giữ nút phát tia để tiến hành chụp phim theo các thông số học chế độ chụp đã lựa chọn.
- Hướng dẫn người bệnh rời khỏi vị trí chụp, tháo cát-xét và rửa phim.

IV. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Phim chụp phải lấy được rõ nét hình ảnh khớp thái dương hàm hai bên bao gồm chòm lõi cầu xương hàm dưới, khe khớp, hố khớp.

- Đánh giá được tương quan giữa chỏm khớp và ổ khớp khi há và ngậm miệng còn trong biên độ bình thường hay không.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Kỹ thuật này không có tai biến. Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh khớp...

Quy trình 2. Chụp X quang đốt sống cổ C1 – C2

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp X quang đốt sống cổ C1-C2 là kỹ thuật chụp X quang đặc biệt, bộc lộ toàn bộ chọn lọc các đốt sống cổ C1-C2 đồng thời xóa nhòa cung răng hàm trên và dưới.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Chấn thương cột sống cổ cao

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối : phụ nữ có thai

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp X quang chuyên dụng
- Phim, cát-xét, hệ thống lưu trữ

3. Người bệnh

Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có

4. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp X quang

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đọc dọc phim trên bàn máy X quang, cố định bóng phim, chỉnh tia trung tâm vào giữa phim

- Hướng dẫn người bệnh nằm ngửa trên bàn máy, hai chân duỗi thẳng, hai tay xuôi theo cơ thể. Cổ duỗi sao cho đường nối 2 đỉnh mồm chũm và bờ dưới răng

cửa hàm trên vuông góc với phim. Nếu người bệnh ngồi hay đứng thì đầu và 2 vai tựa vào lưới lọc. Bảo người bệnh há miệng tối đa.

- Chính mặt phẳng chính diện vuông góc với phim và vào giữa phim theo chiều dọc.

- Tia trung tâm

- Bóng X quang chiếu thẳng từ trên xuống dưới vuông góc với phim

- Tia trung tâm khu trú vào điểm bờ dưới răng cửa hàm trên và song song với đường nối điểm này và đỉnh hai móm chũm vào giữa phim. Nếu người bệnh bị dính cứng khớp hàm không há được miệng ta đưa bóng X quang nhích lên phía trên, tia trung tâm khu trú vào giữa sống mũi và tia ra vào giữa phim.

- Đặt tên người bệnh, dấu định hướng vào bên phải hoặc bên trái, ngày tháng năm chụp

- Quan sát người bệnh qua kính, ấn nút phát tia X

- Hướng dẫn người bệnh ra khỏi phòng chụp, đưa phim đi tráng rửa.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- C1-C2 trong hốc miệng và vào giữa phim

- Bờ dưới răng cửa hàm trên chồng lên đáy xương chẩm

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Kỹ thuật này không có tai biến.

- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh khớp...

Quy trình 3. Chụp X quang phổi tư thế đỉnh phổi ưỡn

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp X quang phổi tư thế đỉnh phổi ưỡn là một trong những kỹ thuật chụp cơ bản nhưng phát hiện những tổn thương vùng đỉnh phổi. Do tách được hình ảnh xương đòn và cung trước xương sườn 1 không chồng lên vùng đỉnh phổi.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Cần khảo sát rõ hơn những tổn thương vùng đỉnh phổi và thùy giữa.

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối: phụ nữ có thai

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp X quang
- Phim, cát-xét, hệ thống lưu trữ

3. Người bệnh

- Tháo bỏ vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cởi bỏ áo nửa trên người
- Búi tóc lên cao đầu nếu tóc dài.

4. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp X quang phổi đỉnh ưỡn

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh đứng thẳng, lưng dựa vào cát-xét, ưỡn ngực
- Tia X trung tâm chệch lên < 30 độ vào góc giữa cán - thân xương ức. Độ chệch tùy thuộc độ ưỡn của người bệnh.
- Người bệnh phải hít vào sâu (tăng thể tích phổi thăm khám), nín thở 4
- Có thể chắn tia X vùng nửa người dưới bằng tấm chắn hoặc váy chì.
- Nếu chụp tư thế sau – trước, người bệnh áp ngực vào cát-xét, tia X trung tâm chệch từ sau ra trước, xuống dưới 30 độ vào máu gai C7.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Thấy được đỉnh phổi mật dưới các xương đòn. Xương bả vai nằm ngoài hai trường phổi.

- Cân xứng: đầu trong của hai xương đòn đối xứng nhau qua đường giữa (đường liên gai sau các đốt sống).

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Kỹ thuật này không có tai biến.

Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh hai đỉnh phổi.

Quy trình 4. Chụp X quang đường mật qua ống Kehr

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp X quang đường mật qua ống Kehr là bơm thuốc đối quang I-ốt tan trong nước vào đường mật qua ống dẫn lưu Kehr (sau mổ) dưới màn tăng sáng nhằm khảo sát đường mật nói chung, xác định sự hiện diện, vị trí, mức độ và nguyên nhân gây tắc mật (sỏi, u, máu cục, viêm chít hẹp đường mật,...), thoát mật (dò đường mật), khảo sát lưu thông dịch mật qua cơ vòng Oddi xuống tá tràng.

II. CHUẨN BỊ

1. Ng-ời thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp X quang chuyên dụng
- Phim, cát-xét, hệ thống lưu trữ

3. Vật tư tiêu hao

- Thuốc đối quang I-ốt tan trong nước
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý.
- Bơm tiêm 20ml, kim tiêm 18-20G
- Găng tay, mũ, khẩu trang
- khay quả đậu, kẹp.
- Bông, cồn i-ốt sát khuẩn
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh hôm trước khi chụp có thể nhịn ăn hoặc ăn nhẹ, tránh thức ăn lên men và xơ bã, không cần thiết phải thụt tháo.

- Xem biên bản phẫu thuật để định hướng thể chụp.
- Kiểm tra phần hành chính của người bệnh (họ tên, tuổi, địa chỉ,...), tìm hiểu tiền sử dị ứng, đặc biệt là dị ứng thuốc đối quang và các thuốc có chứa I-ốt, giải thích quá trình chụp (để người bệnh hợp tác tốt) và các tai biến có thể xảy ra, trấn an tinh thần người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt người bệnh

- Cho người bệnh nằm ngửa trên bàn chụp, hai tay để lên đầu, chân duỗi thẳng, túi dịch dẫn lưu treo sát thành bàn. 56 - Đeo khẩu trang, đội mũ, rửa tay, mang găng. Lấy khoảng 5ml thuốc đối quang i-ốt 300-400mg/ml hòa với dung dịch NaCl 0,9% theo tỷ lệ 1:3-1:4 nhằm giảm độ đối quang, hạn chế thuốc đối quang che lấp sỏi đường mật. Hoặc dùng thuốc đối quang i-ốt 120 mg/ml, có thể pha thêm dung dịch nước muối sinh lý.

2. Chuẩn bị ống Kehr

- Vuốt ống Kehr để dịch mật chảy ra, đuổi khí ra ngoài. Kẹp ống Kehr cách da khoảng 3 - 5 cm tránh thuốc chảy ngược và giảm lượng thuốc dư trong ống. Sát khuẩn phần trên chỗ kẹp bằng cồn I-ốt.
- Bơm từ từ 20ml dung dịch thuốc đối quang vào ống Kehr qua vị trí sát khuẩn, dựng bơm tiêm một góc trên 45° nhằm tránh khí tràn vào đường mật. Theo dõi sát người bệnh để phát hiện sớm, xử trí kịp thời các dấu hiệu phản ứng thuốc đối quang.
- Người bệnh nằm nghiêng trái để thuốc đối quang dễ vào đường mật gan trái, sau đó nằm ngửa để chụp
- Bác sỹ theo dõi trên màn tăng sáng, khi thấy thuốc lấp đầy toàn bộ đường mật thì yêu cầu người bệnh nín thở và tiến hành chụp và chẩn đoán sơ bộ nhằm chọn các tư thế cần thiết để bộc lộ tổn thương.

3. Chụp Kehr

- Chụp tư thế thẳng nhằm khảo sát tổng quát toàn bộ đường mật : Tia trung tâm đi qua điểm giữa hạ sườn phải, vuông góc với phim.
- Chụp tư thế chéch sau phải nhằm khảo sát đường mật gan phải : Xoay người bệnh chéch phải, chân phải duỗi thẳng, chân trái co lại cố định chiều thẳng, lưng tạo với mặt bàn một góc khoảng 15-20°, bàn dốc thấp về phía đầu 15-20°, tia trung tâm vuông góc với phim qua điểm giữa hạ sườn phải.
- Chụp tư thế chéch sau trái nhằm khảo sát đường mật gan trái : Xoay người bệnh chéch trái, chân trái duỗi thẳng, chân phải co lại cố định chiều thẳng, lưng tạo với mặt bàn một góc khoảng 15-20°, bàn dốc thấp về phía chân 15-20°, tia trung tâm vuông góc với phim qua điểm giữa mũi ức.
- Chụp tư thế thẳng khảo sát sự lưu thông thuốc xuống tá tràng: Người bệnh nằm ngửa như ban đầu, bàn dốc thấp về phía chân 15-20°. Tia trung tâm đi qua điểm giữa hạ sườn phải, vuông góc với phim.

- Chụp tư thế nghiêng phải nh m khảo sát vị trí thương tổn: Xoay người bệnh nghiêng phải, tia trung tâm vuông góc với trung tâm phim ngay điểm nối đường giữa hạ sườn phải và đường nách giữa. Sau khi tiến hành xong có thể hút hết thuốc đối quang trong đường mật ra, sát khuẩn và tháo kẹp hoặc chỉ cần sát khuẩn, tháo kẹp, thuốc tự chảy ra theo ống dẫn lưu. 57

IV. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

Phim đạt yêu cầu phải đảm bảo các yếu tố sau:

- Độ đối quang phù hợp.
- Bộc lộ được toàn bộ đường mật trong và ngoài gan.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Xử trí tai biến thuốc đối quang: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.
- Hạn chế tối đa hơi tự do vào đường mật, tạo ảnh giả sỏi không cản quang gây sai lầm trong chẩn đoán.
- Đảm bảo điều kiện vô khuẩn nh m hạn chế nhiễm trùng cho người bệnh.
- Hạn chế tối đa thời gian chiếu, giảm h ng số chiếu chụp nh m hạn chế liều nhiễm xạ cho người bệnh.
- Tốc độ bơm thuốc chậm giảm cảm giác đau tức khó chịu cho người bệnh, hạn chế dò đường mật, thủng đường mật.

Quy trình 5. Chụp X quang đại tràng

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp đại tràng là kỹ thuật làm cản quang khung đại tràng bằng dịch treo Baryt. Điều kiện chuẩn bị người bệnh chủ yếu là thụt tháo ruột sạch hoàn toàn trước khi cho thuốc đối quang vào. 53

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp X quang tăng sáng truyền hình
- Phim, cát – xét, hệ thống lưu trữ

3. Vật tư tiêu hao

- Thuốc đối quang nhóm Baryt pha loãng 30-40%. Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước được sử dụng cho các trường hợp cấp cứu ổ bụng vì lý do có thể

được dẫn lưu trong vòng vài giờ. Tuy nhiên vì tính chất ưu trương, kém bám dính, giá thành đắt cho nên hạn chế sử dụng.

- Thuốc tăng giảm nhu động đại tràng
- Thuốc tăng nhu động đại tràng

4. Người bệnh

- Chế độ ăn không gây tổn động trước 2 ngày, không ăn các loại thức ăn nhiều xơ bã và lên men.
- Dùng thuốc nhuận tràng trong 2 ngày trước, như Magné Sulfate (7,5g), Dulcolax, Bodolaxin, Peristatine (2 viên/ ngày)...
- Thụt tháo đại tràng với 1,5 – 2 lít nước ấm đưa vào từ từ đ t ở độ cao 40cm và giữ trong vòng 10 phút; làm 2 lần cách nhau vài giờ hoặc sau 12 giờ, trước khi chụp.

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp X quang

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bơm thuốc

Chụp một phim bụng không chuẩn bị tư thế nằm ngửa, sau đó chuẩn bị một bức barýt ẩm để cao hơn 40cm so với mặt bàn, luôn canuyn có nhánh vào hậu môn. Cho barýt vào dần, cần theo dõi dưới tầng sáng truyền hình, để tìm tư thế thích hợp, giảm thiểu phim chụp, giảm liều nhiễm xạ cho cả thầy thuốc và người bệnh.

2. Tiến hành kỹ thuật chụp

- Các phim chụp có 3 thì như sau
- Chụp đầy thuốc để đánh giá trương lực đại tràng.
- Chụp với thuốc sau khi đi ngoài để xem niêm mạc.
- Bơm hơi để tạo đôi quang kép, xem niêm mạc, thành đại tràng.

Để đánh giá từng đoạn ta có các tư thế sau	Tư thế	Cỡ phim
Trực tràng	Chếch sau trái, nghiêng	24x30cm;
Sigma	Chếch sau trái, chếch tia	24x30cm
Góc lách (trái)	Chếch sau phải	24x30cm
Góc gan	Chếch sau trái	24x30cm
Manh tràng, đại tràng lên	Nghiêng trái	30x40cm

Toàn bộ dây thuốc	Nằm ngửa, thẳng	30x40cm
Voi thuốc	Nằm sấp, thẳng	
Bơm hơi	Nằm ngửa, thẳng đứng, thẳng	

Quy trình 6. Chụp X quang tuyến vú

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp X quang tuyến vú (mammography) là phương pháp chụp X quang đặc biệt, dùng một lượng tia X rất nhỏ để ghi hình ảnh chi tiết của tuyến vú nhằm phát hiện đặc điểm những khối u vú, đặc biệt là vi vôi hóa khi chưa sờ thấy u qua thăm khám. Mục đích của việc chụp phim nhằm phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm. Chụp tuyến vú đã trở thành một thăm khám định kú không thể thiếu trong việc bảo vệ sức khỏe phụ nữ ở những nước phát triển. Chụp tuyến vú kết hợp siêu âm tuyến vú và xét nghiệm tế bào là bộ ba kỹ thuật căn bản chẩn đoán các bệnh tuyến vú.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Sàng lọc ung thư vú

Tầm soát ung thư vú chỉ chụp 1 phim tư thế chéo:

- Phụ nữ trên 40 tuổi được khuyến cáo nên chụp vú định kú: 1lần/năm
- Phụ nữ kèm tiền sử gia đình có người mắc ung thư vú
- Tự sờ thấy khối khu trú trong vùng tuyến vú
- Phụ nữ có con đầu tiên sau 30 tuổi hoặc vô sinh.
- Kháng định một chẩn đoán lâm sàng
- Chỉ định này đặc biệt có ý nghĩa khi chẩn đoán lâm sàng xác định là ung thư nhưng chẩn đoán tế bào học lại âm tính.
- Hỗ trợ cho các trường hợp chẩn đoán lâm sàng
- Khi có khó khăn hoặc còn nghi ngờ, do dự: chụp vú giúp cho loại trừ một ung thư vú trong các trường hợp loạn sản, phát hiện bệnh Paget không có u vú và bệnh vú to ở nam giới.
- Chẩn đoán loại trừ các trường hợp ung thư vú không triệu chứng
- Khi các người bệnh không có hoặc chỉ có các triệu chứng mơ hồ ở vú mà người thầy thuốc vẫn cảnh giác và người bệnh vẫn lo ngại (vì có thể họ thuộc nhóm có nguy cơ cao) thì có chỉ định chụp X quang tuyến vú. Luôn luôn chụp X quang tuyến vú bên đối diện, cho phép loại trừ một ung thư vú ở cả hai bên hoặc một ổ ung thư tiên phát ở những người bệnh đã có di căn.

- Hướng dẫn sinh thiết vú được chính xác hơn
- Chụp X quang tuyến vú cho phép định vị nơi định sinh thiết và giúp phẫu thuật viên xác định được chính xác hơn vùng tổ chức định cắt bỏ cũng như chiến thuật điều trị (bảo tồn hay triệt để).
- Theo dõi tiến triển tổn thương tuyến vú
- Chụp X quang vú rất có ích để theo dõi một tổn thương không được phẫu thuật và cũng là cách để theo dõi định kú vú bên kia sau khi đã cắt bỏ một vú, bởi vì vú còn lại cũng có nguy cơ bị ung thư khá cao.

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối : phụ nữ có thai

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp X quang chuyên dụng
- Phim, cát-xét, hệ thống lưu trữ 41

3. Người bệnh

- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần được khai thác một số đặc điểm sau
- Số lần có thai
- Tiền sử ung thư vú trong gia đình
- Đã và đang được điều trị bằng liệu pháp hormon gì
- Đã được phẫu thuật gì
- Có được đặt túi độn ngực Silicon không
- Kết quả khám vú lần trước nếu có.

4. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp X quang tuyến vú

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chụp hướng chệch giữa bên (MLO – Mediolateral Oblique)

- Đặt vú trên bàn chụp. Chính tấm plastic của máy đè ép vú theo hướng chệch tạo với mặt phẳng đứng qua trục giữa cơ thể 1 góc khoảng 40 - 70 (thông thường 45). Đè ép tối đa làm mỏng tuyến vú nhưng không gây đau.

- Chùm tia X đi từ trên xuống dưới và ra ngoài, vuông góc với phim, qua phần giữa vú.

- Tiêu chuẩn phim:

- Phải lấy được toàn bộ hình ảnh mô vú bao gồm từ cơ ngực lớn đến núm vú và phần tuyến gần hố nách.

- Phần lớn cơ ngực trải dài tới đường sau núm vú, thấy lớp mỡ sau tuyến.

2. Chụp hướng mặt tư thế trên dưới (CC - Craniocaudal) Là tư thế bổ sung cho tư thế chéch giữa bên.

- Người bệnh ngồi trước máy chụp, đặt vú cần chụp lên bàn chụp.

- Chỉnh tấm plastic phẳng và trong của máy đè lên bên trên để ép vú theo mặt phẳng ngang (hướng đầu chân).

- Chùm tia X đi từ trên xuống dưới, vuông góc với phim, qua phần giữa vú.

- Tiêu chuẩn phim:

- Đưa được tất cả các mô sau giữa vú vào phim.

- Núm vú ở chính giữa tránh hụt mô bên, núm vú tách ra ngoài vú.

3. Chụp tư thế nghiêng giữa bên (ML - Mediolateral)

- Chỉnh tấm plastic phẳng và trong của máy đè ép vú theo hướng thẳng trục với trục dọc của cơ thể.

- Chùm tia X đi ngang từ trong ra, qua mặt trong vú và vuông góc với phim.

4. Các tư thế bổ sung

- Các tư thế thay đổi

- Bằng cách xoay vú trên bàn chụp phim.

- Bằng cách thay đổi độ ép.

- Bằng cách thay đổi tia trung tâm.

- Chéch 1 độ nhỏ ($5^0 - 10^0$)

- Chụp tiếp tuyến

- Để phân tích bờ và các liên quan của khối u.

- Xác định vôi hóa trong hay ngoài tuyến vú.

- Chụp phóng đại

- Tìm các tổn thương nhỏ, các vi vôi hoá.

- Phân tích chi tiết tổn thương cấu trúc vú.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Phim chụp cân đối, đúng kỹ thuật, bộc lộ được cấu trúc tuyến, tổ chức mỡ dưới da thành ngực và hố nách hai bên

- Hiện thị được tổn thương nếu có

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Kỹ thuật này không có tai biến.
- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh khớp...

Quy trình 7. Siêu âm trong mổ

I. ĐẠI CƯƠNG

Sử dụng siêu âm đầu rò tần số cao trong mổ, giúp bác sỹ phẫu thuật viên xác định chính xác vị trí, kích thước tổn thương và các cấu trúc giải phẫu xung quanh tổn thương (mạch máu, đường mật...) để phẫu thuật viên có kế hoạch xử trí chính xác, phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Thường do yêu cầu của phẫu thuật viên trong các trường hợp phẫu thuật phức tạp, đòi hỏi cần nhắc các các phương pháp điều trị.
- Có thể kết hợp điều trị giữa cắt tổn thương với phá hủy các khối u trong mổ (phá hủy bằng sóng cao tần, tiêm cồn tuyệt đối, áp lạnh, vi sóng...).

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Điều dưỡng (hoặc kỹ thuật viên)

2. Phương tiện

- Máy siêu âm trong phòng mổ, thường dùng đầu rò phẳng - tần số cao (7,5- 15 MHz).
- Túi ni lông vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm.

3. Người bệnh

Đã được gây mê trong mổ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trao đổi với bác sỹ phẫu thuật kỹ lưỡng về các vấn đề liên quan đến phẫu thuật và biết được yêu cầu của phẫu thuật viên.
- Mặc áo vô khuẩn và bọc đầu rò siêu âm bằng túi nilon vô khuẩn.

- Tiến hành làm siêu âm, trong quá trình thực hiện có thể yêu cầu phẫu thuật viên giúp đỡ như mở rộng vết mổ hoặc đưa các tạng cần thăm khám xuống vị trí thuận lợi cho quá trình siêu âm.