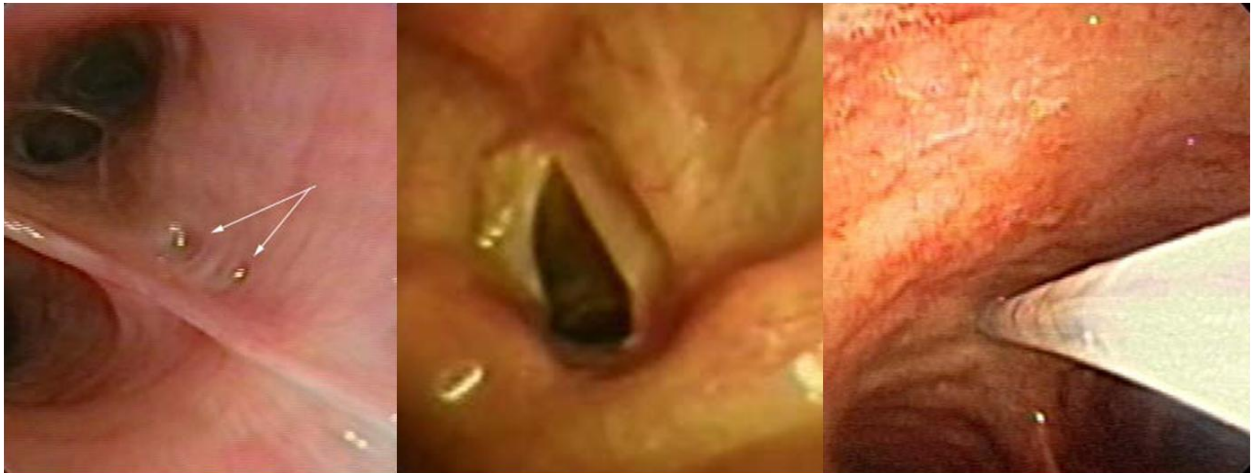


VIETNAMESE

Chuyên gia nội soi phế quản



Supervisor: Professor Ngoc van Tran

Translated from the English: The Essential Bronchoscopist© (by Henri Colt)



rake
|press

University of Medicine, Ho Chi Minh City, Vietnam, 2016

Câu hỏi I.1: Ông soi phế quản mềm được giới thiệu lần đầu trên thế giới tại :

- A. Freiberg , Đức
- B. Copenhagen , Đan mạch
- C. Philadelphia, PA

Trả lời I.1 : B

Shigeto Ikeda, người Nhật , giới thiệu ông nội soi phế quản ống mềm lần đầu tiên tại hội nghị thế giới về bệnh lồng ngực lần 9 tổ chức tại Copenhagen năm 1966. Freiberg là thành phố quan trọng trong lịch sử nội soi phế quản vì là thành phố quê hương của Gustav Killian (1860-1921) , thường được gọi là cha đẻ của ngành nội soi phế quản.

Chevalier Jackson , một bác sĩ nổi tiếng về tai mũi họng của bắc Mỹ , từ Philadelphia , ông sản xuất ống soi cứng có đầu xa chiếu sáng năm 1904.

Câu hỏi I.2: Nội soi phế quản ống mềm dựa trên nguyên tắc là ánh sáng có thể truyền qua sợi thủy tinh . khám phá này được cấp chứng chỉ cho :

- A. Baird và hansel
- B. Heel và O'Brien
- C. Hopkins và kapany



Trả lời I.2 : A

Năm 1927-1930 , Baird (người Anh) và Hansell (Bắc mỹ) đề xuất rằng những đặc tính quang học của sợi thủy tinh có thể được ứng dụng. Heel (Hà lan) và O'Brien (Mỹ) đã phát triển gương phủ để ánh sáng có thể được truyền qua sợi kể cả khi nó được vận hay bẻ cong .Hopkins và Kapany (Người Anh) đã phát triển bó sợi được sắp xếp về mặt quang học và đã được chứng nhận sự ra đời của thế giới nội soi ống mềm .

Câu hỏi I.3: Vấn đề nào sau đây cần đề cập đến trong một cuộc hội chẩn nội soi phế quản?

- A. Phân tích yêu cầu nội soi và giải thích chỉ định
- B. Xem lại bệnh sử, khám lâm sàng và các hình ảnh X quang
- C. Thiết lập một kế hoạch trước khi soi bao gồm mọi thủ thuật nội soi hay không nội soi cần thiết để tối ưu hóa chẩn đoán hay thành công trong điều trị
- D. Bàn bạc về an toàn và thoải mái cho bệnh nhân và ký bản đồng thuận
- E. Tất cả các điều trên

Trả lời I.3: E

Nội soi phế quản (nội soi phế quản) là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu nhưng vẫn là xâm lấn. Tất cả những chỉ định nội soi phế quản đều phải có lý và luôn luôn phải nghĩ đến tất cả các phương pháp thay thế khác (nội soi và không nội soi) trong chẩn đoán và điều trị. nội soi phế quản có thể là một thủ thuật đắt tiền. Dùng một số phụ kiện, xử lý các mẫu bệnh phẩm, thời gian nằm viện và một số biến chứng của thủ thuật có thể tăng thêm giá tiền của nội soi phế quản. Nếu có thể, cố gắng làm mọi chuyện để tối ưu hóa chẩn đoán và điều trị qua một đợt nội soi phế quản (không nên lặp lại).

Ví dụ, nếu qua nội soi không thấy bất thường của đường thở, người bác sĩ nội soi phải sẵn sàng để lấy mẫu xuyên phế quản. Trong trường hợp này, chẩn đoán có thể chính xác hơn nếu làm dưới màn hình X quang hay nâng cao hơn nếu có thể làm sinh thiết ngay tại chỗ. Bản đồng thuận là rất cần thiết về mặt y đức vì các bệnh nhân phải có quyền được biết và trở nên bắt buộc trong nhiều nước

Câu hỏi I.4 : Tất cả những vấn đề cần được thực hiện một cách thường qui trước khi nội soi ống mềm, ngoại trừ :

- A. X Quang phổi
- B. Đếm tiểu cầu
- C. Khám lâm sàng nhất là tim và phổi
- D. Tiền căn dị ứng và các tác dụng phụ liên quan đến thủ thuật
- E. Hồi cứu các yếu tố nguy cơ

Trả lời I.4: E

Một bản điều nghiên do Hiệp Hội American College of Chest physicians và American Association for Bronchology thực hiện cho thấy số lượng xét nghiệm thường qui trước nội soi đã giảm. nội soi phế quản ống mềm thường rất an toàn. Trong trường hợp không có các yếu tố nguy cơ, các biến chứng như chảy máu rất hiếm. Không phải bệnh nhân nào cũng cần đếm tiểu cầu. Thật vậy, trên một số bệnh nhân giảm tiểu cầu nặng, nội soi phế quản ống mềm với lấy dịch rửa phế quản đã tỏ ra an toàn khi đưa ống nội soi phế quản qua đường mũi. Hơn nữa, các chuyên gia cho rằng chỉ cần đếm tiểu cầu trên những bệnh nhân có tiền sử và khám lâm sàng nghĩ đến rối loạn đông máu và chảy máu hay những bệnh nhân cần làm sinh thiết phế quản,

Câu hỏi I.5 : Theo hướng dẫn ATS ,chống chỉ định tuyệt đối của nội soi phế quản ống mềm :

- A . Bệnh nhân hen phế quản chưa ổn hoặc trong cơn hen cấp .
- B . Bệnh nhân bị giảm oxy máu hoặc cung cấp không đủ trong quá trình soi.
- C . Cơn đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim gần đây .
- D . Tăng CO2 trong máu nặng và FEV1 giảm nặng.
- E . Hẹp tĩnh mạch chủ nặng.

Trả lời I.5 : B

Nếu bệnh nhân giảm oxy máu nặng phải trì hoãn quá trình soi. Bản thân của nội soi phế quản làm giảm oxy .Người soi phế quản có thể may mắn , điều này đúng nhưng thỉnh thoảng không phải là ngày may mắn của bạn hay bệnh nhân. Nội soi phế quản có nguy cơ đặt nội khí quản và thở máy nên cần giải thích kỹ với bệnh nhân và gia đình của

họ . Một câu hỏi hay luôn được hỏi : “ Nội soi có đem lại kết quả gì không ?” Nếu trả lời “không”, cuộc soi bị trì hoãn.

Nội soi phế quản có thể lập lại nếu đảm bảo độ an toàn cao nhất cho bệnh nhân. Bệnh nhân tin vào quyết định của bạn . Bạn phải có “cam kết” với bệnh nhân. Sự hiểu kỳ về bệnh , kết quả, hoặc thái độ “tôi có thể làm điều đó” rất tốt thì không có ở đây, quan trọng là có chỉ định đúng. Sau phần giới thiệu ngắn , trở lại câu hỏi Theo ATS chỉ có 4 chống chỉ định nội soi phế quản . Giảm oxy kéo dài trong suốt quá trình soi có thể là nguyên nhân hàng đầu của rối loạn nhịp, nhồi máu cơ tim, rối loạn tâm thần, và suy hô hấp. Không có đề cập tới bằng thỏa thuận , không có kinh nghiệm vận hành , không đủ thiết bị và không khả năng đề bảo đảm cung cấp oxy trong lúc làm thủ thuật. Thực tế , một số chuyên gia gợi ý rằng giảm oxy không điều chỉnh được , cao huyết áp, tăng áp lực nội sọ là chống chỉ định tương đối nội soi phế quản. Bất kỳ một biến cố liên quan đến thủ thuật như chảy máu hay giảm oxy máu động mạch liên quan tới rửa có thể làm tăng hay kéo dài thời kỳ giảm oxy máu. Sách nội soi phế quản cho rằng nội soi phế quản ít an toàn ở bệnh nhân mới đau thắt ngực hoặc cơn đau thắt ngực không ổn định , tăng CO2 máu, hẹp tĩnh mạch chủ trên , hen phế quản chưa ổn , cũng nhưng tăng urê máu , tăng áp lực động mạch phổi, và lớn tuổi. Các tài liệu đặc biệt liên quan đến các nguy cơ gia tăng này vẫn còn đang bàn luận.

Câu hỏi I. 6:Đầu tiên , Ống nội soi mềm được thiết kế như hình dưới đây . lý do?

- A. Người thao tác phải luôn luôn đứng sau bệnh nhân, vì như thế sẽ tốt nhất cho phần điều khiển được giữ ở tay trái
- B. Dr. Ikeda, người thiết kế nguyên thủy ống soi phế quản mềm, thuận tay trái
- C. Người thao tác luôn đứng bên phải bệnh nhân vì như thế sẽ tốt nhất cho phần điều khiển được giữ ở tay trái để tay phải của người nội soi có thể áp sát bệnh nhân
- D. Người thao tác luôn đứng bên trái bệnh nhân vì như thế sẽ tốt nhất cho phần điều khiển được giữ ở tay trái để tay phải của người nội soi có thể áp sát bệnh nhân



Trả lời I.6 :B

Người sáng chế ống soi là người thuận tay trái ! thật sự không là vấn đề gì khi đứng trong khi tiến hành nội soi phế quản ống mềm . Ống soi có thể được giữ ở tay phải hoặc trái phụ thuộc vào sự thoải mái của từng người , sự sắp xếp chỗ của các bác sĩ phụ tá . Nếu giữ ống soi bằng tay trái (như trong hình) và đứng bên phải bệnh nhân , tay trái tự do sẽ gần phía đầu của bệnh nhân và giúp giữ ống soi tại vị trí đưa vào

Tương tự, nếu bác sĩ nội soi phế quản đứng bên trái bệnh nhân , ống soi giữ ở tay trái sẽ cho phép tay phải tự do sát đầu bệnh nhân



Câu hỏi I.7 Độ cong tối đa đầu dưới ống soi của nội soi phế quản ống mềm đạt được khi :

- A . Di chuyển ngón cái hướng lên
- B . Di chuyển ngón cái hướng xuống

Trả lời I.7 : B

Di chuyển ngón cái hướng xuống sẽ làm cong đoạn dưới tối đa .Kèm hay những dụng cụ khác không thể đưa qua được khi đoạn dưới cong tối đa vì nó sẽ làm rách kênh thủ thuật . Uốn cong tối đa đầu ống soi là cần thiết để đi vào các phân thùy của các thùy trên nhưng lại hiếm khi cần thiết vì chỉ cần xoay cổ tay là đã đủ hướng dẫn các cử động của ống nội soi



Xuống



Lên

Câu hỏi I.8: Mỗi kỹ thuật sau đây được xem là “kỹ thuật kém” khi điều khiển ống soi mềm , ngoại trừ :

- A. Vận ống soi thay vì xoay toàn bộ dụng cụ theo trục dọc của nó
- B. Đưa ống soi tới bằng cách đẩy tay cầm xuống
- C. Cố gắng ấn mạnh bằng ngón tay trên mũi hay má của bệnh nhân
- D. Cố gắng đưa dụng cụ qua đầu xa ống soi đã được uốn cong hết mức
- E. Giữ ống soi ngay đường giữa lòng đường thở càng nhiều càng tốt trong suốt thời gian nội soi

Trả lời I.8: E .

Giữ ngay giữa là câu thích nhất của các thầy dạy nội soi . Điều này giúp bác sĩ nội soi quan sát tốt nhất lòng đường thở và tránh tổn thương niêm mạc không cần thiết , hạn chế nôn , nuốt và ho và giúp khả năng cong và rộng tối đa. Vận ống soi là động tác thiếu trang nhã và có thể làm hư các sợi của ống soi ,đẩy mạnh quá mức lên mũi bệnh nhân bằng tay giữ đầu xa ống soi sẽ làm bệnh nhân khó chịu. Chấn thương hay chảy máu , đâm

ngón tay vào mắt bệnh nhân , rách môi hay gãy răng bệnh nhân . Cố gắng đẩy mạnh dụng cụ như kềm sinh thiết qua đầu xa ống soi sẽ có nguy cơ cao hư kênh thủ thuật .

Đưa ống soi tới bằng cách đẩy tay cầm xuống làm bẻ cong quá mức dụng cụ ở đầu gần. Cách này làm cho bác sĩ nội soi bẻ cong vai , một tư thế rất xấu và theo thời gian có thể gây đau lưng . Ngoài ra , đưa dụng cụ qua kênh thủ thuật sẽ khó hơn và nguy hiểm cho ống soi , nhất là đối với kim sinh thiết xuyên phế quản . Tốt nhất là tư thế hơi nghiêng ra sau , thẳng vai và để ống soi được thẳng bằng cách bước một chút hơi xa bệnh nhân . Ống soi được đưa tới bằng cách di chuyển cả bộ (tay cầm và ống mềm) . Lý tưởng , đưa ống soi tới khi bệnh nhân hít vào và nếu cần , kéo lại khi bệnh nhân thở ra. Như thế , bác sĩ nội soi , ống soi và bệnh nhân luôn đồng điệu trong suốt thời gian soi

Câu hỏi I.9 Gây tê cảm giác từ nắp thanh quản đến dây thanh bằng cách gây tê :

- A. Sợi thần kinh bướm khẩu cái (sphenopalatine)
- B. Thần kinh lưỡi hầu (Glossopharyngeal)
- C. Thần kinh quặt ngược
- D. Thần kinh thanh quản trên
- E. Nhánh 2 (hàm) của thần kinh sinh ba

Trả lời I.9 : D

Gây tê thần kinh thanh quản trên gây phong bế phân bố cảm giác ở đáy lưỡi, nắp thanh quản, periform fossa và khe nhỏ . Sử dụng thuốc tê phun khí dung tại chỗ cũng có hiệu quả tốt như thế. Phân bố thần kinh hầu họng ở 1/3 sau lưỡi , hạch hạnh nhân , và hầu họng . Phong bế thần kinh hầu họng 2 bên (tiêm phía sau mỗi bên trụ sau hạnh nhân) có thể loại trừ hoàn toàn phản xạ nôn. Điều này có thể gây hạn chế hô hấp do liệt nhanh cơ hầu họng và đáy lưỡi.

Sử dụng thuốc tê mũi 2 bên sẽ làm tê 1 phần sau họng bằng cách ảnh hưởng sợi thần kinh bướm khẩu cái .Thần kinh hồi thanh quản cung cấp cảm giác và vận động của cơ thanh quản nội tại .Nhánh thứ 2 của sợi sinh 3 cung cấp phần lớn cảm giác niêm mạc mũi .

Câu hỏi I. 10: Tất cả những nguyên nhân sau gây khó khăn hay đau khi đưa ống soi mềm qua mũi hầu và hầu họng , ngoại trừ :

- A. Sung màng niêm mạc mũi
- B. Vẹo vách ngăn
- C. Polyps mũi
- D. Phì đại các xoăn mũi
- E. Phì đại amygdal

Trả lời I.10 : E

Sung niêm mạc thường được giảm bớt bằng bôi cocaine (dùng que bông nhỏ) và những thuốc co mạch khác (lidocaine với epinephrine) giúp tăng khởu kính lỗ mũi và giảm chảy máu. Nếu có sung niêm mạc cần lưu ý bệnh nhân là họ có thể bị khó chịu khi đưa ống soi qua . Cần thoa đủ thuốc tê và chất bôi trơn .

Bệnh nhân vẹo vách ngăn mũi , polyps mũi và phì đại xoăn mũi cũng bị khó chịu khi đưa ống soi mềm qua mũi . Cần gây tê tại chỗ thật tốt và nên soi ở lỗ mũi kia . Không

nên lập đi lập lại vì gây khó chịu cho bệnh nhân , nguy cơ chảy máu và bệnh nhân không tin tưởng . Tốt hơn nên chuyển sang soi đường miệng.

Tổ chức hạch to trong màng niêm mạc của thành sau mũi hầu có thể làm tắc nghẽn một phần đường thở làm trở ngại việc đưa nội khí quản qua đường mũi nhưng thường không cản trở đưa ống soi mềm vào

Câu hỏi I.11: Thuốc tê tại chỗ nào sau đây nên sử dụng trên bệnh nhân họ vừa báo cho anh chị biết là họ bị dị ứng nặng với Novocaine khi đi khám nha sĩ mới đây.

- A. Lidocaine
- B. Benzocaine
- C. Tetracaine
- D. Cocaine
- E. Tất cả thuốc trên

Trả lời I.11: A

Có 2 nhóm thuốc tê tại chỗ : Amides [Bupivacaine(Marcaine), Lidocaine (Xylocaine), Mepivacaine (Carbocaine), Ropivacaine (Naropin)]và Esters [Procaine (Novocaine), Cocaine, and Benzocaine, and Tetracaine (Pontocaine)]. Một cách để nhớ thuốc thuộc nhóm nào là những thuốc phát âm một “i” là Esters và thuốc nào phát âm hai ii là Amides .

Phản ứng dị ứng (thường là mẩn đỏ , mề đay , phù thanh quản hay co thắt phế quản) cũng như phản vệ thường gặp trong cùng nhóm và ít hơn giữa các nhóm .Nếu bệnh nhân báo cáo dị ứng với 1 thuốc thuộc 1 nhóm , dùng thuốc nhóm khác thường là an toàn . Nhưng chất bảo quản được dùng có thể gây phản ứng chéo . Dị ứng có thể xảy ra khi dùng những thuốc khác, đặc biệt trong nhóm Esters

Do 1 số chất bảo quản có cấu trúc tương tự với dị nguyên paraaminobenzoic acid (PABA), nên nhiều phản ứng dị ứng xảy ra do đáp ứng kháng thể đối với chất bảo quản chứ không phải thuốc gây tê tại chỗ . Thuốc tê tại chỗ nhóm Esters có chất chuyển hóa liên quan đến PABA và vì thế có khả năng gây dị ứng . Nếu 1 bệnh nhân đã có dị ứng với 1 thuốc thuộc nhóm Esters ,hầu như luôn an toàn khi dùng thuốc thuộc nhóm Amide. Một số nhà thuốc có sản phẩm không có chất bảo quản . Dị ứng với lidocaine cực kỳ hiếm và thường phản ứng dị ứng thực sự là tác dụng phụ của epinephrine hay phenylneprine chứa trong sản phẩm . Phản ứng dị ứng và các biến chứng liên quan đến thuốc có thể được tránh bởi (1) Luôn hỏi bệnh nhân về dị ứng thuốc trước khi tiến hành thủ thuật (2) Dùng lượng thuốc tê ít nhất có thể , đặc biệt người già hay những người có bệnh đồng thời nặng , (3) quan sát phản ứng thuốc và những tác dụng phụ .

Câu hỏi I.12: Tên nào sau đây là tên chính thức và thường được dùng để gọi nắp thanh môn trong hình:

- A. Nắp thanh môn Omega hay dạng trẻ con.
- B. Nắp thanh môn dạng móng ngựa
- C. Nắp thanh môn hình chữ U.
- D. Nắp thanh môn có hình dạng bình thường



Trả lời I.12: D

Đây là nắp thanh môn có hình dạng bình thường. Ở nam giới trưởng thành, thanh quản có độ dài từ 5 – 7 cm và nằm đối diện với cột sống cổ thứ 4, 5 và 6. Thanh quản ở phụ nữ thường nhỏ hơn và ngắn hơn. Bờ dưới của sụn nhẫn là phần thấp nhất của thanh quản. Sụn nhẫn là phần hẹp nhất trong đường thở của trẻ em (trong khi phần mở của thanh môn, hay rãnh thanh môn, là phần hẹp nhất trong đường thở trên ở người lớn).

Hai sụn phễu có dạng hình chóp và khớp với bờ trên của sụn nhẫn. Mặt trên của sụn phễu là sụn cứng. Dây thanh, còn gọi là dây chằng thanh âm, gắn với phía sau của phần nền sụn phễu, trong khi dây thanh giả, còn gọi là dây chằng tiền đình, gắn vào phần cao hơn ở thành thẳng đứng của sụn phễu.

Sụn nắp thanh quản là một sụn đơn nằm sau đáy lưỡi. Sụn nắp thanh quản được gắn vào lưỡi bởi nếp lưỡi thanh quản giữa và 2 bên. Chỗ lõm xuống giữa nếp giữa và nếp bên được gọi là thung lũng. Ở trẻ em và một vài người lớn, nắp thanh quản dài và cong. Đây được gọi là nắp thanh quản Omega, dạng trẻ em, kéo dài.



Dây thanh trái

Sụn phễu



Nắp thanh quản Omega

Câu hỏi I.13: Bạn được yêu cầu phát triển dịch vụ nội soi phế quản tại bệnh viện của bạn. Bạn biết rằng sự thành công, thu nhập và tương lai của quỹ bệnh viện phụ thuộc vào các hoạt động lâm sàng. Bạn cũng hiểu rằng tham vọng của bạn không cho phép bạn từ chối thực hiện thủ thuật. Bạn đã thảo luận với một số đồng nghiệp cùng hoàn cảnh với bạn. Một cách để xây dựng và giữ cho dịch vụ của bạn luôn đông bệnh nhân và thực hiện nội soi trên mọi bệnh nhân được đưa đến là nói rằng:

- A. Nội soi phế quản được thực hiện ở “mọi người có đường thở”.
- B. Nội soi phế quản được thực hiện ở tất cả bệnh nhân có bất thường Xquang phổi.
- C. Nội soi phế quản được thực hiện vì bạn đang tập sự.

- D. Nội soi phế quản được thực hiện để tránh bị kiện tụng.
- E. Nội soi phế quản được thực hiện để làm vui lòng bác sĩ gọi bệnh tới.

Trả lời I.13: E

Tất cả đáp án trên đều không đúng về mặt y đức, đạo đức hay y học. Bạn có ngập ngừng và nghi ngờ khi chọn câu trả lời có vẻ ít “độc ác” E? Trả lời rằng nội soi phế quản được thực hiện để làm vui lòng bác sĩ gọi bệnh tới, dù chỉ định không rõ ràng, có lẽ là câu trả lời phù hợp với lương tâm nhất, cho dù về mặt đạo đức có thể không phù hợp. Đôi khi người ta tự bào chữa rằng nội soi phế quản khá an toàn và hầu như không gây khó chịu cho bệnh nhân. Tuy nhiên, không ai muốn bị mổ nếu chỉ định không đúng. Và thủ thuật ít xâm lấn cũng thế.

Dù chưa có nghiên cứu khoa học nào về vấn đề này, hầu hết các lựa chọn trên đều đã được đưa ra để thảo luận nghiêm túc. Lương tâm và đạo đức của bác sĩ nội soi là thực hiện thủ thuật khi có chỉ định và hướng dẫn các nhân viên y tế về chỉ định nội soi, các nguy cơ tiềm tàng, và thủ thuật thay thế dù cho điều đó có nghĩa là phải giới thiệu bệnh nhân đến bác sĩ khác.

Trong chương trình đào tạo, các ca lâm sàng, mô phỏng trên máy tính, hướng dẫn đọc và xem video có thể giúp học viên học được chỉ định đúng và phù hợp cho mỗi thủ thuật mà họ đã và sẽ thực hiện. Nếu thực hiện nội soi phế quản vì nguyên nhân khác, chẳng hạn như để tránh kiện tụng, hoặc “vì bệnh nhân muốn loại trừ ung thư”, học viên phải có chứng kiến cuộc thảo luận giữa bác sĩ nội soi và bệnh nhân để tránh hiểu lầm và hiểu sai về chỉ định đúng cho thủ thuật.

Câu hỏi I.14: Tất cả những điều sau liên quan đến tác dụng của soi phế quản ống mềm trên huyết động là đúng , ngoại trừ

- A. Soi phế quản ống mềm làm tăng tiêu thụ oxy (VO_2) , giảm oxy tĩnh mạch trộn (SvO_2) và giải phóng oxy không đổi (DO_2)
- B. Soi phế quản ống mềm làm tăng chỉ số tim (cardiac index -CI) ít nhất 10-15 %.
- C. Soi phế quản ống mềm làm tăng nhịp tim , rối loạn nhịp và giảm độ bão hòa oxy làm tăng nhịp tim và có sự liên quan giữa rối loạn nhịp và giảm bão hòa oxy chứ không phải với bệnh tim mạch hay bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- D. Bệnh mạch vành có sẵn dường như không làm tăng tần số những biến cố thiếu máu cơ tim liên quan đến co thắt phế quản nếu dùng các biện pháp đề phòng (sử dụng oxy , sử dụng đúng dẫn thuốc an thần , tiến hành thủ thuật nhanh)
- E. Ảnh hưởng của soi phế quản ống mềm trên chức năng tim mạch và bão hòa oxy chấm dứt khi rút ống soi ra khỏi đường thở

Trả lời I.14 : E

Ảnh hưởng của soi phế quản ống mềm trên chức năng tim mạch và độ bão hòa oxy sẽ kéo dài trong nhiều phút và trong trường hợp mất bão hòa oxy sẽ trong nhiều giờ sau khi rút ống soi khỏi đường thở . Đa số nghiên cứu tác dụng huyết động của soi phế quản đã tiến hành trên bệnh nhân nặng , thở máy , và rất ít nghiên cứu trên bệnh nhân tỉnh không đặt nội khí quản.

Những ảnh hưởng của thời gian thủ thuật và tư thế bệnh nhân đã chưa được nghiên cứu thấu đáo . Những yếu tố đồng thời có thể thay đổi huyết động học là tình trạng bệnh căn bản , sử dụng thuốc và an thần

Câu hỏi I.15: khi đề cập đến chụp hình kỹ thuật số , ghi video , TV hay tăng sáng qua chiếu X quang , từ phân giải được định nghĩa :

- A. Số pixel mỗi cm vuông
- B. Số dòng mỗi inch hay những cặp dòng (lines) mỗi mm
- C. Độ sáng của hình ảnh trên màn hình
- D. Độ nét của hình ảnh trên màn hình

Trả lời I.15: B

Độ phân giải được định nghĩa là số dòng mỗi inch hay cặp dòng mỗi mm. Nói chung , độ phân giải của hình ảnh thường đề cập tới khi mô tả chất lượng của 1 hình . Độ tăng sáng hình ảnh trên soi X quang thường tốt nhất ở trung tâm màn hình , nơi hình ảnh cũng sáng hơn và ít biến dạng . đối với TV và video , độ phân giải có thể phụ thuộc vào loại thiết bị được dùng và độ tinh xảo thiết kế . Thí dụ , 1 bộ phận nhận TV có thể tạo 320 dòng sọc dọc trắng và đen , còn những thiết bị tân tiến hơn có thể tới 560 dòng .

1 máy ghi video VHS điển hình (Video Home System) có độ phân giải 250 dòng và 1 máy ghi S-VHS (Separate, or Super VHS) có khoảng 400 dòng . Máy chụp hình kỹ thuật số , độ phân giải đề cập tới số pixels mỗi inch chiều dài (ppi- per linear inch) trong 1 hình. Độ phân giải 72 ppi có nghĩa là 72 pixels ngang và 72 pixels dọc hay 5184 pixels mỗi inch vuông của hình ảnh . Với pixels thấp hơn , nhiều chi tiết sẽ mất .

Câu hỏi I.16 : khi dùng máy chiếu X quang C-arm, tỉ lệ tiếp xúc tia xạ của bệnh nhân cao hơn khi

- A. Ống X quang sát đầu bàn
- B. Ống X quang xa đầu bàn
- C. Ống X quang và khoảng cách bàn không liên quan

Trả lời I.16 : A

Tỉ lệ tiếp xúc tia X được đo ở đầu bàn . Chúng sẽ rất lớn nếu ống tia X là ống anode quay tiêu chuẩn hoạt động ở dòng điện thấp hơn nhiều so với trong chụp X quang , gần 12 inches (30 cm) ở đầu bàn . Màn trập trong ống tia X cho phép bộ máy điều hòa kích thước và hình dáng .



Câu hỏi I.17: Câu nào trong những câu liên quan đến các biến chứng do nội soi phế quản ít được giải thích bằng những kinh nghiệm truyền miệng hay những công trình nghiên cứu:

- A. Sốt và lạnh run có thể xảy ra 6-8 giờ sau nội soi phế quản.

- B. Thâm nhiễm phổi tạm thời thứ phát sau ứ nước muối trong lúc rửa phế quản phải được chẩn đoán phân biệt trên những bệnh nhân có thâm nhiễm phổi mới
- C. Việc hút liên tục trong nội soi phế quản có thể làm giảm dung tích sống và làm tình trạng thiếu oxy trước đó nặng thêm.
- D. Đa số tràn khí màng phổi liên quan đến soi phế quản xảy ra nhiều giờ sau thủ thuật
- E. Việc dùng loại an thần có thể làm tăng tỷ lệ thiếu oxy máu hay suy hô hấp sau thủ thuật.

Trả lời I.17 : D

Đa số các bác sĩ soi phế quản đồng ý rằng tần suất tràn khí màng phổi sau nội soi phế quản không được biết rõ mặc dù tràn khí màng phổi thường xảy ra trong hay sau nội soi và sinh thiết qua nội soi. Điều này giải thích lý do phải chụp X quang phổi 2 giờ sau sinh thiết, nhất là khi bệnh nhân có triệu chứng. Tràn khí màng phổi trễ cũng được ghi nhận mặc dù rất hiếm. Bệnh nhân phải được dặn dò báo cho bác sĩ điều trị hay đến phòng cấp cứu nếu khó thở hay đau ngực trong vòng 24 giờ đầu tiên sau sinh thiết.

Khi tràn khí màng phổi xảy ra sau nội soi nó thường là lượng ít. Nếu bệnh nhân có triệu chứng hay hình ảnh tràn khí tăng lên trên những phim X quang chụp liên nhau chúng ta phải đặt dẫn lưu bằng ống nhỏ. Nếu bệnh nhân ổn định trên lâm sàng có thể cho về nhà với ống dẫn lưu có van một chiều. Chỉ định nhập viện khác nhau tùy theo mỗi trường hợp. Ống dẫn lưu phải có sẵn tại các trung tâm nội soi vì trong một số trường hợp rất hiếm phải đặt ống dẫn lưu màng phổi cấp cứu để cứu mạng.

Những câu trả lời khác có thể được ghi nhận ở một số nhà nghiên cứu: Đối với triệu chứng sốt và lạnh run có một số bác sĩ nội soi khuyên nên cho acetaminophen sau nội soi, khi cần. Những thâm nhiễm phổi mới và thoáng qua trên X quang hay CT phổi không được xem như có một nhiễm trùng mới.

Việc hút liên tục có thể làm giảm dung tích sống hay việc dùng thuốc an thần quá mức có thể tăng nguy cơ suy hô hấp do đó có thể chủ động đặt nội khí quản trước khi soi.

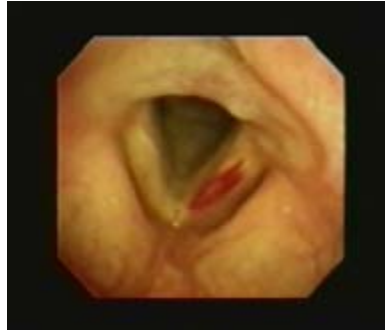


Bộ dụng cụ chọc tháo khí màng phổi
Nhỏ Van Sonnenberg, Cook, và TruClose

Câu hỏi I.18: Hình ảnh bất thường trong hình dưới đây là:

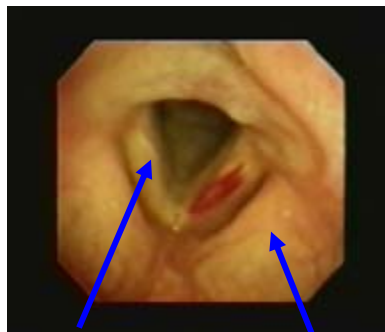
- A. Dây thanh trái
- B. Dây thanh phải

- C. Nắp thanh quản
- D. Sụn phễu



Trả lời I.18 : A

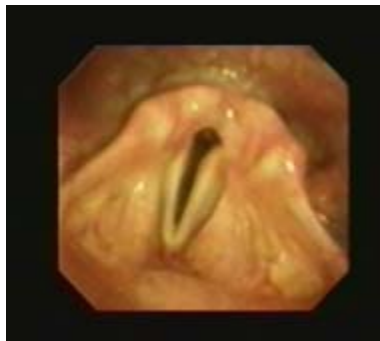
Vết bầm trên dây thanh trái là do không đưa được ống soi mềm qua hai dây thanh vào khí quản. Nắp thanh quản không thấy được trên hình này. Hai dây thanh đều trông thấy rõ, cả phần trước và sau của thanh quản đều thấy được. Những sụn (không thấy được trên hình) ở hai bên của đáy chữ V



Dây thanh phải Dây thanh giả

Câu hỏi I.19: Thanh quản trong hình dưới đây là của::

- A. Nam giới
- B. Nữ giới
- C. Con ngựa



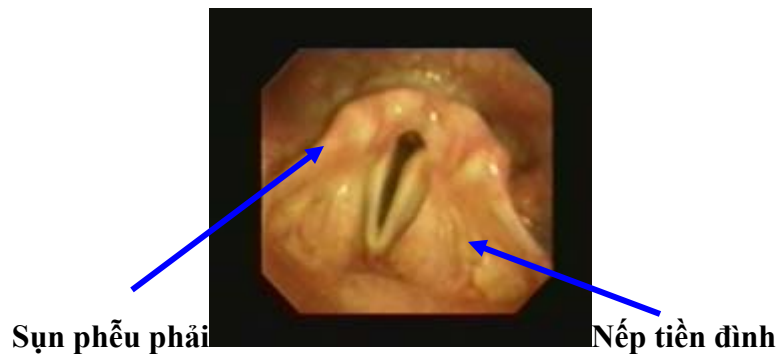
Trả lời I. 19 : B

Thanh quản trong hình thuộc về một người nữ. Hình tam giác của “rima glottidis” (phần giữa giữa hai dây thanh) thấy được rõ. Những nếp gấp dây thanh ở nam giới dày hơn nữ và khi bảo bệnh nhân hít vào sâu thanh thiệt của nam sẽ mở lớn hơn .(trung bình 19 mm) Thanh thiệt của phụ nữ trưởng thành nhỏ hơn của nam (rima glottidis khoảng 12 cm đường kính khi các nếp gấp dây thanh giãn ra tối đa)

Dây thanh di chuyển theo nhịp thở trong khi đó các nếp tiền đình ngay phía trên thì không .

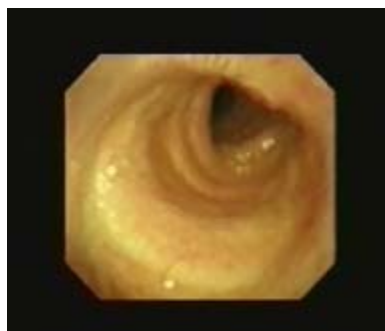
Trên ngựa, khi áp suất không khí giảm mạnh trong thì hít vào sẽ làm thanh quản xẹp nếu không có cơ khép nhắt phễu . Tong lúc gắng sức sự co thắt thường trực của cơ này sẽ làm dẫn thanh quản qua việc kéo sụn phễu và dây thanh ra khỏi dòng khí.

Một vài con ngựa có hiện tượng gọi là liệt dây thanh trái. Trong trường hợp này liệt cơ cơ nhắt phễu sau sẽ làm cho sụn phễu và dây thanh bên bị bệnh xẹp xuống vào thanh quản trong thì hít vào và sẽ làm tắc đường thở. Tương tự như thế những sự việc trên cũng có trên người. Tuy nhiên , khác ở ngựa là do nguyên nhân di truyền , ở người thường do bươu, nhiễm trùng hay chấn thương.



Câu hỏi I.20 cấu trúc giải phẫu ở hình dưới là :

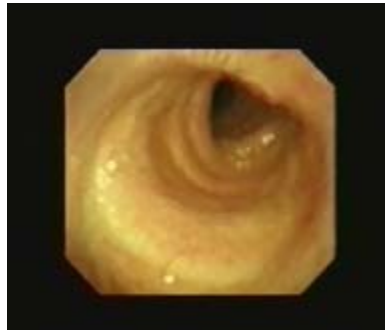
- A. Phần hẹp nhất của đường thở người lớn
- B. Phần hẹp nhất của đường thở trẻ em
- C. Phần hẹp nhất của đường thở người lớn nữ giới
- D. Phần hẹp nhất của đường thở người lớn nam giới



Trả lời I.20 B

Sụn thanh quản là phần hẹp nhất của đường thở trẻ em .Thanh môn là phần hẹp nhất của đường thở người lớn . Nếu được gọi nội soi phế quản ở trẻ em , điều quan trọng nên nhớ rằng thanh quản và nắp thanh quản thường ra phía trước hơn , khí quản dễ gấp và dễ xẹp , mô và màng niêm mạc thì mềm mại trong vùng miệng và hầu họng .

Nếu cần đặt nội khí quản , nên dùng ống nội khí quản không bóng cho trẻ dưới 8 tuổi . Đường kính ngoài của ống nội khí quản gần bằng kích thước lỗ mũi của trẻ. Tốt hơn nên dùng băng đo Broeslow có sẵn trong phòng cấp cứu .



Câu hỏi I.21 Diện tích khí quản cắt ngang trung bình của 1 bệnh nhân nam, 30 tuổi là :

- A. 1,5 cm²
- B. 2,8 cm²
- C. 3,2 cm²
- D. 5,0 cm²

Trả lời : I. 21 : B

Diện tích khí quản cắt ngang trung bình của 1 người lớn là # 2,8 cm². Diện tích khí quản cắt ngang trung bình, chiều dài ,đường kính và thể tích khí quản có liên quan đến chiều cao. Ở người lớn 30 tuổi diện tích khí quản cắt ngang trung bình # 2,8 cm². Ở người 60 tuổi # 3,2 cm². Ở phụ nữ diện tích khí quản cắt ngang trung bình nhỏ hơn của nam # 40%.

Chỉ số khí quản (TI: tracheal index) là tỉ số giữa đường kính ngang và dọc của khí quản. Bình thường TI #1. Thường thì đường kính ngang nhỏ hơn dọc khoảng 2 mm. Khí quản hình bao kiềm IT < hay bằng 0,6 vì đường kính dọc lớn và đường kính ngang nhỏ .

Câu hỏi I.22: Hãy mô tả khí quản của hình dưới đây

- A. Hình chữ C bình thường
- B. Hình chữ U bình thường
- C. Hình móng ngựa bình thường
- D. Hình bao kiềm bất thường
- E. Hình lưỡi liềm bất thường



Trả lời I.22: B

Đây là khí quản hình chữ U bình thường (thực sự có thể gọi là hình tam giác) ở người già nam giới với sự tăng vôi hóa trên những vòng sụn lõi và đường kính khí quản người lớn thường đạt được ở tuổi 20 . Khí quản bao gồm đoạn cổ ngoài lồng ngực (bao gồm 6 vòng khí quản đầu tiên và chấm dứt ở chuỗi ức) và đoạn trong lồng ngực chiếm 2/3 chiều dài khí quản ,chấm dứt ở carina.

Chiều dài , đường kính , thể tích , diện tích mặt cắt tương quan với chiều cao cơ thể. Diện tích mặt cắt tăng theo tuổi , có thể do mất tính đàn hồi theo tuổi . Diện tích mặt cắt khí quản đàn ông lớn hơn phụ nữ 40%, đường kính ngang 25 mm , đường kính dọc 27mm là giới hạn bình thường trên của đàn ông.Giới hạn bình thường dưới cho cả đường kính ngang và dọc là khoảng 13mm và 10mm ở phụ nữ .

Khí quản hình C là dạng khí quản cắt ngang thường nhất được mô tả ở người lớn (49%) . Dạng thường nhất thứ 2 là hình U (27%) . Khí quản hình lưỡi kiếm và lưỡi liềm có thể phản ánh bệnh COPD và cũng thấy trong những bệnh hô hấp khác



Khí quản hình chữ U

Câu hỏi :I.23 1 bệnh nhân nữ ,29 tuổi bị bệnh u hạt Wegener .Có khó thở tăng lên khi nội soi phế quản .Trên hình ảnh nội soi thấy lỗ phế quản hẹp (Hình kèm). Bạn có lựa chọn nào sau đây?

- A. Cố đưa ống nội soi phế quản qua chỗ hẹp ngay bên dưới thanh quản để đo chiều dài đoạn khí quản bị hẹp.
- B. Yêu cầu bóng angioplasty để nong đoạn hẹp liền lập tức

- C. Yêu cầu đem đến nội khí quản và thử đẩy ống nội soi qua chỗ hẹp xem hẹp đơn giản hay phức tạp .
- D. Ngừng soi phế quản . Theo dõi bệnh nhân, và tham khảo ý kiến bác sỹ tai mũi họng, ngoại lồng ngực và bác sỹ nội soi can thiệp.



Trả lời :I.23 D

Tiếp tục nội soi hay thử nong chỗ sẹo hẹp có khả năng gây nguy hiểm. Phù nề dưới thanh môn hay phản xạ co thắt thanh quản có nguy cơ đe dọa sinh mạng bệnh nhân .Hãy nhớ rằng, “ đừng bao giờ lấy đi cái gì mà bạn không thể trả trở lại”. Trước khi tiến hành xa hơn nên sẵn sàng để tiến hành mở khí quản khi cần. Cũng có khi cần nội soi phế quản ống cứng trong trường hợp hẹp ở nhiều chỗ bên trong đường thở.Mặc dù bệnh Wegener khi còn ít có thể khởi đầu chỉ ở dưới thanh môn, thường gây hẹp cứng dưới thanh môn ,nó cũng có thể tiến triển lên phía trên và ngay cả toàn bộ khí quản cũng như các phế quản thùy ,phân thùy.

Như vậy , điều khôn ngoan hơn là nên thăm dò nội soi bởi các bác sỹ nội soi phế quản nhiều kinh nghiệm để tiếp cận chắc chắn vấn đề đường thở của bệnh nhân và bệnh viêm mạch máu toàn thân . Ít hơn 10% bệnh nhân bị Wegener cần phải mở khí quản. Sự đáp ứng với các thuốc độc tế bào và corticosteroids rất khác nhau. Điều trị phối hợp thuốc làm tăng khả năng sống ở các bệnh nhân bị Wegener toàn thân và giảm tái phát so với điều trị corticosteroids đơn độc..

Dĩ nhiên câu Trả lời A chỉ có thể nếu sử dụng ống nội soi phế quản có đường kính 3mm . Nhưng trong ca này , ngoài sự chít hẹp, các chất dịch tiết có thể gây tắt kênh thủ thuật.Tuy vậy có thể dùng để đo độ dài đoạn hẹp và khảo sát đoạn xa của đường thở. Việc nong chỗ hẹp tức thời trong lúc nội soi phế quản có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân trừ khi có tất cả dụng cụ cần thiết cho nong bằng bóng hay các kỹ thuật can thiệp khác đã chuẩn bị sẵn sàng. Nhưng hẹp này có vẻ rất cứng, có thể gây vỡ khí quản hay phế quản khi nong. Việc đẩy ống nội khí quản qua chỗ hẹp có lẽ không cần thiết ngay cả khi dùng ống số 5 hay số 6 không có bóng . Ống nội khí quản không cho phép đánh giá được là hẹp đơn giản hay phức tạp ,mà cần phải đánh giá cẩn thận sự ảnh hưởng đến sụn khí quản, quan sát niêm mạc đường thở , không có chít hẹp thêm và có hay không có nguy hiểm sụn khí quản.



Câu hỏi I.24 Xuất độ bệnh và chết do chảy máu sau nội soi phế quản thường gặp nhất do :

- A. Chảy máu phổi lượng lớn.
- B. Suy giảm Oxy và suy hô hấp do máu lấp đầy khoảng chết.
- C. Rối loạn nhịp tim do giảm thể tích.
- D. Giảm huyết áp và nhồi máu cơ tim.

Trả lời I.24: B

Khoảng chết gồm có khí quản, phế quản gốc trái và phải .Cấu trúc này chỉ chứa đầy được chỉ 150ml dịch hay máu, gây giảm oxy máu và ngừng thở.Vì vậy sự thông thoáng của đường thở bên không chảy máu cần phải duy trì khi bác sĩ nội soi thử cố gắng cầm máu. Ít khi chảy máu lượng lớn. Thường chỉ xảy ra khi động mạch hay tĩnh mạch lớn bị thủng trong lúc cắt đốt bằng laser hay nội soi đốt khối u. Ở các bệnh nhân tăng urê máu, giảm tiểu cầu, carcinoma tế bào thận, các khối u dạng carcinome thường gây chảy máu.

Câu hỏi I. 25: Bệnh nhân bị K vú, có thuyên tắc tĩnh mạch và đang dùng warfarin (Coumarin). Có xét nghiệm INR # 2,1. Nội soi phế quản ống mềm được dự trù vào ngày mai.Dự kiến rửa phế quản -phế nang và sinh thiết. Bạn đang có vấn đề rắc rối liên quan đến sinh thiết với rối loạn đông máu. Bạn có thể chọn phương án nào sau đây:

- A. Đề bệnh nhân cho người nào đó làm nội soi phế quản .
- B. Tiến hành nội soi phế quản không cần ngưng warfarin
- C. Chỉ cần ngưng Warfarin 1 ngày trước thủ thuật
- D. Ngừng warfarin ngày nay và ngày mai, hôm nay cho bệnh nhân vitamin K 2,5 mg uống , xét nghiệm lại INR vào ngày làm thủ thuật.
- E. Cho Vitamin K 10mg tiêm mạch liên, Trong trường hợp cần nên truyền Plasma tươi

Trả lời I. 25: C

Vâng, đây không phải là câu hỏi mẹo, Vấn đề này thường gặp. Trong trường hợp này có lẽ tiến hành thủ thuật an toàn sau khi ngưng Warfarin 1 ngày trước . Nếu INR 4 , Vitamin K uống 1-2,5 mg làm giảm INR tới 1,8- 3,2 ở ít nhất 50% bệnh nhân .Nói chung chích Vitamin K dành cho những trường hợp INR > 20 hay có tự chảy máu.Chích Vitamin K và truyền plasma có thể lập lại mỗi 10 giờ 1 lần khi cần thiết.

Không có một quyển sách “ dạy nấu ăn” nào đề cập cụ thể cho các bệnh nhân sử dụng Warfarin. Một số bác sĩ nội soi phế quản thường ngừng thuốc 1 cách thường quy và cho thêm vitamin K.Một số bác sĩ khác thì lơ đi INR và tiến hành nội soi phế quản chỉ

với quan sát (rửa phế quản -phế nang). Khi còn nghi ngờ , để an toàn nên luôn luôn tránh sinh thiết hay chải tế bào.Nếu soi thấy bất thường gì cần sinh thiết , bệnh nhân có thể được soi lại có chuẩn bị sau khi các bất thường về đông máu được điều chỉnh và kết quả đông máu toàn bộ trở về bình thường .

Câu hỏi I.26 Bệnh nhân nữ 43 tuổi có tiền căn mổ khí quản, vào phòng cấp cứu vì khó thở và co kéo. Việc đầu tiên bạn cần làm trong khi chuẩn bị ống nội soi phế quản ống mềm là:

- A. Truyền tĩnh mạch thuốc an thần và heliox .
- B. Đặt đầu và cổ bệnh nhân ở tư thế “SNIFF”.
- C. Cho thở O₂ ẩm.
- D. Chuẩn bị nong khí quản liền tức khắc với nội soi phế quản ống cứng có đường kính tăng dần.

Trả lời I.26 : B

Tư thế sniff là bước đầu tiên cần thiết để cải thiện đường thở trên, thanh môn và dưới thanh môn. Đặt bệnh nhân ở tư thế “sniff” bằng cách chêm gối nhỏ vào dưới đầu bệnh nhân người lớn. Tư thế này làm bệnh nhân mở miệng và thẳng cột sống cổ ở khớp atlantoaxial cũng như làm các khớp cột sống cổ bên dưới linh động hơn . Nâng hàm thêm làm đầu kéo căng ra làm và đẩy đẩy lưỡi ra trước. Việc đặt một gối lớn quá sẽ cản trở mở rộng tối đa miệng bệnh nhân .

Câu hỏi I.27. Soi thanh quản và nội soi phế quản ống mềm thường được dùng để đánh giá và theo dõi các bệnh nhân có khả năng hoặc đã biết tổn thương do hít phải khói . Thủ thuật có lợi ít nhất cho các bệnh nhân bị :

- A. Phù nề trên thanh môn do nhiệt trực tiếp gây tổn thương lớp niêm mạc.
- B. Phù nề thanh môn do khói gây tổn thương lớp niêm mạc.
- C. Mô mềm phù nề kèm phù nề toàn thân do hồi sức bằng dịch
- D. Co thắt phế quản.

Trả lời I. 27 D.

Đánh giá đường thở trên rất quan trọng ở những bệnh nhân đã biết hay nghi ngờ có bỏng do hít phải hơi hay do nhiệt. Tổn thương hít cần nghi ngờ ở những nạn nhân bỏng lửa, đặc biệt khi có bỏng ở vùng mặt , cổ, hay ngực hoặc là nếu có cháy lông mũi, nếu thấy có bờ hóng trong lỗ mũi ,miệng, họng.

Ở các nạn nhân bị bỏng và chấn thương, đường thở trên và cây phế quản thường được khám xét trong khi cần tiến hành các biện pháp chẩn đoán và biện pháp khác , đặt các đường truyền trung tâm ,chụp X quang. Cần thở oxy qua sonde mũi hay mask. Lưu ý đặc biệt tránh làm thêm chấn thương mặt của bệnh nhân có bỏng ở mặt. Bờ hóng có thể gây tắc nghẽn thêm đoạn mũi đã viêm tấy và sưng nề. Nên thăm khám nhẹ nhàng để tránh làm bệnh nhân đau đớn và giảm khả năng gây co thắt phế quản và thanh quản do nội soi gây ra.

Thuốc an thần nên dùng tiết kiệm ở các nạn nhân bị bỏng cấp tính vì đội ngũ các bác sĩ ngoại khoa điều trị bỏng đang hỏi bệnh sử bệnh nhân nhằm khám phá thêm các triệu chứng, vị trí thương tổn và kiểu chấn thương(môi trường đóng kín , tiếp xúc với khói, nhiệt, hoá chất,các chất khí gây ngạt). Sau khi đảm bảo cho bệnh nhân sự nhẹ

nhànng và tin cậy , Bác sĩ nội soi có thể tiến hành nội soi phế quản khảo sát đường mũi, hầu họng, thanh quản, cây phế quản.

Đối với bệnh nhân tỉnh, đặt nội khí quản dưới sự hướng dẫn của nội soi phế quản tránh được nguy hiểm của thuốc dẫn cơ hay liệt cơ kết hợp. Nếu tổn thương được ghi nhận và cần đặt nội khí quản thì nên đặt nội khí quản dưới sự hướng dẫn của nội soi phế quản. Bác sĩ ngoại khoa điều trị bông và bác sĩ nội soi phế quản nên thảo luận với nhau về các tiện lợi và bất tiện của đặt nội khí quản đường mũi hay đường miệng. Các chỉ định cho mỗi đường tùy từng bệnh nhân dựa trên tổn thương do hít, khả năng tổn thương muộn sau đó, nhu cầu đặt nội khí quản lâu dài hay mở khí quản và có thêm những bệnh đồng thời . Một khi bệnh nhân đã được đặt nội khí quản có thể cho an thần đầy đủ.



Câu hỏi I.28: Ống nội soi phế quản mềm được chứng tỏ là ít có giá trị trong tất cả những trường hợp sau đây, ngoại trừ:

- A. Xẹp phổi sau mổ ngực
- B. Các khối u đơn độc của phổi có đường kính < 2cm.
- C. Tràn dịch màng phổi khu trú không rõ nguyên nhân
- D. Ho ra máu không có tổn thương phổi trên phim X quang.
- E. Các triệu chứng giống hen dai dẳng và ho kéo dài .

Trả lời I.28 : E

Mặc dù ống nội soi phế quản mềm thường được dùng cho những chỉ định kể trên nhưng nó ít có giá trị cho tất cả ngoại trừ cho trường hợp các bệnh nhân có triệu chứng giống hen dai dẳng và ho mãn tính. Ở những bệnh nhân này nội soi phế quản có thể phát hiện hẹp khí quản hay các khối u lành tính đường thở như carcinoid. Nếu tiền căn bệnh nhân có lao, chấn thương do hít khói, bỏng hơi, dị vật đường thở, nhiễm trùng phổi lúc còn thiếu nhi, đặt nội khí quản, hay mở khí quản thì nên nội soi phế quản sớm để chẩn đoán và trước khi thiết lập điều trị theo kinh nghiệm bệnh tăng phản ứng đường thở. Chọc hút bằng kim xuyên da được ưa chuộng hơn sinh thiết phổi qua nội soi ở hầu hết các bệnh nhân có khối u nhỏ hơn hay bằng 2 cm.

Ở các bệnh nhân ho ra máu có hay không có tổn thương trên phim X quang tim phổi , # 5% phát hiện có ác tính. Các dữ kiện lâm sàng không ủng hộ việc sử dụng thường quy nội soi phế quản để loại trừ tất nghẽn thùy phổi, phổi nhốt ở những bệnh nhân tràn dịch màng phổi không giải thích được. Nội soi phế quản cần cân nhắc ở các bệnh nhân có tràn dịch màng phổi ác tính tái phát hay phổi kém nở lại sau dẫn lưu màng phổi. Nội soi phế quản ống mềm cũng ít có giá trị trong viêm phổi mắc phải ngoài cộng đồng ngoại trừ ở các bệnh nhân đã không thành công với điều trị kháng sinh.

Câu hỏi I. 29 Tất cả những câu sau đây về đặt nội khí quản là đúng, ngoại trừ:

- A. Ở những bệnh nhân mập trong tư thế nằm ngửa ,nâng vai để nâng đầu làm cho dễ dàng thấy thanh môn khi soi thanh quản trực tiếp.
- B. Người ta chuồng dùng lưỡi đèn soi thanh quản Miller cho các bệnh nhân có thanh quản nằm đưa ra phía trước.
- C. Thuốc dẫn trước nhanh (thuốc dẫn cơ,an thần, thở oxy) giúp dễ đặt nội khí quản với hỗ trợ của ống nội soi.
- D. Ấn sụn nhẫn có thể áp dụng an toàn cho những bệnh nhân có nguy cơ hít
- E. Các bệnh nhân suy tim , nhồi máu cơ tim hay giảm thể tích có nguy cơ chết cao hơn trong thời kỳ đặt nội khí quản.

Trả lời I. 29 : C

Ở các bệnh nhân mập khi nằm soi thanh quản để đặt nội khí quản việc nâng đầu , vai bệnh nhân bằng cách chèn gối hay khăn lông dưới đầu nhằm đặt bệnh nhân ở tư thế “sniff”. Tư thế này làm cải thiện lối tiến vào đường thở trên vốn bị che chắn bởi mỡ và các mô lưng nhùng . Lưỡi đèn Miller thẳng ,nó đưa qua được nắp thanh quản , sau đó nâng nắp thanh quản lên để nhìn thấy 2 dây thanh.Nhiều chuyên gia đề nghị sử dụng lưỡi Miller ở các bệnh nhân có lưỡi gà lớn hay thanh quản đưa ra trước. Lưỡi đèn Macintosh cong, rộng và thường ngắn hơn. Nó thường đặt vào khe nhỏ ngay trước lưỡi gà. Lưỡi đèn Macintosh làm lộ 2 dây thanh sau khi nâng lưỡi ở phía trước , giữ cho lưỡi không che khuất tầm nhìn.

Đè sụn nhẫn (nghiệm pháp Sellick) ,khi làm đúng thường giúp cho bệnh nhân khỏi nguy cơ hít. Nhóm bệnh nhân này gồm các bệnh nhân mập, mới ăn, bệnh nhân tiểu đường bị liệt dạ dày, có thai ,tắc ruột . Đặt nội khí quản nhanh liền chỉ tiến hành ở những bệnh nhân nghĩ là không có khó khăn khi đặt. Dẫn cơ và an thần gây cản trở sự nhìn thấy dây thanh dù soi phế quản ống mềm. Đặt khí quản qua nội soi phế quản gặp nhiều khó khăn khi có máu, chất tiết, dịch ối ứ đọng trong hạ họng.

Miller



Macintosh

Câu I.30: Tất cả những điều dưới đây đều làm cho việc đặt nội khí quản bằng nội soi ống mềm cho các nạn nhân bị chấn thương khó khăn hơn, ngoại trừ:

- A. Lưỡi bị đẩy ra sau và phù nề mô mềm
- B. Chất ói,máu và dị vật (răng)
- C. Bứt rứt và lo lắng
- D. Dùng một ống nội khí quản đường kính lớn hơn đường kính ống nội soi mềm

E. Gây mê nhanh

Trả lời I. 30: D

Dùng một ống nội khí quản đường kính lớn và một ống nội soi đường kính lớn sẽ giúp cho đặt nội khí quản bằng ống nội soi dễ hơn trong đa số các bệnh nhân. Có thể nội soi qua đường mũi hay miệng. Nếu qua đường miệng phải cho ngáng miệng. Nội soi qua đường mũi thường cần thiết cho những bệnh nhân có đeo vòng cổ cao. Lưỡi có thể bị đẩy ra phía sau và có thể có phù mô mềm. Đôi khi phải nắm lưỡi sung với một miếng gạc và kéo ra ngoài để thấy thanh quản rõ hơn. Nên hút chất ỏi, máu, chất tiết đặc bằng catheter Yankaur hơn là bằng ống nội soi mềm. Phải quan sát miệng một cách kỹ lưỡng với một tay đeo găng và phải lấy dị vật hay răng gãy ra ngoài. Bệnh nhân thường lo lắng và bứt rứt do đó nên cho an thần.

Đặt nội khí quản trên bệnh nhân tỉnh thường dễ hơn trên bệnh nhân đã cho an thần và phải làm trước khi quan sát hệ hô hấp dưới. Một khi bệnh nhân đã được đặt nội khí quản có thể cho thêm thuốc an thần. Thường không nên gây mê nhanh trước khi nội soi hay đặt nội khí quản vì hiện tượng dẫn và liệt cơ thường làm giảm trương lực cơ đường hô hấp trên gây khó khăn trong việc nhìn thấy thanh quản. Hơn nữa việc làm dẫn cơ trước khi đảm bảo đường thở an toàn sẽ làm tăng nguy cơ hạ oxy máu và rối loạn về tim mạch.

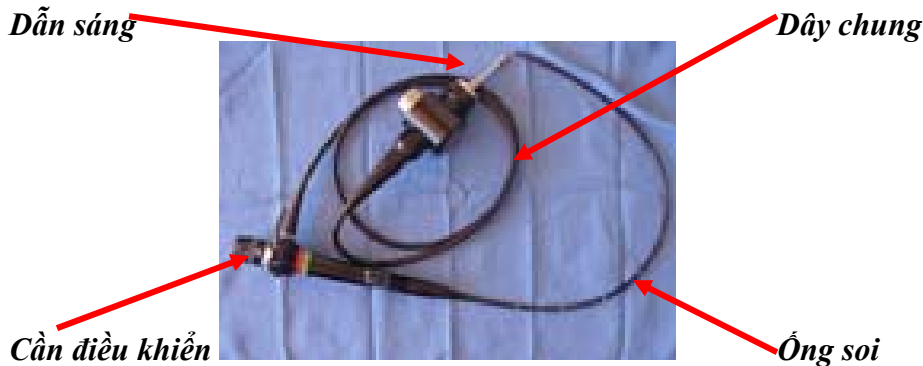
Những yếu tố khác làm cho việc đặt nội khí quản bằng ống soi mềm khó hơn trên bệnh nhân bị chấn thương cột sống cổ, cần phải giữ bệnh nhân nằm sấp hay ngửa, có nhiều chất than, dịch tiết, tình trạng viêm và đau đớn do phỏng và tổn thương do hít các chất.

Câu hỏi II.1 Cả 3 bộ phận tiếp xúc điện , tiếp nối thông khí và dẫn sáng ,phần nào được xem là của ống soi phế quản mề

- A. Đoạn dây chung
- B. Đoạn điều khiển
- C. Đoạn kết nối dẫn sáng
- D. Vật kính (hay video)
- E. Đoạn ống soi đưa vào

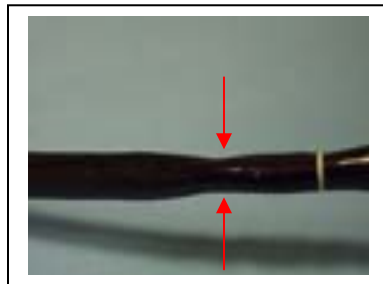
Trả lời II.1: C

Đoạn dẫn sáng cắm vào nguồn sáng qua dây dẫn sáng . Ánh sáng được truyền qua bó sợi quang học tới đầu xa ống soi qua dây chung , cần điều khiển (bao gồm vật kính) và đoạn ống soi đưa vào . Mỗi sợi quang được bao bằng kính để tách chúng ra . các sợi được sắp xếp thành một bó dính chùm nhau và như thế dễ gãy khi ống soi bị chấn động , bẻ gấp trên mặt cứng , xoắn hay uốn cong quá mức



Câu hỏi II.2: Ống nội soi mềm trong hình đã bị gì:

- A. Bị cản
- B. Bị kẹt trong ngăn đựng máy.
- C. Bị vặn xoắn vì bác sĩ nội soi đang giận dữ.



Trả lời II.2: A

Ống nội soi này đã bị cản, nhưng nếu ống nội soi bị kẹt trong tủ cũng cho hình ảnh tương tự. Khi đưa ống nội soi qua đường miệng, ta nên sử dụng cái ngáng miệng (bite block) . Không nên mở tủ của xe thủ thuật khi đang nội soi để không vô ý làm kẹt ống. Bác sĩ nội soi nên sử dụng ống nội soi nhẹ nhàng. Không nên uốn cong ống nội soi quá mức, không để bệnh nhân cắn ống, không đập ống nội soi vô thành giường, kẹt trong

ngăn kéo xe thủ thuật hoặc làm rớt xuống đất. Hãy đối xử với ống nội soi như chính bạn muốn được người khác đối xử với bạn.



Nguy hiểm

Câu hỏi II.3: Hầu hết chuyên gia đều cho rằng điều nào sau đây không còn làm thường qui trước khi nội soi ống mềm:

- A. Ký cam kết.
- B. Atropine.
- C. Nhịn ăn ít nhất 6giờ.
- D. Theo dõi ECG qua monitor.

Traû lôøi II.3: B

Vài nghiên cứu đã chứng minh việc sử dụng atropine hoặc glycopyrolate không có tác dụng giảm ho hoặc giảm tiết do nội soi. Ngoài ra, không cần xét nghiệm đông máu, nhóm máu, ion đồ, đếm tiểu cầu, công thức máu và các xét nghiệm sinh hoá máu một cách thường quy mà chỉ cần làm tùy theo từng trường hợp. Nên đo ECG ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tim mạch hoặc khi khám lâm sàng hoặc bệnh sử có nghi ngờ. Trong khi tiến hành nội soi, có thể theo dõi mạch và độ bão hòa oxy bằng oximeter. Không cần thiết theo dõi ECG qua monitor

Hơn nữa, không bắt buộc phải nhịn ăn ít nhất 6 giờ, và chỉ được áp dụng tùy theo từng bệnh nhân. Một vài viện đang nghiên cứu nguyên tắc cơ bản của gây mê này ở bệnh nhân ngoại chấn. Ký cam kết là điều bắt buộc.

Bác sĩ nội soi không nên bắt đầu thủ thuật mà chưa xem qua bệnh sử, chưa khám bệnh nhân, chưa thảo luận với bệnh nhân và thân nhân về thủ thuật và các nguy cơ, cũng như xem lại các kết quả hình ảnh học.



Câu hỏi II.4: Trường hợp nào sau đây làm bạn phải xem xét kỹ lưỡng lại chỉ định nội soi phế quản cho bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện của bạn:

- A. Nội soi phế quản được thực hiện thường xuyên với mục đích “thăm sát” mỗi 4 tháng ở bệnh nhân đặt stent đường thở.
- B. Nội soi phế quản ở bệnh nhân đặt stent đường thở và bắt đầu xuất hiện các triệu chứng ở đường hô hấp như ho, ho ra máu hoặc khó thở.
- C. Nội soi phế quản ở bệnh nhân bị ho mà không đáp ứng với điều trị theo kinh nghiệm bằng thuốc kháng histamine hoặc thuốc chống trào ngược.
- D. Nội soi phế quản thường quy để chẩn đoán cho bệnh nhân có nốt đơn độc ở phổi, cho dù nốt có đường kính nhỏ hơn 2cm.
- E. Nội soi phế quản vì mục đích thăm dò ở tất cả các bệnh nhân được chuyển đến để nội soi phế quản điều trị, cho dù bệnh nhân vừa được nội soi ở bệnh viện khác.

Traû lôøi II.4: D

Hầu hết các chuyên gia đều đồng ý rằng nội soi phế quản ở bệnh nhân nốt đơn độc cho kết quả chẩn đoán rất thấp, và các xét nghiệm chẩn đoán khác (sinh thiết hút xuyên da, nội soi lồng ngực sinh thiết, cắt khối u qua mỡ ngực) sẽ hiệu quả hơn. Ở bệnh nhân đã được chẩn đoán carcinoma phế quản, nội soi phế quản cũng ít khi phát hiện được di căn ở cùng bên hoặc đối bên mà có thể thay đổi khả năng phẫu thuật. Cần nội soi phế quản ở bệnh nhân bị ho và không đáp ứng với điều trị trào ngược và chảy mũi sau. Trong trường hợp này, có thể phát hiện khối u lành tính hoặc ác tính, chít hẹp đường thở, dò thực quản – khí quản hoặc khí quản – trung thất, nhuyễn khí quản phế quản, xẹp đường thở động, tắc nghẽn do dị vật, rối loạn dây thanh hoặc thanh quản.

Vai trò nội soi phế quản tầm soát ở bệnh nhân được đặt stent đường thở vẫn chưa rõ ràng. Biến chứng (tạo mô hạt, tăng tiết, stent di chuyển chỗ khác) có thể xảy ra đến 20% bệnh nhân được đặt stent. Hầu hết có thể kiểm soát bằng nội soi ống mềm. Vài chuyên gia khuyến cáo nên nội soi tầm soát cho dù bệnh nhân không có triệu chứng. Một vài chuyên gia lại cho rằng chỉ nên can thiệp khi xuất hiện triệu chứng hoặc triệu chứng tăng lên. Trong trường hợp này, hầu hết bệnh nhân đã đặt stent có xuất hiện triệu chứng hô hấp hoặc các triệu chứng tăng lên đều có các vấn đề liên quan đến stent.

Câu hỏi II.5: Điều nào sau đây là không chấp nhận được:

- A. Nội soi phế quản mà không sử dụng thuốc tiền mê thường quy.
- B. Nội soi ở bệnh nhân tỏ vẻ không hợp tác, dù là bệnh nhân đã ký cam kết.
- C. Sinh thiết qua nội soi phế quản ở bệnh nhân có phổi bình thường vì bác sĩ không xem X quang phổi trước khi thực hiện thủ thuật.
- D. Cho thân nhân được xem quá trình nội soi.
- E. Khi thực hiện thủ thuật, sử dụng các từ “cẩn”, “máu”, “nguy hiểm”, “ung thư” hoặc “xấu”, làm cho bệnh nhân giật mình, hồi hộp và sợ hãi.

Traû lôøi II.5: C

Không thể chấp nhận được việc tiến hành thủ thuật “lộn” bên, cho dù đó là đoạn chi hay nội soi sinh thiết phổi. Trong mỗi phòng nội soi phải có các biện pháp phòng tránh trường hợp này. Nên hướng dẫn điều dưỡng xem lại kết quả X quang và hỏi bệnh và khám bệnh nhân. Học viên nên xem kết quả X quang và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh trước khi làm thủ thuật. Cam kết phải cụ thể. Các đáp án khác có thể gây tranh

luận. Một vài viện có xu hướng không sử dụng thuốc tiền mê. Tuy nhiên, vẫn nên dùng thuốc cho bệnh nhân trước và trong khi tiến hành thủ thuật. Các nhân viên y tế thường đánh giá không chính xác mức độ lo lắng và sợ hãi do thủ thuật. Vài bệnh nhân tỏ ra không hợp tác khi tiến hành nội soi dù là họ đã ký cam kết đồng ý. Hầu hết những bệnh nhân này đồng ý làm nội soi khi được điều dưỡng và bác sĩ an ủi, thông cảm, tận tâm, tạo môi trường an toàn, tiền mê cho bệnh nhân. Nếu bệnh nhân vẫn không an tâm hoặc miễn cưỡng để tiến hành thủ thuật, nên hoãn lại buổi nội soi. Không nên ép buộc bệnh nhân phải nội soi dù bác sĩ có cho rằng nội soi là tốt nhất cho bệnh nhân.

Nhiều viện cho rằng không nên để thân nhân bệnh nhân xem quá trình nội soi. Một số nơi khác lại cho rằng gia đình bệnh nhân có quyền được xem, vì họ là nguồn động viên của bệnh nhân, và hơn nữa, bác sĩ nội soi không có gì cần phải giấu diếm. Tuy nhiên, cần phải giải thích cho người xem rằng có thể xảy ra biến chứng. Mỗi bác sĩ nội soi và đội ngũ y tế nên làm những gì mà họ cảm thấy thoải mái nhất, và dĩ nhiên là phải tuân thủ nội quy bệnh viện. Cần tránh dùng các từ ngữ có thể gây sốc hoặc tổn thương bệnh nhân khi đang nội soi. Các chuyên gia ủng hộ việc sử dụng các thuật ngữ như “phân bào” thay cho “ung thư”. “heme” thay cho máu, “đóng” thay cho cắn, “hấp dẫn” thay cho xấu hay nguy hiểm.

Câu hỏi II.6 Tổn thương ở hình dưới đây là:

- A. Một nốt nhỏ trên dây thanh trái gần mép sau
- B. Một nốt nhỏ trên dây thanh phải gần mép trước
- C. Một nốt nhỏ trên dây thanh phải gần mép sau
- D. Một nốt nhỏ trên dây thanh trái gần mép trước



Trả lời II . 6: D

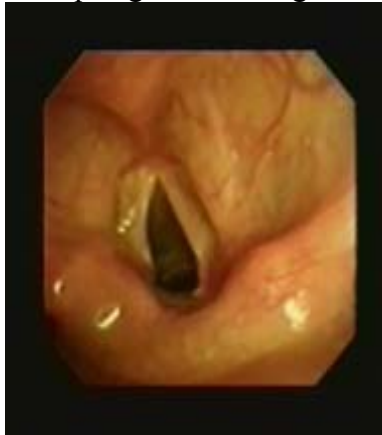
Bất thường trên dây thanh trái gần mép trước (ở vị trí 6 giờ ở hình đầu tiên ở dưới). Tổn thương nhỏ và không biến chứng nhưng nên hội chẩn tai mũi họng để đánh giá và cắt đi nếu có thể. Nhà nội soi phế quản vôi vàng dễ dàng bỏ qua những bất thường vùng thanh quản. Thanh quản và hạ hầu (từ nắp thanh môn đến xoang lê hai bên đến ngách thanh môn sụn phễu hai bên) nên được thăm sát thường quy trong quá trình nội soi.

Nhìn lại lần nữa, dùng ống nội soi chúng ta có thể hút được ít chất nhầy bất thường. Nhìn vùng hầu bình thường ở hình thứ hai. Hình thay đổi bởi vì ống soi đã xoay và sụn phễu ở góc 6 giờ và hình mép trước hình chữ V ở góc 12 giờ.



Câu hỏi II.7: Một bệnh nhân nam, 58 tuổi, hút thuốc lá, thay đổi giọng nói và ho nhiều hơn trong và sau bữa ăn. Soi thanh quản bằng ống mềm cho thấy các kết quả như hình sau. Ta có thể dự đoán điều gì ở Xquang ngực:

- A. Hẹp dưới thanh môn.
- B. Xẹp thùy dưới trái.
- C. Khối u rốn phổi trái làm bít cửa sổ phế chủ .
- D. Hình ảnh Xquang bình thường.



Traû lôøi II.7: C

Khối u choáng chỗ trong cửa sổ phế chủ có thể chèn ép dây thần kinh quặt ngược thanh quản, làm liệt dây thanh trái như trong hình. Hình trên cho thấy cả dây thanh trái và phải đang khép lại, nhưng chỉ có dây thanh phải dạng ra khi nói. Dây thanh trái không cử động . Quan sát kỹ chức năng của thanh quản là một phần thường quy khi nội soi phế quản .

Nên yêu cầu bệnh nhân nuốt, hít vào, thở ra và nói. Quan sát sự chuyển động của dây thanh và sụn phễu cũng như ngách thanh môn sụn phễu. Dây thần kinh quặt ngược thanh quản trái là một nhánh của thần kinh phế vị. Nó phân bố vào màng niêm mạc ngay dưới 2 dây thanh, chạy ra sau ở trung thất trên để treo xung quanh cung động mạch chủ.



**Đường thanh quản
khe hở bình
thường**

Câu hỏi II.8: Kích thích cơ học và hoá học ở niêm mạc thanh quản, có thể xảy ra khi nội soi phế quản ống mềm, có thể gây ho và co thắt phế quản. Phản xạ bình thường nào sau đây với kích thích hô hấp trên có thể gây nguy hiểm nhất cho bệnh nhân đang nội soi phế quản ống mềm:

- A. Tăng huyết áp do kích thích giao cảm.
- B. Dẫn phế quản do kích thích mũi và vùng trên hầu họng.
- C. Rối loạn nhịp và thậm chí là ngưng tim do kích thích thần kinh trên thanh quản.
- D. Tăng tiết nhầy gây ho và ngăn chặn sự xâm nhập của các dụng cụ bên ngoài.

Traû lôøi II.8: C

Kích thích thanh quản đã được chứng minh là có thể gây loạn nhịp, thậm chí ngưng tim ở người và ở một số nghiên cứu thực nghiệm. Nên tránh chấn thương lặp đi lặp lại khi đưa ống soi qua dây thanh. Khi quan sát chức năng thanh quản, di động của dây thanh và khi gây tê tại chỗ ở dây thanh, nên rút nhẹ ống nội soi ra để có thể quan sát rõ thanh môn. Khi tình trạng cho phép, các chuyên gia cho rằng nên giữ đầu ống nội soi trên nắp thanh môn trước khi đưa vào khí quản.

Câu hỏi II.9: Các trường hợp sau có chỉ định nội soi “động”, ngoại trừ:

- A. Chứng nói khó do co thắt cơ khép.
- B. Dò khí quản - thực quản.
- C. Nhuyễn sụn khí quản.
- D. Hẹp dạng vòng khí quản dưới thanh môn.
- E. Khối u có chân rộng, làm tắt nghẽn đầu gần của phế quản gốc.

Traû lôøi II.9: E

Nội soi “động” được thực hiện bằng cách yêu cầu bệnh nhân thực hiện một số động tác đặc biệt khi đang quan sát đường thở bằng máy nội soi. Các động tác này bao gồm hít thở sâu, thở ra gắng sức, ưỡn hoặc ngửa cổ tối đa. Khảo sát đường thở sau khi cho bệnh nhân nằm ngửa, nằm nghiêng và tư thế ngồi. Nội soi “động” có thể kết hợp với khảo sát thanh quản khi bệnh nhân nói chuyện ở bệnh nhân có khàn tiếng, nuốt khó hoặc có triệu chứng gợi ý hít sặc thường xuyên (ho, viêm phế quản tái đi tái lại, hoặc viêm phổi). Nội soi động có thể làm giãn những nếp gấp hay vòng sụn giúp dễ nhận thấy lỗ dò, cũng thấy được xẹp động học của các phần màng, một nguyên nhân đôi khi gây ho kéo dài và khó thở.

Những bệnh nhân hẹp dưới thanh môn, cần phải đánh giá sự thông thoáng của đường thở trong nhiều tư thế. Đôi khi, hẹp có khuynh hướng nặng hơn trong khi thở ra

hay giữ một tư thế nào đó. Khi khí quản hay phế quản bị bít tắc bởi khối u, không cần thiết phải soi động học. "Van quả bóng" thường thấy rõ ràng trong lúc soi phế quản thường quy và hiếm khi cần làm những nghiệm pháp đặc biệt. Điều này xảy ra thường nhất khi u trên một cuống nhỏ, màng niêm mạc trôi vào lòng đường thở và khi khối u đàn hồi như sarcomas từ phế quản phân thùy nhú vào phế quản gốc.

Câu hỏi II. 10 : Tư thế nào sau đây không đúng và có nguy cơ làm hư ống soi mềm:

- A. Gắng đẩy mạnh ống soi xuống và làm cong ống soi
- B. Đứng thẳng, vai ở sau, trọng lượng phân bố đều trên hai chân.
- C. Ngồi trên ghế, giữ cho ống soi thẳng tương ứng chiều cao bệnh nhân.

Trả lời II. 10 : A

Đẩy mạnh ống soi là không đúng, là tư thế xấu nguy cơ làm hư ống soi. Đứng thẳng trọng lượng phân bố đều là tư thế thoải mái cũng như khi nội soi phế quản ống mềm ở tư thế ngồi.



không tốt

Câu hỏi II.11: Tư thế nào sau đây của bác sĩ nội soi là thiếu trang nhã:

- A. Gãi râu.
- B. Quơ khuỷu tay qua lại.
- C. Cầm ống nội soi không đúng tay.
- D. Mặc đồ xanh.



Trau lôøi II.11: B

Quơ khuỷu tay qua lại là không lịch sự và có vẻ “hậu đậu”. Hình dưới cho thấy một tư thế thanh lịch hơn. Ở đây, nếu cần khuỷu tay có thể tựa vào hông của bác sĩ nội soi. Cánh tay được giữ sát người và bộ phận điều khiển của máy nội soi được giữ ngay trước người. Không có một tư thế vụng về, nhún nhảy từ chân này qua chân kia. Ống soi được giữ thẳng trong suốt quá trình tiến hành thủ thuật.

Để giữ tư thế thẳng, bác sĩ nội soi có thể đứng gần bệnh nhân hơn. Có thể cầm ống bằng tay trái hoặc tay phải, tùy theo thói quen của bác sĩ và tùy theo sử dụng thiết bị hỗ trợ.



Quơ khuỷu tay không lịch sự

Câu hỏi II.12: Ba tháng trước, bạn mua 2 máy nội soi mềm cho bệnh viện. Hôm nay, một điều dưỡng mới ở khoa nội soi thông báo rằng ống nội soi đang được cất vào tủ khá nhỏ một cách khá nguy hiểm. Hình ảnh và sự truyền ánh sáng bình thường, tuy nhiên cô ta yêu cầu lắp đặt tủ lớn hơn để cất ống nội soi. Nguyên nhân là bởi vì cô điều dưỡng đã nhìn thấy điều gì sau đây ở ống nội soi:

- A. Vỏ bọc bên ngoài bị rách.
- B. Ống kính xa bị biến màu vàng.
- C. Có nhiều đốm đen khi nhìn qua kính.
- D. Các bộ phận làm bằng thép của máy nội soi bị mòn.
- E. Có đoạn cong mới, hình chữ C dọc theo chiều dài của ống nội soi.

Traû lôøi II.12: E

Ống nội soi bị cong khi không được bảo quản đúng cách trong tủ bảo quản chẳng hạn như bị cuốn, gấp lại hay để trong ngăn kéo trong 1 thời gian dài. Tủ đựng ống nội soi phải được lót để tránh sự va chạm giữa ống nội soi và thành tủ. Cuốn ống nội soi để cất vào tủ gây tăng nguy cơ gãy ống do ống bị bẻ gấp, va đập trong khi đóng mở tủ bảo quản.

Vỏ ngoài của ống nội soi rất dễ bị rách nếu không lắp naép thông khí của ống nội soi trước khi tiệt trùng bằng khí ethylene oxide. Ống kính xa có thể chuyển màu vàng nếu được rửa nhiều lần bằng povidone iodine (Betadine) hoặc ống soi tiếp xúc với tia xạ.

Thành phần làm bằng thép của ống soi có thể mòn nếu ngâm quá lâu trong Glutaraldehyde.

Câu hỏi II 13: Ống thông đường miệng (oral airway) ở hình dưới đây là:

- A. Ống thông Ovassapian
- B. Ống thông William
- C. Ống thông Berman



Trả lời II. 13 : B

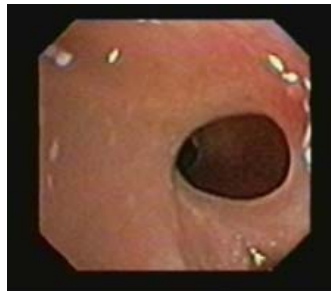
Ống thông đường miệng giúp cho nhà nội soi đưa ống soi mềm vào đúng ngay đường giữa, thám sát cấu trúc thanh quản và làm mở miệng. Ống thông William được thiết kế để đặt mù vào miệng khí quản. Tuy nhiên, để lấy ống thông William sau khi đặt, phần nối với ống nội khí quản phải được lấy trước. Ống thông Ovassapian thì ngược lại, có thể lấy ra mà không cần tháo phần nối với ống nội khí quản trước. Chiều dài và hình dạng của ống thông Berman gây khó khăn cho việc làm thủ thuật của ống nội soi mềm.



Dụng cụ đặt nội khí quản Williams

Câu hỏi II.14: Đoạn khí quản bị hẹp trong hình bên dưới nên được diễn tả như thế nào:

- A. Đơn giản.
- B. Kiểu đồng hồ cát.
- C. Phức tạp

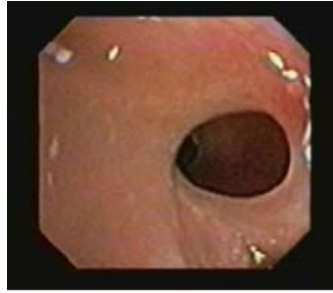


Traû lôøi II.14: A

Đây là một trường hợp hẹp dạng **voøng** đơn giản. Hẹp khí quản có thể bẩm sinh, mắc phải hoặc không rõ nguyên nhân. Về mô bệnh học, có thể mòn niêm mạc, hủy sụn, tạo mô hạt hoặc xơ sẹo dày. Hiểu được quá trình mô bệnh học của bất thường trên nội soi là quan trọng khi quyết định điều trị.

Hẹp đơn giản được định nghĩa là hẹp đồng tâm bán phần hoặc toàn phần chu vi trong đó vết xơ sẹo xuất phát từ thành khí quản phát triển vào trong lòng đường thở. Hẹp dạng cổ chai hoặc đồng hồ cát được mô tả là xẹp khu trú sụn khí quản.

Hẹp phức tạp bao gồm nhiều bất thường, hoặc kéo dài hơn 5cm hoặc 6 vòng sụn.



Câu hỏi II.15: Câu nào sau đây diễn tả đúng nhất dụng cụ đường thở trong hình sau:

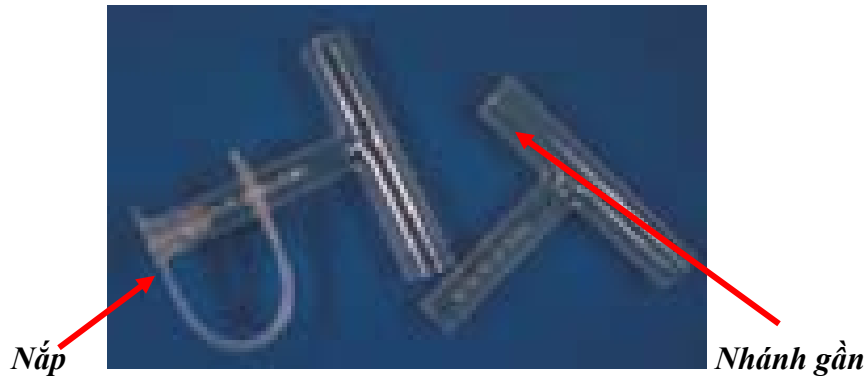
- A. Trong thập niên 90, mức độ phổ biến của dụng cụ này đã cải cách nội soi can thiệp.
- B. Dụng cụ này cần phải mở khí quản, tốt nhất là sử dụng cho bệnh nhân hẹp dưới thanh môn và đoạn trên giữa khí quản. Dụng cụ này có một nắp nhỏ có thể tháo lắp để hút và tiếp cận đường thở nếu cần.
- C. Dụng cụ này được làm bằng silicone, thường được đặt vào và rút ra bằng ống nội soi cứng.



Trau lô: II.15: B

Ống T Montgomery được đưa ra vào những năm 1960. Dụng cụ này đặc biệt hữu hiệu để điều trị hẹp dưới thanh môn hoặc co rút khí quản đoạn trên hoặc giữa. Có thể dùng dụng cụ này vô thời hạn hoặc dùng tạm thời như một phần của nội soi điều trị hẹp khí quản hoặc phẫu thuật điều trị hẹp khí quản. Cánh dọc của ống T được đưa qua lỗ mở khí quản.

Bệnh nhân có thể nói chuyện bình thường khi đóng nắp cánh dọc. Bệnh nhân nên đóng nắp thường xuyên để tránh làm khô chất tiết đường hô hấp. Nếu bệnh nhân bị khó thở do hẹp khí quản tái phát hoặc ứ đọng chất tiết, ta có thể tháo nắp ống T ra. Vùng gần với cánh ngang (cũng là cánh ngắn nhất) của ống T đến dây thanh có khuynh hướng tạo mô hạt.



Câu hỏi II.16: Các điều sau đây về giảm oxy do nội soi phế quản đều đúng, ngoại trừ:

- A. PaO_2 trước khi nội soi không thể dự đoán mức độ giảm PaO_2 khi nội soi phế quản ống mềm.
- B. Hút trong quá trình nội soi góp phần làm giảm PO_2 phế nang, làm giảm PaO_2
- C. Giảm oxy máu có thể xảy ra dù không có ức chế hô hấp do thuốc an thần.
- D. Giảm oxy máu có thể kết hợp với sự phát triển loạn nhịp.
- E. Khi nội soi, PaO_2 giảm trung bình 5mmHg.

Traû lôøi II.16: E

Trung bình, PaO_2 có thể giảm đến 20mmHg do nội soi phế quản. Cung cấp oxy cho tất cả bệnh nhân nội soi phế quản và theo dõi độ bão hòa oxy, nhịp tim và huyết áp qua đo bão hòa oxy theo mạch đập (pulse oximetry) được thực hiện thường quy. Lý do chính là để phòng ngừa giảm oxy máu có thể xảy ra do ức chế hô hấp khi sử dụng thuốc tiền mê.

Trong lúc nội soi có thể xảy ra giảm oxy máu động mạch thoáng qua do sử dụng quá nhiều thuốc an thần, suy hô hấp, giảm diện tích lòng đường thở và thông khí kém, hoặc do hút rửa phế quản quá nhiều. Rửa phế quản phế nang có thể gây giảm oxy máu đến 6 giờ sau thủ thuật trong một số ít trường hợp.

Cơ chế chính xác của giảm oxy máu do nội soi phế quản chưa được hiểu rõ, tuy nhiên có thể do thay đổi mối tương quan thông khí - tưới máu. Một số nghiên cứu và hướng dẫn cũ (của Hội Lồng Ngực Anh, Hội Bệnh Học Nội Soi Phế Quản Thực Quản của Argentina) đề nghị chỉ sử dụng oxy nếu không thể theo dõi nồng độ oxy hoặc nếu độ bão hòa oxy dưới 90%.

Câu hỏi II.17: Bệnh nhân nào sau đây dễ bị tắc nghẽn đường thở trung tâm cấp sau khi được gây mê ở vị trí nằm ngửa:

- A. U bao dây thần kinh sau.
- B. Hodgkin's lymphoma.
- C. Kén phế quản.

Traû lôøi II.17: B

Bệnh nhân có khối u trung thất, đặc biệt là Hodgkin's lymphoma, rất dễ bị tắc nghẽn đường thở cấp khi gây mê ở tư thế nằm. Ngoài ra, hẹp đường thở do khối u chèn vào, tắc nghẽn đường thở tăng lên vì mất trương lực cơ trơn phế quản, mất thông khí tự

nhiên, và mất áp lực âm trong lồng ngực ở thì hít vào. Tắt đường thở khi bắt đầu gây mê có thể gây tử vong. Bác sĩ gây mê có thể mời bác sĩ nội soi giúp trong các trường hợp này.

Câu hỏi II.18: Các câu sau về tiệt trùng nội soi ống mềm bằng khí ethylen oxide (ETO) đều đúng, ngoại trừ:

- A. Tiệt trùng bằng ETO có thể thâm nhập đến tất cả mọi phần của nội soi ống mềm.
- B. Tiệt trùng bằng ETO có tác dụng kháng khuẩn cao đối với mọi vi sinh.
- C. Tiệt trùng bằng ETO mà không sử dụng nắp đậy ETO sẽ gây rách áo ngoài bằng polyurethane của ống nội soi mềm.
- D. Tiệt trùng bằng ETO thường kéo dài 4 giờ, và không thể sử dụng ống trong 24 giờ để thải bớt khí.
- E. ETO đảm bảo tiệt trùng và do đó được ưa chuộng hơn các cách diệt trùng bằng dung dịch.

Trau lôøi II.18: E

Khử trùng ethylen oxid (ETO) không đảm bảo tiệt trùng. Khuyết điểm này và các hạn chế khác như thời gian khử khí lâu làm cho ETO không thích hợp cho các phòng nội soi đông khách. Mức khử trùng cao, bất hoạt cả nấm, virus và các tác nhân thực vật, nhưng không khử được tất cả mầm vi trùng, là phương thức thông dụng nhất trên thế giới. Khử trùng ở nhiệt độ 25°C trong 45 phút và dùng Glutaraldehyde 2% sẽ tiêu diệt các tác nhân mycobacteria. Sau khi khử trùng xong, ống được rửa bằng nước vô trùng và làm khô bằng cách súc khí. Ống soi phải được kiểm tra có rò rỉ hay không trước khi làm sạch. Nếu có rò rỉ ở kênh thủ thuật, hoặc ở bề mặt của dây chung hoặc ống nối, không nên ngâm ống soi trong dung dịch làm sạch. Nhiều cơ sở sử dụng ống soi mềm cũ. Một đầu hướng dẫn phụ được gắn vào để người thứ 2 có thể xem được. Đầu phụ này không thể ngâm và khử trùng. Do đó, phải cố gắng giữ đầu phụ này càng sạch càng tốt và phải lau bằng alcol sau mỗi lần sử dụng.

Câu hỏi II. 19: Khi nhìn bằng mắt qua ống soi mềm, những chấm đen nhỏ nhìn thấy được là:

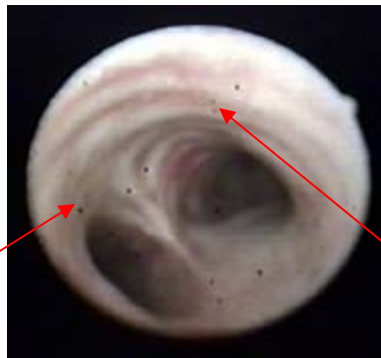
- A. Nước bị rỉ vào trong ống soi
- B. Ống soi bị tiếp xúc nhiều với bức xạ
- C. Nhiều sợi quang học bị hư
- D. Cần phải thay ống soi



Trả lời II. 19 : C

Nhiều chấm đen nhìn thấy là do ánh sáng không lan truyền dọc theo từng hay nhóm bó sợi quang học. Khi càng nhiều sợi quang học hư thì càng nhiều chấm xuất hiện trên quang trường. Sự dẫn truyền ánh sáng giảm và chất lượng hình ảnh xấu đi. Không sớm thì muộn thì cũng phải thay ống soi mới. Những điểm thay đổi màu sắc hơi vàng hoặc đậm lên là do ống soi tiếp xúc quá mức với bức xạ.

Khi thị trường bị mờ, kính nên được lau với nước muối sinh lý hoặc alcohol để lau sạch màng máu, chất tiết hoặc do quá trình làm khô không thích hợp khi sát trùng rửa ống. Nếu thị trường vẫn không cải thiện thì thử hút xem nước có dò vào ống soi không, không cần cố gắng rửa hay sát khuẩn. Nếu không được thì gửi đi sửa.



Sợi quang học bị đứt

Tổn thương ứng đỏ của sarcome kaposi

Câu hỏi II.20: Rối loạn chức năng hô hấp nào sau đây có thể xảy ra khi nội soi ở bệnh nhân đang thở máy:

- A. Tăng kháng lực đường thở.
- B. Giảm áp lực dương cuối kỳ thở ra. (PEEP)
- C. Giảm thể tích khí cặn chức năng.(FRC)
- D. Tăng độ bão hòa oxy trong động mạch.
- E. Tăng lưu lượng thở ra.

Traû lôøi II.20: A

Kháng lực đường thở tăng lên vì tiết diện của khí quản khoảng 3cm^2 , bị giảm bởi ống nội khí quản và ống nội soi trong lòng nội khí quản. Độ bão hòa oxy và lưu lượng thở ra giảm, mặc dù độ bão hòa có thể tăng lên lại nếu hút bớt chất tiết hoặc đàm. Tăng áp lực cuối kỳ thở ra và dung tích cặn chức năng bởi vì tăng kháng lực đường thở.

Hầu hết các chuyên gia đều đề nghị tăng FiO_2 đến 100% trong lúc nội soi. Nên ngừng thủ thuật nếu áp lực tối đa đường thở tăng nghiêm trọng, hoặc nếu nội soi gây tăng huyết áp, tăng nhịp tim, rối loạn nhịp hoặc giảm độ bão hòa oxy. Tuy nhiên, trong vài trường hợp, cần phải hút đàm hoặc máu thì chức năng thông khí mới hồi phục lại. Trong trường hợp này, cần phải nội soi càng nhanh càng tốt.

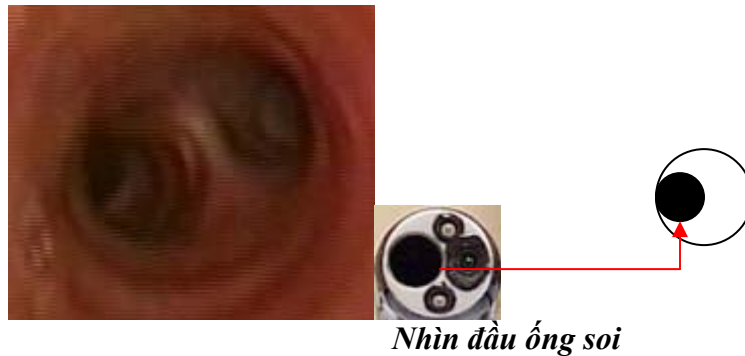
Câu hỏi II.21: ÔU bệnh nhân nam, cao, có đường thở bình thường, ống nội soi phế quản mềm chiếm bao nhiêu phần trăm tiết diện khí quản:

- A. 5 phần trăm
- B. 10 -15 phần trăm.
- C. 20 – 25 phần trăm

D. Trên 25 phần trăm.

Traû lôøi II.21: B

Bình thường đường kính khí quản ở bệnh nhân nam người lớn là khoảng 12 - 24mm, ống nội soi mềm chiếm khoảng 10-15% diện tích ngang của lòng khí quản. Như vậy, ống soi sẽ chiếm diện tích cao hơn khi khí quản bị chít hẹp bởi khối u lành hoặc ác tính. Trong các trường hợp này, kích thước của ống soi sẽ góp phần làm tăng kháng lực đường thở, giảm lưu lượng khí thở ra và tăng thể dung tích cặn chức năng. Đôi khi, có thể gây tăng áp lực dương cuối kỳ thở ra.



Nhìn đầu ống soi

Câu hỏi II. 22: Ý nào sau đây là thích hợp nhất cho nội soi phế quản ống mềm

- A. Đường giữa
- B. Nhẹ nhàng
- C. Nhà nội soi phải có con mắt ở đầu ngón tay
- D. Không bao giờ từ bỏ
- E. Cảm nhận vách

Trả lời II.22 : A

Một trong những bí quyết để thực hiện nội soi không gây chấn thương và thám sát nhẹ nhàng là luôn giữ ống soi ở đường giữa (trên video thì luôn giữ hình ảnh ngay chính giữa). Điều này làm cho nhìn tốt hơn, tránh bỏ sót, tránh tổn thương niêm mạc gây ho và làm bệnh nhân khó chịu. Vị trí này trong đường thở cũng giúp cho nhà nội soi duy trì được tư thế đúng, dễ dàng thực hiện thủ thuật. Vì vậy, sự hòa hợp được duy trì trong khi làm thủ thuật.

Dĩ nhiên, đường giữa là con đường theo Lão Tử của Trung Hoa và Thiền của Nhật: một con đường, trong đó người ta không bị xao lãng bởi thế giới khách quan cũng không bị quấy rầy trong chính đầu óc của mình. Đường giữa là đường của hòa bình và hòa hợp nội tại và sự siêu việt của thuyết nhị nguyên. Theo Chuang Tzu 'khi đôi giày vừa vặn thì cái chân bị quên đi'

Cách khác để đạt sự hài hòa nội soi phế quản là cảm nhận giới hạn và tránh giới hạn đó. Từ “cảm nhận vách” là của Jean Francois Dumon ở Marseille Pháp. Dumon có lẽ là chuyên gia hàng đầu trong nội soi can thiệp những năm gần đây. Qua những kinh nghiệm, tài trí và đam mê của ông trong nội soi, ông đã giúp gia tăng sự thức tỉnh về những lợi ích của nội soi trị liệu trong cộng đồng những bác sỹ bệnh phổi, ung thư và

ngoại khoa còn cực kỳ do dự và hoài nghi . “Cảm nhận vách” là kỹ thuật thám sát bề mặt u bằng kèm hoặc ống hút để cảm nhận tốt nhất chỗ nào cứng, chỗ hoại tử, mạch máu, khả năng sinh thiết và khả năng bóc đi bằng nội soi ống cứng.

Không nghi ngờ gì nữa, những thuật ngữ trên phản ánh một cách triết học và một cách của cuộc sống. Nó thể hiện một nhu cầu cảm nhận ranh giới của suy nghĩ và giới hạn của y khoa. Những người nghi vấn sự thông minh thông thường để đắm mình trong lĩnh vực đổi mới và sự độc đáo đã vượt qua những ranh giới này. Thực ra , có một cách để “ trở thành một chuyên gia với ống soi phế quản” , nhưng đó là một câu chuyện khác

Câu hỏi II.23: Trong các lý do sau, đâu là lý do chính đáng nhất để không tiền mê trước và trong lúc nội soi phế quản:

- A. Bệnh nhân là đặc công quân đội và bạn bè bệnh nhân đang xem.
- B. Vì bác sĩ nội soi là nam.
- C. Bệnh nhân phải lái xe đi làm ngay sau khi làm thủ thuật.
- D. Bệnh nhân bị dị ứng với Lidocaine.
- E. Bệnh nhân bị bệnh nặng và có nguy cơ đặt nội khí quản.

Traû lôøi II.23: C

Nên báo cho bệnh nhân trước khi sử dụng thuốc tiền mê, và do đó, bệnh nhân nên có người đi cùng sau khi được làm thủ thuật, và bệnh nhân không nên tự lái xe sau khi được dùng các thuốc này, cho dù sinh hiệu (mạch, huyết áp, độ bão hòa oxy và tri giác) đã trở về bình thường. Bởi vì phản xạ đối với các tình huống khẩn cấp bị giảm trong vài giờ.

Bạn có nghĩ rằng tiền mê là “sự thương lượng” giữa bạn và bệnh nhân? Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng bác sĩ thường đánh giá sai về mức độ lo lắng và mức độ thoải mái của bệnh nhân khi phải tiến hành các thủ thuật xâm lấn. Nên nhớ rằng một lượng nhỏ thuốc an thần sử dụng qua đường tiêm mạch hoặc đường uống có thể giúp giảm lo âu. Do đó, việc sử dụng thuốc an thần (giảm lo âu, mất ngủ, giảm đau, tăng khả năng hợp tác) phải được cân nhắc giữa lợi và bất lợi (cần theo dõi thêm nguy cơ ức chế hô hấp , giảm hợp tác do ức chế hay bứt rứt)

Quyết định sử dụng thuốc còn tùy thuộc vào loại thủ thuật được thực hiện (thời gian thực hiện thủ thuật ngắn hay dài, có sinh thiết, hay chọc hút bằng kim, rửa phế quản, chải phế quản). Có nguy cơ xảy ra tai biến hay không? Có nguy cơ xảy ra tác dụng phụ của thuốc hay không? Tình trạng bệnh nhân ổn hay bệnh nặng? Việc có sử dụng thuốc an thần, và sử dụng thuốc nào tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể.

Một số bệnh nhân không muốn được tiền mê vì các điểm bất lợi sau: mất khả năng tự chủ, cần phải được giám sát cho tới khi tri giác về bình thường sau thủ thuật, nguy hiểm khi lái xe, sợ bị dị ứng và sợ các tác dụng phụ khác.

Trong trường hợp dị ứng với lidocaine, có thể sử dụng thuốc thuộc nhóm Ester như Tetracaine.

Mặc dù nội soi phế quản đã được chứng minh là khá an toàn ở bệnh nhân không được tiền mê, hầu hết bác sĩ nội soi cho rằng nên sử dụng thuốc an thần tác dụng ngắn để giúp bệnh nhân dễ chịu hơn trong quá trình nội soi. Tuy nhiên, trong vài trường hợp, cần phải thực hiện thủ thuật khi bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo và hợp tác tốt, ví dụ như bệnh

nhân ho ra máu hoặc dị vật đường thở, khi cần khảo sát động học của đường thở và những trường hợp tổn thương đường thở không hồi phục .

Câu hỏi II.24: Hình ảnh này là:

- A. Liệt mở hai dây thanh
- B. Dây thanh bình thường nhìn từ bên dưới
- C. Hẹp khí quản hạ thanh môn
- D. Hậu môn trong nội soi đại tràng



Trả lời II.24 : B

Đây là hình ảnh dây thanh được nhìn từ dưới lên. Nội soi phế quản ống mềm đi qua lỗ mở khí quản sau khi lấy ống mở khí quản ra. Quay ngược đầu ống soi để nhìn hạ thanh môn. Bệnh nhân được yêu cầu phát âm. Vì vậy, hai dây thanh mở. Hạ thanh môn bình thường. Lý do thực hiện thám sát này để phát hiện chảy máu hạ thanh môn hoặc quanh miệng, nghi ngờ bất thường sụn, chít hẹp hạ thanh môn hoặc để đánh giá chức năng vùng thanh quan ở bệnh nhân mở khí quản để chuẩn bị đóng lỗ mở này lại.



Câu hỏi II.25: Trường hợp nào sau đây thường là biến chứng sớm của ống mở khí quản:

- A. Dò động mạch vô danh khí quản .
- B. U hạt.
- C. Nhuyễn khí quản.

- D. Vạt khí quản trên lỗ khí (Suprastomal tracheal flap)
- E. Hẹp ở đoạn lỗ khí

Traû lôøi II.25: A

Dò động mạch khí quản – vô danh xảy ra khoảng 0.7% ở bệnh nhân mở khí quản. Dò khí quản thực quản có thể xảy ra sớm hoặc muộn, và chiếm khoảng 0.5% bệnh nhân mở khí quản. Bệnh nhân có tiền sử mở khí quản, khi ho, ho ra máu hoặc khó thở thì cần phải nội soi thám sát để xác định có bất thường đường thở gây ra các triệu chứng này hay không.

Câu hỏi II.26: Trong các thuốc tiền mê sau, thuốc nào thường gây ức chế phản xạ ở đường thở và do đó, có lợi nhất khi đặt nội khí quản ở bệnh nhân tỉnh:

- A. Midazolam
- B. Diazepam
- C. Lorazepam
- D. Fentanyl
- E. Morphine

Traû lôøi II.26: D

Các thuốc trên khi được sử dụng ở liều cao đều có khả năng gây mê và ức chế mọi phản xạ. Fentanyl thường được ưa chuộng vì tác dụng nhanh và thời gian tác dụng ngắn. Xét về mặt dược học, Morphine cho tác dụng ức chế phản xạ đường thở tốt như Fentanyl. Propofol, một thuốc ngủ có thể gây hạ huyết áp nghiêm trọng, đặc biệt là ở bệnh nhân lớn tuổi và bệnh nhân có tiền sử huyết áp thấp, cũng có thể gây ức chế phản xạ đường thở. Propofol là lựa chọn tuyệt vời để đặt nội khí quản ở bệnh nhân tỉnh và khi thực hiện một số thủ thuật nội soi. Thuốc này cũng rất hiệu quả khi thực hiện thủ thuật ở bệnh nhân lo lắng quá độ, và khi muốn đạt được độ mê sâu hơn.

Câu hỏi II.27: Ê kíp của bạn được gọi xuống phòng cấp cứu vì bác sĩ gây mê và bác sĩ phòng cấp cứu không thể đặt nội khí quản ở bệnh nhân nữ 33 tuổi, béo phì lên cơn hen nặng. Bệnh nhân bị viêm xoang cấp và mạn và lệch vách ngăn mũi. Bệnh nhân đã được gây mê, đang bóp bóng ambu-mask. Bệnh nhân bị nhịp tim nhanh, hạ huyết áp và tăng thân nhiệt. Bệnh nhân đang được đặt CVP. Ống nội soi 6mm vừa mới được sử dụng và đang được rửa. Ống nội soi 4.8mm vừa bị hư hôm qua vì bị bệnh nhân cắn (Vì bạn đã gọi một thực tập sinh về hô hấp đã nội soi mà không dùng ngáng miệng tại phòng khám ở Siberia). Hiện tại ống soi duy nhất còn lại là ống soi mềm 3.2mm dành cho trẻ em với kênh hoạt động 1.2mm. Bác sĩ phòng ICU nói với bạn rằng cô ta muốn đặt ống nội khí quản 7.5mm cho bệnh nhân. Chồng của bệnh nhân từ chối rời khỏi giường bệnh. Điều nào sau đây giúp cho đặt nội khí quản qua đường miệng dưới hướng dẫn của nội soi được an toàn và thành công:

- A. Ngưng để bệnh nhân ở tư thế Trendelenburg và để cô ta nằm ngửa trước khi đặt nội khí quản 7.5mm qua đường miệng dưới hướng dẫn nội soi qua ngáng miệng .
- B. Bạn mặc kệ yêu cầu của bác sĩ ICU và bắt đầu đặt nội khí quản số 6 không bóng qua đường mũi dưới hướng dẫn nội soi.
- C. Bạn mặc kệ yêu cầu của bác sĩ ICU và bắt đầu đặt nội khí quản số 8 qua đường miệng dưới hướng dẫn nội soi qua ngáng miệng .

- D. Bạn đặt ống nội khí quản không bóng trẻ em đã được bôi trơn kỹ, đường kính trong 5mm vào ống nội khí quản 7.5 và bắt đầu đặt nội khí quản dưới hướng dẫn nội soi qua đường miệng và qua ngáng miệng .
- E. Bạn mặc kệ yêu cầu của bác sĩ ICU và bắt đầu đặt nội khí quản số 6 có bóng qua đường miệng dưới hướng dẫn nội soi và qua ngáng miệng .

Trau lôøi II.27: E

Đây là tình huống mà cách xử trí đúng là phải thiết lập được đường thở. Nhiều chuyên gia khuyên nên sử dụng ống nội khí quản nhỏ để vừa với ống soi 3.2mm. Vẫn có thể đặt qua đường miệng dù bệnh nhân đang được bóp bóng . Mặt khác, vài bác sĩ vẫn muốn thử đặt qua đường mũi trước khi phải đặt vào đường miệng.

Lồng ống nội khí quản trẻ em vào trong ống nội khí quản lớn hơn có thể giúp giảm khoảng cách giữa ống nội khí quản và ống soi. Điều này giúp dễ thao tác trong đường thở. Đầu xa ống nội khí quản nhỏ phải hơi nhô ra khỏi ống nội khí quản lớn, và đầu ống nội soi phải hơi nhô ra khỏi đầu xa ống nội khí quản nhỏ. Kỹ thuật này giúp tránh đầu ống nội soi nhỏ vô tình đi qua mắt Murphy của ống nội khí quản lớn. Vấn đề là ta phải lựa chọn được kích cỡ thích hợp của ống nội soi và phải chuẩn bị thật nhiều silicone bôi trơn để 2 ống nội khí quản có thể trượt lên nhau. Ống nội khí quản trẻ em thường rất ngắn, nếu có bóng thì sẽ không qua lọt ống nội khí quản lớn. Cũng như các kỹ thuật cấp cứu khác, cần phải thực tập thủ thuật này trên người giả.

Nên đặt nội khí quản đường miệng, sử dụng que dẫn (stylet) quang học nếu đã có kinh nghiệm sử dụng những phương pháp này.

Nên có sẵn ống nội khí quản có bóng và không bóng trên xe dụng cụ và các dụng cụ hỗ trợ đặt nội khí quản (dụng cụ thay ống, que dẫn quang học, dụng cụ đường thở qua miệng). Đặt nội khí quản dưới hướng dẫn nội soi mà không sử dụng dụng cụ đường thở qua miệng sẽ tăng nguy cơ lệch ống soi và ống nội khí quản ra khỏi đường giữa. Nếu đẩy ống nội khí quản vào khi chưa nhìn thấy được thanh môn thì ống nội khí quản có thể bị kẹt ở nắp thanh môn, sụn phễu hoặc hạ hầu.

Neân coá gaéng ñaët noài khí quaùn laàn ñaàu cuõng laø laàn cuoái. Coá gaéng laäp laïi laøm taêng nguy cô chaán thoõng ñoõøng thoû , giaûm oxy keò daøi vaø töû vong.



Câu hỏi II. 28: Một kỹ thuật viên mới không có kinh nghiệm vừa sát khuẩn ống soi phế quản bằng khí ethylene oxide. Anh ta quên gắn nắp thông gió ETO lên ống thông khí trước khi sát khuẩn. Bạn nói ngay là &@#! và nên chú ý kiểm tra ống soi:

- A. Vò bên ngoài bị vỡ

- B. Kính đầu xa bị đổi thành màu vàng
- C. Nhiều chấm đen nhìn thấy khi nhìn bằng mắt thường.
- D. Phần thép của ống soi bị bào mòn
- E. Ống soi xuất hiện chỗ cong hình chữ S, cố định dọc theo chiều dài của ống.

Trả lời II. 28 : A

Khí ethylene oxide không ăn mòn, có thể thấm nhập qua các thành phần của ống soi. Tuy nhiên, nếu nắp thông gió ETO không được gắn vào ống thông khí sát khuẩn, áp lực bên trong và bên ngoài ống soi không cân bằng sẽ làm vỡ vỏ ngoài của ống soi. ETO dùng sát khuẩn tốt ở bệnh nhân AIDS và viêm gan. Nắp thông gió ETO phải được tháo ra trước khi ngâm ống soi vào dung dịch rửa nếu không, dịch sẽ vào trong ống soi.

Câu hỏi II.29: Phòng mổ mời bạn xuống vì chuẩn bị gây mê một bệnh nhân có bướu giáp to. Bác sĩ gây mê đã nội soi và báo cho bạn rằng không thể đưa ống nội soi qua dưới thanh môn khi bệnh nhân nằm ngửa. Khi nói đến thanh quản dưới thanh môn, bác sĩ gây mê muốn nói đến đoạn:

- A. 1cm dưới 2 dây thanh.
- B. 2cm dưới 2 dây thanh.
- C. 3cm dưới 2 dây thanh.
- D. 4cm dưới 2 dây thanh.

Trau lôoii II.29: B

Khí quản là một ống hình hình trụ chạy từ cột sống C6 đến T5. Khi đi xuống, khí quản đi theo độ cong của cột sống và hơi chạy ra sau. Gần đến nơi tách đôi, khí quản hơi lệch về phải. Vùng dưới thanh môn kết thúc ở 2cm dưới 2 dây thanh. Điều này tương ứng với bờ dưới của sụn nhẫn, nơi có vòng sụn hoàn chỉnh nhất trong đường thở.

Tuyến giáp bao quanh khí quản vùng cổ ở phía trước bên tại vòng sụn thứ hai đến thứ tư. Khối u trung thất, bướu giáp hoặc các ung thư vùng đầu mặt cổ, tuyến giáp có thể gây chèn ép khí quản từ bên ngoài, gây tắc nghẽn khí quản. Đôi khi, phải đặt nội khí quản ở bệnh nhân tỉnh, tư thế ngồi trước khi mổ cắt u.



Câu hỏi II.30: Một bệnh nhân nữ 25 tuổi, thâm nhiễm dạng nốt 2 phổi, sụt 10 pound, nhức đầu buổi sáng và sốt nhẹ kéo dài được nội soi phế quản, sinh thiết qua nội soi và rửa phế quản phế nang. Bệnh nhân được gây tê tại chỗ bằng 2 nhát Lidocaine 10% và 4cc Lidocain 2% bơm vào carina. Ngoài ra, bệnh nhân được tiền mê bằng 3mg Midazolam. Khi nội soi, bệnh nhân được rửa phế quản phế nang ở phế quản

thùy giữa phải. Sinh thiết ở phế quản thùy dưới trái. Bệnh nhân được yêu cầu thở ra, và sinh thiết ở cuối kỳ thở ra. Bệnh nhân không đau. Chảy máu ít ngay sau khi sinh thiết mảnh thứ tư. Sau đó, bệnh nhân bắt đầu co giật rồi ngưng thở. Bệnh nhân được cầm máu bằng cách rửa với nước muối. Hồi sức thành công. Bệnh nhân được đặt nội khí quản và chuyển vào phòng hồi sức cấp cứu. Kết quả sinh thiết cho thấy lao kê và một mẫu nhỏ mạch máu phổi. Đây là nguyên nhân của biến chứng do thủ thuật ở bệnh nhân này?

- A. Ngộ độc lidocaine.
- B. Ngộ độc Midazolam.
- C. Rối loạn nhịp tim và tổn thương cơ tim.
- D. Thuyên tắc khí.
- E. Thủ thuật làm tăng áp lực nội sọ ở bệnh nhân có lao màng não.

Trau lôoii II.30: D

Bệnh nhân này đã bị thuyên tắc khí ở não. Có thể khí đã lọt vào sau khi cắt phải một mạch máu nhỏ ở phổi. Người ta thường dạy là mảnh sinh thiết lớn hơn khi lấy mẫu ở cuối thì thở ra. Khuyến cáo này xuất phát từ mô tả sinh thiết qua nội soi của bác sĩ Donald Zavala của trường đại học Iowa vào những năm 70. Mặt khác, vì nguy cơ chảy máu, tràn khí màng phổi hoặc thuyên tắc khí, một số chuyên gia không ủng hộ phương pháp sinh thiết cuối kỳ thở ra. Sinh thiết xuyên phế quản là tên gọi sai vì không hề xuyên cũng không phải là sinh thiết phế quản (mục tiêu là sinh thiết được nhu mô phổi bao gồm tiểu phế quản và phế nang, đôi lúc có cả mạch máu). Ngày nay, nhiều chuyên gia thích dùng tên sinh thiết phổi qua nội soi phế quản. Bạn nghĩ sao?

Cách duy nhất để biết bạn đã lấy được các mẫu mô đại diện (không nhất thiết phải là các mẫu có giá trị chẩn đoán) là xem lại tất cả các mẫu với bác sĩ giải phẫu bệnh, và tiến hành các phương pháp khác nhau khi sinh thiết phổi qua nội soi phế quản.

Về các lựa chọn khác. Lidocaine có thể gây co giật. Không nhất thiết phải có tác dụng phụ nhẹ rồi mới xuất hiện tác dụng phụ trầm trọng, đặc biệt là ở bệnh nhân bị bệnh gan (lidocaine được chuyển hoá tại gan).

Giải phẫu bệnh lý của mẫu mô sinh thiết có cho thấy Lupus ban đỏ không? Và nếu bạn chọn câu trả lời rối loạn nhịp và tổn thương cơ tim, bạn cũng có thể đúng, vì lupus có thể gây viêm mạch, và do đó viêm mạch vành. Về ngộ độc midazolam, thường phải có ức chế hô hấp và giảm oxy máu trước khi xuất hiện các tác dụng phụ khác. Sự xuất hiện bất ngờ của triệu chứng thần kinh và có mạch máu phổi trong mẫu sinh thiết có lẽ đã đủ để gợi ý chẩn đoán thuyên tắc khí, làm cho lao màng não và tăng áp lực nội sọ ít là nguyên nhân gây nên triệu chứng của bệnh nhân.

Câu hỏi III.1: Tất cả những điều sau đây có thể là nguyên nhân gây lơ mơ và co giật ở bệnh nhân nam, lớn tuổi, được sinh thiết khối u lớn ở phân thùy trên phải qua nội soi, ngoại trừ:

- A. Di căn não âm thầm do carcinoma phế quản.
- B. Bù nước và hội chứng giống SIADH cận ung.
- C. Ngộ độc Lidocaine.
- D. Ngộ độc Midazolam.
- E. Methemoglobin.

Trả lời III.1: D

Midazolam (Versed) là thuốc tiền mê được sử dụng rộng rãi nhất. Đây là thuốc thuộc họ benzodiazepine tan trong nước và có thời gian tác dụng nhanh. Thuốc có tác dụng an thần và gây ngủ mạnh gấp 4 lần khi so sánh theo khối lượng (mg với mg) so với diazepam. Khi dùng 5mg tiêm mạch thì tác dụng an thần và giảm lo âu sẽ xuất hiện trong vòng 2 phút. Đa số trường hợp phục hồi tỉnh táo hoàn toàn và có thể lái xe trong vòng 1 giờ.

Đáp ứng an thần gia tăng ở bệnh nhân đã sử dụng thuốc có nguồn gốc thuốc phiện hoặc các thuốc benzodiazepin khác. Hơn nữa, mức độ an thần và nguy cơ ức chế hô hấp tăng lên ở người già và ở bệnh nhân có tình trạng rối loạn hô hấp trước đó. Phối hợp Midazolam và thuốc có nguồn gốc thuốc phiện sẽ làm tăng tỷ lệ ngưng thở. Liều lượng cao có thể gây ngáy ngật kéo dài và có thể gây ngưng tim ngưng thở.

Midazolam không gây co giật. Rối loạn thần kinh trung ương, bao gồm co giật và lú lẫn, có thể gặp ở bệnh nhân có di căn não và bệnh nhân có hội chứng cận ung. Co giật có thể xảy ra khi bị ngộ độc Lidocaine (đặc biệt là nếu u có tình trạng rối loạn chức năng gan, dẫn đến tăng nồng độ Trong máu) và methemoglobin do Benzocaine.

Câu hỏi III. 2 Khi đặt nội khí quản qua ống nội soi mềm, ống nội khí quản có thể bị vướng vào các cấu trúc vùng thanh quản, không thể đưa vào khí quản được. Có thể giải quyết như sau ngoại trừ:

- A. Rút ống nội khí quản ra 1 cm, xoay 90° theo chiều kim đồng hồ và đẩy trở vào.
- B. Rút ống nội khí quản ra 1 chút, xoay 90° ngược chiều kim đồng hồ và đẩy trở vào.
- C. Đổi ống nội soi phế quản nhỏ có đường kính 4.8mm sang ống lớn có đường kính 6mm
- D. Rút ống nội khí quản ra một chút và cố gắng đẩy vô nhiều lần.

Trả lời III. 2: D

Dù người ta có thể rút ống nội soi và ống nội khí quản ra và cố gắng đẩy vào hết lần này đến lần khác như đã mô tả ở câu D. Tuy nhiên việc thực hiện thử đặt nhiều lần như vậy thường thất bại và gây sang chấn, làm mất thời gian quý báu và tăng nguy cơ hạ oxy máu. Chấn thương vùng thanh quản lặp đi lặp lại có thể gây co thắt thanh quản, loạn nhịp tim phản xạ và nôn ói. Các tai biến khác có thể là đặt nhầm nội khí quản vào thực quản và dò thực quản khí quản.

Khi đặt nội khí quản nếu thấy vướng, phải nhớ rằng nắp thanh môn và sụn phễu là hai vị trí thường gây cản trở nhất sau khi ống nội khí quản được đưa vào qua đường mũi hay miệng qua ống nội soi. Ống nội khí quản cũng có thể đi nhầm vào nếp phễu –nắp thanh môn. Thủ thuật dùng gạc giữ lưỡi bệnh nhân và yêu cầu người phụ kéo nhẹ lưỡi bệnh nhân ra ngoài 1 chút đôi khi có ích, vì thủ thuật này giúp tạo thêm nhiều khoảng trống hơn ở vùng hầu họng để thao tác.

Nếu đặt nội khí quản vẫn thất bại, tốt nhất là chuyển sang những kỹ thuật khác giúp đưa dễ dàng hơn ống nội khí quản qua giữa hai dây thanh*. Các kỹ thuật nêu ở câu A,B,C đều nên được thử đến. Ống nội soi phế quản có đường kính lớn hơn giúp chúng ta dễ thao tác và kiểm soát ống nội khí quản dễ dàng hơn ống nội soi phế quản có đường kính bé hơn. Do ống nội soi phế quản có đường kính lớn hơn, khoảng trống giữa ống nội khí quản và ống nội soi phế quản sẽ hẹp lại và như thế chúng ta sẽ dễ đi qua khi cùng một lúc ống nội soi phế quản và ống nội khí quản. Mặc dù nên đặt ống nội khí quản càng lớn càng tốt, hầu hết các chuyên gia đồng ý rằng ống nội khí quản số 7.5 là ống nhỏ nhất có thể đặt qua đường mũi. Xoay ống nội soi 90° cùng hay ngược chiều kim đồng hồ sẽ làm thay đổi góc đầu cong nội khí quản và có thể khiến việc luồn ống nội khí quản thuận tiện hơn.



Không có khoảng trống với NKQ nhỏ Có khoảng trống giữa ống soi và NKQ số 8

Câu hỏi III. 3 Fentanyl là 1 loại thuốc phiện tác dụng ngắn mạnh gấp 100 lần morphine. Khởi phát tác dụng trong vòng 2 phút sau khi tiêm tĩnh mạch. Ngoài ra, tác dụng ức chế hô hấp đạt tối đa, xảy ra:

- A. Ngay sau khi tiêm
- B. Trong vòng 2-4 phút sau khi tiêm
- C. 5-10 phút sau khi tiêm
- D. 11-15 phút sau khi tiêm
- E. Hơn 15 phút sau khi tiêm

Trả lời III. 3: C

Fentanyl là một thuốc phiện tổng hợp có cấu trúc khác với morphine hay meperidine. Liều thường dùng cho người lớn là 50-100 microgram. Sau khi tiêm mạch, thuốc bắt đầu có tác dụng và phát huy tác dụng ức chế hô hấp tối đa trong vòng 5-10 phút, và kéo dài 30 - 60 phút. Sau tiêm bắp, thuốc bắt đầu phát huy tác dụng trong vòng 7-15 phút và kéo dài đến 2 giờ. Fentanyl không bao giờ dùng cho bệnh nhân đang dùng thuốc IMAO vì sẽ tăng nguy cơ ức chế hô hấp và hôn mê.

Câu hỏi III 4. Tất cả mọi điều sau về Naloxon (NARCAN) đều đúng, NGOẠI TRỪ

- A. Đảo ngược lại tất cả tác dụng và tác dụng phụ của MORPHINE bao gồm gây ngủ, ức chế hô hấp, gây ngưng thở và giảm đau.
- B. Cách sử dụng chuẩn là pha loãng ống NARCAN 0,4mg hay 1ml trong 10 ml dung dịch để có dung dịch nồng độ 0,04mg/ml.
- C. Để đảo ngược tác dụng ức chế hô hấp gây ngưng thở của MORPHINE cần phải tiêm mạch 1 ml dung dịch pha loãng (0,4 mg) mỗi 2- 4 phút cho đến khi bệnh nhân tỉnh lại.
- D. Trong trại bệnh hoặc trong đơn vị hồi sức tích cực, tốt nhất là tiêm ngay lập tức cả ống NARCAN 0,4 mg nếu bệnh nhân bị ức chế hô hấp nặng nề và nếu không có người đặt nội khí quản .
- E. Không nên tiêm hơn 5 ml vì sợ nguy cơ hội chứng cai thuốc phiện .

Trả lời III.4 : E

Naloxone là chất đối kháng thuốc phiện thuần túy có thể đảo ngược được các tác dụng chính và phụ của thuốc phiện . Thực ra không nên dùng hơn 10 mg NALOXONE vì có thể làm tăng cường hoạt động thần kinh giao cảm do việc cắt đi đột ngột tác dụng giảm đau. Và hậu quả là bệnh nhân có thể bị tăng huyết áp, loạn nhịp tim và phù phổi cấp.

Trong trường hợp mê ngủ do benzodiazepines, nên dùng thuốc đối kháng benzodiazepines là FLUMAZENIL (0,2 mg tiêm mạch trong 15 giây sau đó lặp lại mỗi phút cho đến liều tối đa là 1 mg). Liều thấp FLUMAZENIL có thể đảo ngược được hoàn toàn tác dụng gây ngủ của Benzodiazepine trong vòng 2 phút, còn liều FLUMAZENIL cao hơn để đảo ngược lại được tác dụng làm giảm lo âu của benzodiazepines.

Tác dụng phụ của FLUMAZENIL bao gồm buồn nôn, ói mửa, run rẩy, co giật, chảy nước mắt và chóng mặt . Ngược với NALOXON, thuốc FLUMAZENIL không gây rối loạn về huyết động.

Câu hỏi III. 5 Nội soi phế quản được thực hiện ở một bệnh nhân ho và xẹp 1 bên phổi bán phần . Theo hình nội soi dưới đây , trình tự của thủ thuật nội soi phế quản nên là

- A. Kiểm tra cây phế quản bên trái sau đó quan sát và sinh thiết tổn thương bên phải
- B. Quan sát và sinh thiết tổn thương bên phải sau đó kiểm tra cây phế quản bên trái
- C. Kiểm tra cây phế quản bên phải sau đó quan sát và sinh thiết tổn thương bên trái
- D. Quan sát và sinh thiết tổn thương bên trái sau đó kiểm tra cây phế quản bên phải



Trả lời III. 5: A

Tổn thương được ghi nhận ở phế quản góc bên phải. Ở đây chúng ta có thể nhìn rõ vòng sụn khí quản nằm phía trước và màng sau khí quản. Nên cẩn thận kiểm tra cây phế quản bên trái trước khi làm bất cứ điều gì phía bên phải. Bằng cách này, đường thở bên trái giả định là bình thường sẽ được kiểm tra và hút sạch đàm nhớt. Nếu lỡ sau khi sinh thiết tổn thương bên phải có gây chảy máu thì lúc đó bác sĩ nội soi đã chắc chắn rằng đường thở bên trái bình thường, có thể đảm đương tốt nhiệm vụ hô hấp và không có bất thường nào ở bên trái có thể ảnh hưởng đến việc chăm sóc bệnh nhân.



Phải

Trái

Câu hỏi III. 6 : Trong khi đặt nội khí quản qua ống nội soi mềm, đột nhiên bạn không thể đẩy ống nội soi vào tiếp. Cho dù bạn thấy rõ hai dây thanh nhưng vẫn không thể đẩy thêm ống nội khí quản vào trong. Chuyện gì đã xảy ra vậy và bạn nên làm gì tiếp ?

- A. Phần di động gấp góc của ống nội soi gãy. Rút ống nội soi ra khỏi ống nội khí quản
- B. Đầu ống nội soi vô tình lọt qua lỗ Murphy của ống nội khí quản. Rút ống nội soi và ống nội khí quản cùng lúc
- C. Lớp vỏ polyurethane của ống nội soi bị tuột ra và lồng vào nhau, gây nghẹt lòng ống nội khí quản. Rút ống nội soi ra khỏi ống nội khí quản.
- D. Đầu ống nội soi gấp quá mức và ống nội khí quản bị kẹt lại ở nếp nhăn – nắp thanh môn . Rút ống nội khí quản ra một chút.

Trả lời III. 6: B

Tất cả các trường hợp trên đều có thể gặp trong quá trình đặt nội khí quản qua ống nội soi. Khôn ngoan nhất là rút cả ống nội khí quản và ống nội soi ra cùng 1 lúc.

Nếu chỉ rút 1 trong 2 thứ ra sẽ có nguy cơ làm hỏng ống nội soi mà không giải quyết được vấn đề.

Trước khi đặt nội khí quản qua ống nội soi, nên luồn ống nội soi qua ống nội khí quản dưới sự quan sát trực tiếp bằng mắt, chú ý đến mốc cảnh quang trên ống nội khí quản cũng như lỗ Murphy và hướng của đầu xa ống nội khí quản. Nhiều chuyên gia tin rằng ống nội soi nên luồn hoàn toàn qua ống nội khí quản cho đến khi ống nội soi được đặt qua khỏi dây thanh. Sau đó ống nội khí quản luồn vào khí quản bằng kỹ thuật Seldinger.

Các chuyên gia khác cho rằng trong 1 vài trường hợp, như là có tắc nghẽn hạ thanh môn, phù thanh quản, u, máu hay dịch tiết, có thể nên để đầu ống nội soi nằm trong ống nội khí quản. Sau đó, cả ống nội soi và ống nội khí quản đi qua 2 dây thanh cùng một lúc. Trong trường hợp tắc nghẽn khí quản nặng, kỹ thuật này giúp tránh được việc nong mũi mạnh chỗ tắc nghẽn khí quản vì nhà nội soi có thể thấy và cảm giác được khi ống nội soi đi vào vùng tắc nghẽn.

Các kỹ thuật trên nên được thực tập trên các mô hình. Nhà nội soi nên sử dụng kỹ thuật họ có kinh nghiệm nhiều nhất, và luôn luôn chọn kỹ thuật an toàn nhất dựa trên bệnh cảnh nền và tình trạng thông khí của bệnh nhân.



Câu hỏi III. 7 Glutaraldehyde thường được dùng để sát khuẩn ống nội soi. Những tác dụng phụ kể sau đây đều có thể xảy ra đối với người tiếp xúc với chất trên, ngoại trừ :

- A. Đau đầu.
- B. Viêm kết mạc.
- C. Viêm da.
- D. Triệu chứng giống hen.
- E. Tiêu chảy.

Trả lời III. 7 : E

Tiếp xúc với Glutaraldehyde có thể gây kích thích mũi và tất cả các triệu chứng khác nêu trên ngoại trừ tiêu chảy. Như vậy phải đặc biệt lưu ý thông khí tốt khu vực rửa ống nội soi phế quản. Máy rửa và sát khuẩn tự động giúp giảm nhẹ công việc sát khuẩn bằng tay rất mất thời gian. Tuy nhiên máy móc không thể thay thế cho việc lau rửa bằng tay hết sức cần thiết trước và thường là sau khi sát khuẩn bằng máy. Những đợt bùng phát nhiễm trùng đặc biệt với nhiều tác nhân khác nhau và kể cả nhiễm trùng chéo xảy ra giữa các ống soi phế quản và giữa những bệnh nhân đã được báo cáo.

Ví dụ, nhiều tác nhân gây bệnh được tìm thấy trong nước súc rửa của máy sát khuẩn. Những sai lầm cơ bản trong việc sát khuẩn và làm sạch xảy ra thường xuyên ở nhiều cơ sở. Có sự khác biệt khá lớn trong qui trình sát trùng, làm sạch, sát khuẩn và bảo quản ống soi phế quản trong phạm vi một bệnh viện, giữa các bệnh viện.

Hợp tác chặt chẽ giữa chuyên gia về bệnh nhiễm khuẩn (chuyên gia về dịch tễ học trong bệnh viện), chuyên gia soi phế quản, điều dưỡng mang lại nhiều lợi ích. Học tập qui trình và kỹ thuật khử trùng và làm sạch có thể giúp cho nhà nội soi phế quản tương lai có thể đưa ra được các nguyên tắc và qui định về chống nhiễm khuẩn phù hợp trong bệnh viện của họ sau này.

Câu hỏi III. 8 Tất cả những điều dưới đây về làm sạch và sát khuẩn ống nội soi phế quản đều đúng, ngoại trừ :

- A. Sát khuẩn mạnh bằng Glutaraldehyde 2% trong 45 phút làm bất hoạt tất cả nấm, virus, và những tác nhân thực vật.
- B. Sát khuẩn mạnh bằng Glutaraldehyde 2% trong 45 phút sẽ không làm bất hoạt được tất cả bào tử vi khuẩn.
- C. Ống nội soi phế quản video có con chip điện tử ở đầu xa dễ bị hỏng do Glutaraldehyde hơn ống soi mềm.
- D. Test lỗ dò dương tính cho thấy đã có rách vỏ bao polyurethane ở đầu gần hoặc rách vỏ bao cao su ở đầu xa của ống soi, hoặc rách toàn bộ kênh thủ thuật của ống soi mềm.

Trả lời III. 8 : C

Ống nội soi phế quản video có thể bị hỏng vì Glutaraldehyde giống như là ống soi mềm. Con chip CCD (charged coupled device) là một cảm biến hình ảnh ở trạng thái rắn. Cảm biến này giúp tạo ra độ phân giải hình ảnh cao hơn hệ thống cáp quang mềm đơn thuần. Bó cáp quang vẫn còn trong ống dẫn sáng và ống chung. Để bất hoạt tất cả nấm, virus và những tác nhân thực vật và khoảng 95% mầm vi khuẩn cần ngâm 45 phút trong glutaraldehyde để đạt mức sát khuẩn mạnh. Để tẩy sạch toàn bộ Mycobacteria, cần ngâm ống soi trong dung dịch Glutaraldehyde 45 phút.

10 phút ngâm trong dung dịch Glutaraldehyde diệt khoảng 99.8% Mycobacteria. Vì vậy trong thực tế nhiều cơ sở sử dụng cách này để ống soi được quay vòng nhanh hơn. Những chất sát khuẩn có hoá chất là Glutaraldehyde như Cidex hay Sporicillin có thể làm mòn chất thép của ống soi phế quản nếu ngâm > 24h. Dung dịch hoá chất có thể gây độc cho người tiếp xúc.

Câu hỏi III.9: Khi soi huỳnh quang, tia X xuyên qua bệnh nhân và rơi xuống bộ phận dò hình ảnh hay màng huỳnh quang, gọi là

- A. Phóng xạ phân tán.
- B. Phóng xạ tàn dư.
- C. Phóng xạ sơ cấp.

Trả lời III.9: B

Phóng xạ sơ cấp là những hạt photon phát ra từ ống tia X, trong khi tia X phân tán là những hạt photon tạo ra khi photon sơ cấp va chạm với electron trong vật chất.

Bạn có nghĩ là những thông tin này chẳng liên quan gì? Tại Mỹ, nhiều tiểu bang hoặc viện yêu cầu phải có chứng nhận (đã học hoặc đã đậu kỳ thi đặc biệt) để được sử dụng máy huỳnh quang.

Câu hỏi III.10: Khi sử dụng huỳnh quang, phân tán phóng xạ tăng khi:

- A. Giảm điện áp liên quan. (k Vp)
- B. Độ dài bước sóng giảm.
- C. Mật độ mô giảm.
- D. Tăng độ dày mô

Trả lời III.10: D

Phân tán, hay còn gọi là phân tán Compton, là sự ion hoá mô không hữu ích gây ra bởi sự bắn tia X. Phân tán xảy ra khi photon tia X có năng lượng cao va chạm với một electron và bị lệch khỏi quỹ đạo của nó. Có thể gây ra điều này bằng cách tăng điện áp hoặc giảm bước sóng, và khi độ dày mô thay đổi và mật độ mô tăng. Photon của tia X sẽ di chuyển theo hướng khác nhưng với năng lượng thấp hơn.

Gia tăng phân tán sẽ làm giảm chất lượng hình ảnh của huỳnh quang, và giảm độ tương phản của hình trên monitor vì làm gia tăng cái gọi là “đốm lượng tử”. Đốm lượng tử sẽ giống như những “con kiến đang bò” trên màn hình. Điều này là do không đủ số photon và có thể hạn chế bằng cách tăng miliampere, tức là tăng dòng điện ở cực dương.

Câu hỏi III.11: Những gợi ý nào dưới đây khiến bạn thận trọng trong chỉ định nội soi phế quản (NSPQ) tại ICU của bệnh viện bạn?

- A. NSPQ thường được chỉ định trên bệnh nhân nặng có tăng tiết đàm nhớt đặc nhiều và tăng áp lực đường thở khi đang thở máy.
- B. NSPQ thường được chỉ định trên những bệnh nhân nặng không có bằng chứng X quang xẹp phổi và không giúp thay đổi chế độ điều trị.
- C. NSPQ thường được chỉ định trên những bệnh nhân nặng đột ngột ho ra máu.
- D. NSPQ thường được chỉ định trên những bệnh nhân nặng có thâm nhiễm mới hoặc thâm nhiễm tồn tại dai dẳng trên xquang phổi dù đã sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm.

Trả lời III. 11: B

NSPQ thường được thực hiện ở những bệnh nặng nguy ngập. Ví dụ, có chỉ định trên bệnh nhân tăng tiết và không thể làm sạch bằng hút đàm thường quy, thiếu oxy máu dai dẳng hoặc cấp tính không giải thích được, thất bại trong cai máy thở không giải thích được, ho ra máu mới xuất hiện, thâm nhiễm phổi nghi ngờ nhiễm trùng mà quá trình nội soi phế quản có thể làm thay đổi điều trị, và xẹp phổi trên X quang dai dẳng hoặc có ảnh hưởng huyết động không đáp ứng với vật lý trị liệu hoặc hút đàm.

Dường như một số thủ thuật nội soi được thực hiện khi không có bằng chứng rõ ràng của bất thường trên X quang, không có bằng chứng rõ ràng tổn thương quá trình oxy hoá máu hay thông khí, khó khăn trong kiểm soát tình trạng tăng tiết, nên xem xét cẩn thận chỉ định nội soi phế quản để đảm bảo rằng thủ thuật này được thực hiện trong những tình huống phù hợp.

Dĩ nhiên là quyết định NSPQ có thể dựa trên đánh giá chủ quan về tình trạng bệnh hơn là dữ liệu khách quan. Và điều này là lý do khiến cho việc nội soi phế quản trong khoa ICU dễ dàng bị lạm dụng. Việc thực hành cũng có thể thay đổi tùy theo phương tiện, đội ngũ sẵn có và cả sự ưa thích của bác sỹ có liên quan.

Câu hỏi III.12: Loại dụng cụ đường thở miệng nào sau đây có thể cho thấy rõ thanh quản và dây thanh, cho dù được đặt quá sâu:

- A. Dụng cụ đường thở hầu họng Berman.
- B. Dụng cụ đường thở Williams.
- C. Dụng cụ đường thở Ovassapian.

Trả lời III.12:C

Dụng cụ đường thở miệng giúp cho người nội soi giữ ống nội soi mềm ở đường giữa, bộc lộ các cấu trúc thanh quản và giúp mở hầu họng. Đường thở bằng sợi quang học Ovassapian giúp mở khoảng không gian trong miệng và hầu họng và ngăn ngừa bệnh nhân cắn ống soi mềm. Có thể rút dụng cụ đường thở ra mà không cần tháo đầu nối với ống nội khí quản. Nửa đầu xa rộng hơn của dụng cụ đường thở ngăn lưỡi và mô mềm của thành trước hầu họng tuột ra sau và chắn tầm nhìn thanh môn. Nửa đầu gần có một đôi thành dẫn có chỗ cho ống nội soi và ống nội khí quản. Dụng cụ đường thở này có thể chứa ống nội khí quản có đường kính trong lên đến 9mm.

Dụng cụ đường thở Berman cũng được khuyến dùng cho đặt nội khí quản qua nội soi, nhưng độ dài và dạng hình ống gây khó khăn khi thao tác với ống soi mềm khi đã đưa được ống vào. Nếu đầu xa của dụng cụ đường thở này không được đặt vào đúng hướng của khe thanh môn, cần phải rút nhẹ dụng cụ đường thở này ra để bộc lộ dây thanh.

Dụng cụ đường thở Williams được thiết kế để đặt nội khí quản mù qua miệng. Nửa đầu xa có mặt lưỡi mềm, sẽ làm cho khả năng thao tác qua bên và trước sau của ống soi khó khăn. Để rút dụng cụ Williams sau khi đặt, cần phải rút đầu nối ống nội khí quản trước khi đặt ống.



Câu hỏi III.13: Bạn chuẩn bị mô tả sự bất thường khí quản cho bác sĩ phẫu thuật.

Điều nào sau đây có thể được cô ta quan tâm nhất:

- A. Khoảng cách từ carina đến chỗ bất thường
- B. Khí quản bất thường đó có nền rộng hay hẹp
- C. Vị trí của chỗ bất thường đó như thế nào so với thành phế quản

- D. Kích thước của bất thường (kích thước, đường kính, độ tắt nghẽn đường thở)
- E. Khoảng cách của chỗ bất thường tính từ bờ dưới của dây thanh âm

Trả lời III.13: E

À, có lẽ bạn đã nghĩ đến điều này. Thật ra, tất cả các vấn đề trên đều nên được mô tả rõ khi xem xét sự thương tổn khí quản để điều trị phẫu thuật. Lý do câu trả lời ghi ra là E bởi vì khoảng cách từ bờ dưới của dây thanh âm trong nhiều trường hợp có thể là yếu tố quyết định trong việc đánh giá độ phức tạp của việc phẫu thuật cắt bỏ.

Dĩ nhiên các thành phần khác của bất thường khí quản cũng nên được mô tả là chiều dài của chỗ co hẹp tính theo centimét và số lượng các vòng sụn có liên quan, sự mật độ (rắn chắc, đàn hồi, mềm), diện mạo (chói sáng, có mạch), tình trạng (mủn bờ, đang chảy máu, đầy mủ), màu sắc (trắng, đỏ, xám, vàng), hình dạng (đều, vòng tròn, không đều, hình thoi, phồng lên), tính động (di động khi thở hay ho, dạng van hình quả bóng, không di động), mức độ tổn thương của thành khí đạo, sự bất thường của thành khí đạo kết hợp (chứng nhuyễn sụn, sự hủy hoại của sụn, dị vật). Rất nên quay phim lại quá trình soi để các đồng nghiệp phẫu thuật xem lại.

Câu hỏi III.14: Một bệnh nhân 76 tuổi bị ho mạn tính, nuốt khó và mới xuất hiện giọng khàn được gửi làm nội soi. Bệnh nhân được tiêm mạch 1mg Midazolam và vùng hầu họng và thanh quản được gây tê rất nhiều. Các dây thanh âm hoạt động bình thường nhưng quan sát được một tổn thương mật độ chắc, giống adenoid cyst carcinoma gây bít tắc 20% dưới thanh môn. Vì tổn thương gần dây thanh nên không sinh thiết. Khoảng một giờ sau thủ thuật, bệnh nhân bắt đầu tím môi. Độ bão hòa oxy động mạch giảm từ 98% còn 88% dù đã được cho thở oxy. Bệnh nhân bắt đầu lo lắng và vật vã ở khu vực hồi sức. Nhịp tim khi nghỉ ngơi tăng từ 110 lên 150. Nguyên nhân thường gặp nhất, gây ra triệu chứng ở bệnh nhân là:

- A. Xịt cetacaine gây ra methemoglobin.
- B. Co thắt thanh quản gây ra do thủ thuật.
- C. Ngộ độc tetracaine.
- D. Nhồi máu cơ tim do thiếu oxy mô kéo dài.
- E. Ngộ độc Lidocaine.

Trả lời III.14 : A

Methemoglobin có thể tạo ra do tiếp xúc với Benzocaine, một loại thuốc tê tại chỗ họ Esther có trong Cetacaine và Hurricane, hai loại thuốc tê xịt thường được sử dụng để tê tại chỗ vùng hầu họng. Người già và trẻ em có nguy cơ cao nhất. Cần nghi ngờ khi bệnh nhân bắt đầu tím tái ở da, môi và niêm mạc. Chẩn đoán xác định bằng Co-oxymetry. Khi methemoglobin tăng lên đến 20%, độ bão hòa oxy giảm bằng phân nửa phần trăm methemoglobin. Bệnh nhân sẽ xuất hiện thiếu máu chức năng và sắt trong heme của hemoglobin không thể gắn với oxy. Điều trị bằng tiêm mạch 1-2mg/kg xanh Methylene.

Co thắt thanh quản đột ngột có thể gây khó khè và suy hô hấp.

Tetracaine, một thuốc gây tê tại chỗ tác dụng kéo dài và mạnh, cũng là một thành phần của thuốc xịt Cetacaine (2% Tetracaine, 14% Benzocaine, 2% butyl ester of *paraaminobenzoic acid*). Tetracaine là một dẫn xuất của *paraaminobenzoic acid*, do đó

có thể gây dị ứng. Tính hấp thu nhanh và thời gian tác dụng kéo dài so với Lidocaine là một trong những nguyên nhân gây ra khoảng an toàn hẹp khi dùng để nội soi phế quản.

Tác dụng toàn thân bao gồm co giật và đột tử. Các triệu chứng khác bao gồm bồn chồn, tê vùng quanh miệng và môi, co giật tonic-clonic, hạ huyết áp, và ngưng thở.

Lidocaine là một thuốc gây tê tại chỗ yếu hơn và tác dụng ngắn hơn Tetracaine. Có nhiều dạng trình bày từ 0.5% đến 4%. Dung dịch 4% có thể làm tê tại chỗ trong vòng 15 phút. Dung dịch 10% dùng để xịt miệng và mũi họng. Mỗi nhát xịt sẽ có 0.1ml (10mg) Lidocaine. Dạng gel 2.5% và 5% thường được dùng để gây tê phần mũi cho bệnh nhân. Nồng độ đỉnh sẽ đạt được trong vòng 30 phút khi dùng trong đường thở.

Nồng độ tối đa của Lidocaine được khuyến dùng là 300mg cho người lớn. Nồng độ trong máu có liên quan trực tiếp đến tổng liều sử dụng chứ không phải là nồng độ của dung dịch sử dụng. Khi dùng Lidocaine xịt, sự hấp thu sẽ chậm hơn khi sử dụng bằng phun khí dung bằng siêu âm. Hơn nữa, khi nuốt vào, Lidocaine ít bị hấp thụ vào máu hơn khi ở niêm mạc của đường hô hấp trên và dưới.

Vì Lidocaine được chuyển hóa tại gan, bệnh nhân có rối loạn chức năng gan hoặc giảm cung lượng tim sẽ có nồng độ Lidocaine trong huyết tương cao. Tác dụng phụ bao gồm kích động, bồn chồn, châm chích môi, nói khó và run. Với nồng độ cao hơn, sẽ xuất hiện co giật và ức chế hô hấp tuần hoàn, bao gồm chậm nhịp tim, hạ huyết áp và ngưng tim.

Câu hỏi III. 15 Nhuyễn khí quản được định nghĩa là tình trạng mất các sợi đàn hồi dọc của màng sau khí quản có hoặc không kèm tổn thương hay hư hại sụn khí quản làm cho mất độ cứng và gây xẹp khí quản. Trong quá trình thăm khám đường thở, sẽ thấy được :

- A. Xẹp khí quản đoạn ngực bị nhuyễn trong thì thở ra và /hoặc xẹp khí quản đoạn cổ bị nhuyễn trong thì hít vào
- B. Xẹp khí quản đoạn ngực bị nhuyễn trong thì hít vào và /hoặc xẹp khí quản đoạn cổ bị nhuyễn trong thì thở ra
- C. Xẹp khí quản đoạn ngực bị nhuyễn trong thì thở ra và /hoặc xẹp khí quản đoạn cổ bị nhuyễn trong thì thở ra
- D. Xẹp khí quản trong thì hít vào hoặc thì thở ra với sự di chuyển vào trong nhiều của phần màng.



Trả lời III. 15: A

Xẹp đường thở có thể được thấy ở bệnh nhuyễn sụn khí quản cổ khi thành khí quản (đoạn bị mềm) bị hút vào trong bởi áp lực âm bên trong khí quản. Trong thì thở ra, đoạn khí quản ngực nhuyễn bị xẹp khi áp lực trong lồng ngực vượt quá áp lực trong khí quản. Nhuyễn khí quản có thể quan sát thấy trong quá trình nội soi phế quản và chụp CT scan với chùm điện tử (electrom beam CT scan). Biến chứng nhuyễn sụn khí quản có thể xảy ra ở những bệnh nhân bị đặt nội khí quản kéo dài, những bệnh nhân có bệnh sử cắt phổi và thoát vị của phổi còn lại vào vào bên lồng ngực trống (sau cắt phổi), ở những bệnh nhân khó thở, khó khạc đàm, ho mạn tính.

Thông thường, chẩn đoán nhuyễn sụn khí quản được xác định trong lúc quan sát đường thở. Vài chuyên gia cho rằng nên chẩn đoán phân biệt mềm sụn khí quản với xẹp khí quản động mà sự tắc nghẽn đáng kể là do phần màng di chuyển vào bên trong nhưng không có bằng chứng phá hủy phần sụn, mất độ cứng và biến dạng vòng sụn. Để tránh nhầm lẫn hay hiểu sai, người nội soi cần mô tả rõ ràng sự lan rộng, độ nặng, vị trí, và bản chất của tất cả những bất thường quan sát thấy.



Mất sự nâng đỡ ở chỗ nối giữa vòng sụn nằm phía trước và phần màng

Câu hỏi III.16: Chỉ định đặt nội khí quản ngay ở bệnh nhân bị tổn thương do hít, ngoại trừ:

- A. Đặt nội khí quản trước khi đường thở bị phù nề nhiều và suy hô hấp để tránh phải thực hiện thủ thuật cấp cứu, hậu quả đặt nội khí quản có thể rất nặng nề.
- B. Hạn chế lồng ngực do phồng và tắc nghẽn đường thở do phồng chu vi vùng cổ có thể làm giảm lưu lượng thông khí.
- C. Các ghi nhận bất thường đường thở như bỏ hổng, than, hoại tử niêm mạc, phù nề và viêm dưới mức carina xảy ra trước khi có thay đổi khí máu và hình ảnh X quang gợi ý của tổn thương nhu mô.
- D. Tổn thương nhu mô thường xuất hiện trễ.
- E. Phù nề đường thở trên tối đa xuất hiện trong vòng 24 giờ đầu sau chấn thương.

Trả lời III.16: E

Thật ra, phù nề đường thở trên tối đa xuất hiện muộn khoảng 36-48 giờ sau tổn thương. Nếu bệnh nhân được đặt nội khí quản rút nội khí quản thường nên trì hoãn đến khi hết phù nề hoàn toàn. Hai chỉ điểm giúp quyết định thời gian để rút nội khí quản là không còn thấy phù nề, chít hẹp hoặc sưng phù dưới thanh môn khi rút nội khí quản dưới hướng dẫn nội soi, hoặc dò quanh ống nội khí quản.

Khi bệnh nhân bị tổn thương do hít, X quang ngực và khí máu động mạch không có nhiều giá trị cho dự đoán có tổn thương nhu mô hay không. Hơn nữa, các dấu hiệu có thể đến trễ hơn vài giờ, thậm chí vài ngày. Vì những lý do này, những trung tâm phòng, tất cả bệnh nhân bị hít khói phải được nội soi thường quy. Sự xuất hiện của khó thở, khó khè, bất thường thanh quản, viêm khí phế quản, và bất thường về khí máu hoặc X quang hầu như luôn cần phải đặt nội khí quản cho bệnh nhân. Các vấn đề muộn bao gồm tróc mô khí phế quản, giảm chức năng thanh lọc của lớp nhầy lông, nghẹt đàm, xẹp phổi, giảm tổng xuất chất tiết, viêm phổi, phù phổi và hội chứng nguy ngập hô hấp cấp (ARDS).

Câu hỏi III.17: Tất cả các câu sau đều đúng cho tổn thương do hít ở bệnh nhân phòng, ngoại trừ:

- A. Việc sử dụng nội soi chẩn đoán đã làm tăng đáng kể tần suất của tổn thương do hít từ 2 – 15% (dựa vào khai thác bệnh sử, đàm đen, có than, và phỏng vùng mặt) lên đến mức 30%.
- B. Khi có tổn thương do hít, tử vong sẽ tăng cao hơn khi chỉ có phỏng da.
- C. Các phát hiện qua nội soi phế quản phù hợp với tổn thương hít ở bệnh nhân phòng thường là phù nề, viêm đường thở, hoặc chất tiết như than (có sự hiện diện của bồ hóng)
- D. Cây khí phế quản ít khi bị đỏ, chảy máu hoặc loét.
- E. Các sản phẩm dạng khí hoặc dạng hạt của quá trình đốt cháy không hoàn toàn thường có liên quan đến tổn thương khí phế quản do hít khói.

Trả lời III.17: D

Đỏ, xuất huyết, loét thường là dấu hiệu tổn thương nhiệt trực tiếp đến đường hô hấp trên và dưới. Điều này thường xảy ra do hít khí hoặc hơi nóng, nhưng cũng có thể do tổn thương nhiệt trực tiếp trong quá trình cắt đốt điện hoặc cắt laser trong nội soi điều trị. Dù đường thở trên bảo vệ cho đường thở dưới và nhu mô, tiếp xúc với khí nóng có thể làm co thắt thanh quản. Biến chứng ở thanh quản có thể xảy ra cấp tính, nhưng cũng có thể xảy ra vài giờ sau chấn thương. Biến chứng ở thanh quản thường sẽ gây nguy hiểm tính mạng. Phù nề và viêm là bằng chứng của tổn thương đường thở trên và người nội soi phế quản có thể thấy được ngay lập tức.

Sự xuất hiện của chất tiết có than trong hầu họng cũng gợi ý tổn thương đường thở. Tổn thương đường thở dưới thường xảy ra muộn. Nhiều chuyên gia nói rằng “nếu còn nghi ngờ” liệu có tổn thương đường thở trên hoặc dưới, nên đặt nội khí quản sớm hơn là “chờ và xem” điều gì xảy ra. Những lần soi phế quản sau đó có thể đánh giá chắc hơn sự xuất hiện và độ nặng của tổn thương đường thở dưới. Rút nội khí quản cần phải rất cẩn thận vì có nguy cơ bị phù thanh quản và dưới thanh môn kéo dài, cũng như phù nề thanh quản do đặt nội khí quản hoặc để nội khí quản lâu ngày.



Phù nề thanh quản và loét do nhiệt của bệnh nhân bỏng

Câu hỏi hỏi III. 18: Bệnh nhân nam 63 tuổi đến khám vì khó thở đã 3 năm khi gắng sức, Hen đã được chẩn đoán cách 1 năm, Bệnh nhân thỉnh thoảng có sử dụng thuốc dẫn phế quản phun khí dung và corticoids đường uống. Khám lâm sàng có tiếng thở rít nhẹ. Các xét nghiệm sinh hoá bình thường. Xquang và CT scan lồng ngực phát hiện một khối u nội lòng khí quản kích thước 3cm làm hẹp đoạn giữa khí quản chỉ còn 5mm. Không thấy u chèn từ ngoài, không thấy phì đại hạch trung thất. Nội soi phế quản bằng ống soi mềm cho thấy có u nội lòng 3cm ở đoạn giữa khí quản. Đường thở hẹp lại nhưng còn chấp nhận được. Sinh thiết phát hiện ung thư biểu mô tuyến dạng nang (adenoid cystic carcinoma). Bạn sẽ khuyến cáo tiếp theo cần làm :

- A. Gửi khoa xa để xạ trị ngoài.
- B. Gửi khoa ung bướu nội để hóa trị .
- C. Gửi khoa phổi can thiệp để cắt u bằng tia laser YAG.
- D. Gửi khoa phẫu thuật lồng ngực để cắt đoạn khí quản.

Trả lời III. 18 : D

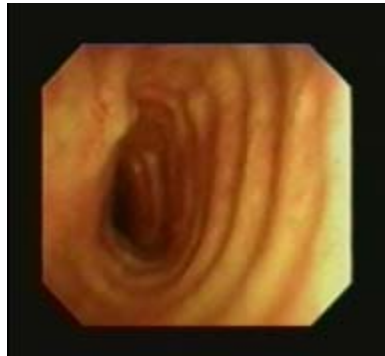
Câu hỏi hỏi lớn đặt ra ở đây là bệnh nhân nên được can thiệp qua nội soi hay can thiệp phẫu thuật ngay. Adenoid cystic carcinoma (trước đây còn được biết đến là cylindroma) chiếm khoảng 0.1% tất cả các ung thư phổi nguyên phát và 10% adenoma phế quản (bao gồm u carcinoid và u nhầy biểu mô). Nếu lâm sàng và huyết động học ổn định, không có chống chỉ định phẫu thuật và sẵn sàng cho việc phẫu thuật , chúng ta nên chuyển bệnh nhân đi cắt đoạn khí quản ít nhất 6 vòng sụn khí quản (2 sụn khí phế quản dài khoảng 1 cm) và nối tận tận khí quản.

Thông thường ở hai mép cắt vẫn còn tồn đọng tế bào ung thư ở dạng vi thể. Do đó nhiều bệnh nhân sau đó cần phải tiếp tục chuyển đi xạ trị ngoài. Dù đã được phẫu thuật cắt bỏ, tái phát xảy ra > 50% bệnh nhân, và di căn xa có thể gặp ở các cơ quan phổi, não , gan, xương và da. Khối u thường phát triển rất chậm. Ngay cả trong những trường hợp tái phát, thời gian sống còn vẫn có thể kéo dài 10-15 năm.

Câu hỏi III.19: Bệnh nhân có bất thường đường thở như trong hình thì nhiều khả năng nhất bị bất thường nào :

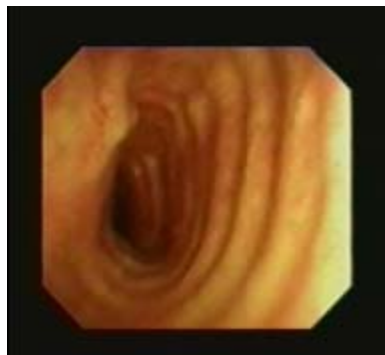
- A. Sarcoidosis.
- B. Viêm đa sụn tái diễn.

- C. U quái và chèn ép khí quản từ bên ngoài.
- D. Có bệnh nền là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- E. Amyloidosis phổi.



Trả lời III.19: D

Trong hình là khí quản dạng vỏ kiế. Khí quản dạng vỏ kiế được định nghĩa là khí quản đoạn trong lồng ngực có đường kính ngang rất hẹp và đường kính dọc rộng. Hình dạng này khác hẳn so với khí quản dạng chữ C, được thấy ở khoảng 49% người lớn bình thường. Dạng vỏ kiế được mô tả ở khoảng 5% nam lớn tuổi. Trong những trường hợp này, ta có thể thấy được vòng sụn khí quản hoá xương. Thông thường thì dạng bao kiế chỉ thấy ở lồng ngực, không bị ở đoạn khí quản cổ. Phần lớn bệnh nhân có khí quản hình vỏ kiế bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, và người ta cho rằng hẹp có liên quan đến ứ khí ở thùy trên bị khí phế thũng, ho kéo dài, và thoái hóa sụn. Khi phát hiện, cần làm tiếp CT scan. Các chẩn đoán phân biệt bao gồm chèn ép từ bên ngoài do khối u trung thất ngoài khí quản, tăng sản sụn xương do bệnh lý khí phế quản, amyloidosis, viêm đa sụn tái diễn, và khí quản hình vỏ kiế ở bệnh nhân gù nặng.



Khí quản hình bao kiế



Khí quản hình chữ C



Khí quản hình móng ngựa

Câu hỏi hỏi III. 20 : Bạn được yêu cầu nội soi cấp cứu cho một bệnh nhân nam, 33 tuổi trong phòng hồi sức tích cực, Bệnh nhân đã được đặt nội khí quản và thở máy tuần vừa qua . Bệnh nhân là nạn nhân của một vụ tai nạn xe gắn máy gây chấn thương đầu kín và bất tỉnh. Chăm sóc hô hấp thấy có vướng ít máu tươi khi hút đàm. Có dịch tiết nước và máu trong ống nội khí quản. Bệnh nhân có huyết động ổn định nhưng bị cao huyết áp. Hình ảnh qua nội soi nào sau đây nhiều khả năng nhất sẽ được thấy trong trường hợp trên?

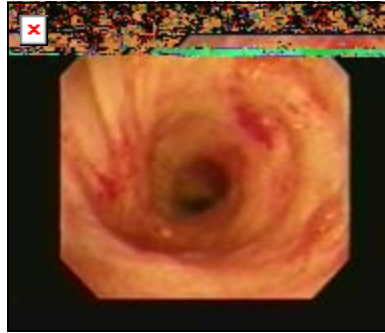
- A. Niêm mạc khí phế quản đỏ rực, có đàm mủ và mô bị tróc .
- B. Sung nề đỏ lan toả đường thở hai bên
- C. Có các mảng trắng nhô lên, bao xung quanh bởi niêm mạc đỏ ở các phế quản xa của thùy dưới .
- D. Phù, đỏ và chấm xuất huyết phế quản gốc phải và carina chính
- E. Phù niêm mạc đường thở và dịch tiết bọt hồng.

Trả lời III. 20 : D

Một nguyên nhân gây xuất huyết đường thở thường gặp trong thông khí nhân tạo là do hút đàm bởi các ống hút cứng. Hình ảnh minh họa dưới đây cho thấy các chấm xuất huyết và sung huyết đỏ do hút đàm mạnh bằng ống hút đầu cứng. Lớp niêm mạc của khí phế quản dễ sưng, đỏ và bầm.

Những nguyên nhân khác gây xuất huyết đường thở phải được loại trừ là viêm phổi hoại tử (A), viêm khí phế quản nặng (B), herpes khí phế quản (C), phù phổi (E), nhiễm mycobacteria, thuyên tắc phổi, bóc tách động mạch phổi do đặt catheter động mạch phổi, loét khí quản do chèn ép bởi bóng nội khí quản, và dò động mạch vô danh vào khí quản.

Dĩ nhiên, chảy máu có thể do các bệnh nền như u hạt Wegener, hội chứng Goodpasture, bệnh lý viêm mạch máu khác , ung thư , và đông máu nội mạch rải rác (DIC)



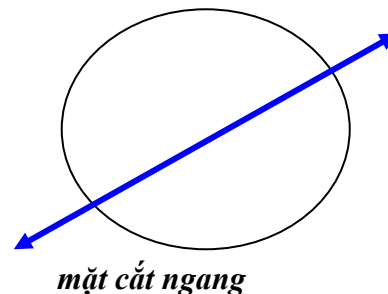
Câu hỏi III.21: Khi nội soi phế quản ở một bệnh nhân có đường thở bình thường, bạn bảo bệnh nhân hít vào, thở ra và ho. Trong các thay đổi về giải phẫu đường thở sau, thay đổi nào là bất thường:

- A. Chiều dài khí quản tăng thêm 20% (khoảng 1.5cm) khi hít vào bình thường.
- B. Đường kính ngang của khí quản giảm đi 10% (khoảng 2mm) khi thở ra bình thường.
- C. Đường kính ngang của khí quản giảm đi 30% khi ho.
- D. Đường kính dọc của khí quản giảm xuống bằng 0 khi ho.
- E. Đường kính dọc của khí quản giảm đi 30% khi thở ra bình thường.

Trả lời III.21: E

Hình cắt ngang của khí quản được diễn tả bằng tỷ lệ giữa đường kính ngang (phân chia khí quản thành 2 phần trước và sau) và dọc (phân chia khí quản thành 2 bên trái và phải). Ở phụ nữ, phế quản thường có hình dạng tròn, trong khi ở nam giới thường có đường kính ngang hẹp hơn và đường kính dọc rộng hơn. Đường kính trong của khí quản thay đổi tùy theo thì hô hấp. Ví dụ như, khi ho, áp lực trong lồng ngực gia tăng và cao hơn áp suất khí quyển. Điều này làm cho lồng khí quản trong lồng ngực bị hẹp lại, trên lâm sàng thấy được qua việc giảm đường kính ngang và dọc.

Sự lõm vào của màng sau có thể dễ dàng giảm đường kính dọc xuống đến 0. Trong quá trình thở ra bình thường, đường kính dọc khí quản không thay đổi nhiều vì áp lực âm trong lồng ngực giúp giữ thông đường thở. Nếu bệnh nhân bị nhuyễn khí quản trong lồng ngực, đường thở sẽ xẹp trong thì thở ra; trong khi nhuyễn khí quản ngoài lồng ngực sẽ gây ra tắc nghẽn không cố định ở thì hít vào, lực đối kháng chính với xẹp khí quản là nhờ nổi phía trên vào sụn nhẫn.



Câu hỏi III.22: Các “thói quen” sau có thể làm cho người nội soi bỏ sót chẩn đoán hoặc gây hại cho bệnh nhân, ngoại trừ:

- A. Đặt một tay dưới cằm và tay kia đẩy phần đầu bệnh nhân xuống khi chuẩn bị đặt ống soi cứng.
- B. Nhanh chóng rút ống soi mềm ra mà không quan sát và không kiểm tra kỹ phần thanh quản dưới thanh môn.
- C. Sử dụng thêm thuốc tê tại chỗ cho bệnh nhân đang ho.
- D. Thực hiện thủ thuật nội soi đường thở theo cùng một trình tự đối với tất cả các bệnh nhân.

Trả lời III.22: D

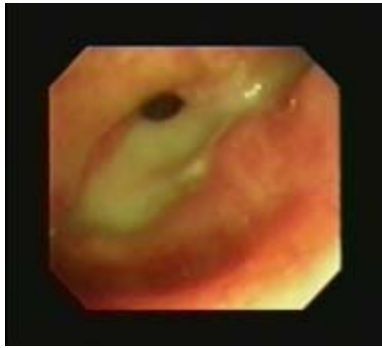
Thực hiện thủ thuật nội soi đường thở theo cùng một trình tự đối với tất cả các bệnh nhân là một thói quen tốt. Nên khảo sát đường thở “bình thường” trước, và khảo sát các bất thường cuối cùng. Người nội soi sẽ không bỏ sót phân thùy nào nếu khảo sát các phân thùy phế quản theo cùng một trình tự. Nhiều nhà nội soi thường soi phế quản thùy trên cuối cùng vì soi các phân thùy này thường khó khăn và có thể gây ho. Nên tránh thói quen đặt một tay dưới cằm và tay kia đẩy phần đầu bệnh nhân xuống khi chuẩn bị đặt ống soi cứng vì có thể làm di lệch móm đội vào hành tủy. Điều này rất nguy hiểm đối với bệnh nhân bị yếu đốt sống C1, ví dụ như bệnh nhân bị chấn thương, bị mòn xương do di căn hoặc do khối u nguyên phát, ở bệnh nhân bị bệnh Paget, bị loãng xương nặng, hoặc bị mềm xương sọ (platybasia).

Không nên rút ống nội soi quá nhanh mà không kịp khảo sát lại đường thở và vùng dưới thanh môn. Đối với học viên, tốt nhất nên học cách giữ ở đường giữa cho tới thanh quản và tới khi lên trên thanh quản. Các bài đã học sẽ rất hữu ích khi một ngày nào đó, bạn phải đối mặt với một ca khó đặt nội khí quản. Ngoài ra, quan sát kỹ sẽ giúp ta phát hiện các bất thường chưa được thấy trong lúc đặt ống soi vào, bao gồm hẹp dưới thanh môn, polyp dây thanh hoặc loét do tiếp xúc, các bất thường nhỏ ở nội phế quản, dò thực quản – khí quản. Sử dụng thêm thuốc gây tê tại chỗ hoặc thuốc an thần vì bệnh nhân ho hoặc lo lắng, kích động có thể làm mất những phản xạ đường thở còn lại của bệnh nhân. Hơn nữa, nó có thể làm nhận biết trễ các vấn đề như phản ứng thuốc, thay đổi tri giác do thiếu oxy mô và gây ra tác dụng phụ do sử dụng quá nhiều thuốc.

Nhiều bệnh nhân có thể được bác sĩ nội soi và phụ tá hết sức tự tin và nhẹ nhàng an ủi và chia sẻ. Tạm ngưng thủ thuật cho đến khi bệnh nhân ổn lại có thể là giải pháp tốt nhất. Kỹ thuật nội soi không thích hợp như liên tục nhấn ống soi vào thành phế quản, hút liên tục và cố gắng đưa ống soi vào phế quản thùy trên nhiều lần không thành công thường là nguyên nhân làm bệnh nhân khó chịu.

Câu hỏi III.23: Chất tiết đường thở trong hình nên được mô tả như sau:

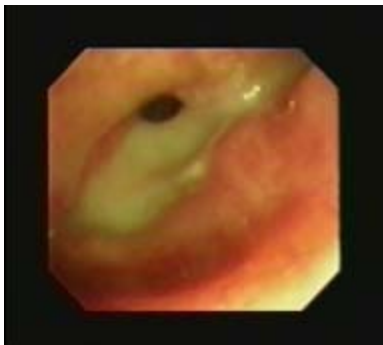
- A. Trong
- B. Nhờn
- C. Nhầy
- D. Mủ



Trả lời III.23: D

Mủ thường màu vàng, xanh, trắng hoặc nâu xanh. Chất tiết có thể xám, vướng máu, có máu hoặc màu đen. Về các chất tiết, có thể dùng các từ mô tả như trong, màu sữa, loãng, đặc, dai, ít, nhiều. Tính nhờn có nghĩa là mang tính sệt, nghĩa là đặc tính của một vật thể mà dòng chảy có thể xuất hiện trong đó. Thuật ngữ này không thích hợp để dùng trong bảng báo cáo nội soi.

Màng nhầy dùng để chỉ một nhóm glycoprotein, giống như chất tiết bình thường ở giác mạc và nang. Đây là thuật ngữ mô tả thường được dùng trong báo cáo nội soi. Hầu hết người đọc sẽ hiểu nó mô tả chất tiết đặc, dai nhưng trong.



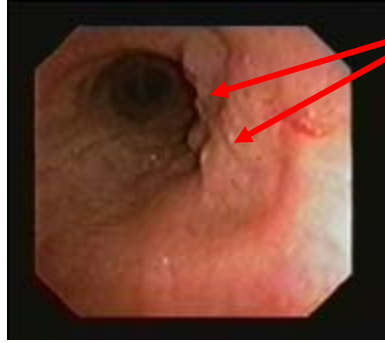
Mủ xanh dính



trắng sữa

Câu hỏi III.24: Hãy mô tả hình dạng của niêm mạc phế quản ở thành bên của phế quản trong hình sau:

- A. Nhợt nhạt, nhô lên và có mô hạt.
- B. Đỏ và dày.
- C. Đỏ, bóng và sung huyết.
- D. Sung đỏ và dày.



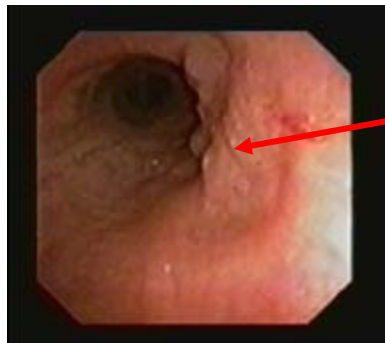
Trả lời III.24: A

Niêm mạc của thành bên của phế quản này nhạt, nhô lên và có mô hạt. Rất khó để có thuật ngữ quốc tế cho việc mô tả các thay đổi ở niêm mạc. Quan trọng là ta phải có cách sử dụng từ vựng mô tả các bất thường đường thở một cách chính xác, đơn giản và nhất quán. Là người điều khiển, bạn phải nhất quán trong cách mô tả các bất thường. Nên tránh hiểu sai nghĩa. Nên đính kèm hình ảnh trong bảng báo cáo nội soi nếu có thể.

Dùng từ đơn giản. Phải mô tả vị trí, kích thước và độ lan rộng của mỗi bất thường. Nên đánh giá tác động của nó lên khẩu kính đường thở và mức độ hẹp đường thở. Có thể mô tả bề mặt và độ bờ (mô hạt, giống như sáp, bóng, dày, phù nề) cũng như các tính chất đi kèm (xếp động học, tổn thương sụn, thâm nhiễm lan toả, lan rộng hay khu trú, chèn ép từ ngoài).

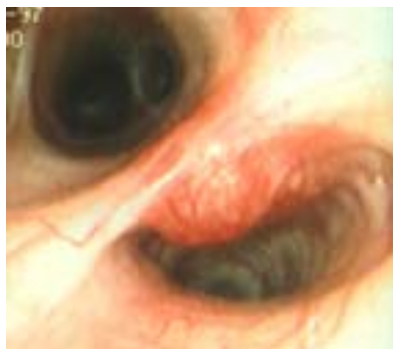
Tổn thương có thể được mô tả là trong lòng (dạng nốt, polype, dạng màng) hoặc từ bên ngoài. Mô tả màu sắc cũng quan trọng (nhạt, sậm, nâu đen, trắng, vàng, hơi xanh, đỏ, hơi tím).

Đường thở có thể viêm, phù nề hoặc sung huyết, ... nhưng có phải “viêm” cũng đã bao gồm phù nề và sung huyết? Bảng báo cáo nội soi nên kể một câu chuyện mà mọi người đều có thể đọc và hiểu theo cùng một cách. Các phần của phế quản nên được đánh số và định danh. Nên định danh hạch lympho được lấy mẫu theo các phân loại hạch được chấp nhận rộng rãi của ATS hoặc theo cách phân độ theo nội soi, ít được sử dụng hơn. Điều này thật sự chẳng dễ dàng.



Câu hỏi III.25: Bất thường đường thở ở hình dưới đây được diễn tả thế nào:

- A. Dạng polype.
- B. Dạng nốt xâm lấn
- C. Xâm lấn bề mặt
- D. U tân sinh nội biểu mô



Trả lời III.25: B

Phân độ các bất thường qua nội soi theo Hội Ung Thư Phổi Nhật Bản được chấp nhận nhưng ít khi được sử dụng. Theo phân độ này, các bất thường phát hiện qua nội soi được mô tả là thuộc niêm mạc hay dưới niêm mạc. Ung thư giai đoạn sớm là các thay đổi trên mô bệnh học của niêm mạc. Khối u dạng polype được mô tả là khối u chỉ gắn vào thành phế quản ở chân khối u: một tổn thương điển hình nhô vào lòng đường thở và di động theo hô hấp.

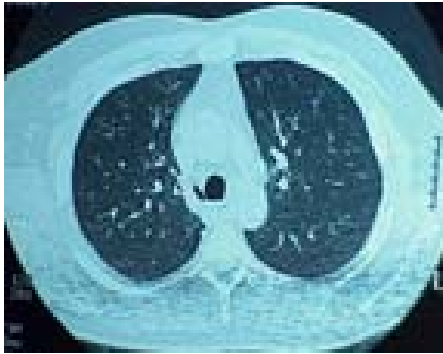
Khối u dạng nốt có hình dạng giống ngọn đồi và cũng nhô vào lòng phế quản. Bề mặt của khối u dạng nốt hoặc dạng polype có thể dạng mô hạt, có nhiều mao mạch, hoặc được bao phủ bởi các mô hoại tử.



Tổn thương nốt đáy rộng

Câu hỏi III.26: Bất thường của phế quản trong hình sau là:

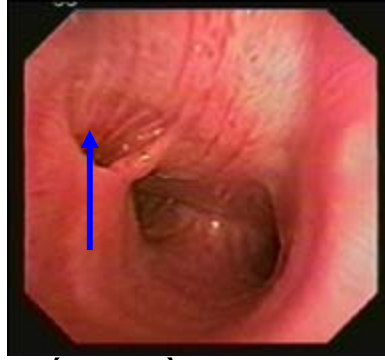
- A. Nhánh dưới đỉnh của phế quản thùy dưới phải.
- B. Một phế quản đóng ở khí quản, xuất phát từ thành phải của khí quản và đi xuống dưới và ra bên ngoài.
- C. Một phế quản phân thùy phụ của phân thùy trên phải.

**Trả lời III.26: B**

Phế quản đóng ở khí quản, còn được gọi là “phế quản heo” vì thường xuất hiện ở heo, là một biến dạng được tạo ra trong quá trình phát triển của phế quản thay thế cho phế quản thùy trên, trong trường hợp này là phế quản thùy trên phải. Ở người, phế quản đóng ở khí quản thường xuất hiện bên phải nhiều hơn bên trái 7 lần. Khi nó xuất hiện ở phía bên trái, thường đi kèm với các bất thường bẩm sinh khác.

Phế quản đóng ở khí quản có thể xuất hiện đến khoảng 1%, dù rằng hầu hết các tác giả cho rằng tần suất là 0.25%. Nó có thể có ở cả voi, hươu cao cổ, cừu, dê và lạc đà. Ở người, thường được phát hiện tình cờ qua nội soi phế quản, chụp Xquang phổi hoặc chụp CT scan. Khi lỗ của phế quản đóng ở khí quản tương đối nằm ngang thì thường có các đợt hít sặc, ho, viêm phế quản hoặc viêm phổi tái diễn, tái phát có thể xảy ra.

Phế quản đóng ở khí quản có nhiều loại. Loại sơ cấp là một túi cùng. Có loại phế quản “lệch chỗ”, loại thường gặp nhất, chia vào phân thùy đỉnh của thùy trên phổi phải. Trong trường hợp này, phế quản phân thùy của thùy này không có ở vị trí thường gặp của phế quản thùy trên phải. Phế quản thừa chia vào thùy trên phải cùng với phế quản trên phải thường. Cuối cùng là loại phế quản đóng ở khí quản trên phải, có ba nhánh phân thùy, xuất phát trên carina, nhưng không có phế quản thùy trên phải ở dưới chỗ chia đôi khí quản.



***Phế quản nằm trên carina 2 cm
dọc thành phải khí quản (tracheal bronchus)***

Câu hỏi III.27: Các kích thước đường thở sau đây ở người lớn là đúng, ngoại trừ:

- A. Phế quản phân thùy dưới trái phía sau nơi bắt đầu của phân nhánh trên thường dài khoảng 1cm trước khi tạo thành các phế quản phân thùy đáy .
- B. Chiều dài của khí quản (tính từ sụn nhẫn đến carina) dài từ 9 đến 15cm.
- C. Đường kính trong của khí quản là từ 1.2cm đến 2.4cm.
- D. Phế quản phân thùy trên phải thường nằm 1.5 – 2.0cm dưới carina.
- E. Chiều dài của phế quản phân thùy giữa thường nằm 2-4cm dưới gốc phế quản phân thùy trên phải.

Trả lời III.27: E

Phế quản trung gian của cây phế quản phải thường ngắn, kéo dài từ 1.0 – 2.5cm cho đến khi thành trước phân thành phế quản thùy giữa, thành sau phân thành phế quản thùy dưới phải. Phế quản trung gian bị ngắn lại thường do giảm thể tích phổi, gây ra bởi tràn dịch màng phổi, xơ phổi do tia xạ, vòng hoành phải nâng cao, hoặc do bị kéo, vặn xoắn bởi xơ sẹo thùy trên phổi phải.



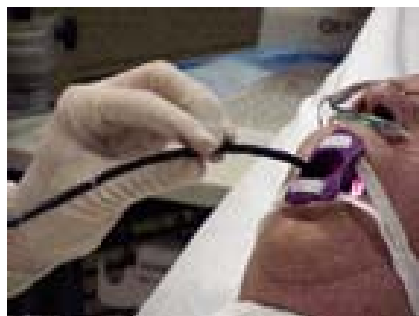
Câu hỏi III.28: Tất cả hành động sau có thể làm hỏng ống nội soi mềm, ngoại trừ:

- A. Sinh thiết bằng kèm ở phân thùy đỉnh của thùy trên phải.
- B. Rửa phế quản phế nang ở thùy lưỡi.
- C. Nội soi phế quản qua ống nội khí quản ở bệnh nhân đang thở máy.
- D. Chọc hút bằng kim xuyên carina.
- E. Chải phế quản phân thùy đáy thùy dưới phải bằng catheter.

Trả lời III.28: B

Rửa phế quản phế nang thường không gây hại đến ống nội soi. Ngược lại, đưa kèm, kim hoặc ngay cả catheter qua kênh sinh thiết của ống nội soi có thể làm hư ống. Nguy cơ làm hỏng ống tăng lên khi ta cố dùng lực để đưa thiết bị qua một đoạn gấp khúc khi ống nội soi đi vào phân thùy đỉnh của phế quản thùy trên. Trong trường hợp này, cách an toàn và dễ dàng hơn là giữ đầu ống nội soi ở ngõ vào của phế quản thùy trên và đưa kèm vào phân thùy đỉnh, quan sát kèm đi qua khỏi đầu của ống nội soi. Nếu ống soi cần được tựa vào phân thùy đỉnh, ống soi có thể được đẩy nhẹ tới tựa theo kèm.

Khi đưa ống nội soi qua nội khí quản, ống có thể bị hư cho dù bệnh nhân đã được liệt cơ. Liệt cơ có thể không hoàn toàn. Đôi khi, ngáng miệng bị tuột ra và ống nội khí quản bị ép chặt giữa các răng. Nên bôi trơn bằng silicone, xylocaine gel hoặc normal saline trước khi đưa ống nội soi qua nội khí quản. Nên tránh tạo ra góc nhọn giữa ống nội soi và ống nội khí quản khi đưa ống soi vào. Người phụ nên giúp cầm thẳng ống soi và ống nội khí quản. Nên sử dụng ngáng miệng khi nội soi ống mềm qua đường miệng, bất kể tình trạng tri giác của bệnh nhân. Ngáng miệng dạng dọc ngắn thường được sử dụng để tránh bệnh nhân cắn ống khi nội soi. Ngáng miệng lớn là dụng cụ an toàn hơn vì nó có thể được giữ chặt bởi người phụ hoặc cột ngang đầu bằng dây. Loại ngáng miệng này thường đặt ở giữa miệng, đẩy ống nội khí quản về một phía, hoặc ngáng miệng có thể để ở mép miệng và đẩy ống nội khí quản vào giữa miệng. Một số hiếm trường hợp có thể cần phải tháo băng cố định nội khí quản để đặt ngán miệng vào miệng và bọc lấy ống nội khí quản.



Ngáng miệng được băng dính bằng Băng Velcro

Câu hỏi III.29: Các câu nói về tính an toàn của rửa phế quản phế nang là đúng, ngoại trừ:

- A. Rửa phế quản phế nang có thể gây ho, co thắt phế quản và gây khó thở.
- B. Rửa phế quản phế nang có thể gây giảm FEV1 tạm thời đến 20%.
- C. Rửa phế quản phế nang có thể gây giảm oxy thoáng qua, kéo dài đến 6 giờ.
- D. Rửa phế quản phế nang có thể gây hình ảnh đông đặc thùy phổi hoặc mờ ngoại biên mà có thể gợi ý đến nhiễm trùng do thủ thuật mới khởi phát.
- E. Rửa phế quản phế nang có thể gây sốt, ớn lạnh, đau nhức cơ thoáng qua.

Trả lời III.29: D

Người ta đã chứng minh được rửa phế quản phế nang không gây nhiễm trùng hô hấp, cho dù có thể thấy được hình ảnh thâm nhiễm trên Xquang sau thủ thuật đến 24 giờ.

Vì lý do này, các chuyên gia cho rằng nên khảo sát hình ảnh học trước khi rửa phế quản phế nang hơn là sau khi làm thủ thuật này, khi mà hình ảnh thâm nhiễm ở phân thùy đã được rửa có thể gây nhầm lẫn là bệnh lý.

Trung bình, các chuyên gia sẽ theo dõi bệnh nhân 2 giờ sau rửa phế quản phế nang. Nếu bệnh nhân có khó thở hay co thắt phế quản thì sẽ được sử dụng thuốc dẫn phế quản dạng hít. Cho bệnh nhân thở oxy thường quy cho đến khi độ bão hoà oxy trong máu động mạch về mức giới hạn của bệnh nhân hoặc bình thường với khí trời. Nên cảnh báo với bệnh nhân về khả năng sốt, ớn lạnh, đau cơ khởi phát muộn. Nếu có, nên hướng dẫn bệnh nhân uống thuốc hạ sốt hoặc kháng viêm để điều trị triệu chứng.

Câu hỏi III.30: Các phát hiện sau sẽ làm xấu hơn phân giai đoạn và tiên lượng của carcinoma phế quản, ngoại trừ:

- A. Phát hiện liệt kín đáo dây thanh.
- B. Phát hiện các khối u nội phế quản đối bên.
- C. Ảnh hưởng đến carina.
- D. Phát hiện thâm nhiễm niêm mạc trong khoảng 2 cm từ carina.
- E. Phát hiện tổn thương làm tắc nghẽn đường thở trung tâm.

Trả lời III.30: E

Nội soi phế quản giữ một vai trò quan trọng trong việc phân giai đoạn ung thư phổi. Một trong những lý do để nội soi phế quản “khảo sát” ở tất cả các bệnh nhân đã được chẩn đoán carcinoma phế quản là vì phát hiện liệt kín đáo dây thanh, di căn nội phế quản cùng bên hay đối bên, hoặc khi đã ảnh hưởng đến vùng carina hoặc gần carina sẽ làm thay đổi điều trị và tiên lượng.

Tổn thương làm tắc nghẽn đường thở trung tâm có thể cần phải được cắt bỏ bằng nội soi để giảm nguy cơ viêm phổi sau tắc nghẽn, cải thiện triệu chứng như khó thở và ho, và cải thiện chức năng thông khí cũng như khả năng gắng sức của bệnh nhân.

Tổn thương có vẻ làm tắc nghẽn phế quản gốc và cần phải cắt phổi thường xuất phát từ phế quản thùy và nhô vào phế quản gốc mà không xâm lấn thành phế quản gốc. Trong những trường hợp này, cắt thùy phổi và cắt khối u có thể thay thế cắt phổi. Hơn nữa, vì bệnh nhân không còn khối u “trong vòng 2 cm đối với carina” nên có thể ảnh hưởng đến phân giai đoạn khối u trên lâm sàng.

Câu hỏi IV.1: Khi đặt nội khí quản qua ống nội soi phế quản mềm, ống nội khí quản hết lần này đến lần khác bị kẹt ở sụn phễu phải. Đầu xa của ống nội soi phế quản đã ở trong khí quản. Các thủ thuật nào sau đây, nhiều khả năng nhất, có thể giúp đưa ống nội khí quản qua giữa 2 dây thanh vào khí quản.

- A. Đè nhẹ liên tục ống nội khí quản xuống dưới cho đến khi nó "bứt" khỏi sụn phễu và vào khí quản
- B. Xoay ống nội khí quản theo chiều kim đồng hồ và ngược chiều kim đồng hồ đến khi nó "bứt" khỏi sụn phễu và vào khí quản
- C. Xoay ống nội khí quản 90 độ ngược chiều kim đồng hồ để chuyển vị trí mặt vát và mắt Murphy. Rồi lại thử nhẹ nhàng đẩy ống tới.
- D. Rút ống nội soi phế quản mềm khỏi khí quản vào trong nội khí quản và rồi thử đặt nội khí quản lại.
- E. Yêu cầu người phụ rút ống nội khí quản trong khi bạn giữ ống nội soi phế quản ở ngay dưới hai dây thanh. Như vậy làm nội khí quản thẳng ra và nhờ đó mà thử đặt nội khí quản lại.

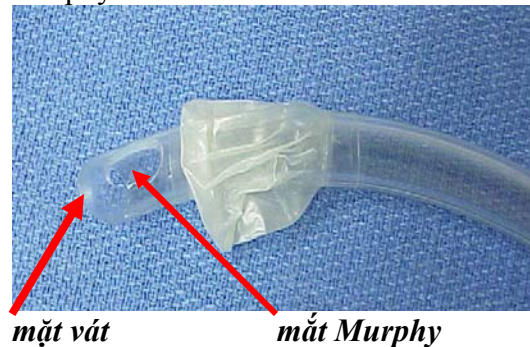
Trả lời IV.1: C

Thật ra thì tất cả những kỹ thuật trên đều có thể sử dụng được. Tuy nhiên, yêu cầu người phụ thao tác với ống nội khí quản luôn có nguy cơ. Ngay cả khi giữ ống soi phế quản thật đúng vị trí, ống soi vẫn có thể tình cờ bị di lệch và bị kéo ra khỏi khí quản.

Rút ống soi từ khí quản vào họng hoặc mũi hầu có thể nguy hiểm vì bạn có thể không bao giờ thấy 2 dây thanh nữa. Đặt nội khí quản có thể trở thành không khả thi nếu máu, dịch tiết, mô dư hoặc phản xạ co thắt thanh quản làm cản trở việc quan sát.

Một khi ống soi phế quản còn nằm ở đường hô hấp dưới, ngay cả khi đặt nội khí quản bị chậm trễ, oxygen có thể cho trực tiếp qua kênh thủ thuật vào khí quản để tránh giảm oxy máu. Cơ hội của thao tác có khả năng cứu mạng này sẽ mất nếu rút ống soi ra khỏi khí quản.

Đè liên tục ống nội khí quản một đôi khi có thể làm ống nội khí quản "bứt" ra khỏi sụn phễu. Tuy nhiên, ống nội khí quản có thể đè lên thực quản hoặc sụn phễu- nắp thanh môn. Cũng có nguy cơ làm gãy sụn phễu, trật sụn phễu hoặc chấn thương thực quản. Xoay nội khí quản tới lui cũng có thể có những biến chứng tương tự. Vì thế, một cách khác cẩn thận hơn là giữ ống nội soi phế quản mềm trong khí quản. Nhẹ nhàng xoay ống nội khí quản 90° theo chiều kim đồng hồ và rồi ngược chiều kim đồng hồ, thay đổi vị trí của mặt vát và mắt Murphy.



Câu hỏi IV.2: Kích thước gần đúng của tất cả khí đạo dưới đây là chính xác ngoại trừ

- A. Chiều dài thông thường của phế quản thùy dưới trái dưới chỗ xuất phát phế quản phân thùy đỉnh là 1cm
- B. Chiều dài thông thường của phế quản trên phải là 1cm
- C. Chiều dài thông thường của phế quản gốc trái là 4-5cm. Nó rẽ đôi rất gắt tạo với đường giữa của khí quản một góc 45°
- D. Chiều dài thông thường của phế quản gốc phải là 1cm. Nó rẽ đôi theo một góc 25° tính từ đường giữa khí quản

Trả lời IV.2: D

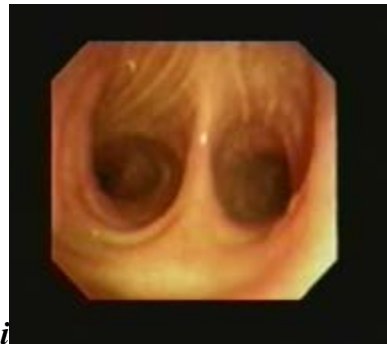
Phế quản gốc phải dài trung bình 2cm (không phải 1cm như đáp án D) và có đường kính 10-16mm. Đường kính này hơi lớn hơn đường kính phế quản gốc trái. Vì phế quản gốc phải thẳng và dọc hơn nên hít sặc vào phế quản phải thường gặp hơn bên trái.

Phế quản gốc trái thường dài hơn phế quản gốc phải. Thường dài 4-5cm. Vì lòng hẹp và tương đối nằm ngang, nội soi ống cứng, cắt laser qua nội soi, nong và đặt stent phế quản gốc trái được các chuyên gia coi là nguy hiểm hơn bên phải. Chiều dài thông thường của phế quản thùy dưới trái dưới chỗ xuất phát phế quản phân thùy đỉnh là 1cm.



Phải

Trái



Phải

Trái

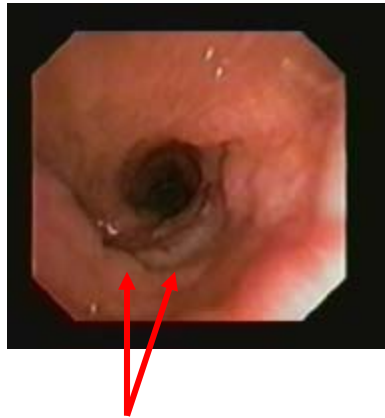
Câu hỏi IV.3: Hình niêm mạc phế quản dọc thành trước của phế quản trong hình dưới nên được mô tả là

- A. Nhợt nhạt, gờ lên và có mô hạt
- B. Dày lên và có màu đỏ
- C. Màu đỏ, óng ánh và phù nề
- D. Dày lên, có màu đỏ và sưng phù



Trả lời IV.3: D

Dày lên, có màu đỏ và phù nề là một cách để mô tả những bất thường thành trước bên của phế quản này. Sinh thiết niêm mạc nội khí quản phát hiện carcinom tuyến. Khó mà có thể đảm bảo một sự mô tả đồng nhất các bất thường khí đạo. Cho 5 bác sĩ nội soi khác nhau xem hình này sẽ được 5 cách mô tả khác nhau. Không phải đó là một bài tập vui khi giảng bài vào buổi trưa sao? Quan trọng nhất là chọn những từ đơn giản để mô tả. Luôn dùng cùng một từ để sự mô tả của chúng ta được chính xác và có tính lặp lại



Niêm mạc dày, đỏ và phù nề

Câu hỏi IV.4: Di căn nội phế quản thường gặp trong các ung thư sau, ngoại trừ

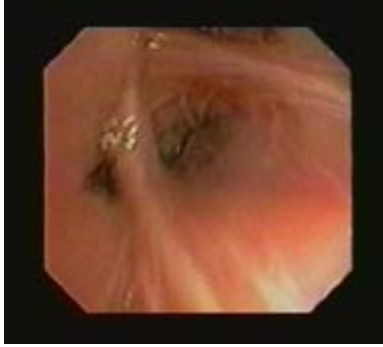
- A. Ung thư đại tràng
- B. Ung thư vú
- C. Hypernephroma (u thận)
- D. Ung thư hạch Hodgkin
- E. Ung thư buồng trứng

Trả lời IV.4: E

Ung thư đại tràng, vú, thận và u hắc bào (melanoma) là các ung thư dễ dàng di căn đến cây khí phế quản. Hơn nữa, các bất thường khí đạo có thể gặp trong ung thư hạch Hodgkin và ung thư thực quản. Một cách nhớ là: Even Henri Colts Bronchoscope Reveals Metastases (EHCBRM: esophagus, Hodgkin, colon, breast, renal, melanoma).

Hãy tạo cách nhớ của riêng bạn.

Ung thư buồng trứng hiếm khi di căn đến phế quản nhưng thường di căn đến màng phổi. Các bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính có thể có biểu hiện nội soi của giảm thể tích, hẹp phế quản thùy dưới, co kéo và đỏ khu trú



Phế quản thùy dưới bị chèn ép bởi tràn dịch màng phổi làm mất thể tích ở một bệnh nhân ung thư buồng trứng



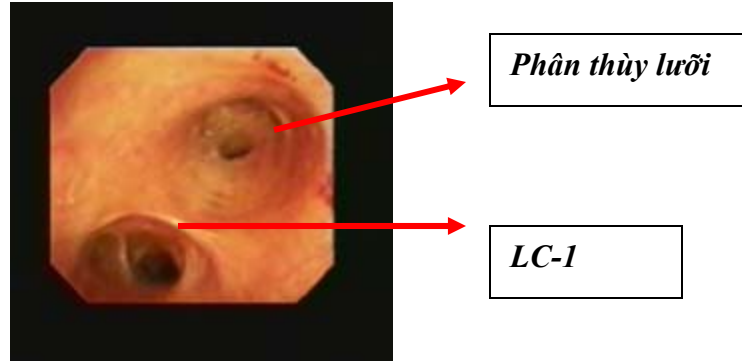
Bệnh nhân khác: di căn nội khí quản từ ung thư tế bào thận.

Câu hỏi IV.5: Trong quá trình soi, bạn ghi nhận carina giữa phân thùy trước của thùy trên trái và phế quản thùy lưỡi đỏ và dày. Nghi ngờ một trường hợp ung thư tại chỗ nhưng không chắc là những thương tổn khác có thể bị bỏ sót hay không , nên bệnh nhân được gợi ý làm nội soi phế quản huỳnh quang. Trong quá trình trao đổi với bác sĩ nội soi can thiệp, bạn mô tả là sang thương ở trên

- A. LC-1
- B. LC-2
- C. LC-3

Trả lời IV.5: A

Ở bên trái, cửa phân chia phế quản phân thùy trước thùy trên trái với thùy lưỡi được gọi là LC-1, trong khi cửa phân chia phế quản thùy lưỡi thùy trên trái với thùy dưới trái được gọi là LC-2. Danh pháp các cửa quan trọng vì nó giúp mô tả nhu cầu tạo hình phổi thay vì cắt phổi. Với bất thường chỉ trên LC-1, bệnh nhân có thể chỉ cần phẫu thuật cắt thùy trên. Ngược lại nếu tổn thương ở LC-2, cắt toàn bộ phổi hoặc chỉnh hình phế quản thích hợp hơn.



Câu hỏi IV. 6 Các chi tiết được trình bày trong hình dưới đây là

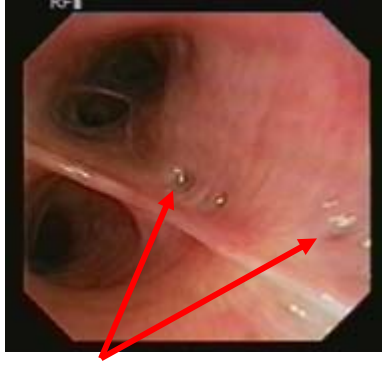
- A. Lỗ ống tuyến nhầy
- B. Nhuộm sắc tổ than
- C. Dò phế quản thực quản



Trả lời IV. 6 A

Lỗ ống tuyến nhầy thường thấy trên mặt sau và trong của thành phế quản hai bên. Những chỗ lõm vào có kích thước cây đinh ghim như thế này thấy nơi sụn phế quản tiếp giáp với màng sau của phế quản gốc trái và phải. Chúng cũng thường thấy ở thành dưới của các phế quản thùy trên. Chúng có thể bị dẫn ra trong trường hợp viêm phế quản mãn.

Nhuộm sắc tổ than là sự chuyển màu sậm hơi đen của niêm mạc phế quản mà không có hệ quả sinh lý hay lâm sàng nào.



*Ống tuyến nhầy còn được biết
như hố phế quản (bronchial pits)*

Câu hỏi IV.7: Một người đàn ông 65 tuổi hút thuốc lá có X quang phổi bình thường được chỉ định soi phế quản ống mềm vì ho mãn tính và một lần ho ra máu duy nhất. Không có tắc nghẽn hoặc tiết mủ phế quản. Không tìm được nguyên nhân ho ra máu. Một vùng niêm mạc phế quản nhợt nhạt, dày lên được phát hiện ở cửa phân thùy trên của phế quản thùy dưới phổi phải. Chải, rửa và sinh thiết nội phế quản được thực hiện. Ngày hôm sau bác sĩ giải phẫu bệnh gọi cho bạn và nói là có hiện diện nhân lớn, tăng chất nhuộm sắc, đa hình đa dạng, gián phân phong phú (nhân chia) ở mọi mức độ của một biểu mô rất mất tổ chức. Chẩn đoán nhiều khả năng nhất là?

- A. Chuyển sản gai
- B. Loạn sản gai
- C. Carcinom tại chỗ tế bào gai
- D. Tăng sinh tế bào thần kinh-nội tiết phế quản
- E. Carcinom tế bào gai

Trả lời IV.7: C

Sự hiện diện của gián phân phong phú trên nền tăng chất nhuộm sắc, đa dạng và nhân to mô tả một dị sản tế bào gai. Có nhiều bàn cãi về việc chuyển sản tiến triển thành ung thư. Một số mẫu bệnh phẩm cần được xem xét cẩn thận, vì ung thư phế quản tại chỗ có thể được chữa lành bằng cách sử dụng nhiều kỹ thuật cắt bỏ nội soi hoặc phẫu thuật mở ngực.

Chuyển sản gai bao gồm chính yếu là sự gia tăng những tế bào không điển hình kèm tăng sinh các tế bào biểu mô phế quản tổn thương và sự hình thành các cầu nối gian bào.

Carcinom tế bào gai thật sự được chẩn đoán khi tăng sinh tế bào biểu mô đi kèm với các cầu gian bào và sừng hóa. Khối u vì vậy xâm lấn dọc lòng phế quản hoặc xuyên thành qua niêm mạc phế quản.

Các tế bào thần kinh- nội tiết được thấy một cách bình thường ở lớp nền của biểu mô phế quản bình thường. Những tế bào này có thể tăng sinh đáp ứng với các chất kích thích như khói thuốc lá nhưng không phải ác tính.

Câu hỏi IV.8: Câu nào trong những câu sau về điều trị nội soi của nghẽn tắc khí đạo trung tâm ác tính là đúng

- A. Phần lớn kết quả không toàn vẹn
- B. Tử vong liên quan đến thủ thuật là 10%
- C. Thời gian sống trung bình là khoảng 3 tháng
- D. Chỉ định hạn chế ở những bệnh nhân có tiên lượng tốt
- E. Tất cả thủ thuật cần gây mê toàn thân .



Trả lời IV.8: C

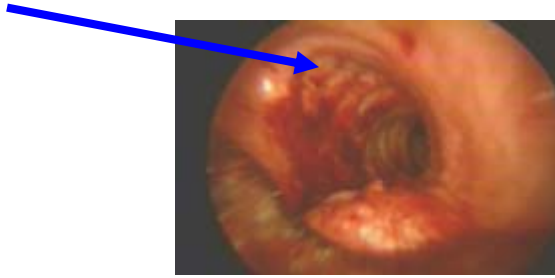
Điều trị tắc nghẽn khí đạo trung tâm ác tính qua nội soi thường thành công, đã cho thấy kéo dài thời gian sống, cải thiện chức năng thông khí, tăng khả năng gắng sức và cải thiện chất lượng cuộc sống. Ngay cả bệnh nhân có tiên lượng cực kỳ xấu cũng nên gửi điều trị nội soi vì tắc nghẽn khí đạo có thể được giảm bớt tạm thời, làm cải thiện chất lượng cuộc sống, cho phép tăng dung nạp các phương tiện điều trị khác như xạ ngoài. Tử vong liên quan đến thủ thuật nhỏ hơn 1%. Tiếc thay thời gian sống trung bình thấp. Điều này có thể do bệnh nhân được gửi đến ở giai đoạn muộn.

Các thủ thuật điều trị tạm thời được tiến hành dưới gây mê hoặc cho ngủ nhẹ (còn tỉnh). Các thủ thuật bao gồm cắt bằng laser NdYAG, nong, đốt điện, đông lạnh với argon, phá bỏ khối bướu cơ học, đặt các loại stent silicone, kim loại hoặc phối hợp, quang trị liệu và xạ trị trong.



Nội soi ống cứng được thực hiện dưới gây mê toàn thân

Vòng sụn phía trước



*Trước và sau cắt u gây tắc khí quản
nằm dài dọc thành bên trái khí quản bằng laser.*

Câu hỏi IV.9: Tất cả câu sau về rửa phế quản phế nang đều đúng, ngoại trừ:

- A. Vùng rửa thông thường của một bệnh nhân người lớn có kích cỡ trung bình với tổng dung tích phổi (TLC) là 165ml.
- B. Dịch hút lại giảm ở người hút thuốc lá và người già.
- C. Bệnh phẩm thường chứa nồng độ lidocain cao đủ để ức chế sự tăng trưởng của vi khuẩn và nấm.
- D. Rửa 100ml nước muối cho phép lấy mẫu khoảng 1 triệu phế nang.
- E. Trong trường hợp không có mũ đại thể, hòa lẫn tất cả dịch hút sẽ cho một mẫu hầu hết là từ phế nang.

Trả lời IV.9: C

Hầu hết các nghiên cứu không chứng tỏ lidocain dùng ở liều thông thường để gây tê khí đạo tại chỗ ức chế sự tăng trưởng của vi khuẩn và nấm. Rửa phế quản phế nang cho phép hút các thành phần tế bào và không tế bào từ bề mặt biểu mô của đường hô hấp dưới. Rửa phế quản phế nang khác so với rửa phế quản có chứa nhiều hơn 3% tế bào vẩy phế quản.

Các chuyên gia tin rằng 100ml nước muối cho phép lấy mẫu khoảng 10×10^6 phế nang. Trong hầu hết các trường hợp ít nhất 50% dịch bơm vào nên được lấy ra. Dịch rửa phế quản phế nang bị giảm ở người hút thuốc lá, người già và ở các phế quản phân thùy của thùy trên.

Các chuyên gia cho rằng ít nhất 100ml dịch nên được bơm vào một phân thùy phế quản sử dụng đúng kỹ thuật để đạt được một mẫu đúng nghĩa phế nang. Đúng kỹ thuật bao gồm ấn chặt cẩn thận và hoàn toàn vào trong phân thùy được rửa.

Đồn chung dịch rửa với tất cả dịch lấy vào một bình chứa chung sẽ cho một mẫu hầu như là phế quản phế nang một khi rửa đúng kỹ thuật và mẫu sẽ không có mũ đại thể từ chất tiết phế quản bị lây nhiễm.

Câu hỏi IV.10: Tất cả những điều sau về rửa phế quản phế nang ở bệnh nhân ghép tế bào gốc là đúng, ngoại trừ:

- A. Rửa phế quản phế nang an toàn ngay cả ở bệnh nhân giảm tiểu cầu
- B. Vì nguy cơ chảy máu, đường miệng được ưa thích hơn đường mũi.
- C. Rửa phế quản phế nang âm tính không loại trừ nhiễm nấm.
- D. Rửa phế quản phế nang âm tính không xác nhận viêm phổi chưa rõ nguyên nhân .
- E. Để chẩn đoán nhiễm trùng hô hấp dưới, gửi dịch rửa phế quản phế nang soi và cấy vi khuẩn, nấm và virus, tế bào học tìm thể vùi, thể ẩn của Cytomegalovirus và tìm Pneumocystic carinii, cũng như nhuộm kháng thể đơn dòng miễn dịch huỳnh quang cho virus hô hấp hợp bào, adenovirus, virus á cúm (para influenza) và cúm.

Trả lời IV.10: B

Nội soi phế quản được thực hiện an toàn ngay cả ở những bệnh nhân giảm tiểu cầu khá nặng ($< 50\,000\text{TC}/\text{mm}^3$) đến nặng ($< 200\,000\text{TC}/\text{mm}^3$) một khi làm thật nhẹ nhàng và cẩn thận. Nếu cảm thấy kháng lực khi đưa ống voi vào, nên chuyển sang mũi đối bên.

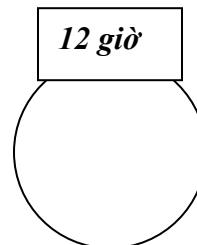
Nếu tiếp tục thấy kháng lực nên chuyển qua đường miệng có kèm ngáng miệng . Bệnh nhân nên được hỏi xem đã từng có chảy máu tự nhiên hay chảy máu liên quan đến các thủ thuật chưa, nếu có nên giải thích nguy cơ chảy máu khi thực hiện thủ thuật. Vài bác sĩ nội soi thích chọn đường miệng bất kể có hay không kháng lực.

Các bệnh nhân ghép tế bào máu gốc có thể cần soi phế quản ống mềm nhiều lần trong quá trình bệnh. Vì thế, cần chú ý đặc biệt để bệnh nhân cảm thấy từng thủ thuật là nhẹ nhàng, cần trọng và không đáng sợ.

Cũng như mọi khi ,nên hỏi xem bệnh nhân có muốn được ngủ nhẹ không. Thuốc tê tại chỗ nên được dùng dư để tránh ho và vì thế đảm bảo một lần soi không chấn thương (ống soi đựng thành phế quản).

Câu hỏi IV.11 Sử dụng hình dưới đây và tưởng tượng bên trong khí đạo là mặt đồng hồ và coi carina là điểm quy chiếu trung tâm. Phế quản S6 phải (RB 6) nằm ở chỗ nào?

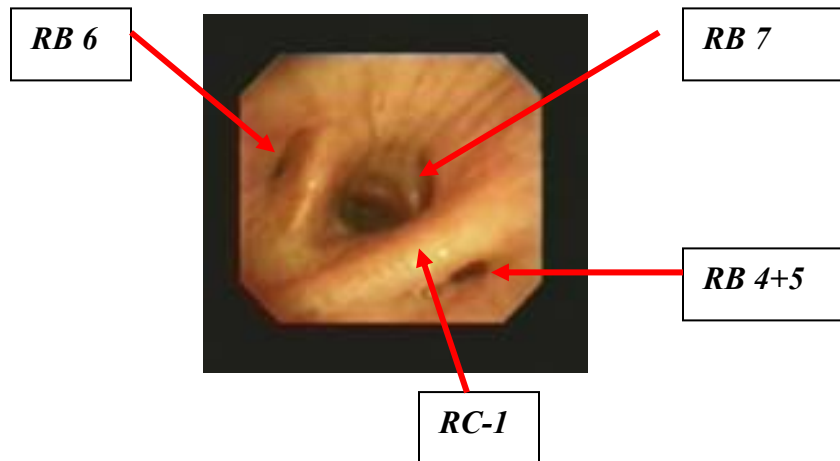
- A. Ở 3 giờ
- B. Ở 9 giờ
- C. Ở 5 giờ



Trả lời IV.11 B

Phế quản S6 phải (RB 6) là phế quản phân thùy trên của thùy dưới phải. Phế quản này gần như đối diện phế quản thùy giữa (PQ S4 và S5) (RB 4 and RB 5). Thành cơ phía

sau của phế quản gốc phải và phế quản trung gian được nhận diện trong hình này bởi những sợi đàn hồi riêng biệt. Trong khi soi phế quản, người ta luôn biết vị trí của mình trong lòng phế quản bằng cách nhận diện các sụn phế quản phía trước hay phần màng phía sau của cây khí phế quản.

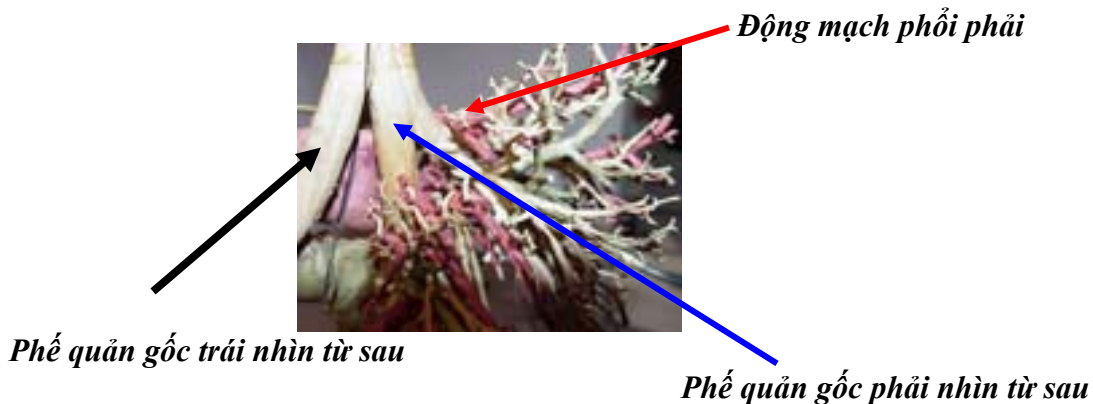


Câu hỏi IV.12 Động mạch phổi phải nằm sát thành trước của phế quản gốc phải nhất ở :

- A. Ngang carina
- B. Ngang lỗ phế quản thùy trên phải và nơi xuất phát phế quản trung gian.
- C. Nơi xuất phát phế quản thùy dưới

Trả lời IV.12: B

Ở mức lỗ phế quản thùy trên phải và đầu phế quản trung gian, chọc kim qua thành trước phế quản gốc phải có nguy cơ chọc vào động mạch phổi phải nằm ngay trước phế quản ở mức này. Chú ý là trong minh họa này phế quản gốc phải nằm hơi dọc hơn mức bình thường.



Câu hỏi IV.13: Trong khi nội soi phế quản, một bất thường dạng nốt được chú ý trên cửa phế quản giữa phế quản thùy giữa và phế quản thùy dưới phải với hiện

tượng đồ phế quản lan tới phân thùy sau của phế quản thùy dưới. Trong khi trình ca với các đồng nghiệp ở khoa Ung Bướu và khoa Ngoại lồng ngực, bạn nên mô tả những biểu hiện này theo cách nào dưới đây

- A. Bất thường dạng nốt ở RC-1 (cựa phế quản phải số 1) với đồ phế quản lan tới RB 10 (phế quản phân thùy S10 phải).
- B. Bất thường dạng nốt ở RC-2 (cựa phế quản phải số 2) với đồ phế quản lan tới RB 10 (phế quản phân thùy S10 phải).
- C. Bất thường dạng nốt ở RC-1 (cựa phế quản phải số 1) với đồ phế quản lan tới RB 8 (phế quản phân thùy S8 phải).
- D. Bất thường dạng nốt ở RC-1 (cựa phế quản phải số 1) với đồ phế quản lan tới RB 7 (phế quản phân thùy S7 phải).

Trả lời IV.13: B

Phân thùy đáy sau luôn là phế quản B10. Ở bên phải, cựa phế quản giữa phế quản thùy giữa và phế quản thùy dưới phải được gọi tên là cựa phế quản số 2 phải, trong khi cựa phân chia phế quản thùy trên và phế quản trung gian được gọi là cựa phế quản 1 phải.

Các phế quản thùy dưới được phân loại là B6-B10. Danh pháp của khí đạo cho phép nhà nội soi mô tả mức độ lan rộng của ung thư và vị trí của ung thư phổi giai đoạn sớm và phác họa giới hạn của phẫu thuật cắt bỏ.

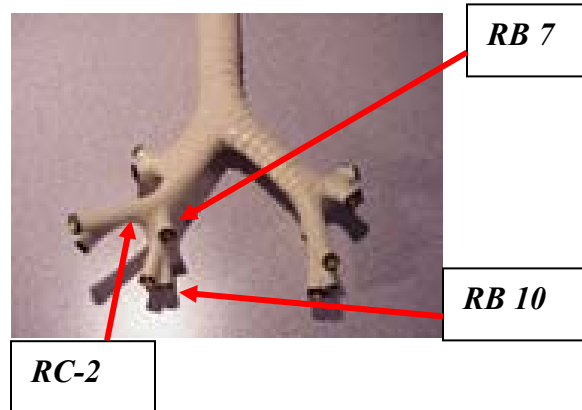
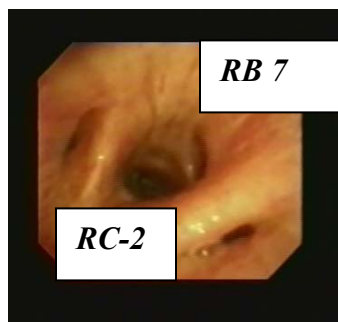
RB-10

RB-7

RC-2

RB-7

RC-2



Câu hỏi IV.14: Rửa phế quản phế nang giúp xác nhận chẩn đoán mô học hữu hiệu nhất cho các bệnh sau ,ngoại trừ

- A. Viêm phổi tế bào ái toan mạn tính
- B. Histiocytosis X
- C. Di căn bạch huyết của ung thư biểu mô đến phổi
- D. Chứng nhiễm protein phế nang
- E. Nhiễm aspergillus xâm lấn

Trả lời IV.14: E

Trong nhiễm aspergillus xâm lấn, cấy dịch rửa phế quản phế nang chỉ dương tính trong 30% trường hợp, vì vậy kết quả âm tính không loại trừ chẩn đoán này ở các cá thể có nguy cơ.

Bên cạnh các bệnh kể trên, rửa phế quản phế nang còn giúp chẩn đoán xuất huyết phổi thâm lặn, thuyên tắc mỡ, các bệnh phổi nhiễm khuẩn như viêm phổi lao, pneumocystic carinii và cytomegalovirus.

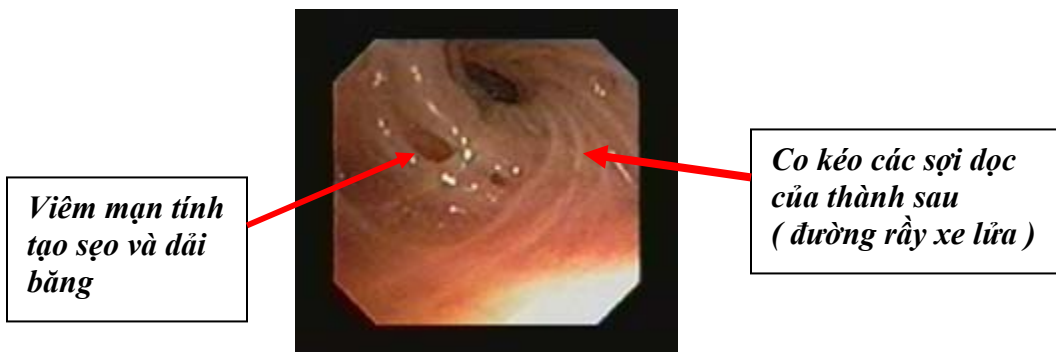
Câu hỏi IV.15 Bất thường trong hình dưới đây là phù hợp với chẩn đoán nào sau đây

- A. Ung thư phế quản
- B. Viêm phế quản mãn
- C. Lao nội phế quản



Trả lời IV.15 : B

Những biến đổi của viêm phế quản mãn bao gồm đỏ hoặc nhợt nhạt, có sẹo và có quá nhiều các hốc phế quản. Những biến đổi của viêm phế quản là một biểu hiện thường gặp và không bắt buộc có ý nghĩa lâm sàng. Lao nội phế quản có thể gây sẹo xơ, đỏ, sưng hoặc tạo sẹo. Các dạng của ung thư phế quản bao gồm nốt nội phế quản, sang thương dạng políp, dày niêm mạc, đỏ và chèn ép từ ngoài.



Câu hỏi IV.16: Nội soi ống mềm phát hiện một chỗ nhỏ niêm mạc phế quản sưng đỏ nhẹ khoảng 1cm bề mặt dọc thành bên của phế quản trung gian ngay dưới lỗ phế quản thùy trên phải. Sinh thiết thấy ung thư tế bào vảy. Bệnh nhân từ chối phẫu thuật (mở ngực). Trị liệu qua nội soi nào sẽ được khuyến cáo?

- A. Cắt bằng laser Nd:YAG
- B. Trị liệu quang động học
- C. Xạ trị trong
- D. Đốt điện
- E. Đốt lạnh bằng plasma argon

Trả lời IV.16: B

Trị liệu quang động học đã cho thấy hiệu quả đáp ứng hoàn toàn lên đến 80% bệnh nhân ung thư tế bào vảy nông. Kết quả tốt nhất khi thương tổn nhỏ, dưới 3cm bề mặt và không xâm nhập sâu hơn 4-5mm vào thành phế quản. Tái phát vào khoảng 15%. Quang động trị liệu đòi hỏi tiêm tĩnh mạch ngoại biên một dẫn chất hematoporphyrin ban đầu được hấp thụ bởi tất cả hệ cơ quan nhưng tích tụ nhanh chóng và chọn lọc ở tế bào u, da, gan và lách. Tăng cảm quang và chết tế bào xảy ra sau khi cho niêm mạc phế quản tổn thương tiếp xúc với ánh sáng không sinh nhiệt thường bước sóng 630nm. Ánh sáng này được hấp thụ đến độ sâu trung bình 5mm. Sự hình thành các gốc oxy tự do sau đó dẫn đến cái chết của tế bào.

Các thủ thuật có thể được thực hiện bằng ống nội soi mềm và gây tê tại chỗ. Nội soi kiểm tra thường cần thiết sau 72 giờ để lấy bỏ mô hoại tử ra khỏi khí đạo đã được điều trị. Các kỹ thuật khác cũng có thể hiệu quả nhưng hiện tại chưa có dữ liệu lâm sàng chắc chắn để chứng minh tác dụng.



Sợi phân quang hình trụ được dùng để cung cấp năng lượng laser không sinh nhiệt trong quá trình quang động trị liệu.

Câu hỏi IV.17 Ở bệnh nhân có thâm nhiễm thùy trên trên X quang ngực và 3 mẫu đàm soi âm tính với AFB, cần thực hiện thêm nội soi vì những lý do sau, ngoại trừ

- A. Nhiều khả năng tìm thấy vi khuẩn để thử kháng sinh đồ
- B. Nhiều khả năng đạt được chẩn đoán khác
- C. Chẩn đoán sớm lao được thực hiện lên tới 40% ca soi đàm âm tính
- D. Đàm thu thập sau nội soi cũng giúp ích cho chẩn đoán.
- E. Sinh thiết phổi qua nội soi thường quy sẽ tăng khả năng chẩn đoán.

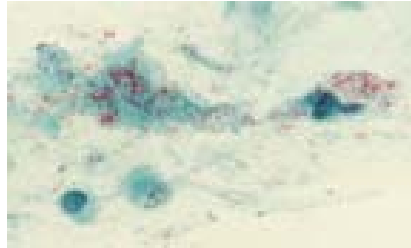
Trả lời IV.17: E

Nội soi cực kỳ hiệu quả trong chẩn đoán lao. Bằng chứng lao qua nuôi cấy đạt được trên 70% trường hợp bệnh nhân có lao thật sự.

Ở bệnh nhân lao kê, giá trị nội soi với rửa phế quản phế nang (phế quản phế nang) và sinh thiết phổi qua nội soi đã được công nhận, cung cấp dữ liệu chẩn đoán trong hơn

70% trường hợp soi đàm âm tính. Nếu phát hiện u hạt trong mẫu sinh thiết, phải nghĩ tới chẩn đoán lao nhưng chỉ nên được xác nhận khi tìm được AFB.

Ở một vài cơ sở, người ta gửi thường quy các mẫu rửa phế quản phế nang để phết lam và nuôi cấy tìm mycobacterium bất kể chỉ định nội soi. Các nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ phát hiện lao qua các thủ thuật thường quy như vậy là 0,8-6%.



Vi khuẩn kháng acid còn trong dịch rửa phế quản phế nang.

Câu hỏi IV.18: Dạng bất thường khí đạo trong hình dưới đây nên được mô tả như là

- A. Giống políp
- B. Xâm lấn dạng nốt
- C. Xâm lấn nông
- D. Tân sinh nội biểu mô



Trả lời IV.18: C

Một bảng phân loại thường được chấp nhận nhưng lại không thường được trích dẫn là phân loại các biểu hiện nội soi của Hội Ung thư Nhật. Trong bảng phân loại này, các biểu hiện nội soi được mô tả như là những sang thương niêm mạc hay dưới niêm mạc.

Ung thư giai đoạn sớm là biến đổi mô bệnh học niêm mạc. Những tổn thương xâm lấn nông thường mất bóng và gián đoạn các nếp niêm mạc. Thương tổn thường nhợt nhạt, đỏ hoặc có mô hạt. Tính bờ tăng làm sang thương dễ chảy máu khi đụng chạm. Hẹp lòng phế quản nhẹ nhưng chất hoại tử có thể đánh vào bề mặt tổn thương.

Tân sinh nội biểu mô là một thuật ngữ để chỉ các bất thường mô bệnh học gồm loạn sản nhẹ, trung bình và nặng (được coi là những sang thương tiền ung), và tân sinh ác tính xâm lấn hoặc ung thư tại chỗ. Những bất thường này thường thấy ở những chỗ phân đôi phế quản. Nên nghi ngờ ung thư khi có dày niêm mạc, đỏ và sưng ở những vị trí nêu trên.



*Carcinoma xâm lấn nông dọc theo
Thành sau phế quản thùy giữa*

Câu hỏi IV.19: Thực quản thường được coi là dính liền với

- A. Carina
- B. Hai cm đầu của phế quản gốc trái
- C. Phế quản thùy trên phải
- D. Phế quản gốc phải đoạn gần

Trả lời IV.19: B

Thực quản được coi như dính liền vào 2 cm đầu của phế quản gốc trái. Dò phế quản thực quản có thể được thấy trong vùng này ở những bệnh nhân ung thư hoặc trong tiền căn có can thiệp thủ thuật trên thực quản, xạ trị ngoài, xạ trị trong và cắt bằng laser.

Câu hỏi IV.20: Bạn cần mô tả một tổn thương nội phế quản cho một nhà nội soi can thiệp. Dữ liệu nào sau đây người nội soi can thiệp ít quan tâm nhất :

- A. Khoảng cách của tổn thương đến carina và các phế quản thùy cùng bên
- B. Bất thường này có nền (chân) rộng hay hẹp
- C. Vị trí của tổn thương với thành phế quản
- D. Kích thước của tổn thương (chiều dài, đường kính và mức độ nghẽn tắc khí đạo)
- E. Khoảng cách của bất thường đến bờ dưới của dây thanh.

Trả lời IV.20: E

Nếu phát hiện một tổn thương trong cây phế quản , không cần thiết phải ghi nhận khoảng cách với dây thanh. Dĩ nhiên khoảng cách này phải được ghi nhận nếu tổn thương ở khí quản. Các thành phần phụ thêm của bệnh lý nội phế quản nên được mô tả là mật độ (cứng, chắc-đàn hồi, mềm), diện mạo (nhiều mạch máu, chói sáng), độ bờ (mùn bờ, đang chảy máu, đầy mủ), màu (trắng, đỏ,xâm,vàng), hình dáng (đều, tròn, không đều, thoi, nhú hay chồi) và động học (di chuyển với nhịp thở hay ho, van quả bóng , không di động).

Câu hỏi IV.21: Bạn được yêu cầu nội soi một bệnh nhân đã hoàn tất 3 tuần xạ trong liều cao cho một u phế quản gốc phải đoạn gần và phế quản thùy trên phải đã 10 ngày. Trước đó, bệnh nhân đã được cắt u bằng laser, khí đạo đã được thông thoáng. Hiện bệnh nhân than ho, khó thở và thỉnh thoảng ho ra máu. Kết quả nội soi nhiều khả năng nhất là?

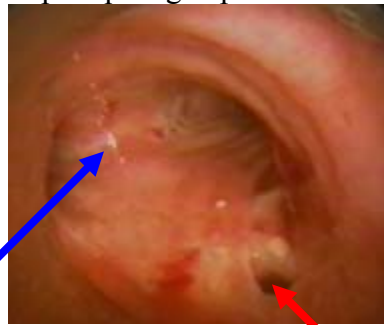
- A. Hẹp phế quản gốc phải
- B. Một đường dò xuất phát từ thành sau phế quản gốc phải hoặc phế quản thùy trên phải.
- C. Hẹp phế quản thùy dưới
- D. Sự lan rộng khối u lan rộng từ phế quản thùy trên phải đến khí quản đoạn gần

Trả lời IV.21: B

Xạ trị trong được sử dụng ở một số bệnh nhân chọn lọc với bệnh lý trong lòng phế quản hoặc chèn ép từ ngoài do u . Kết quả tốt nhất nếu khối u không lan xa hơn khỏi thành phế quản vài mm . Nhiều khả năng thành công đạt được nhất trên những bệnh nhân đáp ứng tốt với xạ trị ngoài trước đó. Một nguồn xạ được đặt vào qua một catheter bằng nylon. Catheter được đặt qua nội soi. Phân tích định liều được thực hiện bởi khoa xạ u phụ thuộc vào chiều dài và độ sâu của khối u cần được điều trị .

Xạ trị trong gây hoại tử mô, phù nề tại chỗ, xuất huyết và đường dò. Các biến chứng tăng trên những bệnh nhân sử dụng đồng thời laser Nd:YAG để cắt. Xạ trị trong các phế quản phân thùy có thể tạm thời làm tăng hoặc gây hẹp phế quản nhưng không gây hẹp phế quản ở nơi xa vùng được xạ.

Trong trường hợp nêu trên, bác sĩ xạ trong ít khi tiến hành xạ trị thùy phổi nếu phân u còn lại đáng kể ở phế quản gốc phải và khí quản được quan sát thấy qua nội soi.



Carina trung tâm

Lỗ dò.

Câu hỏi IV.22: Khi cố gắng lấy một cục máu đông lớn ra khỏi ống nội khí quản và cây khí phế quản ở một bệnh nhân đã được đặt nội khí quản và thông khí cơ học ở khoa Sản sóc tích cực, bạn nên:

- A. Sử dụng một kềm dạng chén nhỏ
- B. Yêu cầu sự hỗ trợ của laser Nd:YAG
- C. Kéo nội khí quản gần lại
- D. Hút ngắt quãng

Trả lời IV.22: C

Rút nội khí quản gần lại thường giúp làm nổi lõng cục máu đông, thường kẹt ít nhất là một phần trong mắt Murphy của nội khí quản. Hầu hết các cục máu đông có thể lấy ra nhờ ống soi mềm ngay cả khi chúng uốn theo cây phế quản như trong hình dưới đây.

Để lấy cục máu đông được dễ dàng, người ta nên (1) sử dụng ống nội soi có kênh thủ thuật lớn nhất có thể, (2) sử dụng kềm cá sấu để làm bể cục máu đông, (3) sử dụng

nước muối rửa thật nhiều cộng với hút liên tục cũng như là hút ngắt quãng, hoặc (4) tưới rửa streptokinase.(5) Liệu pháp lạnh cũng có thể được sử dụng để làm đông và lấy cục máu đông ngay lập tức. (6) Khi cục máu đông được kéo lên trong khí quản, người ta có thể rút ống nội soi nếu cần và đưa một ống hút cỡ lớn vào hút cục máu đông với lực hút lớn. Nếu những nỗ lực như vậy không hiệu quả, cần nội soi ống cứng.



Câu hỏi IV.23: Kỹ thuật nào trong những kỹ thuật sau đây được sử dụng tốt nhất để ống nội soi phế quản mềm dễ dàng lèn chắc vào các phân thùy của thùy trên.

- A. Thay đoạn uốn được ở đầu ống soi dạng hình chữ V thành dạng hình chữ U bằng cách vừa gấp đầu ống vừa đẩy.
- B. Rút bớt ống nội soi phế quản khỏi phế quản phân thùy để có thể đẩy bàn chải tế bào học qua kênh thủ thuật lên phân thùy đỉnh. Ống soi sau đó được đẩy tới tựa trên bàn chải cho đến khi lèn được vào phân thùy của thùy trên.
- C. Xoay đầu gấp phía xa của ống soi phế quản bằng cách xoay đoạn gần của ống soi giữa ngón trỏ và ngón cái ở vị trí ống soi ở mũi hoặc miệng
- D. Sử dụng soi dưới hướng dẫn qua màn tăng sáng (x quang) để theo dõi vị trí đầu xa trong khi xoay cầm bệnh nhân về hướng ngược lại.

Trả lời IV.23: A

Đây không phải là cái bẫy....Tất cả các thủ thuật đều có thể sử dụng được. Tuy nhiên, thay đổi hình dáng đoạn uốn ở đầu xa bằng cách "tựa" vào thành phế quản có lẽ là kỹ thuật nhẹ nhàng và ít mất thời gian trong các kỹ thuật được đề nghị, vì vậy lựa chọn A được chọn làm câu trả lời đúng.

Đưa bàn chải vào mất thời gian, không phải lúc nào cũng làm được và có nguy cơ gây tràn khí màng phổi một cách vô ý nếu đẩy bàn chải đi quá xa. Nhiều chuyên gia nói rằng mặc dù họ đã nghe nói tới kỹ thuật này nhưng chưa bao giờ thấy hiệu quả khi dùng kỹ thuật này (trao đổi cá nhân).

Soi dưới màn tăng sáng, mặc dù hiệu quả, không phải lúc nào cũng sẵn có.

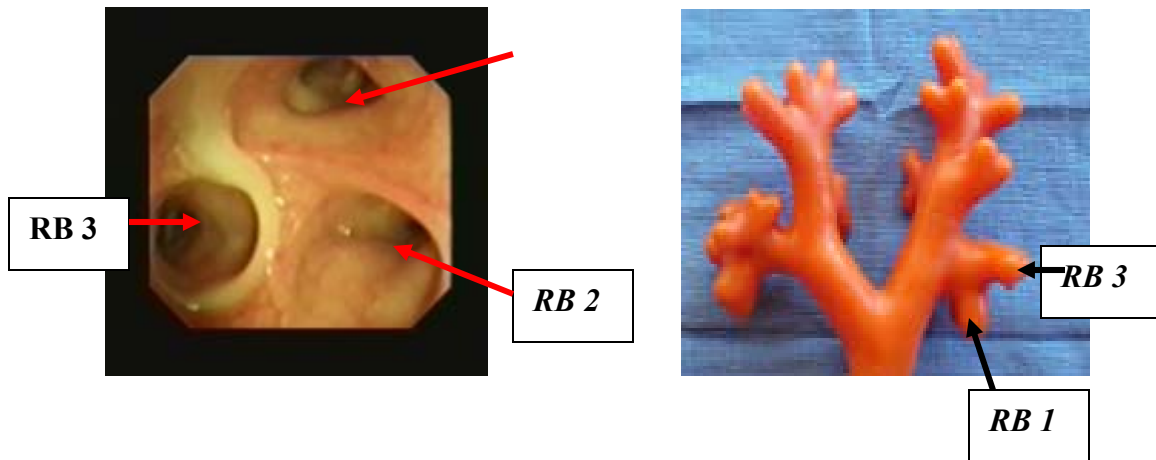
Xoay đầu gấp phía xa của ống soi phế quản bằng cách xoay đoạn gần của ống soi giữa ngón trỏ và ngón cái ở vị trí đưa ống soi qua mũi hoặc miệng có thể hiệu quả nhưng không nhẹ nhàng và có thể làm hư ống soi. Nhớ là kỹ thuật đúng là điều khiển ống soi phế quản chỉ với bàn tay nắm ở phần điều khiển của ống soi. Bàn tay còn lại đơn giản chỉ cố định ống soi ở vị trí đưa ống soi vào (mũi, miệng). Vâng, phương pháp này thật sự hấp dẫn...nhưng dường như tất cả các chuyên gia đồng ý là ống nội soi phế quản mềm nên được lái bằng cách giữ phần gần ống soi được coi như là phần điều khiển (trao đổi cá nhân với rất nhiều chuyên gia).

Câu hỏi IV.24: Một đồng nghiệp khoa phẫu thuật lồng ngực chuyển một bệnh nhân đến để lấy dị vật ở phế quản số 2 phải (RB2) bằng nội soi phế quản. Trong quá trình soi, bạn sẽ thấy dị vật ở

- A. Phân thùy đáy sau của thùy dưới phải.
- B. Phân thùy đáy trong của thùy dưới phải.
- C. Phân thùy trước của thùy trên trái.
- D. Phân thùy sau của thùy trên phải.
- E. Phân thùy trước của thùy trên phải.

Trả lời IV.24: D

RB2 (phế quản 2 phải) là phân thùy sau của thùy trên phải. RB1 và RB3 là phân thùy đỉnh và trước của thùy trên phải. Bất kể danh pháp nào được sử dụng, các danh pháp của các cựa phế quản, thùy và các phân thùy gần tương đối giống nhau. Các phế quản được đánh số từ 1-10 (1-3 thùy trên, 4-5 thùy giữa hoặc lưới, 6-10 thùy dưới), trong khi cựa phế quản được gọi tên theo C-1 hoặc C-2. Danh pháp hữu ích để giao tiếp với người nước ngoài và phẫu thuật viên



Câu hỏi IV.25: Câu nào trong các câu dưới về phế quản thùy trên phải là đúng

- A. Phần sau của phế quản thùy trên phải không có tiếp cận với mạch máu
- B. Phần trước của phế quản thùy trên phải không có tiếp cận với mạch máu
- C. Tĩnh mạch phổi tiếp xúc trực tiếp với phế quản thùy trên phải .

Trả lời IV.25: A

Không cấu trúc mạch máu nào trực tiếp nằm sát thành sau phế quản thùy trên phải. Tĩnh mạch phổi nằm phía trước nhưng không tiếp xúc trực tiếp. Động mạch phổi phải nằm cận thành trước của phế quản thùy trên phải và đầu phế quản trung gian. Sinh thiết bằng kim ở vị trí này rất nguy hiểm. Chú ý hướng của phế quản thùy trên trong minh họa này dốc hơn mức bình thường.



Câu hỏi IV.26: Một bác sĩ Brazil 40 tuổi trước nay khỏe mạnh sống ngoài Manaus đến vì khó thở khởi phát cấp, sốt, đau cơ và ho khan. Mười ngày trước đó, ông chùi rửa cái lán gà, tại đây ông dựng một phòng trà Nhật sau khi lấy bỏ đất và hạ bỏ cái sàn gỗ. X quang phổi cho thấy đông đặc thùy của phế trường trên và giữa phải. Vài nốt calci hóa dưới màng phổi nhỏ hiện diện ở vùng phổi trên phải và trái. IDR lao dương tính. Nội soi ống mềm cho thấy hẹp khu trú phế quản thùy giữa phải với viêm đỏ chung quanh. Phế quản gốc phải cũng bị đè ép. Bệnh nhân thấy khó thở và khó nuốt khi nằm ngửa. Chẩn đoán nào có khả năng nhất?

- A. Nhiễm Histoplasma cấp
- B. Bệnh giống cúm trên nhiễm histoplasma mãn
- C. Nhiễm cryptococcus cấp
- D. Ung thư biểu mô phế quản

Trả lời IV.26: B

Dường như bác sĩ này bị cúm và các biểu hiện mãn tính của nhiễm histoplasma. Histoplasma capsulatum là một nấm sống trong đất thường thấy nhất trong chuồng gà, hầm, hang động. Nhiễm trùng cũng xảy ra ở những cư dân thành phố sau tiếp xúc với các vị trí khai quật và xây dựng, đặc biệt ở thung lũng Mississippi, Hoa Kỳ, dù bệnh cũng có được ghi nhận ở các cư dân của các lưu vực các con sông màu mỡ ở Malaysia, Việt nam, Paraguay, Brazil và Ấn độ. Nhiễm cấp ở các cá thể chưa có miễn dịch gây những bệnh lý giống cúm sau một thời kỳ ủ bệnh từ 10-16 ngày.

Trên các cá thể khác thời kỳ ủ bệnh có thể ngắn đến 3 ngày. Thâm nhiễm phổi thường kèm theo hạch rốn phổi và trung thất thường được phát hiện trên X quang. Có khi có cả các nốt phổi và hạch calci hóa. Các hạch phì đại có thể chèn ép phế quản thùy giữa phải gây ra hội chứng thùy giữa phải. Hiếm hơn, sự calci hóa có thể bào mòn qua thành phế quản hình thành các sỏi nội phế quản. Chén ép tĩnh mạch chủ trên, thực quản và phế quản gốc (xơ hóa trung thất) xảy ra khi các hạch lympho trung thất hòa lẫn vào một khối lớn duy nhất được bao bọc bởi mô hoại tử và cuối cùng là xơ hóa.

Chẩn đoán được thực hiện bằng cách quan sát thấy vi nấm tự do trong chất hoại tử, hoặc các nấm men đơn tròn đang mọc chồi với bào tương nhiều bọt được phát hiện. Ở bệnh nhân miễn dịch còn tốt, các u hạt giống thượng bì hoại tử và tế bào khổng lồ tương tự lao có thể được phát hiện.

Câu hỏi IV.27: Một nạn nhân tổn thương phổi hít đã ở ICU 5 tuần. Nhiều đợt hít sạch dịch dạ dày đã được chứng kiến trong 7 ngày qua sau rút nội khí quản. Trong

một lần sắc cấp tính , bạn được yêu cầu nội soi phế quản ống mềm cấp cứu. Bạn phát hiện phù thanh quản nặng nề, dày dây thanh và liệt dây thanh bên trái. Những biến hiện này là của hít sắc tái phát. Bạn cũng thấy nhiều chất tiết vàng đầy hai phế quản thùy dưới. Đáng ngạc nhiên là không có viêm phế quản, niêm mạc phế quản trông có vẻ bình thường ngoại trừ một mảng nhỏ, đỏ nhô lên trên cửa phế quản phân thùy đỉnh (S6) của thùy dưới phải . Bất thường này được sinh thiết. Hôm sau bác sĩ giải phẫu bệnh báo rằng một nấm men đen tròn hiện diện trên mẫu mô nhuộm bạc . Chẩn đoán nhiễm nấm nào có khả năng nhất trên bệnh nhân này?

- A. Nhiễm aspergillus phế quản phổi dị ứng
- B. Nhiễm nấm Mucomycosis-zygomycosis
- C. Nhiễm Candida xâm lấn
- D. Nhiễm Torulopsis Candida Galbrata

Trả lời IV.27: D

Nhiễm Torulopsis Candida Galbrata thường theo sau hít sắc dịch dạ dày. Các dạng nấm men được quan sát tốt nhất với các mẫu mô nhuộm bạc, nơi mà chúng xuất hiện dưới dạng các bào tử đen tròn hoặc oval trong những đám nhỏ. Dù Torulopsis Candida Galgrata có thể xâm lấn mạch máu, bệnh biểu hiện bằng phản ứng viêm nhẹ và u hạt niêm mạc khí đạo. Nếu bạn thắc mắc, trên đây là những điểm và mục tiêu chính của câu hỏi này.

Nghi ngờ nhiễm candida xâm lấn nếu phát hiện có kèm nhiễm đẹn (candida) miệng. Aspergillus có thể chỉ định cư hoặc gây nhiễm thực sự, và có thể thấy trong các chất tiết màu vàng hơi xanh nhưng cũng có thể thấy ngay cả khi chất tiết không có vẻ giống mủ. Biểu hiện trên nội soi phế quản của Mucor (mucomycosis-zygomycosis) cũng tương tự.

Câu hỏi IV.28: Năm 1970, Shigeto Ikeda người Nhật đã đề nghị một bảng phân loại các biểu hiện nội soi cho tới nay vẫn rất hữu dụng. Bảng phân loại này bao gồm tất cả chi tiết sau, ngoại trừ

- A. Các biến đổi bất thường của thành phế quản
- B. Các bất thường nội phế quản
- C. Các chất bất thường trong lòng phế quản
- D. Các rối loạn động học
- E. Các hậu quả của trị liệu phẫu thuật và nội soi trước đó

Trả lời IV.28: E

Giáo sư Ikeda đưa ra bảng phân loại dựa trên bảng phân loại đã được bác sĩ Huzley và bác sĩ Stradling ,những người trước đó ủng hộ một bảng phân loại các biểu hiện nội soi dựa trên khám nghiệm bằng nội soi ống cứng. Ngày nay, nhiều nhà nội soi dùng bảng phân loại "Ikeda" này để mô tả các biểu hiện (mặc dù không người quen nào của tôi cho rằng bảng phân loại này liên quan đến Ikeda).

Bằng cách sử dụng kỹ thuật đúng và nhớ nằm lòng tất cả các yếu tố được liệt kê trong bảng phân loại này, nhà nội soi có thể khám phá những bất thường nội phế quản một cách chắc chắn và mô tả chúng một cách đúng đắn. Để nhắc lại, các yếu tố đó là (1) Các biến đổi bất thường của thành phế quản, (2) Các bất thường nội phế quản, (3) Các chất bất thường trong lòng PQ và (4) Các rối loạn động học.

Ngày nay người ta có thể thêm ” Các hậu quả của trị liệu phẫu thuật và nội soi trước đó” vào danh sách. Yếu tố này liên quan đến các đường khâu ngoại khoa, biểu hiện của mổ cắt, dò khí đạo và biến đổi niêm mạc do sinh thiết , cắt laser, liệu pháp lạnh, đốt điện, liệu pháp quang động hoặc xạ trị trong.

Câu hỏi IV.29: Một bệnh nhân nam 39 tuổi với tiền căn ung thư tinh hoàn 3 năm trước nay có một khối mờ 3cm ở thùy dưới phải trên X quang. CT scan cho thấy khối mờ có calci hóa. Khối u nằm ở thùy dưới phổi phải và hơi trung tâm. Trên phương diện X quang học thì không thấy thương tổn nội phế quản hoặc hạch to. Bệnh nhân không triệu chứng. Ca lâm sàng này được trình bày trong buổi hội chẩn lồng ngực hàng tuần. Nhà ung bướu học nội khoa sợ rằng đó là một thương tổn di căn. Bác sĩ hình ảnh học không chắc như vậy nhưng nói tổn thương nên được tiếp cận bằng nội soi phế quản . Bác sĩ hình ảnh học can thiệp nói cơ hội tràn khí là 30% nếu tổn thương được sinh thiết qua da dưới hướng dẫn X quang hoặc CT scan. Bác sĩ ngoại lồng ngực khuyến cáo mổ ngực ngay và cắt phổi nếu sinh thiết lạnh khi mổ ngực ác tính. Nội soi ống mềm đã được thực hiện trước buổi hội chẩn không quan sát thấy bất cứ bất thường nào và rửa phế quản cũng không giúp chẩn đoán. Bạn sẽ đề nghị gì trong những thủ thuật sau đây

- A. Mổ ngực và cắt thùy dưới
- B. Nội soi lồng ngực có hỗ trợ video với chọc hút kim vào khối u dưới hướng dẫn nội soi phế quản
- C. Nội soi phế quản ống mềm với hướng dẫn CT để sinh thiết hoặc chọc kim vào thương tổn và làm tế bào bệnh học ngay tại chỗ.
- D. Nội soi phế quản ống mềm và chọc hút kim xuyên phế quản mù

Trả lời IV.29: C

Nội soi phế quản ống mềm dưới hướng dẫn CT scan là một thủ thuật được biết rõ và nên được tính đến trong vài trường hợp nhất định. Kỹ thuật này có thể tốt hơn hướng dẫn dưới màn huỳnh quang nếu thương tổn không được quan sát tốt dưới màn huỳnh quang.

Bệnh nhân này thực sự không nên làm nội soi ống mềm ”khảo sát” mà không mang lại chất liệu chẩn đoán hoặc thông tin hữu ích nào giúp đưa đến quyết định, lại còn làm tăng chi phí y tế và sự khó chịu của bệnh nhân . Chẳng hiểu làm sao mà chọc hút kim hoặc sinh thiết qua nội soi không được làm thử với hướng dẫn X quang.

Một lựa chọn không nội soi phế quản là chọc hút kim dưới hướng dẫn nội soi lồng ngực. Mổ ngực có thể tránh được. Chú ý là nếu tổn thương trung tâm, gần thực quản hoặc bên trái (tức không phải trường hợp này) chọc hút kim dưới hướng dẫn siêu âm qua nội soi có thể giúp chẩn đoán đặc biệt nếu có bằng chứng của hạch trung thất. Lựa chọn chẩn đoán này nên được xem xét ngay cả nếu cần phải gửi bệnh nhân đến bác sĩ tiêu hóa.

Câu hỏi IV.30: Một bệnh nhân 67 tuổi bị ung thư phổi và nghẽn tắc khí đạo trung tâm đã được trị liệu quang động học ở một cơ sở khác cách đây 5 ngày. Bệnh nhân đến gặp bạn để được theo dõi và xin xạ trị ngay. Bạn khuyên

- A. Trì hoãn xạ trị 4-6 tuần
- B. Xạ trị nên được khởi đầu ngay
- C. Xạ trị nên trì hoãn đến khi trị liệu qua nội soi đạt hiệu quả làm giảm triệu chứng

Trả lời IV.30: A

Vì cả liệu pháp quang động và xạ trị ngoài đều gây hoại tử và sưng nề mô, hầu hết các chuyên gia khuyến cáo điều trị xạ được trì hoãn trong 4-6 tuần sau liệu pháp quang động. Điều này khác với cắt bằng laser Nd:YAG, một thủ thuật có phù nề hoại tử sau thủ thuật rất ít vì hầu hết mô được lấy bỏ bằng phá khối bướu lúc nội soi. Sự phối hợp liệu pháp quang động và xạ trị có thể làm thông khí đạo ngay cả khi bệnh nhân có hẹp khí đạo nghiêm trọng.

Câu hỏi V.1: Bệnh nhân nam 54 tuổi tương đối béo phì bị ho và khó thở kéo dài trong năm vừa qua. Bệnh nhân đã từng hút thuốc lá, sức khỏe tốt ngoại trừ đôi khi có trào ngược dạ dày thực quản. Xét nghiệm thăm dò chức năng hô hấp 8 tháng trước cho thấy hội chứng tắc nghẽn mức độ nhẹ. Do bệnh nhân không đáp ứng với chế độ điều trị bằng thuốc dẫn phế quản hít, corticoid hít, chương trình giảm cân, bệnh nhân đến khám hô hấp. X quang lồng ngực bình thường ngoại trừ việc bệnh nhân hít vào không đủ sâu. Bệnh nhân bị ợ hơi sau ăn, và khàn giọng. Nội soi phế quản ống mềm cho thấy bất thường dưới đây. Chẩn đoán nào dưới đây là phù hợp nhất

- A. Thoái hoá dạng bột khí quản.
- B. Sarcoidosis khí quản.
- C. Lymphoma khí quản.
- D. Hít sắc mạn tính do trào ngược dạ dày thực quản.



Trả lời V.1: **A**

Thoái hóa dạng bột khí phế quản thường nhất là do lắng đọng Immunoglobulin hoặc chuỗi nhẹ dẫn xuất của amyloid dưới niêm mạc trong và xung quanh các tuyến phế quản, mô liên kết và mạch máu. Đôi khi cũng xảy ra quá trình canxi hoá làm kích thích quá trình tạo sụn xương khí quản bất thường. Hình ảnh nội soi phế quản thường là những mảng dưới niêm mạc đa ổ nhạt màu, hay màu vàng nhạt bóng nổi gờ lên trên kèm theo những chỗ hẹp rải rác. Chẩn đoán được thành lập nhờ vào sinh thiết sâu nội mạc phế quản hoặc khí quản, và sinh thiết dễ gây chảy máu.

Hình ảnh mô học cho thấy sự lắng đọng chất sáp ngoài tế bào nhạt màu thành từng dải đồng nhất theo chiều dọc. Mảnh sinh thiết nhìn dưới kính hiển vi phân cực bắt màu tảo xanh khi nhuộm bằng đỏ Congo. Có đến 30% bệnh nhân chết do bệnh đường thở.

Lắng đọng dạng bột sẽ tiến triển dần dần và không ngừng, tác động đến cả khí quản, phế quản, thanh quản. Cắt đốt bằng laser rất khó khăn, nhưng cũng chỉ mang lại

hiệu quả tạm thời. Stent có rất ít giá trị về lâu về dài vì rằng niêm mạc thâm nhiễm dạng bột sẽ tiếp tục tiến triển phía trên và xung quanh stent gây hẹp từng đoạn đường thở.

Nếu phát hiện được các protein bất thường trong huyết thanh, cần nghĩ đến bệnh thoái hoá dạng bột toàn thân. Không nên nhầm lẫn giữa thoái hoá dạng bột khu trú khí phế quản với thoái hoá dạng bột lan tỏa tại phổi, trong dạng này bệnh nhân thường có những thâm nhiễm dạng lưới nốt lan tỏa trên phim X quang lồng ngực và có rối loạn thông khí hạn chế.

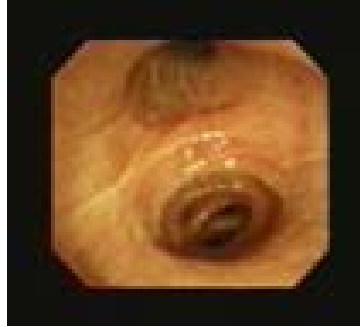
Sarcoidosis nội phế quản có thể xuất hiện như là những tổn thương tăng sinh màu vàng nhạt gờ lên trên vách mũi hoặc khoang miệng, và cả trong lòng cây khí phế quản và các tổn thương này có thể làm cho các mạch máu bị sung huyết và có thể phì đại các hạch lympho. Những hình ảnh nội soi khác bao gồm nốt niêm mạc, tăng sinh mạch máu, phù niêm mạc và hẹp phế quản. U lympho là một dạng tiến triển khu trú hơn, có thể gây phì đại niêm mạc. Có thể nghi ngờ hít sặc mạn tính và trào ngược dạ dày thực quản khi ghi nhận thấy hiện tượng lát đá, viêm niêm mạc một bên, dày niêm mạc phế quản khu trú, xung huyết đỏ và viêm, tuy nhiên những sang thương này là không đặc hiệu.



Câu hỏi V.2: Một bác sĩ gửi đến một bệnh nhân với tổn thương tắc nghẽn như hình

LB 4. Tổn thương đó là:

- A. Phân thùy đáy trước của thùy dưới phải
- B. Phân thùy trên của thùy dưới trái
- C. Phân thùy trước của thùy trên trái
- D. Phân thùy trên của thùy lưỡi
- E. Phân thùy dưới của thùy lưỡi.



Trả lời V. 2: D

LB-4 là phân thùy trên của phân thùy lưỡi. Carina thứ cấp chia LB-4 với LB-3, là phân thùy trước của phân nhánh trên của thùy trên trái. Nhiều tên được đề nghị đối với giải phẫu học thùy và phân thùy phế quản. Định danh này của Jackson và Huber, Boyes Shinoi, Nagaishi và Ikeda. Có những khác biệt nhỏ trong các định danh này, đặc biệt đối với phế quản phân thùy và cấp thấp hơn. Trái là (L) và phải là (R). Tên carina, thùy và phân thùy tương đối thống nhất. Phế quản được phân loại từ 1-10 (thùy trên 1-3, thùy giữa hay phân thùy lưỡi 4-5, thùy dưới 6-10, carina được phân loại là C-1 và C-2. Định danh đường thở giúp bác sĩ nội soi mô tả sự lan rộng của tổn thương ung thư và những vị trí ung thư phổi sớm và những ranh giới phẫu thuật cắt bỏ.

Câu hỏi V.3: Tổn thương nào sao đây được phân loại là ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn T4

- A. Một khối u xâm lấn carina và cách phế quản gốc phải 1 cm
- B. Một khối u ở phế quản gốc cách carina < 2cm nhưng không xâm lấn carina.
- C. Một khối u xâm lấn phế quản gốc cách carina > 2cm
- D. Một khối u kích thước < 3cm ở phế quản thùy trên phải nhưng chưa xâm lấn đến phế quản gốc.

Trả lời V.3 : A

Một khối u bất kể lớn nhỏ xâm lấn carina được phân loại T4. Ngoài ra, bất kỳ khối u nào xâm lấn màng ngoài tim, mạch máu lớn, và cột sống cũng phân loại T4. Tất cả khối u T4, bất kể hạch đều được chia ung thư phổi giai đoạn III B. Với tình trạng không di căn M0, giai đoạn IIIB bao gồm T1N3, T2N3 và T3N3.

Khuyến cáo điều trị hiện nay của ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn IIIB không phẫu thuật được là hóa trị và xạ trị. Với điều trị kết hợp trên tỉ lệ sống 5 năm là 10 đến 20 %.



T4 : ở carina

Câu hỏi V.4: Tổn thương nào sau đây được phân loại là ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn T2

- A. Khối u xâm lấn carina và cách vách giữa của phế quản gốc bên phải 1 cm
- B. Khối u ở phế quản gốc cách carina < 2cm, không lan đến carina.
- C. Khối u lan đến phế quản gốc cách carina > 2cm.
- D. Khối u < 3cm ở trong phế quản thùy trên bên phải, chưa lan đến phế quản gốc.

Trả lời V.4 : **C**

Khối u giai đoạn T2 là u lan đến phế quản gốc cách carina > 2cm, cũng như khối u đường kính > 3cm xâm lấn màng phổi tạng, hoặc kết hợp với xẹp phổi hoặc viêm phổi sau ngẽn tắc mà không ảnh hưởng đến toàn phổi. Tổn thương T2 với N1 (hạch rốn phổi, hạch gian thùy, hạch dưới phân thùy), N2 (hạch trung thất cận khí quản cùng bên, cửa sổ phế-chủ, hay dưới carina), hoặc N3 (hạch rốn phổi, trung thất, cơ thang, trên đòn đối bên, hoặc hạch cơ thang, trên đòn cùng bên) thì được phân loại tương ứng là giai đoạn IIB, IIIA và IIIB.



T 2 cách carina trên 2 cm

Câu hỏi V.5: Nội soi phế quản ống mềm thấy khối u lớn, đáy rộng gây tắc > 90% phế quản gốc phải. Bệnh nhân bị khó thở. X quang ngực thấy thâm nhiễm thùy dưới phải. Thủ thuật can thiệp qua nội soi nào sau đây làm mở rộng đường dẫn khí và cải thiện triệu chứng ngay.

- A. Cắt laser Nd: YAG
- B. Điều trị quang động
- C. Xạ trị trong
- D. Đốt điện
- E. Đông argon

Trả lời V.5 : A

Cắt laser Nd:YAG có thể được thực hiện dưới gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng và an thần. Năng lượng laser là 1,064nm độ dài sóng được cung cấp từ Nd: YAG. Ảnh hưởng đến mô là đông do ánh sáng và hoại tử. Lợi ích sống còn ở bệnh nhân điều trị cấp cứu đã được chứng minh khi so sánh với bệnh nhân chỉ điều trị chiếu xạ bên ngoài. Giống như những phương pháp điều trị qua nội soi khác, cắt laser không thể không cần hóa trị và xạ trị từ ngoài.

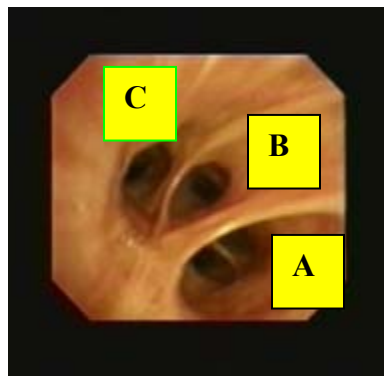
Giảm triệu chứng ngay lập tức với sự cải thiện lưu lượng thông khí, triệu chứng và chất lượng cuộc sống. Ngoài ra, cắt laser Nd:YAG có thể phối hợp với những phương pháp điều trị nội soi khác, bao gồm đặt stent đường thở. Trong những phương thức điều trị kể trên, hiệu quả của điều trị nhiệt không ngay lập tức và thường cần can thiệp thêm để lấy mô hoại tử do làm lạnh.

Xạ trị trong không giảm triệu chứng ngay. Tia xạ được chiếu trong lòng đường thở ở những bệnh nhân vừa xạ trị ngoài với liều tối đa. Đốt điện và đông argon giải phóng đường thở ngay lập tức và hiệu quả. Thực tế, chỉ định của nó giống như laser Nd:YAG. Tuy nhiên, phần lớn bác sĩ thích cắt laser Nd:YAG hơn ở những khối u to đạt độ đông sâu và tác dụng cầm máu tốt.

Điều trị quang động không phục hồi sự thông thoáng đường thở ngay tức thì.

Câu hỏi V.6: Trong hình dưới đây, A, B, C tương ứng với phân thùy đáy nào của phế quản thùy dưới bên trái.

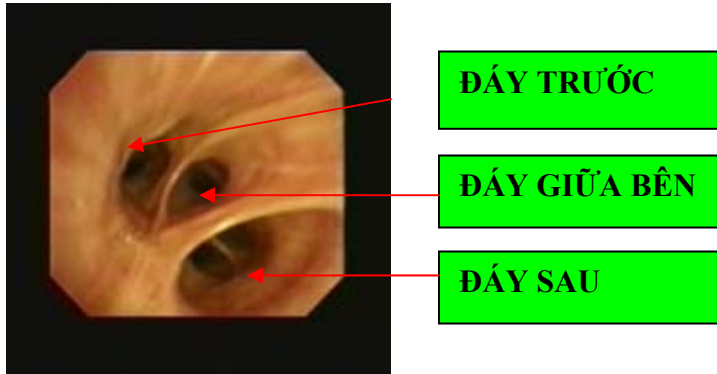
- A. Phân thùy đáy sau, đáy bên và đáy trước (LB 10, LB9, LB8).
- B. Phân thùy đáy bên, đáy sau và đáy trước(LB8, LB10, LB9).
- C. Phân thùy đáy trước, đáy bên và đáy sau(LB8, LB9, LB10).
- D. Phân thùy đáy bên, đáy sau và đáy trước (LB9, LB10, LB8).



Trả lời V.6 :

A

Tường tượng bên trong đường dẫn khí là mặt đồng hồ và carina là điểm tham khảo trung tâm, màng phía sau thường ở giữa 12 giờ và 3 giờ . Phân thùy đáy sau thường nằm ở giữa nhất trong các phân thùy của thùy dưới trái. Vì thế trên hình nó ở vị trí 5 giờ . Phân thùy đáy bên nằm giữa phân thùy đáy sau và phân thùy đáy trước. Một số nhà nội soi phế quản gọi 3 phân thùy này là “tháp đáy” . Một số khác gọi là 3 lính ngự lâm.

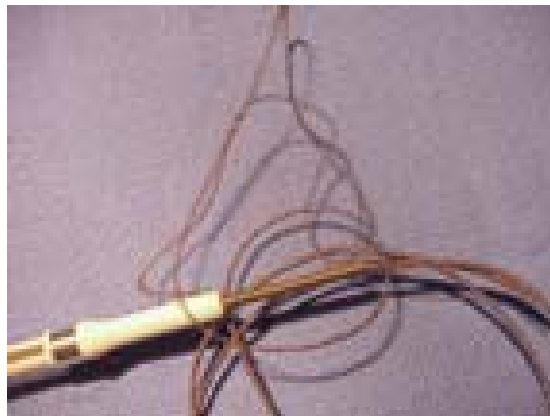


Câu hỏi V.7: Sau khi sinh thiết nội phế quản, kèm bấm không đóng lại được. Bạn thử kéo kèm bấm về phía sau và ra trước trong đường thở nhưng vẫn không đóng lại được. Người phụ giữ thẳng kèm bấm trong kênh thủ thuật của ống soi và giữ chắc kèm bấm, nó vẫn không đóng lại. Bước tiếp theo sẽ là:

- Kéo mạnh kèm bấm đang mở ra vào trong kênh thủ thuật nhằm đóng nó lại.
- Giữ thẳng ống soi. Kéo kèm bấm đang mở đến đầu xa của kênh thủ thuật đồng thời kéo ống soi và kèm bấm ra cùng với nhau.
- Than phiền với nhà sản xuất kèm bấm.

Trả lời V.7 :

B



Toàn bộ hệ thống nên được lấy ra nhẹ nhàng và thay kèm bấm. Nếu thấy khó lấy dụng cụ qua kênh thủ thuật của ống nội soi, thì tốt nhất là để dụng cụ bên trong kênh và lấy cả ống ra để sửa, hơn là cố lấy ra bằng cách kéo mạnh ra (xem hình bên dưới thấy những sợi của kèm bấm bị bung ra khi cố kéo ra). Chi phí cho sửa chữa mắc hơn rất nhiều.

Không cần than phiền với nhà sản xuất... họ cũng đã nói là kèm bấm rất dễ hư. Nó có thể dễ bị kẹt khi đóng mở và cũng có thể hư.

Kéo liên tục và dứt khoát kèm bấm bằng cách giữ chặt nó trong lòng kênh thủ thuật của ống soi có thể có hiệu quả, nhưng đôi khi cũng làm hư ống soi. Kèm bấm mở một phần trong ống soi có thể gây tổn thương ống soi như một cây kim.

Câu hỏi V.8: Chảy máu trung bình có thể xảy ra trong lúc sinh thiết qua nội soi phế quản khối u nằm trong lòng phế quản gốc trái. Bệnh nhân nay lập tức được đặt ở tư thế sau. Tư thế này gọi là:

- A. Tư thế bào thai
- B. Tư thế cò súng
- C. Tư thế an toàn
- D. Tư thế nguy hiểm

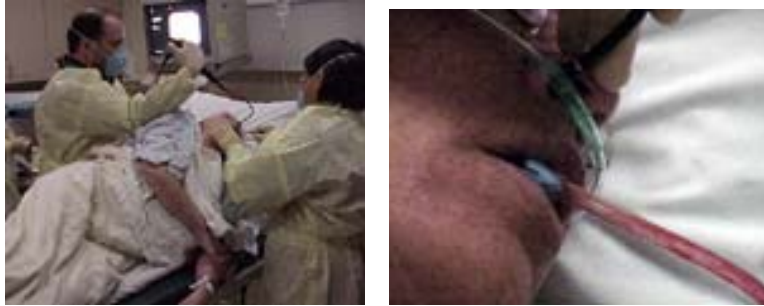


Trả lời V.8 : C

Nằm nghiêng sang bên chảy máu thường gọi là tư thế an toàn. Máu đọng ở cây phế quản nhờ trọng lực thúc đẩy tạo thành cục máu đông. Tư thế này bảo vệ đường dẫn khí đối bên không bị ngập máu và tràn qua carina. Ngoài ra, máu dễ dàng được hút ra ở mũi hầu. Vì máu không đọng ở hạ hầu và mũi hầu, bệnh nhân không ho nhiều. Máu có thể được hút ra qua catheter lớn.

Tư thế có thể xem là hơi lạ lần đầu đối với các nhà nội soi, đặc biệt bên phụ thuộc hạn chế không gian làm việc . Nếu cần, bác sĩ nội soi có thể đổi bên để tránh mất thời gian vì không đủ ánh sáng, do xa nguồn.

Tư thế bào thai có thể áp dụng khi bác sĩ đang ngủ và nằm mơ về nội soi phế quản !! Tư thế cò súng được biết là chien de fusil ở Pháp, cũng như plegaria mahometana ở Tây Ba Nha, là tư thế để giảm đau bụng ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Tư thế kỳ dị là bất cứ tư thế nào gây khó khăn cho bệnh nhân hoặc bác sĩ nội soi.



Câu hỏi V.9: Tất cả điều sau có thể thực hiện để lấy được dịch nhiều trong rửa phế quản-phế nang , ngoại trừ:

- A. Nhét chặt ống soi sâu trong lòng phế quản.
- B. Yêu cầu bệnh nhân hít sâu và nín thở trong lúc bơm dịch và hút dịch.
- C. Bơm mỗi lần 20-50 ml, thật chậm. Hút từ từ từng đợt hơn là hút liên tục.
- D. Treo dịch rửa lên cao . Để trọng lực giúp dịch bơm vào hơn là bơm nhanh và mạnh bằng ống tiêm.
- E. Tăng hút đến tối đa ở thành đường dẫn khí để lấy dịch.

Trả lời V.9 : E

Rửa phế quản-phế nang phải nhẹ nhàng và không gây sang chấn . Nên tránh ho mạnh vì có thể làm dịch bị nhiễm máu và nhầy và làm bệnh nhân khó chịu. Làm ấm dịch rửa 37° C giúp phòng ngừa ho và co thắt phế quản, đặc biệt là ở bệnh nhân tăng đáp ứng đường thở.

Chèn ống soi cẩn thận vào trong lòng phân thùy được rửa để đảm bảo là dịch không trào ra phần xa của ống soi và tránh nhiễm tế bào phế quản. Hút > 50mmHg có thể làm xẹp đường thở đoạn xa và cản trở lấy dịch.

Câu hỏi V.10: Khi nội soi phế quản ở bệnh nhân bị chấn thương, điều nào sau đây có thể được nhận thấy khi thay đổi tư thế bệnh nhân, thay đổi ống nội khí quản hoặc thay đổi thể tích hít vào của phổi.

- A. Dập phế quản
- B. Hít dị vật
- C. Nút nhầy và chất tiết đặc hoặc cục máu đông.
- D. Tiếp tục xuất huyết từ đoạn xa do dập phổi
- E. Rách khí quản hoặc phế quản.

Trả lời V.10 : E

Bất thường khó phát hiện nhất trong lúc soi là rách khí quản hoặc phế quản. Đôi khi nó chỉ là vết rách nhỏ khó phát hiện của sợi đàn hồi dọc sau (gọi là những đường ray). Đôi khi vết rách khó phát hiện vì bị chỗ rách bị thực quản phình ra trước lắp vào .

Nội soi phế quản ống mềm giúp ích ở bệnh nhân chấn thương dập vùng ngực hay sắc nhọn để loại trừ tổn thương đường thở. Nội soi cũng nhằm điều trị những vấn đề liên quan như xẹp phổi bằng cách lấy máu đông, dị vật và nhầy ở đường thở trung

tâm và ngoại vi. Chảy máu đoạn xa diễn tiến đôi khi cần phải đặt nội phế quản hoặc cần những phương thức điều trị khác như đông điện hoặc bóng chèn.

Tổn thương đường thở không phải luôn có triệu chứng lâm sàng gợi ý vì thế bác sĩ thực hiện nội soi phế quản thường quy ở mọi trường hợp chấn thương ngực kín. Bệnh nhân có triệu chứng màng sườn di động, tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi, tràn khí dưới da, tràn khí trung thất, tiếng rít hoặc ngáy khu trú thì nên nội soi phế quản.

Để khảo sát toàn bộ đường thở, mọi nhánh khí phế quản, kể cả dưới thanh môn nên được khám nhiều lần.

Câu hỏi V.11: Hình ảnh bất thường trong lòng phế quản ở hình dưới đây là:

- A. U carcinoma
- B. Adenoid cystic carcinoma
- C. U nhú tế bào vảy
- D. Sarcoma
- E. U mỡ



Trả lời V.11 : C

Bệnh u nhú đường thở tái phát là bệnh mạn tính do virus HPV gây ra. Biểu hiện lâm sàng thay đổi từ khàn tiếng đến tắc nghẽn hoàn toàn đường thở ngoại vi hoặc trung tâm. Bệnh ảnh hưởng cả người lớn và trẻ con, được phát hiện lần đầu ở thế kỷ 17 gọi là ‘mụn cóc trong họng’. Vị trí thường gặp nhất là dây thanh. Bệnh nhân thường bị nhầm là hen trong nhiều năm trước khi xác định chẩn đoán bằng nội soi thanh quản và phế quản.

Tần suất bệnh hiện hành là 1.8/ 100 000 dân. RRPF (Hiệp hội về bệnh u nhú đường thở tái phát - The Recurrent Respiratory Papillomatosis Foundation) thường cập nhật số liệu thống kê này. Vài thể HPV được ghi nhận. Kiểu lan truyền của HPV chưa rõ nhưng quan hệ tình dục miệng- cơ quan sinh dục có thể là cơ chế chính. Bệnh tái phát và dai dẳng. Thuyên giảm không đoán được và thay đổi.

Điều trị chính là cắt laser qua nội soi phế quản, điều trị quang động và thuốc chống virus. Đã ghi nhận tình trạng chuyển sang ác tính

U carcinoma, carcinoma nang dạng tuyến, sarcoma nội phế quản và u mỡ nội phế quản có hình dạng riêng biệt.



U nhú lớn

Câu hỏi V.12: Những điều sau là đúng ở nạn nhân chấn thương ngực, ngoại trừ:

- A. Nên nội soi phế quản nếu có khàn tiếng, ho, khó thở, tiếng rít và ho ra máu
- B. Tổn thương nghiêm trọng gây ra tăng đột ngột áp suất nội khí quản thường gây tổn thương phần màng khí quản.
- C. Lực xé do tăng giảm tốc độ có thể làm rách rộng carina và tổn thương phế quản gốc một hoặc hai bên.
- D. Phần lớn rách khí phế quản được thấy cách carina > 2cm
- E. Giảm tốc độ đột ngột gây rách khí quản cao vì khí quản nối với sụn thanh quản.

Trả lời V.12 : D

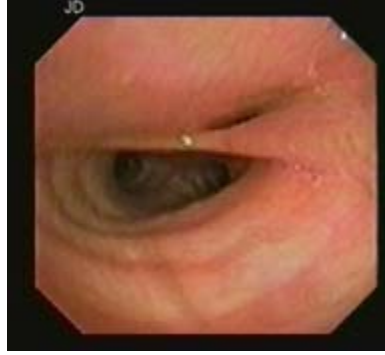
Phần lớn tổn thương khí phế quản được phát hiện trong vòng 2 cm cách carina . Tổn thương bao gồm đỏ niêm mạc khú trú hoặc lan tỏa và sưng phù, rách niêm mạc một phần hoặc toàn bộ, xuất huyết trong phổi với chảy máu đường thở, rách khí quản hay phế quản và di lệch , rách đường thở với tổn thương thực quản và hít dị vật (vd:răng).

Hiểu cơ chế tổn thương có thể giúp bác sĩ nội soi lập kế hoạch thám sát đường thở . Chấn thương đụng dập tác động trực tiếp vào ngực như tai nạn xe thường gây ra đụng dập phổi với xuất huyết và phù mô kẽ và phế nang.

Nạn nhân chấn thương có nguy cơ ARDS. Rách khí quản hoặc phế quản có thể phát hiện ngay lúc vào viện hay sau đó trong lúc nằm viện. Nội soi phế quản nên tiến hành cẩn thận. ‘Luôn nghĩ là có tổn thương đường thở cho đến khi có bằng chứng ngược lại’.

Câu hỏi V.13: Bất thường ở hình dưới đây là:

- A. Hẹp phân thùy
- B. Thoát vị khí quản
- C. Dò thực quản khí quản.

**Trả lời V.13 :****C**

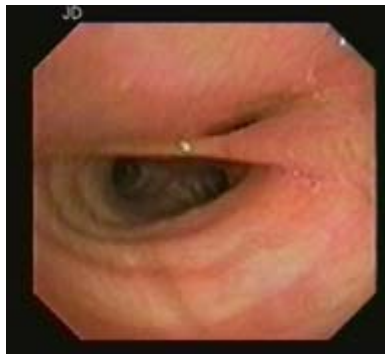
Bất thường thấy dọc theo thành sau của khí quản là dò hình H ở bệnh nhân nữ 30 tuổi đã được điều trị nhằm là hen trong nhiều năm. Bệnh nhân có những đợt viêm phổi và viêm phế quản tái phát với khó khè và khó thở. Bệnh nhân cũng có tiền căn khiếm khuyết bẩm sinh với bất thường thực quản đã phẫu thuật chỉnh lại sau sinh.

Dò loại H chỉ là dò thực quản khí quản bẩm sinh không hẹp bít thực quản. Chiếm khoảng 5-8% dò thực quản khí quản bẩm sinh (loại thường gặp nhất là bít hoàn toàn thực quản thành túi thực quản không có đầu ra và dò thực quản khí quản thấp nối phần thấp thực quản với phần khí quản đoạn ngang carina hay phế quản gốc trái).

Trong dò loại H, thực quản bình thường ngoại trừ có thông ở đoạn cao với khí quản. Phẫu thuật sửa dò có thể để túi thông bít 1 đầu từ khí quản, đó là trường hợp bệnh nhân này. Túi thường đầy chất tiết đường thở, bị nhiễm trùng gây ho, viêm phế quản và khó khè.

Hẹp từng phần có thể xảy ra dọc theo chiều dài khí quản và có hình phễu hoặc hẹp suốt chiều dài khí quản . Có thể kèm theo phế quản thùy trên phải đóng ở khí quản , thường xuất hiện dưới chỗ đó.

Thoát vị khí quản do phần màng sau thành khí quản phình ra , tạo nên một túi thừa thực sự . Đó là do cấu trúc bị yếu. Thường không có triệu chứng, nó cũng thường gây ra viêm phổi hít tái phát từ sự ứ đọng chất tiết.

***Túi cùng***

Câu hỏi V.14: Vấn đề nào sau đây về điều trị tắc nghẽn đường dẫn khí trung tâm lạnh tính bằng nội soi phế quản là đúng:

- A. Thủ thuật giới hạn ở những người không mỡ.
- B. Stent bằng kim loại được dùng nhiều hơn stent bằng silicon
- C. Chỉ ít bệnh nhân nặng có lợi ích từ sự can thiệp thủ thuật.
- D. Cần nhiều phương cách điều trị hơn là một .
- E. Tỷ lệ tử vong của thủ thuật là cao khoảng 2%.

Trả lời V.14 : D

Phần lớn bệnh nhân hẹp đường thở lạnh tính cần nhiều hơn 1 lần nội soi phế quản điều trị . Hơn phân nửa hẹp đường thở điều trị bằng phương pháp nong sẽ tái phát. Ngoài ra, nhiều bệnh nhân cắt laser cũng tái phát. Khi đặt stent, stent được để vài tháng trước khi lấy ra. Điều này làm cho mô sợi làm thành vành tròn quanh stent. Khi lấy stent ra, mô sợi này giúp duy trì thông thoáng đường thở.

Các biến chứng liên quan đến stent như stent di chuyển, tạo lập mô hạt và tắc nghẽn bởi chất tiết dày cần phải làm lại thủ thuật. Biến chứng này ghi nhận xảy ra khoảng 20% bệnh nhân đặt stent. Nhiều chuyên gia nhận xét rằng stent silicon thường di chuyển hơn stent kim loại hoặc kết hợp (kim loại và silicon) nhưng ít tạo mô hạt hơn.

Mặc dù biến chứng liên quan đến stent nhiều nhưng hiếm khi đe dọa tính mạng. Ngoài ra, điều trị qua nội soi phế quản (nong , cắt laser, đặt stent) thường thành công trong điều trị thuyên giảm hay khỏi hẹp đường thở lạnh tính. Vì vậy, điều trị qua nội soi nên áp dụng ở bệnh nhân mà tạm thời chưa phẫu thuật được, bệnh nhân mà điều kiện phẫu thuật không tốt, bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật vì lí do cá nhân, những bệnh nhân tạm thời quá nặng không thể điều trị khỏi bằng giải phẫu được .

Dĩ nhiên là phần lớn hẹp khí quản lạnh tính được điều trị bằng phẫu thuật. Tuy nhiên, nhiều nhà nội soi tin rằng điều trị nội soi như nong , đặt stent, đông argon, đốt điện và cắt laser Nd: YAG cũng nên xem xét dù bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật. Tỷ lệ tử vong liên quan thủ thuật < 1%. Nếu không thành công thì phẫu thuật cũng có thể xem xét nếu như chưa đặt dị vật vĩnh viễn (như stent kim loại).



Trước và trong khi cắt u bằng Nd:YAG laser hẹp hạ thanh môn

Câu hỏi V.15: Bạn đang trên đường đến bệnh viện thì một bác sĩ ở phòng cấp cứu gọi cho bạn. Cô ta đang khám bệnh nhân 28 tuổi bị u hạt Wegener. Bệnh nhân đang khó thở tăng dần, ho và co kéo cơ hô hấp phụ. Nghe tiếng thở rít và âm phế bào còn nghe được cả hai bên. Bệnh nhân có tiền căn đặt stent ở phế

quản gốc phải và hẹp khí quản 6 tháng trước. Bạn sẽ hướng dẫn cho bác sĩ ở phòng cấp cứu làm như sau, ngoại trừ :

- A. Cho bệnh nhân thở oxy và đưa đi chụp X quang tia hơi cứng .
- B. Gọi cho bác sĩ và điều dưỡng khoa hô hấp chuẩn bị nội soi phế quản ống mềm tại giường ở phòng cấp cứu.
- C. Nếu tình trạng bệnh nhân xấu hơn , cần đặt nội khí quản ngay , nên dùng ống nội khí quản không bóng đường kính nhỏ khoảng 6F
- D. Bác sĩ phòng cấp cứu nên nhanh chóng chuẩn bị khay mở khí quản qua da và có bác sĩ tai mũi họng và gây mê hỗ trợ.
- E. Gọi ngay bác sĩ nội soi phế quản can thiệp và nên chuẩn bị phòng mổ trong trường hợp cần điều trị qua nội soi phế quản.

Trả lời V.15 : D

Mở khí quản qua da không cần thiết và có thể nguy hiểm ở bệnh nhân này. Tiếp cận khí quản có thể bị cản trở do stent khí quản. Ngoài ra, chưa biết được tình trạng hẹp khí quản và phế quản .

Tất cả những cách khác kể trên có thể áp dụng. Có thể chấp nhận nhất là việc cung cấp oxy và chụp X quang ngực để xác định stent đường thở và đánh giá toàn bộ lòng khí phế quản . Có thể chấp nhận nội soi phế quản trong trường hợp cần nội soi cấp cứu để thiết lập đường thở. Cần thông báo cho những nhà nội soi can thiệp trong trường hợp cần can thiệp thêm. Ngoài ra, bác sĩ gây mê có kinh nghiệm cũng phải có mặt tại buồng bệnh cho đến khi bệnh nhân ổn định lâm sàng và huyết động.

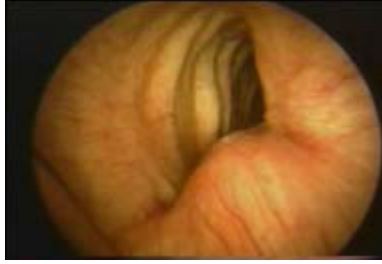
Câu hỏi V.16:Chỉ định của đặt stent đường thở,ngoại trừ :

- A. Chèn ép phế quản gốc phải từ bên ngoài.
- B. Bệnh lý trong lòng phế quản gốc trái và phần xa khí quản, kết hợp với chèn ép phế quản gốc trái từ bên ngoài.
- C. Hẹp khí quản lành tính tái phát 2 tháng sau đốt laser và nong bằng nội soi.
- D. U trong lòng phế quản gốc phải.
- E. Dò khí quản thực quản ở bệnh nhân ung thư thực quản và ho dai dẳng.

Trả lời V.16 : D

Bệnh nhân với bệnh trong lòng phế quản thường điều trị bằng các phương thức điều trị qua nội soi hơn là dùng stent. Tuy nhiên, stent đường thở đã trở thành một trong những phương thức điều trị qua nội soi để giảm chèn ép từ bên ngoài do khối u lành hoặc ác tính, và dùng điều trị hẹp đường thở ở bệnh nhân từ chối phẫu thuật, hoặc không thể phẫu thuật vì bệnh khác, hoặc ở bệnh nhân không thể cắt bỏ do mức độ lan rộng trong đường thở.

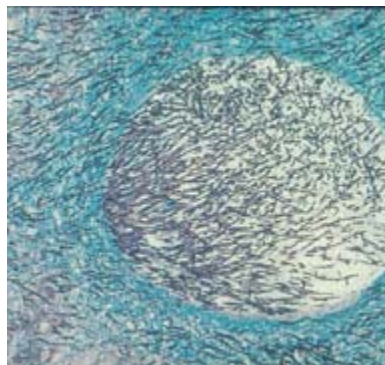
Bệnh nhân dò thực quản khí quản có thể đặt stent đường thở hoặc stent thực quản để làm giảm triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống. Stent đường thở được làm bằng silicon, kim loại hoặc cả hai. Nó có thể tự kéo dài hoặc dẫn ra. Stent có thể được đặt bằng nội soi phế quản ống mềm hoặc ống cứng.



Phòng lên dọc theo thành bên phải và sau của đoạn trên khí quản do stent thực quản trên bệnh nhân ung thư thực quản. Nếu bệnh nhân khó thở nên đặt 1 stent đường thở

Câu hỏi V.17: Nội soi phế quản được thực hiện 4 tháng sau ghép phổi 1 bên ở bệnh nhân than khó thở và ho tăng dần. Chỗ nối có thể tách ra và có dấu hiệu của bung ra của nơi khâu phế quản. Thấy được chất tiết dày màu vàng xanh, giống lớp màng bao phủ lên chỗ nối. Nhuộm nấm được thực hiện. Chẩn đoán nào sau đây có nhiều khả năng nhất:

- A. Nấm Aspergilus khí phế quản
- B. Mucomycosis –zygomycosis khí phế quản
- C. Candida khí phế quản
- D. Lymphoma khí phế quản.



Trả lời V 17 : A

Nấm aspergilus thường dạng sợi, thành song song, thường có vách và chia nhánh ở góc 45°. Xâm nhập mô trên mẫu sinh thiết khi nhiễm nấm aspergilus khí phế quản. Trên nội soi phế quản, nghĩ nhiễm nấm aspergilus khi thấy giống lớp màng bao phủ lên phế quản gốc hoặc một phần phế quản thùy hay phân thùy.

Chất tiết dày vàng xanh như hình dưới đây nấm phủ lên lớp niêm mạc dễ vỡ. Cây chất tiết hoặc đàm, bao gồm dịch rửa PQ-PN dương tính ở bệnh nhân giảm bạch cầu trầm trọng gợi ý dạng bệnh xâm lấn.



Chất tiết màu xanh lá cây trong lòng phế quản và chỉ khâu không hấp thu xung quanh trên bệnh nhân nhận ghép phổi

Câu hỏi V.18: Một phụ nữ da đen 50 tuổi bị khó thở và ho tăng dần. Điều trị corticoids một thời gian thì giảm nhưng lại tái phát khi ngưng thuốc. Bệnh nhân không hút thuốc lá. Khám lâm sàng phổi không ran, X quang ngực có hình ảnh thâm nhiễm mô kẽ 2 bên. Không có hạch bệnh lý. Nội soi phế quản ống mềm thấy niêm mạc lấm tấm đỏ với những tổn thương nhỏ màu trắng gồ lên. Nguyên nhân bệnh lý của bệnh nhân này có thể là:

- A. Nhiễm Histoplasma capsulatum
- B. Nhiễm lao
- C. Sarcoidose
- D. Sarcoma
- E. Ung thư tế bào nhỏ.



Trả lời V.18 : C

Sarcoidosis là bệnh chẩn đoán loại trừ. Sarcoidosis có nhiều biểu hiện nội phế quản, không có dạng nào là chuyên biệt: nốt nhày, phì đại sung huyết, phù và hẹp phế quản. Có thể thấy những tổn thương trắng nhỏ nhô lên có thể thấy hoặc niêm mạc tạo thành hạt cứng, sung huyết và dày lên. Bệnh u hạt khác cũng có thể có hình ảnh này.

Chẩn đoán thường kết hợp nội soi phế quản và sinh thiết. Sinh thiết qua nội soi phế quản có thể phát hiện bệnh ngay cả khi niêm mạc phế quản thấy bình thường. Chọc hút bằng kim xuyên carina cũng có thể có giá trị ở bệnh nhân có u trung thất.

Nhiễm histoplasma thường thấy khối cứng, lấp lánh với đốm đóng vôi.

Nhiễm lao thường gây hẹp mãn tính. Trong giai đoạn bệnh cấp tính, chất bã đậu từ hạch phì đại có thể xuyên qua thành phế quản, chất này thường mềm, có sạn và màu trắng.

Ung thư tế bào nhỏ không thường gặp ở người không hút thuốc (phụ nữ và người không hút thuốc thường bị carcinoma tuyến). Ngoài ra, ung thư tế bào nhỏ khi nội soi phế quản thường thấy bất thường niêm mạc hoặc dưới niêm mạc.

Sarcoma thường có biểu hiện như một bất thường nội phế quản có tính dẻo khó gấp. Đôi khi, triệu chứng không rõ ràng cho đến khi tắc nghẽn xảy ra hoàn toàn. Đáy của sarcoma thường lớn. Khối u có thể lan vào phế quản chính từ khối u ban đầu sâu trong phế quản phân thùy. Trong quá trình cắt qua nội soi khối u phải được xem tận đáy để xác định khả năng phẫu thuật.



Niêm mạc bất thường

Câu hỏi V.19: Trong lúc nội soi phế quản bạn thấy thất vọng vì kèm sinh thiết cứ trượt khỏi tổn thương nội phế quản bất thường ở thành bên của thùy dưới. Bạn có thể làm những điều sau, ngoại trừ:

- A. Thay bằng kèm sinh thiết với kim ở chính giữa
- B. Mở kèm sinh thiết và dùng 1 cạnh đào vào tổn thương. Sau đó đóng kèm bấm và sinh thiết.
- C. Hướng dẫn bệnh nhân nín thở trong lúc sinh thiết.
- D. Dùng kèm bấm cá sấu thay vì kèm bấm trơn.
- E. Xoay ống nội soi để xoay hướng lại của chén sinh thiết.

Trả lời V 19 : E

Không nên xoay ống soi, điều này có thể làm tổn thương ống soi và không tạo nhả. Tốt hơn nên bảo người phụ soi xoay cán kèm sinh thiết cho đến khi định hướng được kèm sinh thiết ở xa và cũng có thể yêu cầu người phụ giữ ống soi ở vùng mũi hay miệng. Chọc nhiều lần qua lớp dưới niêm mạc với kim xuyên phế quản để làm xét nghiệm tế bào học. Đôi khi kèm sinh thiết sẽ tạo ra những lỗ đủ lớn để kèm sinh thiết có thể lách vào và lấy mẫu sâu hơn ở lớp dưới niêm mạc.



Câu hỏi V.20: Sau khi sinh thiết qua nội soi phế quản, màn hình cho thấy toàn màu đỏ. Bạn nên làm:

- A. Đặt bệnh nhân ngược lại tư thế Trendelenberg vì có thể đã xảy ra chảy máu đường dẫn khí lớn.
- B. Đặt bệnh nhân tư thế nghiêng bên an toàn bởi vì chảy máu nhẹ hoặc trung bình dễ dàng tự cầm và đường thở đối bên sẽ được bảo vệ.
- C. Đặt thêm sonde mũi thứ hai cho bệnh nhân thở oxy liều tối đa trong trường hợp chảy máu trầm trọng.
- D. Rửa bằng lượng lớn nước muối sinh lý để làm sạch quang trường.
- E. Di chuyển đầu xa của ống soi ra khí quản hoặc phế quản đối bên. Sau đó, cong đầu ống soi để cọ thấu kính ở đầu ống xa vào thành của đường thở.

Trả lời V.20 : E

Tất cả điều trên đều đúng khi bị chảy máu. Tuy nhiên, thường thì chảy máu trong soi thường nhẹ và đầu ống soi chỉ bị che bởi màng máu. Màng máu này lấy ra dễ dàng bằng cách chạm đầu ống soi vào thành đường thở, nơi không chảy máu. Tiếp tục tiến hành soi.

Có thể làm điều này nhiều lần trong lúc soi nếu thấy cần thiết. Một lượng nhỏ nước muối vô trùng có thể bơm qua ống soi.

Câu hỏi V.21: Khi sinh thiết phổi qua nội soi phế quản lấy bao nhiêu mảnh thì sẽ cho kết quả chẩn đoán tối đa ?

- A. 1 mảnh
- B. 2-3 mảnh
- C. 4-6 mảnh
- D. Nhiều hơn 6 mảnh.

Trả lời V.21: C

Phần lớn các nghiên cứu đều cho rằng 4 mảnh mô sinh thiết là cần thiết cho việc chẩn đoán bệnh. Tỷ lệ chẩn đoán tăng khi tăng số mảnh mô đến 6, nhưng khi tăng > 6 mảnh thì tỷ lệ chẩn đoán không tăng nữa. Tuy nhiên, nếu cần cấy thì có thể lấy thêm nhiều mảnh hơn. Có thể lấy nhiều mảnh hơn ở bệnh nhân ghép phổi để xem có tái ghép không hay đánh giá tiến triển bệnh.

Kích thước kèm bám lớn hay nhỏ để sinh thiết thì còn tranh cãi. Rõ ràng là số phế nang trong mẫu thử nhiều thì tăng khả năng chẩn đoán nhiễm trùng. Không tăng nguy cơ chảy máu hay tràn khí màng phổi dựa vào kích thước kèm bám.

Câu hỏi V.22: Tần suất của tràn khí màng phổi khi sinh thiết phổi qua nội soi phế quản là:

- A. < 1%
- B. 1-4%
- C. 5-10%
- D. >10%

Trả lời V 22 : B

Tần suất gây tràn khí màng phổi của thủ thuật được ghi nhận là 1-4%. Tất cả không cần phải dẫn lưu màng phổi và cũng không có triệu chứng. Sự truyền miệng hơn là nghiên cứu lâm sàng cho rằng nên nội soi có hướng dẫn X quang , kỹ thuật sinh thiết đúng , chọn lựa bệnh nhân cẩn thận sẽ giảm nguy cơ tràn khí màng phổi.

Câu hỏi V.23: Sinh thiết phổi qua nội soi phế quản có ích cho chẩn đoán mô học trong các trường hợp sau, ngoại trừ:

- A. Viêm phổi tăng miễn cảm .
- B. Viêm phổi mô kẽ bong tróc (desquamative IP)
- C. Sarcoidosis
- D. Lao kê
- E. Nấm phổi lan tỏa

Trả lời V.23 : B

Dường như ngày càng có ít lý do để sinh thiết phổi qua nội soi. Tỷ lệ chẩn đoán bệnh lý nhiễm trùng phổi bằng dịch rửa phế nang cũng quá tốt, và ít có lợi ích bởi mảnh mô sinh thiết. Ở bệnh nhân lao kê BK âm , kết hợp chải, rửa phế quản phế nang và sinh thiết chẩn đoán được đến 80%.

Mô cũng hữu ích cho chẩn đoán bệnh nấm phổi lan tỏa, mặc dù sinh thiết có ít giá trị cho chẩn đoán khi tổn thương khu trú và có nốt. Ở bệnh nhân sarcoidose, có thể phát hiện những u hạt không bã đậu hóa khi sinh thiết phế quản, chọc hút xuyên thành qua carina hoặc sinh thiết phổi. Có thể sử dụng tất cả các phương pháp lấy mẫu mô để tăng tỷ lệ chẩn đoán cho bệnh lý này.

Ở bệnh nhân bệnh phổi mô kẽ, dấu hiệu thường không chuyên biệt. Ít có giá trị chẩn đoán bệnh xơ hóa. Bệnh này nên chẩn đoán bằng CTscan và bệnh cảnh lâm sàng.

Sinh thiết qua nội soi có giá trị ở bệnh viêm phổi do tăng miễn cảm. Sinh thiết phổi qua nội soi lồng ngực thì tốt cho chẩn đoán nhiều bệnh phổi mô kẽ hơn là bệnh xơ phổi nguyên phát.

Câu hỏi V.24 : Dấu hiệu nổi thường cho là mẫu mô có tính đại diện sau sinh thiết phổi qua nội soi. Nhiều người cho rằng dấu hiệu này là:

- A. Có thể tin
- B. Không đáng tin

Trả lời V24 : B

Dùng dấu hiệu nổi khi mẫu mô thấy như nổi trên bề mặt dung dịch cố định bởi vì nó chứa phế nang là dấu hiệu không đáng tin cậy có mẫu mô đại diện.



Câu hỏi V.25:Yếu tố nào sau đây làm giảm khả năng chẩn đoán của sinh thiết phổi qua nội soi phế quản bằng kèm bám:

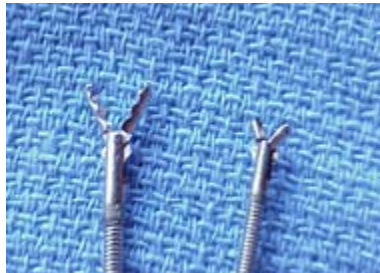
- A. Dùng kèm bám cá sấu thay vì kèm chén .
- B. Dùng kèm lớn thay vì kèm nhỏ.
- C. Mảnh mô không đặc hiệu hoặc mẫu không chứa phế nang.
- D. Dùng kèm chén thay vì kèm cá sấu.

Trả lời V.25 : C

Điều quan trọng trong chẩn đoán là lấy được mẫu mô đúng vùng cần lấy. Nếu chỉ lấy được mô phế quản thì thủ thuật không được gọi là âm tính. Hơn nữa, nên nhận ra thủ thuật không ra chẩn đoán vì mô không đại diện. Thủ thuật nên tiến hành lại trừ khi Bs quyết định chọn cách chẩn đoán khác.

Mặc dù kích thước mẫu mô nhỏ làm cho khó đọc kết quả mô học, phần lớn nghiên cứu không cho thấy là mẫu mô nhỏ làm giảm khả năng chẩn đoán của sinh thiết phổi qua nội soi. Thực ra , ít nhất 1 nghiên cứu cho thấy kèm bám chén nhỏ dễ dàng đi vào tiểu phế quản phân thùy để sinh thiết phế nang tốt hơn là kèm bám cá sấu lớn hơn. Kèm bám cá sấu làm rách mô nhiều hơn kèm chén, nhưng nghiên cứu không cho thấy là kiểu kèm nào có hiệu quả chẩn đoán.

Kèm cá sấu



kèm chén

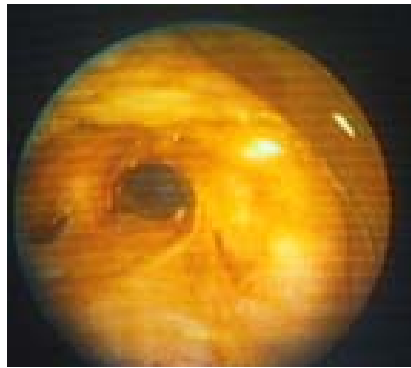
Câu hỏi V.26: Hẹp khí quản lan tỏa thường gặp trong các bệnh lý sau, ngoại trừ:

- A. Viêm đa sụn tái phát
- B. Thoái hóa dạng bột
- C. Nhiễm sụn khí phế quản.
- D. *Klebsiella rhinoscleromatis*
- E. Khí quản hình bao kiếm .

Trả lời V.26 : D

Hẹp lan tỏa toàn bộ khí quản được thấy trong tất cả trường hợp trên ngoại trừ *Klebsiella rhinoscleromatis* (mặc dù có thể xảy ra ngoại lệ). Bệnh này , vùng dịch tễ là ở Mexico, có thể ảnh hưởng xoang. Cả đoạn ngắn hay dài của khí quản có thể bị hẹp. Còn được gọi Scleroma, bệnh này thường gây ra hẹp khu trú khí quản ở nửa trên khí quản.

Thường thì chất tiết và niêm mạc đường thở có màu hơi vàng. Scleroma thường đáp ứng với kháng sinh trimethoprim-sulfa. Những bệnh khác thường gây ra hẹp phần trên khí quản là u hạt Wegener (thường hẹp cứng màu đỏ hay nhạt màu), squamous papillomatosis (u nhú đơn độc hay nhiều chỗ có thể thấy dễ dàng) và viêm khí quản do virus (niêm mạc đỏ và viêm).



Câu hỏi V.27: Tĩnh mạch phổi là mối nguy hiểm quan trọng cho các nhà nội soi phế quản can thiệp bởi vì:

- A. Tĩnh mạch phổi nằm rất gần vách giữa và vách sau của cây phế quản trong suốt chiều dài của phế quản thùy giữa và trong suốt chiều dài của cây phế quản thùy dưới 2 bên.
- B. Tĩnh mạch chảy máu nhiều hơn động mạch
- C. Tĩnh mạch nằm trước vách phế quản thùy dưới.

Trả lời V. 27: A

Đoạn gần của tĩnh mạch phổi nằm ngang mức phế quản thùy giữa và phế quản thùy dưới hai bên tăng nguy cơ thủng thành phế quản trong quá trình cắt laser, bóc toàn bộ khối u (debulking) , nhiệt đông và đặt stent ở vùng này. Góc giải phẫu nhắc chúng ta thực hiện ra phía sau và giữa, như vậy sẽ đe dọa trực tiếp đến cấu trúc mạch máu như tĩnh mạch phổi nằm dọc theo thành giữa và sau của phế quản thùy dưới.

Câu hỏi V.28 Bao nhiêu thương tổn nội phế quản thấy được trong hình dưới đây

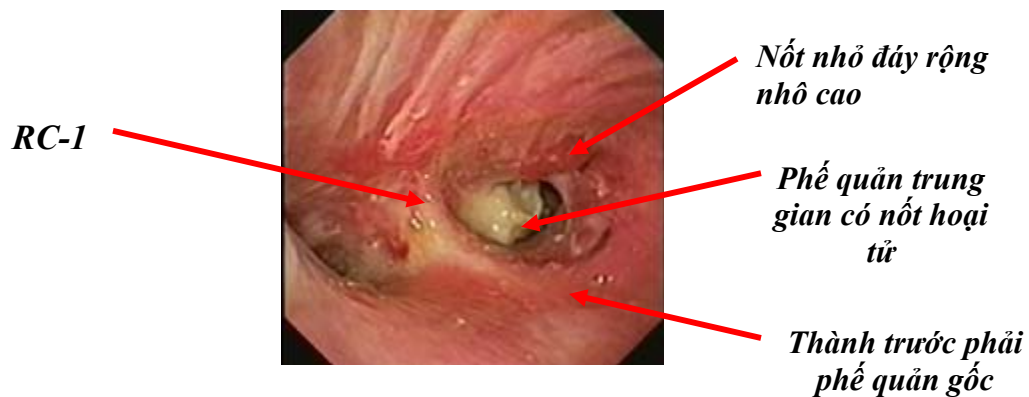
- A. 1
- B. 2
- C. 3



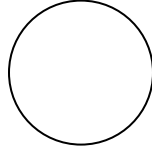
Trả lời V. 28 :

C

Có 3 thương tổn được nhìn thấy rõ ràng. Tượng tượng đường thở như là mặt kính đồng hồ và carina là điểm trung tâm, đây là hình ảnh của phế quản thùy trên phải (vị trí 9 giờ) và phế quản trung gian (vị trí 3 giờ). Dày phế quản và có lẽ có carcinoma trong biểu mô ở thành bên của RC-1 ngay chỗ vào của phế quản thùy trên phải . U hoại tử bít tắc phần lớn phế quản trung gian. Ngoài ra, có một nốt nhỏ , đáy rộng , nhô lên ở thành giữa-sau của phế quản trung gian , ngay bên trên và không dính vào nốt hoại tử trắng bên dưới



12 giờ



Câu hỏi V.29: Tai biến nào sau đây do phẫu thuật hoặc nội soi điều trị trước đó có thể dễ thấy nhất ở bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp ánh sáng động một ngày trước đó

- A. Hở đường khâu.
- B. Hẹp khu trú.
- C. Hoại tử khu trú.
- D. Viêm, phù nề và hẹp phế quản từng đoạn.
- E. Đỏ và phù nề.

Trả lời V.29: E

Liệu pháp quang động làm đỏ và phù nề ngay sau điều trị. Tổn thương này tiếp nối bằng hoại tử và bong tróc mô chết, và cần phải nội soi phế quản để lấy ra. Hở đường khâu có thể là dấu hiệu của nhiễm khuẩn hoặc nhiễm nấm khu trú ở bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt bỏ phế quản và nối tận tận trong ghép phổi, cắt khối u, hoặc sửa lại sẹo hẹp lành tính và tổn thương phế quản do chấn thương. Hẹp khu trú có thể là hậu quả của liệu pháp điều trị bằng nội soi phế quản, nhưng cũng xảy ra với các phẫu thuật mở ở đường thở. Vùng hẹp có thể trở nên cứng hoặc trở thành nhuyễn phế quản.

Hoại tử khu trú có thể xuất hiện sau cắt phế quản bằng laser, đốt điện đông hoặc argon. Viêm, phù nề và hẹp từng đoạn có thể là hậu quả của liệu pháp xạ trị trong, tiêm hoá chất nội lòng phế quản, những phương pháp cắt đoạn phế quản và kể cả xạ ngoài.

Câu hỏi V.30: Kích thước 1 French tương đương với:

- A. 0,2 mm
- B. 0,3 mm
- C. 0,4 mm
- D. 0,5 mm

Trả lời V.30: B

Kích thước 1 French tương đương với 0,333 mm và 1 mm tương đương với 3 Fr. Một ống sonde có bóng kích thước 5 Fr sẽ có chiều rộng khoảng 1,65 mm. Biết được kích thước bóng của bất kỳ ống sonde có bóng nào là rất quan trọng trước khi tiến hành nội soi phế quản. Thông thường kích thước của một sonde có bóng xả sẽ lớn hơn bản thân ống sonde ít nhất 1 Fr.

Kích thước của sonde có bóng khi bơm căng sẽ lớn hơn gấp đôi kích thước của riêng sonde. Vì vậy một sonde 5 Fr sẽ có kích thước khi bóng xẹp là 6 Fr và kích thước khi bóng căng là 10 mm.

Khi dùng một ống nội soi chẩn đoán kích thước bình thường với đường kính kênh thủ thuật là 2,2 mm, Sonde có bóng 7 Fr sẽ không chui qua vừa kênh thủ thuật. Một sonde 3 Fr sẽ không thể mang một bóng đủ lớn để có thể bít kín phế quản phân thùy trong và ngoài. Có thể dùng bóng chèn nhưng lúc ấy phải yêu cầu người trợ tá tìm một ống nội soi phế quản khác. Nhớ rằng một ống sonde 8 Fr sẽ là quá lớn cho ống nội soi phế quản có kênh thủ thuật nhỏ hơn 2,6 mm.

Câu hỏi VI 1: Một stent được đặt vào phế quản gốc 4 tháng trước để giải quyết tạm vấn đề tắc nghẽn đường thở do carcinoma tế bào gai không phẫu thuật được. Bệnh nhân có đáp ứng tốt với xạ trị ngoài với hình ảnh khối u đã nhỏ lại trên CT scan ngực. Đêm hôm qua bệnh nhân gọi điện thoại báo là bị khó thở cấp tính sau một tràng ho dữ dội. Nội soi phế quản cấp cứu cho hình ảnh dưới đây. Bước tiếp theo phải làm là:

- A: Đưa ngay bệnh nhân đến bác sĩ làm nội soi can thiệp bằng ống soi cứng, tháo gỡ stent cũ và xét đặt lại stent khác cho bệnh nhân
- B: Đưa qua kênh thủ thuật ống soi mềm một catheter bong bóng lớn (loại dùng để cắt huyết khối động mạch) .Sau khi đưa nó qua stent, bơm bong bóng lên và kéo stent lại gần khí quản rồi qua hai dây thanh và rút stent ra khỏi đường thở
- C: Nắm lấy đầu trên của stent bằng một kìm cá sấu lớn và kéo stent về phía khí quản, lên qua hai dây thanh và rút stent ra khỏi đường thở
- D: Luồn một catheter có bóng dọc theo ống soi mềm bằng kỹ thuật khâu và catheter (suture and catheter technique) Sau khi đưa catheter qua stent, bơm bóng lên, kéo stent về phía khí quản, qua hai dây thanh và rút stent ra khỏi đường thở

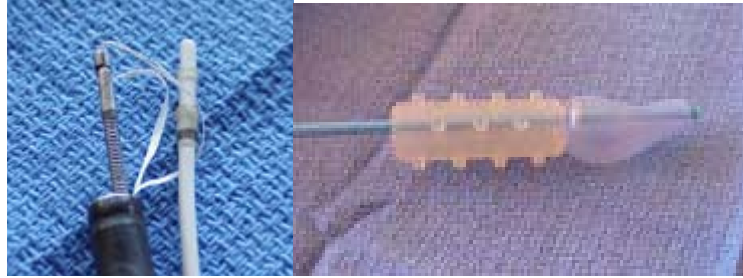


Trả lời VI.1: A

Cách giải quyết bảo thủ nhất là chuyển bệnh nhân đến một bác sĩ làm nội soi can thiệp. Đường như khối u nhỏ đi đã làm di chuyển stent và cũng dường như vào thời điểm này bệnh nhân không còn cần stent nữa: Việc làm an toàn nhất là rút bỏ những stent silicone lớn qua ống nội soi cứng vì có thể kéo stent qua ống và rút khỏi đường thở mà không làm tổn thương hai dây thanh. Nếu cần, có thể áp dụng một trong những kỹ thuật mô tả trên. Nếu thử đặt stent lại bằng kìm bạn phải tránh làm rách hay cắt trúng stent. Kìm cá sấu, răng chuột với hàm cá sấu, kìm với đầu cao su và kìm với răng cá mập có thể xử dụng được với những mức độ thành công khác nhau. Dĩ nhiên, các phương pháp khác nhau còn tùy kinh nghiệm của bác sĩ nội soi cũng như những phương tiện có sẵn. Để có thể luồn một catheter với bóng bằng kỹ thuật khâu catheter bạn có thể luồn một catheter không vừa với đường kính của kênh thủ thuật ống soi mềm. Vòng chỉ 100cm một O được đưa qua kênh thủ thuật ống soi mềm bằng kìm sinh thiết.

Trong cấp cứu sợi chỉ xia răng có thể dùng tạm. Đặt catheter qua vòng chỉ, xiết chặt chỉ quanh catheter (xem hình bên dưới), Một bác sĩ phụ sẽ giữ chắc chỉ may trong khi bộ ống nội soi-catheter sẽ được đưa vào đường thở qua miệng. Sau đó định vị catheter trong khi bác sĩ phụ thả chỉ may ra. Một phương pháp khác là

đưa vào một bóng gây tắc phế quản (xem hình dưới). Luôn luôn có nguy cơ khi rút một stent silicone qua một ống soi mềm vì stent có thể bị kẹt lại trong vùng hạ thanh môn hay làm tổn thương hai dây thanh



Câu hỏi VI 2: Một bệnh nhân được đặt stent hai tháng trước do bị hẹp sau đặt nội khí quản. bệnh nhân đột nhiên phải vào cấp cứu có khàn tiếng và khó thở cấp tính. Nguyên nhân nào có thể xảy ra cho bệnh nhân?

- A. Mô hạt đã làm bít kín stent
- B. Stent đã di chuyển lên trên
- C. Stent và phía dưới khí quản bị tắc đàm
- D. Stent đã di chuyển xa hơn
- E. Hẹp tiến triển nhiều hơn và đè ép stent

Trả lời VI.2: B

Khi stent di chuyển lên trên sẽ gây ra khàn tiếng, ho, đau họng, nuốt khó và khó thở. Đôi khi đầu trên của stent đụng phải mặt dưới của hai dây thanh hoặc stent bị văng lên và bị kẹt giữa hai dây thanh. Trong trường hợp này bệnh nhân thường bị tắt tiếng hoàn toàn. Trong trường hợp stent di chuyển thì có thể rút ra qua ống soi cứng dưới gây mê toàn thân hay qua ống soi mềm, catheter có bóng hay ống nội khí quản số 5 có bóng. Đôi khi có thể rút stent qua ống soi mềm bằng kềm hay bằng cách gấp đầu ống soi mềm trong khi kéo toàn bộ stent và ống soi cùng lúc.

Nếu cần đặt nội khí quản, hãy dùng loại không có bóng chèn số 6 vì nó có thể đi qua stent. Tuy nhiên tùy theo vị trí và mức độ của chỗ hẹp, có khi ống nội khí quản không thể đi qua chỗ hẹp.

Việc stent di chuyển xuống thường làm cho triệu chứng tái phát chứ không làm khàn tiếng. Đàm nhớt nhiều có thể gây ho và khó thở nhưng không gây khàn tiếng hay mất tiếng. Mô hạt có thể làm tắc bất cứ loại stent nào. Biến chứng này thường gặp ở những bệnh nhân có stent bằng kim loại hơn là những stent silicone. Chỗ hẹp tăng thêm thường gây khó thở nhiều hơn, ho nhưng không gây khàn tiếng.



Nội khí quản số 6 không bóng

Câu hỏi VI. 3 Một công nhân mỏ than 58 tuổi than phiền về việc khạc đàm đen thường xuyên. Ông ấy có tiền căn viêm khớp và viêm phế quản mãn. 3 tháng trước ho ra khoảng một muỗng cà phê máu. Ông ấy tiếp tục hút thuốc lá. X quang phổi cho thấy hình ảnh nhiều nốt mờ tạo hang vùng trên hai phổi cùng với hình ảnh co rúm vùng rốn phổi lên trên. Chẩn đoán nào giải thích tốt nhất các triệu chứng trên?

- A: Melanome ác tính di căn đường thở lớn
- B: Carcinoma phế quản với ho ra máu và có cục máu đông cũ
- C: Lao phổi hoại tử tiến triển với hạch ăn mòn thành phế quản
- D: Hội chứng Caplan
- E: Vi sụn phế nang sau nhiễm *Coccidioides immitis*



Trả lời VI.3: D

Có lẽ bệnh nhân bị Hội chứng caplan, bao gồm nhiều nốt mờ trên phổi, viêm khớp, tiền căn hút thuốc lá và khí phế thũng trên công nhân mỏ than. Việc khạc ra đàm đen, được gọi là ho ra melanome (melanoptysis), thường xảy ra trên những công nhân mỏ than bị bệnh bụi phổi có biến chứng. (CWP-complicated coal workers phé nangeumoconiosis). Bệnh cảnh bao gồm những nốt mờ hội tụ vùng trên phổi. Bệnh nhân thường có bệnh bụi phổi của công nhân mỏ than. Dự hậu thường xấu.

Đối với bệnh nhân này ông soi mềm giúp loại trừ các bệnh khác mà có những triệu chứng tương tự. Melanome ác tính có thể di căn tới những đường thở lớn, gây ra một nốt mờ đen gây tắc nghẽn và chảy máu dễ dàng, đôi khi cần phải được đốt cầm máu bằng laser qua nội soi. Tuy nhiên những nốt mờ nhu mô thường nhỏ và không tạo hang. Nếu có tắc nghẽn trên X quang sẽ có hình ảnh của xẹp phổi. Ngoài ra, bệnh nhân với những di căn từ melanome phải có tiền sử melanome ác tính.

Bệnh nhân với lao phổi hoại tử có thể có sự ăn mòn thành phế quản góc phải hay trái do các chất bã đậu từ các hạch trung thất giữa. Vấn đề này có thể cần phải đặt stent cho bệnh nhân. Chất tiết thường vàng đặc, chứ không giống như trong bệnh cảnh trên. Cục máu đông cũ do chảy máu từ một khối u nội phế quản có thể có màu đen khi soi vào. Đôi khi những cục máu đông có thể bị xem như là khối u nội phế quản. Việc lấy chúng ra thường khó vì chúng dễ rách khi dùng kèm sinh thiết gấp ra. Có thể cần dùng đến ống soi

cứng, đặc biệt có thể phải dùng các dụng cụ đặc biệt để gấp dị vật hay các catheter có bóng để lấy những cục máu đông ra.

Vi sạn phế nang thường là những nốt mờ trắng, hóa vôi mà đã sỏi mòn thành phế quản hay vào trong lòng phế quản thùy xa. Chúng thường được bao quanh bởi mô hạt mà có thể chảy máu dễ dàng. Thông thường chúng không gây triệu chứng nhưng có thể gây ho ra máu, ho, khò khè khu trú, viêm phổi sau tắc nghẽn và hình ảnh tắc nghẽn trên X quang hay nội soi. Nguyên nhân của vi sạn phế nang thường là do nấm *Coccidioides*, *Histoplasma*, *M tuberculosis*. Đôi khi phải dùng laser để cắt đốt những vi sạn nhỏ rồi gấp chúng ra từng mảnh bằng dụng cụ gấp dị vật.



sỏi phế quản

Câu hỏi VI- 4: Một người đàn ông 35 tuổi than phiền về chứng khó thở ngày càng tăng trong 5 năm qua. Ông ta mới nghỉ làm với công việc đập cát vì đau ngực, ho và mệt mỏi gia tăng làm cho ông ta không làm việc nổi. Khám lâm sàng phát hiện rì rào phế nang giảm, ran ngáy ở đáy phổi. Bệnh nhân có ngón tay dùi trống, không có hạch ngoại biên phì đại, không bị sốt hay sụt cân, và khai không có nguy cơ bị nhiễm HIV. Khí máu động mạch cho thấy $PaO_2 = 54$ mmHg, DLCO và TLC giảm. Trên X quang phổi có thâm nhiễm phế nang hai bên. CT scan ngực cho thấy nhiều nốt đông đặc hai bên phổi. Sinh thiết phổi qua nội soi phế quản ông mềm không cho kết quả điển hình. Dịch rửa phế quản phế nang cho thấy nhiều eosinophils, mỡ và dương tính với nhuộm PAS, Nhuộm bạc âm tính. Bước kế tiếp phải làm là :

- A: Chụp CT scan có độ phân giải cao
- B: Sinh thiết phổi qua nội soi lồng ngực
- C: Làm lại sinh thiết qua nội soi phế quản
- D: Xét nghiệm lại dịch rửa phế quản phế nang (phế quản -phế nang) và cấy tìm siêu vi
- D: Siêu âm tim

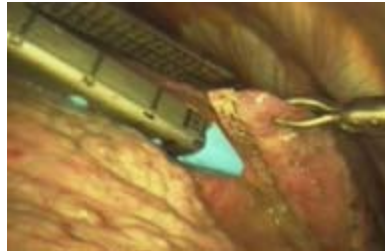
Trả lời VI.4 : B

Nên sinh thiết phổi qua nội soi lồng ngực hơn là làm lại sinh thiết qua nội soi hay xét nghiệm lại dịch rửa phế quản phế nang. Phải nhớ là ống nội soi không phải là “không chẩn đoán” mà là “không điển hình”. Có thể có ý kiến nên làm lại sinh thiết. Tuy nhiên mẫu bệnh phẩm qua dịch rửa phế quản -phế nang là chấp nhận được và gợi ý được chẩn đoán.

Chẩn đoán phân biệt gồm thâm nhiễm protein phế nang không rõ nguyên nhân, thâm nhiễm silic phế nang, bệnh lý máu ác tính, AIDS với nhiễm cytomegalovirus và bệnh lý suy tim phải trên bệnh nhân bệnh phổi silic.

Bệnh nhân này đã có thâm nhiễm protein phế nang thứ phát. Bệnh cảnh này có thể gặp trong 5% bệnh nhân bị bệnh máu ác tính với các triệu chứng hô hấp và 10% các bệnh nhân bị rối loạn tủy xương. Những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch, kể cả bệnh nhân bị AIDS hay giảm immuno-globulins cũng có thể có phản ứng loại nhiễm protein phế nang mặc dù có cả tình trạng nhiễm trùng (do *Phé nangeumocystis carinii*, *cryptococcus*, lao, siêu vi). Suy tim phải kèm phù phổi cũng có thể có hình ảnh X quang giống như nhiễm protein phế nang nhưng dịch trong phù phổi không có eosinophils

Bệnh nhân bị bệnh bụi phổi do silic cấp tính có thể có tình trạng nhiễm protein và silic phế nang, bệnh bụi phổi silic cấp tính có thể xuất hiện sau khi bệnh nhân bị phơi nhiễm nhiều năm, thường là công nhân đập đá, xây đường hầm hay làm việc với bột silic. Dịch rửa phế quản -phế nang có thể cho thấy những chất dạ quang. Nhiễm protein phế nang không rõ nguyên nhân thường có dự hậu thay đổi. Mặc dù các thâm nhiễm phế nang có thể giảm đi nhưng thường nên tiến hành rửa toàn bộ phế nang hai bên. Nếu dịch rửa trắng như sữa và nhiều là đã có chẩn đoán. 30% bệnh nhân có thể tử vong do bệnh tiến triển đến thiếu oxy máu kháng trị, nhiễm trùng (thường là *Nocardia*) và suy hô hấp.



Câu hỏi VI-5 Hình ảnh nội soi bất thường sau đây có thể là:

- A: Bướu carcinoid
- B: Adenoid cystic carcinoma
- C: Squamous papillomatosis
- D: Sarcoma
- E: Lipoma



Trả lời VI.5 : B

Gần 80% các ung thư khí quản đều là Carcinoma tế bào gai hay Adenoid cystic carcinoma. Đa số carcinoma tế bào gai được thấy ở bệnh nhân nam > 60 tuổi có hút thuốc lá trong khi adenoid cystic carcinoma thường không liên quan đến giới tính và xảy ra trong bất cứ tuổi nào. Đối với adenoid cystic carcinoma, phẫu thuật mở là lựa chọn đầu tiên mặc dù bờ giải phẫu dương tính trong 40% bệnh nhân. Bệnh nhân có những triệu chứng của tắc nghẽn đường thở trung tâm cấp tính có thể được phẫu thuật qua nội soi.

Những bệnh nhân không phẫu thuật được sẽ được cắt qua nội soi và đặt stent. Hình ảnh dưới đây cho thấy một khối u sâu và xâm lấn. Có nhiều phương pháp điều trị bằng nội soi bao gồm cả đặt stent được đề nghị. Phẫu thuật thường khó khăn và các bờ giải phẫu thường dương tính. Trong 25% các bệnh nhân có tái phát tại chỗ, có hay không di căn xa dù bệnh nhân đã được phẫu thuật tại chỗ có hay không xạ trị ngoài. Đôi khi có những tái phát muộn.

Câu hỏi VI-6 2 tuần trước bạn gửi một bệnh nhân nữ 58 tuổi với Carcinoma tế bào gai không còn khả năng phẫu thuật và tắc nghẽn phế quản gốc phải đến một đồng nghiệp và ông ta đã quyết định cắt đốt bằng laser và đặt stent silicone. Trong một buổi hội chẩn để bàn về chỉ định của xạ trị ngoài bà ta hỏi bạn về những biến chứng liên quan đến việc đặt stent. Bạn đã cho bà ta biết tất cả mọi thứ, ngoại trừ:

- A: Các biến chứng thường là stent có thể di chuyển, có thể bị tắc bởi các chất tiết, mô hạt hay bứu.
- B: Biến chứng thường không đe dọa tính mạng nhưng có một số chuyên gia khuyên nên theo dõi bằng ống soi mềm
- C: Nếu đường thở được thông trở lại bệnh nhân có thể có một cuộc sống bình thường bao gồm đi du lịch, tập thể dục và dinh dưỡng
- D: Bệnh nhân phải báo cho bạn hay đến một cơ sở cấp cứu gần nhất nếu có những triệu chứng ho, khó thở, khàn tiếng, đau ngực và sốt.
- E: Bệnh nhân phải khoan làm xạ trị ngoài trong 2 tuần vì có thể làm cho stent dễ di chuyển.

Trả lời VI.6 : E

Cả xạ trị ngoài và xạ trị trong (brachytherapy) đều không có tác dụng phụ trên những stent đã được đặt. Do đó xạ trị ngoài cũng như các trị liệu toàn thân khác đều không cần phải trì hoãn vì lý do đặt stent. Những biến chứng liên quan đến stent có xảy ra tuy nhiên không thường xuyên trên những bệnh nhân có tắc nghẽn đường thở do bệnh lý ác tính như những trường hợp tắc nghẽn do nguyên nhân lành tính. Lý do: những mô ác tính trong quá trình phát triển sẽ giữ stent tại chỗ. Khi đáp ứng với hóa trị hay xạ trị ngoài các mô teo nhỏ lại làm cho stent dễ di chuyển.

Khi bệnh nhân có những triệu chứng nghi ngờ có liên quan đến những biến chứng sau đặt stent phải cho bệnh nhân khám cấp cứu. Khám lâm sàng cho thấy rì rào phế nang giảm, khô khè hay tiếng rít. X quang phổi có thể cho thấy hình ảnh stent di chuyển, xẹp phổi hay những thâm nhiễm phổi. Các đường cong thể tích có thể cho thấy giảm thông khí.

Nội soi phế quản có thể thấy stent di chuyển hay bị tắc nghẽn do mô hạt, u hay các chất tiết.

Câu hỏi VI -7: Một bệnh nhân nam 62 tuổi với chẩn đoán carcinoma tại chỗ đã được điều trị với quang động trị liệu (photodynamic therapy - PDT) 1 tuần trước tại một cơ sở cách nhà 1000 dặm. Ông ta gọi điện thoại tới hỏi bạn xem ông ta có xem TV được không. Bạn sẽ bảo rằng:

- A: Ánh sáng từ TV hay bất cứ một loại ánh sáng nhân tạo nào, đều nguy hiểm.
- B: Các ảnh hưởng của việc nhạy với ánh sáng kéo dài trong 6 tuần còn ánh sáng TV thì không nguy hiểm
- C: Khi xem TV phải mặc áo bảo vệ và đeo kính
- D: Ông ta phải gọi điện cho bác sĩ làm điều trị quang động này để xin ý kiến

Trả lời VI .7 : B

Các vấn đề thận trọng về việc nhạy với ánh sáng là tiên quyết để tránh biến chứng, đặc biệt là nhạy cảm da trên tất cả những bệnh nhân được điều trị quang động . Tất cả các bệnh nhân sau khi được chích thuốc phải có áo và kính đặc biệt bảo vệ trong 6 tuần. Phơi nhiễm với bất cứ loại ánh sáng nào đều nguy hiểm. Tuy nhiên ánh sáng nhân tạo và ánh sáng từ TV lại an toàn.



Câu hỏi VI-8 : Trong khi làm chọc hút xuyên phế quản một hạch 4R cạnh khí quản (theo ATS) bạn đưa vào một kim 2 cm trên carina, bên ngoài ở vị trí 3 giờ (hãy tưởng tượng lòng phế quản như một mặt đồng hồ và carina là điểm trung tâm) . Cơ quan nào sau đây là một nguy cơ chính về cơ thể học?

- A: Động mạch chủ
- B: Động mạch phế quản phải
- C: Dấu ấn trung thất của màng phổi và tĩnh mạch azygos
- D: Thực quản

Trả lời VI . 8 : C

Phía trước và về bên phải 1/3 xa của khí quản là tĩnh mạch chủ trên và azygos. Đâm kim vào vị trí này dễ gây tràn khí màng phổi và chảy máu. Động mạch phế quản phải ở phía trước phế quản gốc phải và xuất phát từ phế quản thùy trên phải . Phải tránh đâm kim vào thành trước của phế quản gốc phải tại nơi xuất phát phế quản thùy trên phải.

Thực quản nằm sát (2-3mm)phía sau thành sau khí quản và phế quản gốc trái. Động mạch không tên và cung động mạch chủ chạy phía trước khí quản, ngay phía trên carina và uốn nhẹ nhàng phía trái đoạn xa khí quản mà tại đó người ta có thể thấy một chỗ lõm nhẹ và các nhịp đập yếu. Rõ ràng không thể đâm kim vào vùng này.

Câu hỏi VI-9 Trong khi chọc hút xuyên phế quản một hạch trung thất thủ thuật nào sau đây sẽ gia tăng khả năng chẩn đoán?

- A. Chọc hút trước khi khám đường thở hay bất kỳ xét nghiệm khác.
- B. Duy trì hút trong khi kéo kim ra từ hạch
- C. Rửa lòng ống nội soi trước khi cho kim vào
- D. Dùng kim làm mô học thay vì chỉ dùng kim tế bào có đường kính nhỏ
- E. Nhờ bác sĩ Giải phẫu bệnh lý (giải phẫu bệnhL) đọc ngay các mẫu hút ra.

Trả lời VI.9 : E

Có nhiều công trình cho thấy khi có bác sĩ giải phẫu bệnh chuyên trách đọc kết quả ngay sau khi chọc hút là giúp nhiều cho chẩn đoán nhất. Như thế bác sĩ nội soi có thể bớt chọc kim và không cần lấy thêm một số bệnh phẩm như sinh thiết hay chải phế quản nữa.

Có một số chuyên gia khuyên nên rửa lòng ống soi trước khi chọc hút. Hơn nữa, để tránh những kết quả dương tính giả, phải chọc hút trước khi thám sát đường thở hay sinh thiết các bất thường trong lòng phế quản.

Sau khi đã chọc kim qua thành của phế quản vào trong khối u hay cục hạch, hút ra để có bệnh phẩm. Trước khi rút kim ra khỏi khối u hay cục hạch phải ngưng hút để tránh lây nhiễm từ mô thành phế quản. Không được nối ống nội soi vào máy hút tường cho đến khi đã hút được một số mẫu. Trong một số trường hợp hút hạch trung thất nên dùng kim lớn hơn để có chẩn đoán dễ hơn, đặc biệt cho lymphoma.

Câu hỏi VI-10 : Một bệnh nhân nam 44 tuổi có các triệu chứng ho, sốt nhẹ và khó thở 2 tháng sau khi được ghép tủy tế bào gốc tự thân vì Lymphoma tủy tế bào B, các trị số bạch cầu lympho và đa nhân bình thường nhưng tiểu cầu luôn thấp và anh ta phải truyền tiểu cầu từng đợt. X quang phổi và CT scan cho thấy thâm nhiễm phế nang thùy giữa và dưới phải không có đông đặc thùy phổi. Dưới nội soi, niêm mạc khí-phế quản viêm đỏ lan tỏa. Không có chất tiết đục. Dịch rửa phế quản phế nang chủ yếu là máu và giàu đại thực bào chứa hemosiderin-laden. Những chỉ tiết nội soi trên phù hợp với bệnh lý nào?

- A. Viêm phổi mô kẽ không rõ nguyên nhân
- B. Viêm phổi do CMV
- C. Nhiễm aspergillus lan tỏa
- D. Phù phổi cấp sau nhiễm trùng huyết
- E. Xuất huyết phế nang

Trả lời VI 10 : E

Có máu trong đường thở có nghĩa là bệnh nhân đang chảy máu. Thường rất khó để xác định nguyên nhân chảy máu. Tuy nhiên sự hiện diện của đại thực bào chứa

hemosiderin , mặc dù không chuyên biệt cho nguyên nhân nào, là dấu chứng của máu trong phế nang, gợi ý đến xuất huyết phế nang. khi được tìm thấy trong dịch rửa phế quản – phế nang lấy đúng cách.

Xuất huyết phế nang thường là một biến chứng của bất cứ một quá trình viêm phổi trên những bệnh nhân có giảm tiểu cầu. Khi xuất hiện trong bệnh cảnh xuất huyết phế nang lan tỏa trong vài tuần sau ghép tủy , bệnh lý này thường gây tử vong. Xuất huyết phế nang lan tỏa được báo cáo trong 20% các bệnh nhân ghép tủy tự thân và có thể xảy ra cả trên bệnh nhân có tình trạng đông máu bình thường. Nguyên nhân không rõ ràng.

Viêm phổi do CMV, phù phổi và viêm phổi mô kẽ chưa rõ nguyên nhân thường biểu hiện bằng những hình ảnh thâm nhiễm lan tỏa và cũng đều có thể gây xuất huyết phế nang. Nhiễm aspergillus phổi xâm lấn có thể một bên và gây xuất huyết phế nang nhưng thường không nghĩ đến nếu không có hiện tượng bạch cầu giảm hay sử dụng corticoids. (corticoids thường được dùng để điều trị phản ứng giữa mảnh ghép và người được ghép trên những trường hợp người nhận di ghép .

Vì bệnh nhân này được ghép tủy thân nên không nghĩ đến bệnh nhân được điều trị bằng corticoids, do đó cũng không nghĩ đến nhiễm aspergillus xâm lấn .

Câu hỏi VI-11: Đây là vị trí của những hạch cạnh khí quản (theo ATS-4R. Vị trí 3 theo phân loại nội soi của Wang) so với khí quản?

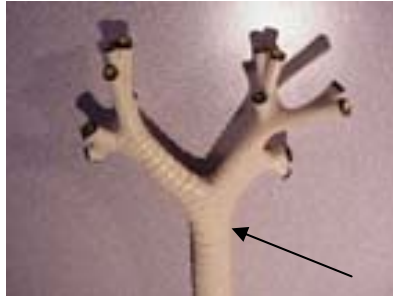
- A Ngoài -sau
- B Trước - ngoài
- C Ngoài
- D Sau

Trả lời VI.11: B

Theo ATS vị trí 4R là phía trước và ngoài khí quản và có thể tiếp cận bằng kim hút tại vị trí 2 đốt ngón tay trên carina., hướng kim về phía trước bên theo vị trí 1-2 giờ trên mặt đồng hồ (tưởng tượng mặt trong đường thở là một mặt đồng hồ và carina là trung tâm). Nếu hướng kim ra phía bên nhiều hơn sẽ có nguy cơ đâm phải tĩnh mạch azygos. Các hạch cạnh khí quản thường nằm hơi chéch sang bên khí quản . Khó mà tiếp cận chúng vì sẽ đòi hỏi kim và đầu ống soi mềm phải ở vị trí bên (lateral) , đặc biệt bên trái (vị trí 4L ATS hay vị trí hạch động mạch chủ-động mạch phổi



Phế quản gốc



vị trí 4R ATS



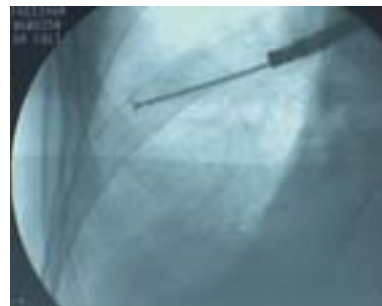
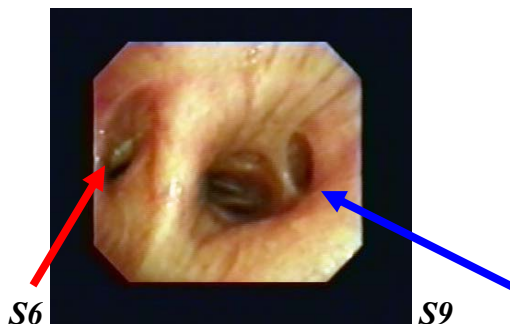
Câu hỏi VI-12 Sinh thiết phổi qua nội soi qua phế quản thùy nào có thể cho biết vị trí chính xác của kèm sinh thiết đối với màng phổi dưới màng hùynh quang?

- A Phân thùy đáy ngoài của cả hai phổi
- B Phân thùy đáy trong của thùy dưới phổi phải
- C Phân thùy đáy sau của cả hai phổi
- D Phân Thùy đỉnh của thùy trên hai phổi
- E Phân thùy trên của cả hai thùy dưới phổi.

Trả lời VI 12 : A

Phân thùy đáy ngoài của cả hai thùy dưới phổi đi đến tận góc sườn hoành do đó cho hình ảnh về vị trí chính xác của kèm đối với lồng ngực và màng phổi. Hơn nữa, nếu chảy máu sau sinh thiết, tràn ngực có thể xảy ra tại vị trí trũng này. Dòng máu chảy xuống dưới sẽ làm tăng việc tạo cục máu đông và tránh lan sang đường thở của phổi bên đối diện.

Khó mà biết được chính xác vị trí của kèm so với màng phổi trong các phân thùy đáy sau và đáy giữa thùy dưới hai bên do bị che khuất một phần bởi các bờ tim và trong các phân thùy đỉnh của các thùy trên khi màng phổi thường che luôn cả hai xương đòn. Sinh thiết qua phế quản phân thùy trên (RB-6) có thể có nguy cơ gây tràn khí màng phổi do phân thùy trên của thùy dưới thường ngay sát rãnh liên thùy lớn.



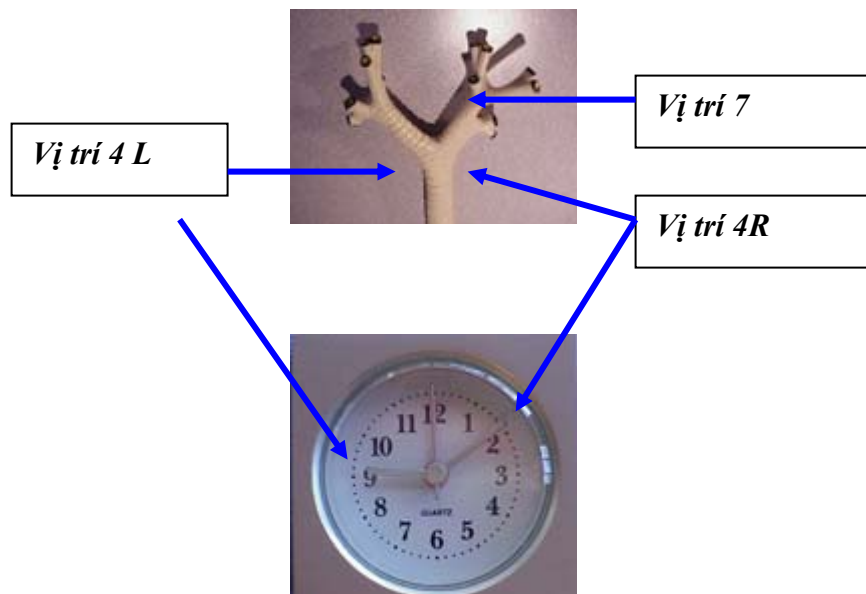
Câu hỏi VI.13: Thuật ngữ nội soi phế quản của Wang (đặt ra cho chọc hút hạch trung thất xuyên thành phế quản) như hướng phía trước Carina (vị trí Wang 1), hướng phía sau carina (vị trí Wang 2), ngay dưới Carina (vị trí Wang 8), bên trái cận khí quản (vị trí Wang 4), và phải cận khí quản (vị trí Wang 3), một trong những vị trí kết hợp dưới đây được dùng để bổ sung cho bản đồ Naruke/ ATS-LCSG.

- A. Vị trí 7 ATS , vị trí 4L ATS , và vị trí 4R ATS .
- B. Vị trí 6 ATS, Vị trí 4L ATS , và vị trí 4R ATS .
- C. Vị trí 7 ATS , vị trí 8 ATS , vị trí 4L ATS , và vị trí 4R ATS .

Trả lời VI.13: **A**

Vị trí 7 ATS tương ứng với vị trí hạch phía trước, sau, và dưới carina. Vị trí 4 L và 4R tương ứng với các hạch thấp hơn cạnh khí quản. (vị trí 5 là hạch ở cửa sổ phế chủ). Để lấy mẫu mô tốt nhất cho các hạch cận khí quản phải, vị trí chọc kim 2 cm trên hoặc vòng sụn thứ 2 hoặc thứ 3 trên carina ở vị trí 1 hoặc 2 giờ (tương tượng vòng trong của đường thở là mặt đồng hồ và carina là điểm trung tâm).

Hạch cạnh khí quản trái (cửa sổ phế chủ) tốt nhất là ở vị trí thành bên của phế quản gốc bên trái ngang carina ở vị trí 9 giờ.



Câu hỏi VI-14 Hình ảnh bất thường trong lòng phế quản như trong hình dưới đây có thể là:

- A Bướu carcinoid
- B Adenoid cystic carcinoma
- C Squamous papillomatosis
- D sarcoma
- E Lipoma



Trả lời VI.14 : A

Bướu carcinoid thường tròn, thành trơn láng, đầy đặn và bóng láng. Chúng có thể gây tắc nghẽn một phần hay toàn phần. Ít nhất có một công trình cho thấy rằng những bướu carcinoid không đặc hiệu đỏ màu trái sori thường dễ chảy máu. Những bướu carcinoid thường được phân loại theo điển hình và không điển hình.

Những carcinoids điển hình thường được định nghĩa như một nhóm tế bào thần kinh nội tiết với dạng tuyến hay nang. Thời gian sống 5-10 năm là 90% và 10% tử vong là do tái phát tại chỗ. Những bướu carcinoids không điển hình có gia tăng hoạt động phân chia tế bào, hoại tử hay cấu trúc vô tổ chức. Thời gian sống 5-10 năm là 60% và nhiều bệnh nhân bị ăn lan vào hạch.

Có thể cắt đốt các bướu carcinoid qua nội soi (Cắt đốt Laser Nd YAG có vẻ như có hiệu quả lâu dài nhất) Tuy nhiên người ta khuyến nghị dứt điểm là phẫu thuật (cắt phổi, cắt thùy phổi hay cắt chừa lại nhu mô phổi như cắt phân thùy và cắt ống tay áo - sleeve resection) Quyết định phẫu thuật tùy thuộc vào mức độ của bệnh lý khí phế quản, xâm lấn vào trong và xuyên qua thành phế quản, sự hiện diện của hạch, trình độ của bác sĩ nội soi can thiệp và bác sĩ ngoại lồng ngực, bệnh lý cơ bản của bệnh nhân và loại bệnh lý.

Câu hỏi VI-15 Một bệnh nhân với ung thư thận và melanome ác tính có những triệu chứng ho kéo dài, giảm gắng sức và khó thở nhiều. Nội soi phế quản cho thấy hình ảnh bất thường như trong hình dưới đây: Bước kế tiếp phải làm là gì?

- A Phải sinh thiết khối u bằng kèm qua nội soi phế quản ống mềm
- B Hình ảnh bất thường tương xứng với melanome di căn. Phải gửi bệnh nhân đến bác sĩ nội soi can thiệp để sinh thiết và cắt bỏ
- C Hình ảnh bất thường tương xứng với ung thư thận di căn. Phải gửi bệnh nhân đến bác sĩ nội soi can thiệp để sinh thiết và cắt bỏ.
- D Phải gửi bệnh nhân đến điều trị xạ trị ngoài

- E Gửi bệnh nhân đến bệnh viện dành cho người hấp hối .Không nên can thiệp gì cả bằng nội soi.

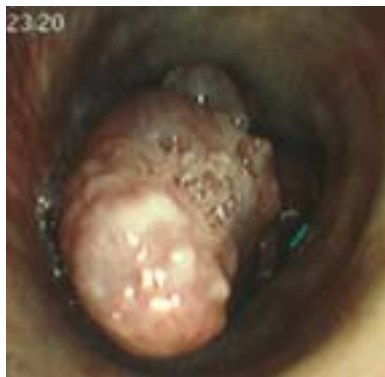


Trả lời VI .15 : B

Hình ảnh một khối lớn ,màu đen xậm trong lòng khí quản gợi ý nhiều nhất đến di căn từ melanome ác tính. Khối tròn này dường như đang phát triển lên và ra ngoài phế quản gốc trái và không dính vào thành trước khí quản. Phải gửi ngay bệnh nhân đến bác sĩ nội soi can thiệp để phẫu thuật laser cắt đốt. Khối tròn dường như dễ tiếp cận qua ống nội soi cứng. Có lẽ chưa cần phải đặt stent. Xạ trị ngoài cũng không thể cải thiện ngay triệu chứng.

Chăm sóc tại nhà dưỡng lão cũng như cận tử cần phải trao đổi vì mặc dù bệnh nhân có một bệnh nan y nhưng vẫn có thể can thiệp bằng điều trị nội soi cũng như điều trị toàn thân khác.

Nội soi can thiệp sẽ tăng chất lượng cuộc sống và cải thiện chức năng hô hấp và sức chịu đựng, giảm bớt triệu chứng và cho bệnh nhân “thời gian” và nghị lực để chịu những điều trị toàn thân. Hình ảnh bất thường không nghĩ là do di căn từ thận vì thông thường tổn thương sẽ màu đỏ , thành trơn láng và dễ chảy máu.



Melanoma ác tính

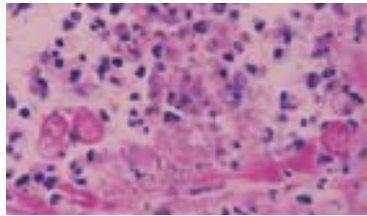


Carcinoma tế bào thận

VI.16: Một phụ nữ 53 tuổi sống vô gia cư hai năm nay.Cô ấy sống dọc theo bờ sông vùng tây nam Mexico. Cô ta ngủ dưới miếng ván nhôm và hút thuốc lá rất nhiều. Cô

ấy nhập viện vì sụt cân, ho đàm không rõ trong thời gian dài, và Xquang phổi cho thấy khối to quanh cuống phổi. Cô ấy đã được nội soi phế quản ống mềm với rửa phế quản- phế nang và sinh thiết phổi. Mô học cho hình ảnh dưới đây: Một trong những bất thường trên nội soi phế quản dưới đây giúp chắc chắn là Blastomycosis, và không là ung thư, là nguyên nhân gây ra những triệu chứng và hình ảnh X quang như trên.

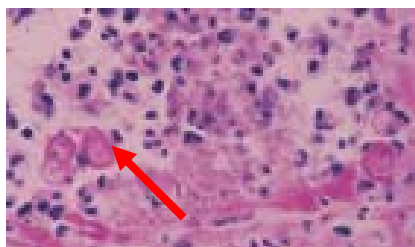
- A. Hẹp dạng vòng của phế quản thùy trên phải kết hợp với đàm nhầy dạng hạt và mảng trắng ngà dạng đẹn nấm Cadida.
- B. Chèn ép từ bên ngoài vào phế quản gốc phải làm hẹp gần như hoàn toàn phế quản thùy trên phải.
- C. Màng niêm mạc máu trắng, lượng nhiều ở đoạn thấp khí quản cùng với những tổn thương dạng nốt nhỏ và mụn nước xung quanh vị trí phế quản bị hẹp trong phế quản gốc phải và phế quản thùy trên phải.



Trả lời VI.16: C

Viêm da do nấm Blastomyces là loại nấm lưỡng hình ở trong đất. Ở Mỹ, hầu hết các trường hợp này xảy ra ở những tiểu bang xung quanh sông vùng Mississippi và Ohio. Vài trường hợp cũng được ghi nhận ở Canada, Venezuela, Mexico, Châu phi, và Trung đông. Sự nhiễm trùng được ghi nhận là sốt dạng giống nhiễm cúm. Thời kỳ ủ bệnh không rõ ràng. Bệnh nhân có thể có ho đàm nhầy như mủ và phim phổi thấy đông đặc thùy hoặc mờ đáy màng phổi. Khi những bất thường kết hợp thành những khối lớn, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi và dày màng phổi cũng có thể gặp.

Bệnh lý này cũng liên quan đến da, hệ thần kinh trung ương, đường niệu, sinh dục và khớp. Chẩn đoán dựa trên việc xác định hình dạng nấm đơn độc, đáy rộng và tối với vách khúc xạ dày trên phần mô cắt. Nhuộm với KOH 10% của dịch rửa phế quản phế nang cũng có thể dương tính. Test da và test ngưng kết thì không nhạy và không đáng tin cậy.



Khối nấm thành dây

Câu hỏi VI-17 Hãy tưởng tượng mặt trong của đường hô hấp như mặt trên đồng hồ với carina là tâm điểm, kỹ thuật hút xuyên phế quản được thực hiện ở vị trí 9 giờ

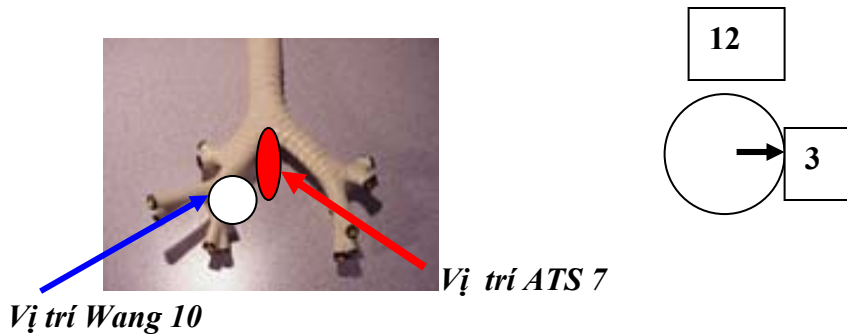
đọc theo thành trong phế quản trung gian tại một điểm gần lỗ phế quản giữa phải sẽ lấy được bệnh phẩm:

- A Hạch bên phải dưới rốn phổi
- B Hạch dưới -dưới carina
- C Hạch phế quản gốc phải
- D hạch phía dưới carina

Trả lời VI.17 : B

Hạch phía dưới-dưới carina (vị trí Wang 10) thường nhìn thấy trên CT scan. Nó ở giữa phế quản trung gian và phế quản gốc trái, hay gần phế quản giữa phải. Ngoài ra các hạch dưới carina (vị trí ATS 7, Wang: 8)thường ở giữa phế quản gốc phải và trái hay gần phế quản thùy trên phải trên CT scan.

Để có thể lấy bệnh phẩm từ hạch dưới carina, kim hút phải được đưa vào vị trí 3 giờ dọc theo thành trong của phế quản gốc phải gần lỗ phế quản thùy trên phải (nếu bác sĩ nội soi đứng phía trước hay cạnh bên bệnh nhân , Trong thực hành nội soi bằng phân loại Wang chưa được thông dụng lắm.



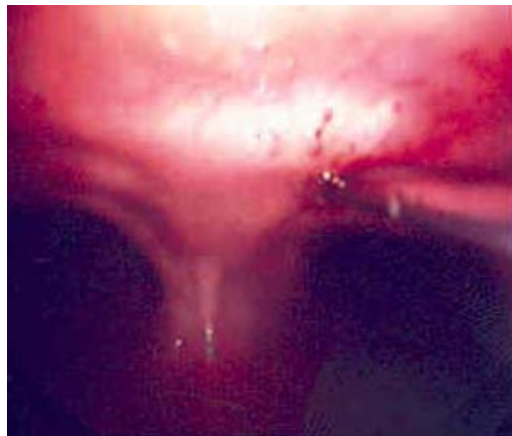
Câu hỏi VI.18: Tưởng tượng mặt trong của đường thở là mặt đồng hồ và xem carina như là tâm , chọc hút xuyên thành phế quản ở vị trí 12giờ dọc thành trước khí quản ngang mức giữa vòng sụn thứ nhất và vòng sụn thứ hai tính từ vùng khí quản thấp sẽ lấy mẫu mô ở:

- A. Hạch rốn dưới phải
- B. Hạch dưới carina
- C. Hạch sau carina
- D. Hạch trước carina

Trả lời VI.18: D

Hạch trước carina là phía trước và giữa đoạn gần của phế quản gốc phải và trái trên CT scan. CT scan hữu ích cho nhất cắm kim đầu tiên vào lớp niêm mạc, sau đó đẩy catheter kim vì vậy toàn bộ chiều dài của kim nhô ra xa khỏi đầu ống soi. Ví dụ, dùng tay còn rảnh, người nội soi cố định lại đầu gần của đoạn cuối catheter vào ống soi, ngăn cản đầu kim lùi lại vào trong ống soi khi gặp phải sự kháng lực.

Ống soi và thông kim có thể bị đẩy tới cùng lúc và như là một bộ phận duy nhất vào trong tổn thương. Khi toàn bộ được đẩy vào, ống soi và kim thông sẽ uốn cong nhẹ ở phía đầu, di chuyển đầu kim vào sâu hướng thẳng góc vào vết đâm. Điều này tránh những vòng sụn và cũng làm kim đi vào sâu hơn. Để lấy mẫu hạch phía sau carina, kim nên chọc vào vị trí phía sau của carina ở khoảng vị trí 6 giờ.



Câu hỏi VI.19 : Sinh thiết nhu mô phổi được thực hiện ở bệnh nhân như hình dưới đây. Chảy máu nhiều bắt đầu xảy ra. Một trong những nhận xét sau đây là chính xác nhất:

- A. Chèn ống soi vào phân thùy phía trên là rất khó khăn, nếu không nói là không thể được.
- B. Bơm thẳng epinephrine 1:10.000 sẽ gây cục máu đông và dừng chảy máu.
- C. Sẽ an toàn hơn khi sinh thiết phân thùy phía trước của thùy trên trái.
- D. Bệnh nhân có thời gian chảy máu bất thường dự báo có thể xảy ra chảy máu vì vậy những thiết bị trợ giúp nên mở và chuẩn bị để dùng.



Trả lời VI.19 : A

Chèn ống soi trong khi đang hút thường có tác dụng làm ngừng chảy máu phế quản, tăng thành lập cục máu đông, và duy trì thông đường thở ở phần còn lại của đường hô hấp. Bệnh nhân được nằm ở tư thế an toàn (nằm nghiêng bên trái). Bom trực tiếp epinephrine có thể bị dội ngược lại do máu và gây ho. Epinephrine nên được pha loãng với nước muối sinh lý trước khi dùng (1 ml epinephrine 1:1000 pha loãng vào 10-20ml dung dịch)

Ở những bệnh nhân có nguy cơ chảy máu, khôn nhất nên lựa chọn sinh thiết ở những vùng phụ thuộc trọng lực như phế quản thùy dưới hay phế quản phân thùy phía sau của thùy trên. Cách này giúp bảo vệ phổi đối bên và các phân thùy khác tránh bị tràn máu vào. Các phân thùy phía trước không phải là các phân thùy hướng trọng lực khi bệnh nhân nằm ngửa. Thời gian chảy máu bất thường (bình thường 2-9 phút) không dự báo có khả năng xảy ra chảy máu, và cũng không nói được rằng thủ thuật là an toàn.

Câu hỏi VI.20: Một bệnh nhân có khối u bề ngoài trơn láng, dạng thịt giống carcinoid. Một trong những câu sau trong các tài liệu nói về lượng, mật độ và chất lượng của y văn là đúng nhất :

- A. Bằng chứng được chứng minh rất cao rằng sinh thiết sẽ chẩn đoán 80% trường hợp và khả năng chảy máu từ sinh thiết khoảng 1% .
- B. Bằng chứng được chứng minh thấp là sinh thiết chẩn đoán được 80% các trường hợp và khả năng chảy máu do sinh thiết là 1%.
- C. Không thể phân tích nguy cơ chảy máu hoặc cơ hội chẩn đoán .

**Trả lời VI.20: A**

Về mặt lịch sử, người ta nói rằng u carcinoid dễ chảy máu và rất thận trọng khi sinh thiết qua nội soi phế quản. Mặc dù điều này có thể là đúng, nhưng “ thực tế” này không được đề cập ở những nghiên cứu tiền cứu. Nhiều chuyên gia cho rằng cho epinephrine cục bộ lên tổn thương ngay trước khi sinh thiết để giảm nguy cơ chảy máu. Mặc dù có thể có khả năng tác dụng, những thực hiện này cũng chưa được công nhận có giá trị ở những nghiên cứu tiền cứu. Cần biết rằng khi sinh thiết được thực hiện, cơ hội chẩn đoán carcinoid bằng sinh thiết nội phế quản là khoảng 80%.

Những nghiên cứu trước đây cũng nhìn nhận nguy cơ chảy máu nhiều khoảng 1%. Sự phân biệt trước mổ giữa Carcinoid điển hình và không điển hình, ngay cả cắt lạnh, là rất khó khăn. Nói thêm rằng, rửa, chọc hút bằng kim và chải rửa ít hữu dụng cho chẩn đoán carcinoid. Nhiều chuyên gia tin rằng sinh thiết nội phế quản nên thực hiện sâu

bên trong vì vài khối u có khả năng phủ bên ngoài bằng các lớp niêm mạc phế quản bình thường như hình dưới đây. Trong nhiều trường hợp chẩn đoán dựa trên sinh thiết có thể được thông báo sai là carcinoma tế bào nhỏ hoặc tế bào gai .



Carcinoid điển hình ở ngay đầu phế quản thùy trên phải

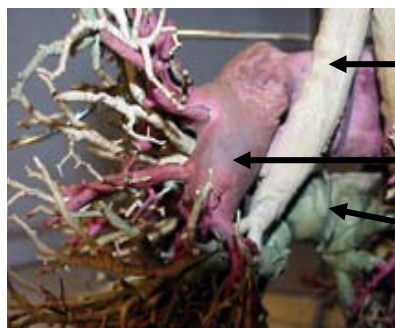
Câu hỏi VI. 21 Chọc kim sinh thiết xuyên vách phế quản vào thành trước của đoạn phế quản thùy trên trái, ngay phía trên chỗ cựa phế quản chia thùy lưới và phế quản thùy trên trái có nguy cơ đâm vào :

- A. Tĩnh mạch phổi trái.
- B. Động mạch phổi trái.
- C. Động mạch chủ
- D. Thực quản.

Trả lời VI.21 : A

Tĩnh mạch phổi trái nằm ngay thành trước của phế quản gốc trái và phế quản thùy trên Trái. Động mạch phổi trái là mạch máu lớn nguy hiểm cho bác sĩ nội soi khi làm thủ thuật vì nó có dạng hình chữ S ôm quanh phế quản gốc trái và phế quản thùy trên trái.

Quai Động mạch chủ tiếp xúc với phần trên và sau của phế quản gốc trái. Để tiếp cận các hạch lympho động mạch phổi (vị trí 5, vị trí 4 Wang qua nội soi phế quản) bằng cách chọc kim hút, nên chọc kim ở thành bên sau ở vị trí # 9 giờ (hãy tưởng tượng mặt trong khi đạo như mặt đồng hồ, lấy cựa phế quản làm điểm giữa) ngang mức carina hay 1 khoảng liên sụn bên dưới dọc thành bên của phế quản gốc trái.



Thành sau phế quản gốc trái

Động mạch phổi trái

Tĩnh mạch phổi trái

Câu hỏi VI.22: Một trong những động tác sau đây được chấp nhận rộng rãi và không có sự tranh cãi nào khác về vấn đề giảm chảy máu trong nội soi phế quản:

- A. Di chuyển bệnh nhân vào tư thế “an toàn”, tư thế nằm nghiêng bên chảy máu
- B. Chèn đầu ống soi mềm vào phân thùy đang chảy máu trong khi hút liên tục.
- C. Giữ đầu ống soi cơ động (không chèn vào) để hút, rửa bằng nhiều nước muối và bảo vệ phổi bên kia.
- D. Cho phép bơm epinerphrine trước sinh thiết.
- E. Cho phép bơm trực tiếp nước muối lạnh khi chảy máu xảy ra.

Trả lời VI.22: A

Đặt bệnh nhân về tư thế trọng lực được chấp nhận rộng rãi và thường được xem như thường lệ nhằm tác dụng ngăn ngừa khi nội soi phế quản có liên quan đến chảy máu. Tư thế này giúp hình thành cục máu đông và bảo vệ đường thở đối bên. Mỗi động tác đều có lý nhưng cần được thảo luận thêm. Một vài chuyên gia tán thành việc chèn , vài người khác thích để ống soi di động. Người khác cho rằng nên rửa bằng nước lạnh, hoặc có ý kiến bơm epinerphrine trước khi sinh thiết. Dĩ nhiên là không ý kiến nào loại trừ ý kiến kia.

Điều quan trọng là khi có chảy máu chúng ta giữ bệnh nhân bình tĩnh, ra y lệnh cho người trợ lý một cách rõ ràng, cung cấp đầy đủ oxy, bảo vệ phổi đối bên và nỗ lực chèn bằng ống hút, máy soi và dụng cụ hỗ trợ khác.



Câu hỏi VI. 23. Khi thực hiện chọc kim xuyên carina hay xuyên thành phế quản , Điều nào sau đây có vẻ quan trọng nhất để nâng cao khả năng chẩn đoán .

- A. Chọc mù ít nhất 3-4 mẫu.
- B. Có bác sĩ giải phẫu bệnh kế bên làm xét nghiệm đọc từng mẫu liên tục khác.
- C. Xử dụng kim số lớn nhất, cứng nhất nếu có thể được.
- D. Lấy mẫu u bằng chọc hút sau khi rửa phế quản -phế nang và sinh thiết bấm

Trả lời VI.23 : B

Chọc hút bằng kim đã được chứng minh là nâng cao khả năng chẩn đoán khi có bác sĩ giải phẫu bệnh hợp tác đứng bệnh cạnh giường bệnh để xác định mẫu có đại diện hay không. Điều đó trở thành chuẩn mực của thực hành và nên mở rộng trong các viện nơi có sinh thiết chọc hút bằng kim qua nội soi phế quản. Chọc hút bằng kim qua nội soi nên tiến hành trước khi lấy mẫu bằng các biện pháp khác qua nội soi nhằm tránh tạp nhiễm và làm dương giả. Kim mô học 2 phần kích thước lớn, cứng đường như rất có ích để lấy mẫu xuyên carina, nhưng nó khó khăn hơn và đôi khi không thể làm được ở các phế quản xa. Hầu hết các nghiên cứu nhận thấy cần phải chọc hút ít nhất 3-4 mẫu để giúp chẩn đoán.

Câu hỏi VI.24 : Một trong những phát biểu sau đây về chảy máu trong nội soi phế quản là chính xác:

- A. Thông thường lượng máu chảy ra nhiều hơn 50ml sau sinh thiết phổi khoảng 1-2% nhưng có báo cáo cao hơn 45% ở những bệnh nhân có urê máu cao (creatinine huyết thanh > 2, BUN > 25mg/dl)
- B. Khi tình trạng chảy máu đã ngưng, cục máu đông nên được kéo ra để chắc chắn không còn chảy máu..
- C. Tất cả bệnh nhân chuẩn bị soi phế quản nên đếm tiểu cầu và thời gian đông máu trước khi làm thủ thuật.
- D. Hầu hết các chuyên gia cho rằng những bệnh nhân có tiểu cầu dưới 50,000/mm³, BUN 45mg/dl, và creatinine 3 có thể an toàn trong sinh thiết nội phế quản.

Trả lời VI.24: A

Nguy cơ chảy máu là thật sự có thật và gần như gia tăng ở những bệnh nhân có ure máu cao, rối loạn chức năng tiểu cầu, suy gan(bilirubin > 1.5 ml/ dl, alkaline phosphatase >110, SGOT > 25) và có bệnh rối loạn đông máu. Đếm tiểu cầu và đông máu thường quy thì không khuyến cáo ngoại trừ ở những bệnh nhân có tiền sử và khám lâm sàng có dấu hiệu nghi khả năng chảy máu.

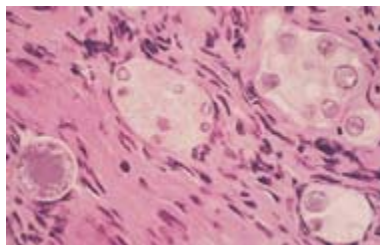
Hội tiền căn rối loạn đông máu như liên quan đến rối loạn chức năng tiểu cầu, rối loạn di truyền như bệnh Von Willebrand hoặc hemophilia, dung thuốc sulfa, thiazide, rối loạn liên quan đến giảm sinh tiểu cầu như leukemia, myeloma, lymphoma, và ung thư thứ phát liên quan tủy xương, và bệnh gây phá hủy tiểu cầu như bệnh miễn dịch (ITP, thuốc, lupus hệ thống) và không miễn dịch như (đông máu nội mạch lan tỏa, phỏng, chấn thương, TTP).

Mặc dù “con số” chính xác về tiềm tàng nguy cơ chảy máu chưa được nghiên cứu, nhưng đó cũng là lý do chính đáng để tránh sinh thiết ở những bệnh nhân có mức BUN(>45) hoặc creatinine (>3), và chỉ tiến hành sinh thiết nếu thật sự cần thiết ở những bệnh nhân có tiểu cầu < 50,000/mm³. Thăm sát và dịch rửa phế quản phế nang ở nhiều bệnh nhân là an toàn, nếu chảy máu có xảy ra thường dễ kiểm soát.

Cục máu đông mới hình thành không nên kéo ra ngay cả khi gây tắc thùy hoặc phân thùy phế quản. Một thành ngữ nổi tiếng “bỏ lại cục máu đông”. Nội soi phế quản sẵn sàng cho ngày sau để kéo cục máu đông ra nếu triệu chứng trở nên xấu hơn hoặc XQuang thấy xẹp phổi.

Câu hỏi VI.25 : Một phụ nữ 45 tuổi có tiền căn ung thư vú 15 năm trước đây, thường xuyên tập đi bộ đường dài và cắm trại ở vùng sa mạc đông San Diego,

California. Con chó của cô ta luôn bên cạnh cô ấy suốt những chuyến cắm trại trên. Gần đây con chó này đã bệnh nhưng đã khá hơn sau đợt dùng kháng sinh và intraconazol (kháng nấm). Hiện nay cô ấy sốt và có nốt phát ban đỏ ở cánh tay và cẳng chân. Test da tuberculosis không phản ứng và âm tính với quai bị và Candida. Rale nổ nghe được cả hai bên phổi. X quang phổi cho thấy xâm nhiễm hai phổi nhiều ở thùy giữa và dưới phổi phải. Dù đã nghỉ ngơi tại giường và kháng sinh chích tĩnh mạch 3 ngày nhưng vẫn còn sốt và còn những triệu chứng ở phổi, cô ta được nội soi phế quản, rửa phế quản phế nang và sinh thiết phổi qua nội soi. Hình ảnh giải phẫu bệnh được ghi nhận như dưới đây. Một trong những ghi nhận từ soi phế quản giúp tăng chẩn đoán chắc chắn của bạn là bà ta nhiễm coccidiomycosis (bào tử của một loại nấm hay tìm thấy ở một số vùng sa mạc của Mỹ).



- A. Hẹp lỗ phế quản thùy dưới phải do mô hạt niêm mạc và polype bất thường trong lòng phế quản.
- B. Hẹp phế quản khu trú thực sự thùy dưới phải với tắc nghẽn hoàn toàn nhánh phế quản bởi khối có vỏ bao lỏng lẻo và đỏ xung quanh
- C. Dịch tiết trắng mềm với niêm mạc phế quản phù nề và đỏ trong phế quản thùy dưới phải.

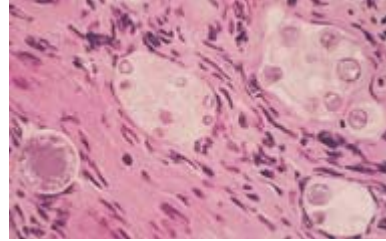
Trả lời VI.25 :

C

Coccidioidomycosis immitis là một loại nấm lưỡng hình dễ tìm thấy trong không khí và được hít vào khi làm đất và xây dựng ở vùng bán khô hạn với mùa mưa ngắn nhưng dữ dội sau thời kỳ thời tiết khô. Khu vực hay xảy ra là California, Mexico và Trung và Nam Mỹ. Mặc dù hầu hết nhiễm trùng là không có triệu chứng, dấu hiệu bệnh phổi có thể xuất hiện 1-3 tuần sau hít vào. Bệnh nhân có ho, sốt, đau ngực kiểu màng phổi, đau cơ, thỉnh thoảng có hồng ban nhỏ, hồng ban nút hoặc hồng ban đa dạng.

Sự tái hoạt động có thể xảy ra sau khi du khách đã rời khỏi vùng dịch tễ nhiều năm. Test da trở nên dương tính trong vòng 4 tuần sau phơi nhiễm, và dương tính suốt đời. Tăng cố định bổ thể IgG (thường tồn tại dương tính đến 8 tháng sau phơi nhiễm) có thể là dấu hiệu đang tiến triển hoặc tái hoạt động.

Dấu hiệu trong nội soi phế quản không có gì đặc biệt và có thể tương tự như ung thư mặc dù polype hay nốt nội phế quản thường không tìm thấy. Sinh thiết rộng và sâu những bất thường niêm mạc cần thiết cho chẩn đoán. Những nốt sùi lớn, hình cầu với vỏ bọc óng ánh và chứa lượng lớn nội bào tử. Lượng lớn dịch rửa phế quản phế nang và BLB ở những bệnh nhân có thâm nhiễm so với bệnh nhân có nốt ở phổi.



*Chất tiết trắng ngà và viêm
đỏ và phù nề niêm mạc*

Câu hỏi VI.26 : Lớn khí quản thường liên quan đến tất cả các bệnh lý sau ngoại trừ:

- A. Hội chứng Ehlers – Danlos
- B. Hội chứng Mounier – Kuhn
- C. Ataxia – teleangiectasia (mất điều hòa vận động - giãn mao mạch)
- D. Bệnh lý tắc nghẽn đường thở mãn tính
- E. Bệnh lao

Trả lời VI.26: E

Hẹp khu trú từng đoạn thường thấy ở những bệnh nhân có tiền căn lao cũ. Tuy vậy có vài bệnh nhân có thể có phì đại khí phế quản (tracheobronchomegaly) có thể tùy thuộc vào sự co kéo và sẹo cũ giữa nhu mô phổi, khí quản, trung thất, màng phổi thành. Dường như những dấu hiệu này tương đối hiếm. Phì đại khí- phế quản thường thấy do một trong những nguyên nhân trên. Nhuyễn sụn có thể có hoặc không đồng thời với to khí quản.

Vài bệnh nhân, nội soi phế quản động sẽ thấy được mềm đường thở. Hội chứng Mounier- Kuhn bao gồm giãn lan tỏa ảnh hưởng toàn bộ cây khí quản. Bệnh nhân ho không hiệu quả, ứ đọng chất tiết và viêm phế quản phổi tái phát, dẫn phế quản, khí phế thũng do di dạng này. Phổi thường bị tăng ứ khí. Hội chứng Ehler- Danlos thường bị trật khớp tái diễn, tăng tính di động và túi thừa ruột. Mất điều hòa vận động - giãn mao mạch bao gồm giãn mao mạch diễn tiến trên da và mất điều hòa vận động tiểu não.

Những bệnh nhân có COPD, cũng như những bệnh nhân có xơ nang có thể bị to khí quản do viêm mãn tính và thoái hóa mô đàn hồi của phân màng dẫn đến nhuyễn sụn và mềm đường thở.



Bronchomegaly và đàm mủ ứ đọng

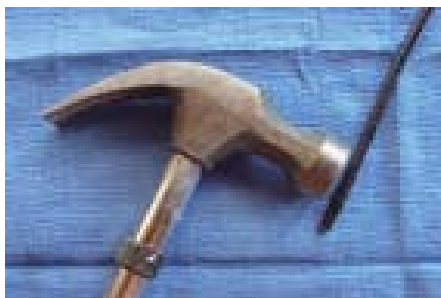
Câu hỏi VI.27 : Một trong những điều sau đây là gần như khó tránh khỏi mặc dù đã thực hiện đúng cách và được nhắc đi nhắc lại trong giảng dạy cho nhà nội soi và những người trợ lý.

- A. Tiến hành không đúng thủ thuật chọc hút xuyên thành phế quản.
- B. Cố luồn kèm sinh thiết qua ống soi mềm khi ống soi đang cong hoặc mở rộng quá mức đầu xa ống soi.
- C. Cố uốn cong hoặc vặn ống soi ở bất kỳ đoạn nào dọc theo ống soi
- D. Máy soi bị nghiền nát do răng, hoặc ngăn kéo tủ, cửa, bánh xe của xe thủ thuật.
- E. Va đập đầu xa của ống soi vào bên cạnh xe dụng cụ hoặc thanh giường.

Trả lời VI.27: E

Cần giáo dục đúng đắn về việc sử dụng và lạm dụng ống soi phế quản mềm! Khi bị hư , phần lớn ống soi được gửi lại nhà sản xuất hay đơn vị thứ 3 để sửa chữa. Các bộ phận sẵn sàng được thay thế nhưng rất đắt tiền . Sửa chữa ống soi mềm và ống soi video tốn hàng ngàn đô la , và nhanh chóng ngốn hết kinh phí nội soi . Để tránh làm hư kênh thủ thuật của ống soi , cần phải thao tác đúng tất cả kèm sinh thiết xuyên phế quản.

Không nên đưa vào hay rút ra nếu còn thấy đầu nhọn của kèm sinh thiết nhô ra khỏi bao bảo vệ .Không được đưa mạnh dụng cụ qua ống soi đang cong mà đầu xa bị bẻ cong ở góc gấp .Không bao giờ xoay mạnh ống soi giữa các ngón tay , và dĩ nhiên , nên luôn luôn sử dụng ngáng miệng khi soi qua đường miệng. Trong khi làm thủ thuật , nên đóng tất cả ngăn kéo của xe thủ thuật để tránh kẹt ống soi. Mỗi “sai lầm” này có thể và nên tránh . Tuy nhiên , khó tránh khỏi ống soi bị kẹt ở thanh cạnh giường hay xe thủ thuật lúc nào đó. Khi xảy ra chuyện này , sẽ có ích nếu nhắc nhở người điều khiển ống soi giá tiền mua máy có thể lớn hơn giá chiếc xe hơi họ đang láivà chi phí sửa chữa rõ ràng đắt hơn phí bảo hiểm!



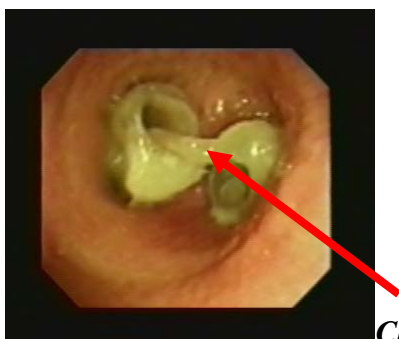
Câu hỏi VI. 28 Tất cả những câu sau đây về bệnh nhân có đặt stent khí đạo là đúng, ngoại trừ :

- A. Ở các bệnh nhân đặt Stent do ung thư – các biến chứng liên quan đến stent thường ít gặp hơn so với các bệnh nhân đặt stent do bệnh lành tính.
- B. Đo chức năng hô hấp là bằng chứng đảm bảo cải thiện lâm sàng và triệu chứng sau khi đặt stent.
- C. Vì nguy cơ stent bị di lệch và tắc nghẽn, nhiều chuyên gia đã đề nghị theo dõi bằng nội soi phế quản trong 3 tháng đầu sau đặt stent.
- D. Các dịch tiết ứ đọng thường ghi nhận trong stent đã đặt khi nội soi phế quản, nhưng ít khi do vi trùng gây ra và kháng sinh thường không cần thiết.

Trả lời VI.28 : B.

Cải thiện triệu chứng sau khi đặt stent xảy ra ở hầu hết các bệnh nhân và thường thấy trên lâm sàng. Do đó việc theo dõi bằng thăm dò chức năng hô hấp là không cần thiết, ngoại trừ trường hợp có tiến hành nghiên cứu khoa học. Việc theo dõi bằng nội soi vẫn còn nhiều ý kiến trái ngược nhau. Người ta không biết là nên theo dõi các bệnh nhân có đặt stent bằng nội soi phế quản ở mức định kỳ sau đặt stent hay chỉ nên tiến hành nội soi phế quản khi bệnh nhân có xuất hiện những triệu chứng mới liên quan đến biến chứng của đặt stent.

Các triệu chứng gồm có ho, suy hô hấp, ho ra máu, xẹp phổi hay thâm nhiễm phổi khu trú trên phim X-quang, khàn giọng, mất tiếng nói, giảm khả năng gắng sức. Mặc dù ứ đọng dịch tiết và các vi trùng có khả năng gây bệnh thường ghi nhận sau khi theo dõi bằng nội soi, nhiễm trùng liên quan đặt stent hiếm gặp và kháng sinh ít có chỉ định.



Chất tiết nhầy dính gây tắc một phần stent silicone ở phế quản gốc phải và trái

Câu hỏi VI. 29 :Những biến chứng nào của việc chọc hút bằng kim khi nội soi phế quản có thể tránh được nếu khi kỹ thuật được làm đúng :

- A. Trần máu trung thất.
- B. Trần khí màng phổi.
- C. Chảy máu phế quản
- D. Gãy kim sinh thiết.
- E. Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

Trả lời VI.29: D

Kỹ thuật đúng, có huấn luyện, và thực hành đúng có thể ngừa gãy catheter kim sinh thiết do kim trong lúc sử dụng . Thêm nữa , kỹ thuật đúng cũng sẽ ngừa nguy cơ làm tổn thương (hư hỏng) kênh thủ thuật của ống nội soi phế quản khi đẩy kim ra khỏi bao. Đừng bao giờ rút kim ra hay đẩy kim vào ống soi phế quản mà không biết chắc chắn là kim đã nằm trong catheter.. Các biến chứng khác của chọc hút bằng kim – đã được kể ra ở trên hiếm xảy ra và có lẽ là không thể tránh được. Chảy máu đáng kể sau sinh thiết chọc hút bằng kim hiếm xảy ra ngay cả khi đâm vào mạch máu được xác định bởi máu trở vào syringe hay catheter trong khi hút.

Câu hỏi VI.30: Đối với kỹ thuật chọc hút xuyên phế quản bằng kim (Tbệnh nhânA), kỹ thuật nào sau đây có nguy cơ làm hư ống soi mềm nhiều nhất:

- A. Kỹ thuật Jabbing.
- B. Kỹ thuật Piggyback.
- C. Kỹ thuật Hub.
- D. Dùng kim không rút ngắn lại.
- E. Phương pháp ho để đâm kim qua.

Trả lời VI 30 : D

Sử dụng kim không rút lại được vào catheter hoặc bộ kim-catheter có thể làm hư kênh thủ thuật của ống soi mềm do kim không được bảo vệ. Mỗi kỹ thuật đều có một cách khác nhau để xuyên qua thành phế quản. Trong khi giữ ống soi thẳng và đầu cong ở vị trí trung gian, bộ kim –catheter (kim đã được rút lại vào trong catheter) được đẩy vào qua kênh thủ thuật. Khi kim khớp được vào vị trí sau trục bánh xe kim loại (metal hub) nhìn thấy ở đầu xa ống soi, rút catheter trở lại và ống soi được đẩy về vùng đích.

Kỹ thuật Jabbing, giữ ống soi ở mũi hoặc miệng, đẩy mạnh-nhanh catheter, kim được đẩy qua khoảng gian sụn.

Kỹ thuật Hub, kim được rút trở lại để đầu xa (metal hub) của catheter được đặt tiếp xúc trực tiếp với vách phế quản, giữ chặt trong khi đẩy kim ra khỏi catheter và xuyên qua vách phế quản.

Kỹ thuật Piggyback, catheter được giữ chặt ở đầu gần kênh thủ thuật (dùng ngón trỏ hoặc người phụ giữ). Sau đó kim được đẩy vào và gắn vào vị trí đích. Ống soi và bộ kim-catheter cùng được đẩy vào cho đến khi toàn bộ kim xuyên qua vách phế quản.

Với kỹ thuật ho, đầu tiên người soi thực hiện kỹ thuật Piggyback hoặc Jabbing. Kim được đưa vào vùng đích và yêu cầu bệnh nhân ho. Lực ho sẽ đẩy kim xuyên qua vách phế quản. Đôi khi cần điều chỉnh lui tới để kim vào trong vùng đích trong khi vẫn hút liên tục lấy tế bào. Ngừng hút, đầu ống soi được giữ thẳng, rút kim ra khỏi vùng đích vào catheter và bộ kim-catheter được rút ra khỏi ống soi.

Câu hỏi VI.31: Sau khi thực hiện chọc hút xuyên phế quản bằng kim, kim không thể rút lại vào catheter được. Bạn nên:

- A. Dùng mọi cách kéo toàn bộ kim vào kênh thủ thuật để lấy ra.
- B. Không kéo kim trở vào kênh thủ thuật, giữ thẳng ống soi rồi lấy kim và ống soi ra cùng lúc, trong khi vẫn giữ ống soi giữa đường thở.
- C. Giữ thẳng ống soi, kéo kim vào kênh thủ thuật, chỉ để đầu kim thấy được ở đầu xa ống soi. Rồi lấy kim và ống soi ra cùng lúc, trong khi vẫn giữ ống soi giữa đường thở.
- D. Giữ thẳng ống soi, kéo kim vào kênh thủ thuật để lấy ra.

Trả lời VI . 31 : C

An toàn nhất là giữ thẳng ống soi, trong khi đầu kim vẫn được nhìn thấy, kéo toàn bộ ra. Bằng cách giữ ống soi và đầu kim ở giữa đường thở, không có nguy cơ tổn thương niêm mạc. Nguy hiểm duy nhất là cào xước niêm mạc hầu họng-mũi. Nguy cơ này có thể giảm thiểu tối đa nếu giữ thẳng và không uốn cong đầu xa ống soi và nếu chỉ một đoạn ngắn đầu kim được thấy ở đầu xa ống soi.



Chấn thương niêm mạc do không giữ ống soi ở đường giữa trong khi rút ra

Câu hỏi VI.32: Nội soi sinh thiết thùy dưới phổi phải bằng ống soi mềm gây chảy máu trung bình mà bạn không thể cầm máu chỉ với nước muối rửa và hút. Bệnh nhân nam, trưởng thành không suy hô hấp, tỉnh táo. Bạn cần một catheter bóng loại cắt thuyên tắc động mạch. Sau 2 phút tìm kiếm trong tủ dụng cụ ở phòng thủ thuật, người phụ trợ lại với nhiều catheter trên tay và hỏi bạn cần cỡ nào. Bạn trả lời:

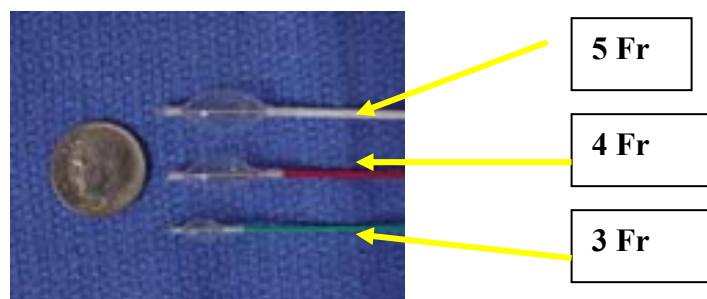
- A. 3 Fr
- B. 5 Fr
- C. 7 Fr
- D. Một bóng chèn 8 Fr
- E. Một nội khí quản và thực hiện đặt nội khí quản vào khí quản gốc phải .

Trả lời VI 32 : B

Đường kính catheter 5 Fr là 1,5mm và thích hợp với kênh thủ thuật của ống soi mềm hoặc ống soi video. Nên xả bóng 6 Fr (18mm) và bơm khoảng 10mm. Nhiều loại catheter có bóng nên có sẵn trong xe thủ thuật của bạn. Do đó, bạn phải có đủ các dụng cụ đó trong lúc thực hành. Bạn và người phụ phải biết đường kính ngoài và đường kính kênh thủ thuật của tất cả các ống soi mềm mà bạn có.

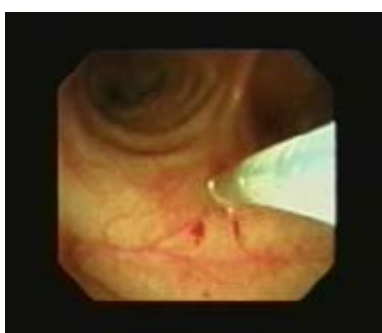
Đo và viết ra nếu bạn quên hoặc người phụ chưa có kinh nghiệm. Kênh thủ thuật có thể khác nhau tùy loại ống soi. Hầu hết đường kính ngoài các ống soi có video là 4,9 hoặc 6mm và chiều dài là 60mm. Đường kính ngoài các ống soi mềm là 4,0 hoặc 6mm và chiều dài là 55mm. Kênh thủ thuật ống soi mềm và ống soi có video là 2,2 hoặc 2,8mm.

Cần nhớ, đặt nội khí quản chỉ có chỉ định khi chảy máu không kiểm soát được.



Câu hỏi VI.33: Một bệnh nhân có hạch dưới carina được nội soi phế quản ống mềm và chọc hút xuyên thành carina. Nhà tế bào học đang bên cạnh bạn và họ báo cho bạn rằng lần xuyên thứ nhất không thấy tổ chức mô. Lần xuyên thứ hai bạn nên thực hiện ở :

- A. 3-5 mm vị trí thấp hơn ở bất kỳ bên nào của carina vào hướng vào giữa- xuống thấp.
- B. Phía trên 1 khoang sụn và hướng nhiều về phía trước.
- C. Phía trên 2 khoang sụn và hướng về trước bên.

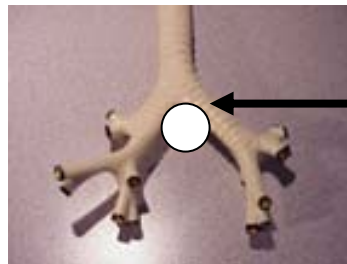


Trả lời VI.33: A

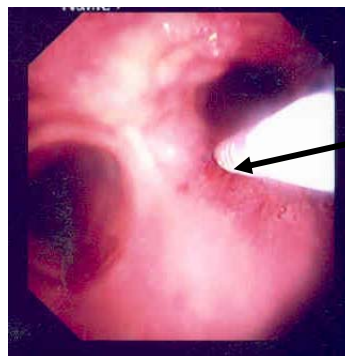
Các hạch dưới carina (vị trí 7 ATS , vị trí 1 và 2 Wang qua nội soi phế quản) có thể sinh thiết mẫu mô bằng cách chọc kim vào thẳng xuyên carina chính và hướng thấp hoặc chọc kim 3-4mm thấp hơn ở mỗi bên carina, hướng kim xuống thấp và vào giữa.

Nếu kim đã hướng vào vị trí trên, trước và bên (tức câu trả lời c) là vào hạch khí quản phải. Nếu kim chọc hướng lên trên và về phía trước (câu trả lời B) là hạch thuộc phía trước carina . Nếu kim hướng về phía sau là vào hạch phía sau carina (nhưng

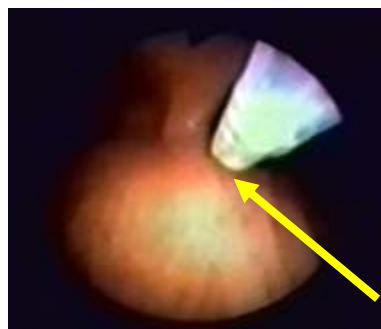
hướng này cũng nhiều nguy cơ gây tràn khí màng phổi bởi vì gần ngách tĩnh mạch đơn thực quản)



Vị trí 7 ATS



Hút lần
2



Lấy mẫu hạch sau carina
(vị trí Wang 2)

Câu hỏi VI.34: Sau khi thực hiện thủ thuật chọc hút bằng kim xuyên thành phế quản ở thùy trên bên trái ở một bệnh nhân 35 tuổi có hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, kỹ thuật viên báo cáo lại với bạn là test rò rỉ máy soi dương tính. Khí xì ra từ bề mặt của ống soi mềm. Kỹ thuật viên hỏi bạn hướng dẫn họ làm gì. Bạn sẽ bảo họ:

- A. Tẩy uế máy soi bằng Glutaraldehyde trước khi bọc lại và gửi máy soi đến nhà sản xuất để sửa lại.

- B. Chỉ rửa sạch kênh thủ thuật bằng nước ấm và xà phòng, sau đó bọc lại và gửi đến nhà sản xuất sửa chữa.
- C. Không được rửa máy soi bằng bất kỳ hình thức nào. Đặt máy soi vào túi “biohazard” (biohazard: cảnh báo có độc hại về sinh học). Bọc lại máy soi và gửi đến nhà sản xuất với ghi chú về tình huống máy soi bị hỏng.
- D. Vẫn tiếp tục lau rửa máy soi và kênh bằng tay, chỉ dùng nước ấm và xà phòng sau đó bọc lại máy soi và gửi đến nhà sản xuất để sửa chữa.

Trả lời VI.34: C

Ống soi phế quản không được ngâm ngập trong dịch cho đến khi test rò rỉ được thực hiện. Nếu test rò rỉ dương tính, nước hoặc dịch ngâm vào ống soi nghiêm trọng và hư hoại nặng nề ống soi. Ống soi cần được gửi ra ngoài để sửa chữa. Những cảnh báo chung sẽ luôn làm một cách thường lệ để ngăn ngừa sự truyền nhiễm. Vì vậy những bệnh nhân được cho là lây nhiễm AIDS là không thích hợp.

Câu hỏi VI.35: Một trong những “thành ngữ” dưới đây là thích hợp nhất cho thủ thuật nội soi phế quản sinh thiết phổi:

- A. Giữ ở giữa
- B. Thủ thuật nhẹ nhàng là thói quen tốt.
- C. Bác sỹ nội soi phế quản cần có “những con mắt” trên mỗi đầu ngón tay của họ.
- D. Không bao giờ từ bỏ
- E. Cảm giác thành (phế quản)

Trả lời VI.35: C

Ông Chevalier Jackson, bác sỹ nổi tiếng chuyên ngành Tai Mũi Họng và là giảng viên đến từ Philadelphia được cho là người đầu tiên xây dựng thành ngữ này. Ông ấy còn cho rằng phải cảm nhận khoảng cách lớn nhất của kềm sinh thiết có thể được đẩy vào phế quản ngoại biên trước khi mở kềm và lấy mẫu mô mà không để xảy ra tràn khí màng phổi. Thủ thuật sinh thiết nhu mô phổi sẽ thực hiện dễ dàng hơn nếu có màng huỳnh quang hướng dẫn, nhưng thành ngữ “những con mắt trên đầu ngón tay” vẫn còn được ứng dụng.

Dĩ nhiên thành ngữ “Thủ thuật nhẹ nhàng là thói quen tốt” luôn đúng vì hầu hết các chuyên gia tán thành mẫu mô sinh thiết nên gấp chặt sau đó giật một cách nhẹ nhàng, hơn là xé toạc một cách mạnh mẽ mẫu mô từ niêm mạc đường thở hoặc nhu mô phổi. Một kỹ thuật để đưa kềm sinh thiết dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang vào phế quản ngoại biên. Kềm sinh thiết được quan sát trong khi đưa qua thành phế quản 1 đến 2cm sau đó kéo kềm sinh thiết ra 2 đến 3 cm, mở kềm và đẩy kềm vào một lần nữa thêm 1 đến 2 cm.

Đóng kềm và kéo ra một cách nhẹ nhàng. Nếu bệnh nhân cảm giác đau ở bất kỳ thời điểm nào trong lúc làm thủ thuật thì điều đó đồng nghĩa là kềm sinh thiết đã đi vào quá sâu. Nên kéo kềm ngược trở lại và thủ thuật lặp lại cẩn thận không để kềm sinh thiết đi quá xa. Vì thế, “Thủ thuật nhẹ nhàng là thói quen tốt” cũng là “đồng minh” cho mối quan hệ giữa nhà nội soi và bệnh nhân.

Thành ngữ “không bao giờ từ bỏ” đã là phương châm sống của Shigeto Ikeda, nhà nội soi phế quản nổi tiếng người Nhật, là người đã giới thiệu ống soi phế quản mềm cho cả thế giới vào những thập niên 1960. Ikeda dành hết cuộc đời cho những đổi mới kỹ

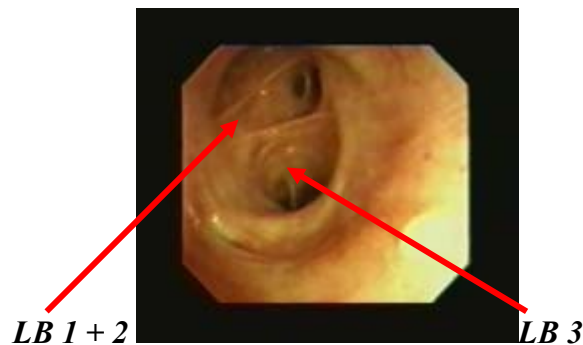
thuật và khoa học trong ngành nội soi phế quản. Ông cũng là người sáng lập ra Hiệp Hội Phế quản thế giới, một tổ chức mà đến nay vẫn còn hoạt động.

Câu hỏi VI.36: Tất cả những mô tả dưới đây về sự đa dạng trong giải phẫu của phế quản bên trái là chính xác, ngoại trừ :

- A. Hình ảnh phế quản phân thùy trên của thùy trên trái thông thường là chia hai lỗ phế quản đôi khi là ba lỗ, phân chia thành 3 nhánh riêng biệt nhiều hơn là hai nhánh .
- B. Hình ảnh chia hai của phân thùy trên của thùy trên trái là do sự chuyển chỗ của nhánh phế quản đỉnh sau trong sự phân chia đầu tiên suốt thai kỳ.
- C. Nhánh sau, bên và trước của phế quản đáy thuộc thùy dưới thường là hình ảnh phản chiếu phân thùy đáy của thùy dưới phải, ngoại trừ không có nhánh phế quản trung gian ở bên trái (LB 7).
- D. Thông thường sự phân chia của 3 nhánh phế quản ở phân thùy đáy bên trái là chia hai thành hai nhánh chính , và mỗi nhánh sẽ chia sớm ngay sau đó.

Trả lời: VI.36: B

Sự phân chia thành hai nhánh phế quản nhỏ là nguyên nhân của sự chuyển đổi nhánh phế quản phân thùy phía trước trong giai đoạn phân chia đầu tiên của bào thai. Đây là nguyên nhân phân chia thành nhánh đỉnh sau (LB1 và 2) và nhánh trước (L3). Phế quản thùy dưới trái thường chỉ có 4 nhánh đáy LB 6,8,9, 10 vì thường nhánh phế quản phân thùy đáy giữa LB 7 không có ở bên trái. Tuy nhiên khi có sự chia đôi ở thùy dưới trái thì hầu hết nhánh trước nhất cho ra nhánh phế quản đáy giữa và đáy trước và nhánh phế quản đáy trước trong khi phân thùy phía sau chia thành nhánh sau và nhánh bên.



Chuyên gia nội soi phế quản



Officially endorsed by the World Association for Bronchology and Interventional Pulmonology

Translated by Professor Ngoc van Tran, University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City, Vietnam

From the original: The Essential Bronchoscopist© By Henri Colt, MD, FCCP, FAWM

rake
|press

Laguna Beach, CA, USA