

**Câu hỏi I.1: Ông soi phé 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 phé 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 phé quản vì là thành phố quê hương của Gustav Killian ( 1860-1921) , thường được gọi là cha đẻ của ngành nội soi phé 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 phé 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 phé 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 CO<sub>2</sub> trong máu nặng và FEV<sub>1</sub> 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 kèm 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 bẽ cong quá mức dụng cụ ở đầu gần. Cách này làm cho bác sĩ nội soi bẽ 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 khãn 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 mẫn đỏ , mề đay , phù thành 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. Dây 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:**

- Nội soi phế quản được thực hiện ở “mọi người có đường thở”.
- Nội soi phế quản được thực hiện ở tất cả bệnh nhân có bất thường Xquang phổi.
- 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 đưa hoặc 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 đối ( $DO_2$ )
- 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.

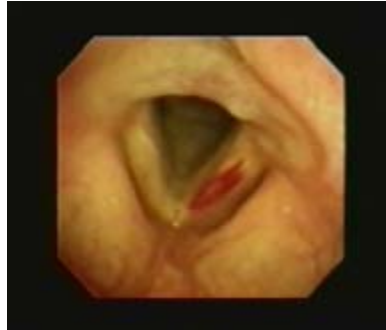


**Bộ dụng cụ chọc tháo khí màng phổi  
Nhỏ Van Sonnenberg, Cook, và TruClose**

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

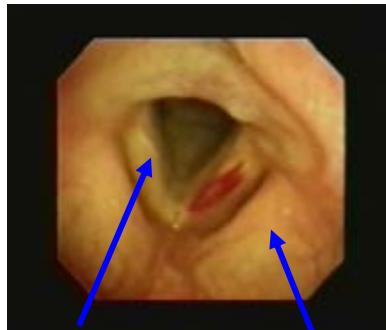
- A. Dây thanh trái
- B. Dây thanh phải

- C. Nấp thanh quản
- D. Sụn phễu



**Trả lời I.18 : A**

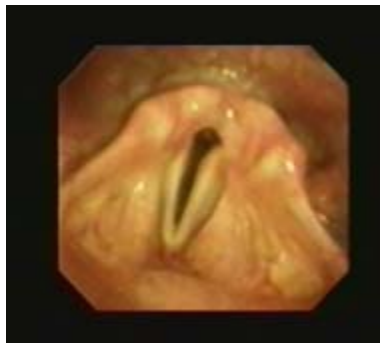
Vết bầm trên dây thanh trái là do không đưa được ống soi mềm qua hai dây thanh vào khí quản. Nấp thanh quản không thấy được trên hình này. Hai dây thanh đều trông thấy rõ, cả phần trước và sau của thanh quản đều thấy được. Những sụn (không thấy được trên hình) ở hai bên của đáy chữ V



*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



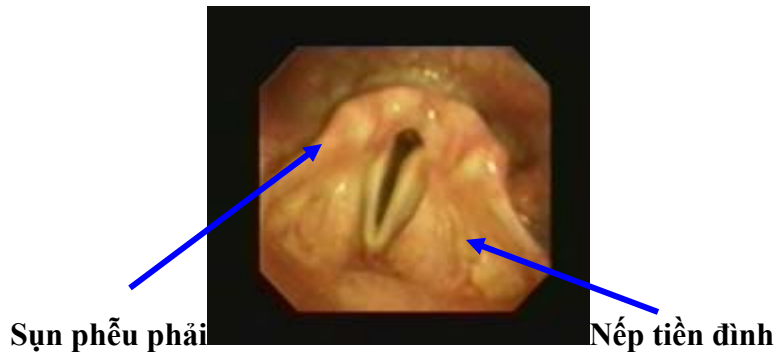
**Trả lời I. 19 : B**

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 dãn ra tối đa )

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

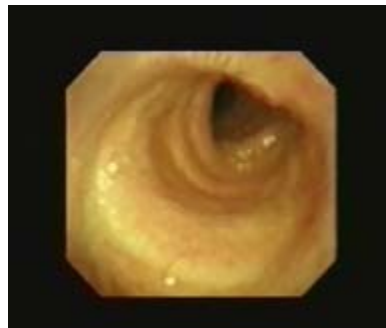
Trên ngựa, khi áp suất không khí giảm mạnh trong thì hít vào sẽ làm thanh quản xẹp nếu không có cơ khép nhân phễu . Tong lúc gắng sức sự co thắt thường trực của cơ này sẽ làm dẫn thanh quản qua việc kéo sụn phễu và dây thanh ra khỏi dòng khí.

Một vài con ngựa có hiện tượng gọi là liệt dây thanh trái.Trong trường hợp này liệt cơ cơ nhân 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 bứu, nhiễm trùng hay chấn thương.



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

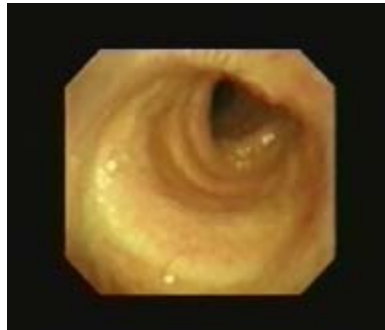
- A. Phần hẹp nhất của đường thở người lớn
- B. Phần hẹp nhất của đường thở trẻ em
- C. Phần hẹp nhất của đường thở người lớn nữ giới
- D. Phần hẹp nhất của đường thở người lớn nam giới



**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 cm<sup>2</sup>
- B. 2,8 cm<sup>2</sup>
- C. 3,2 cm<sup>2</sup>
- D. 5,0 cm<sup>2</sup>

**Trả lời : I. 21 : B**

Diện tích khí quản cắt ngang trung bình của 1 người lớn là # 2,8 cm<sup>2</sup>. 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 cm<sup>2</sup>. Ở người 60 tuổi # 3,2 cm<sup>2</sup>. 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 khi 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 lưới 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 lưới kiềng và lưới 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 khoang chết.
- C. Rối loạn nhịp tim do giảm thể tích.
- D. Giảm huyết áp và nhồi máu cơ tim.

**Trả lời I.24: B**

Khoang 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. Để 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 liền, 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 lờ 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 mở 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 O<sub>2</sub> 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 bọng do hít phải hơi hay do nhiệt. Tổn thương hít cần nghi ngờ ở những nạn nhân bọng lửa, đặc biệt khi có bọng 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 bọng 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 bọng 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 bọng cấp tính vì đội ngũ các bác sĩ ngoại khoa điều trị bọng 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 lồng 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 xử 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 chuộng 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 nhân 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 lồng ngực . 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 nhân (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 ú 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. Bút rút 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 ói, 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.