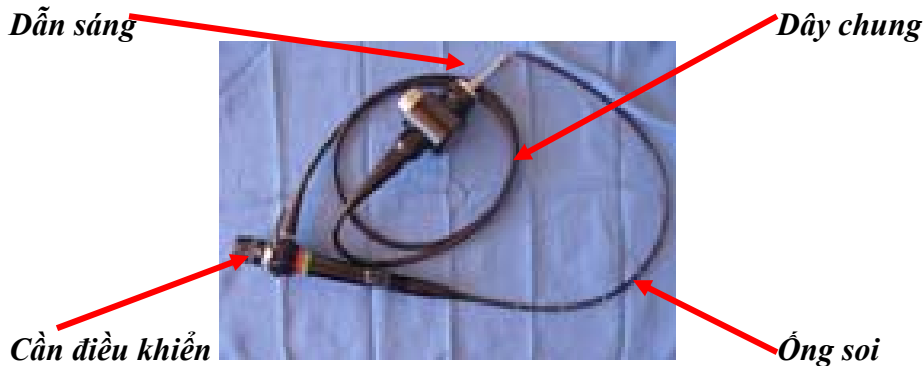


Câu hỏi II.1 Cả 3 bộ phận tiếp xúc điện , tiếp nối thông khí và dẫn sáng ,phần nào được xem là của ống soi phế quản mềm

- 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

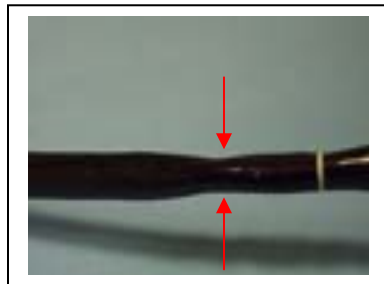
Trả lời II.1: C

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 cắn
- 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 cắn, 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.

Trau lôai 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, tắt 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 Tôn 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

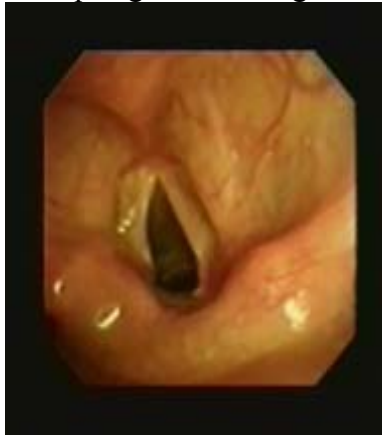
Bất thường trên dây thanh trái gần mép trước (ở vị trí 6 giờ ở hình đầu tiên ở dưới). Tôn thương nhỏ và không biến chứng nhưng nên hội chẩn tai mũi họng để đánh giá và cắt đi nếu có thể. Nhà nội soi phế quản vôi vàng dễ dàng bỏ qua những bất thường vùng thanh quản. Thanh quản và hạ hầu (từ nắp thanh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



Traûi 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.

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.



Traû 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.



Quy trình rửa 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 cuộn, 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

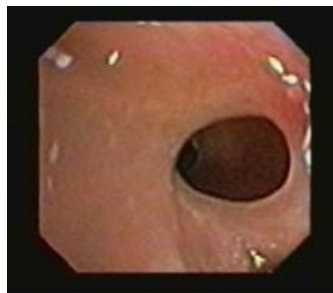
Ống thông đường miệng giúp cho nhà nội soi đưa ống soi mềm vào đúng ngay đường giữa, thám sát cấu trúc vùng thanh quản và làm mở miệng. Ống thông William được thiết kế để đặt mù vào miệng khí quản. Tuy nhiên, để lấy ống thông William sau khi đặt, phần nối với ống nội khí quản phải được lấy trước. Ống 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

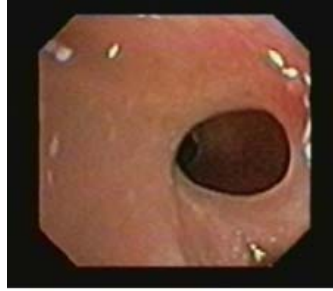


Traû lôøi II.14: A

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 wau đây diễn tả đúng nhất dụng cụ đường thở trong hình sau:

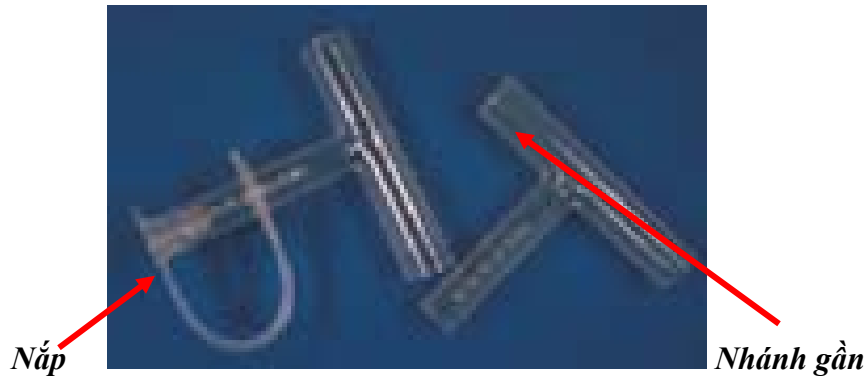
- A. Trong thập niên 90, mức độ phổ biến của dụng cụ này đc cải cách nội soi can thiệp.
- B. Dụng cụ này cần phải mở khí quản, tốt nhất là sử dụng cho bệnh nhân hẹp dưới thanh môn và đoạn trên giữa khí quản. Dụng cụ này có một nắp nhỏ có thể tháo lắp để hút và tiếp cận đường thở nếu cần.
- C. Dụng cụ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



Trau lôøi 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. Cảnh dọc của ống T được đưa qua lỗ mở khí quản.

Bệnh nhân có thể nói chuyện bình thường khi đóng nắp cảnh 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 cảnh ngang (cũng là cảnh ngăn 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. PaO₂ trước khi nội soi không thể dự đoán mức độ giảm PaO₂ khi nội soi phế quản ống mềm.
- B. Hút trong quá trình nội soi góp phần làm giảm PO₂ phế nang, làm giảm PaO₂
- 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, PaO₂ giảm trung bình 5mmHg.

Traû lôøi II.16: E

Trung bình, PaO₂ 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 lòng ngực ở thì hít vào. Tất 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 sục 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:

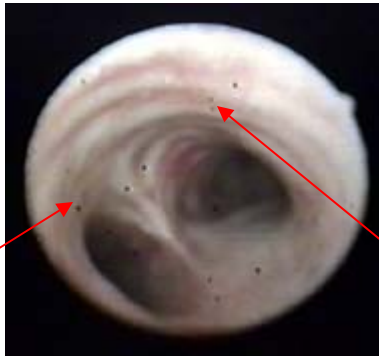
- A. Nước bị rỉ vào trong ống soi
- B. Ống soi bị tiếp xúc nhiều với bức xạ
- C. Nhiều sợi quang học bị hư
- D. Cần phải thay ống soi



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 cận 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 cận 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.

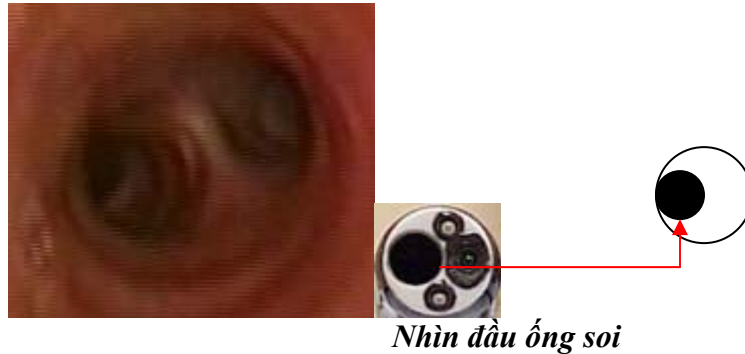
Câu hỏi II.21: ÔU bệnh nhân nam, cao, có đường thở bình thường, ống nội soi phế quản mềm chiếm bao nhiêu phần trăm tiết diện khí quản:

- 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.



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 vận 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.

Trau 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 .

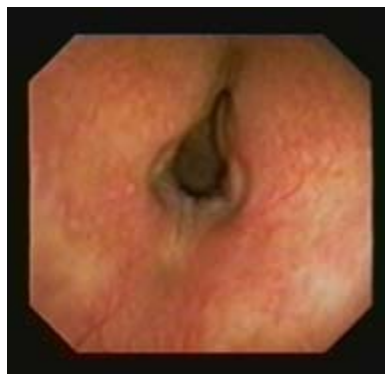
Câu hỏi II.24: Hình ảnh này là:

- 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 nặng. 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 lôoi 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 ñaét noài khí quaùn laàn ñaàu cuõng laø laàn cuoái. Coá gaéng laäp laii laøm taéng nguy cô chaán thõng ñõõøng thõu , giaùm oxy keuo daøi vaø töu 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. Vô 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 khi 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, nhưc 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.

Traû lôøi 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.