

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 ngạt 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 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 chút, 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 hệ 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 lớn 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 khi nào việc luôn 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 lập 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 ?

- Phân di động gập góc của ống nội soi gãy. Rút ống nội soi ra khỏi ống nội khí quản
- 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
- 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.
- Đầu ống nội soi gập 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 luôn 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 luôn 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 luôn 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 mù 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 màn 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 mờ, 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.

Đĩ 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 khò 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 *para*aminobenzoic acid). Tetracaine là một dẫn xuất của *para*aminobenzoic 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.

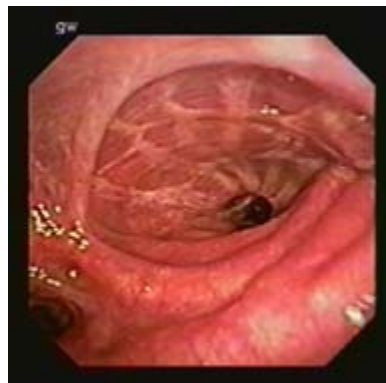
Lidocaine là một thuốc gây tê tại chỗ yếu hơn và tác dụng ngắn hơn Tetracaine. Có nhiều dạng trình bày từ 0.5% đến 4%. Dung dịch 4% có thể làm tê tại chỗ trong vòng 15 phút. Dung dịch 10% dùng để xịt miệng và mũi họng. Mỗi nhát xịt sẽ có 0.1ml (10mg) Lidocaine. Dạng gel 2.5% và 5% thường được dùng để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



Mắt 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 bò hóng, 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, khô 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 :

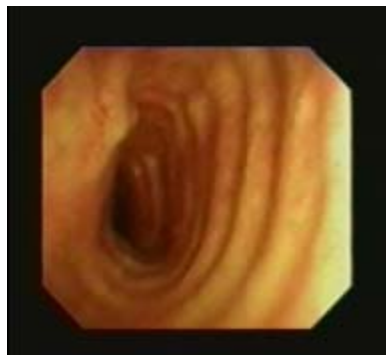
- A. Sarcoidosis.
- B. Viêm đa sụn tái diễn.

- 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 kiếm. Khí quản dạng vỏ kiếm 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 kiếm 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 kiếm chỉ thấy ở lồng ngực, không bị ở đoạn khí quản cổ. Phần lớn bệnh nhân có khí quản hình vỏ kiếm 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 kiếm ở bệnh nhân gù nặng.



Khí quản hình bao kiếm



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?

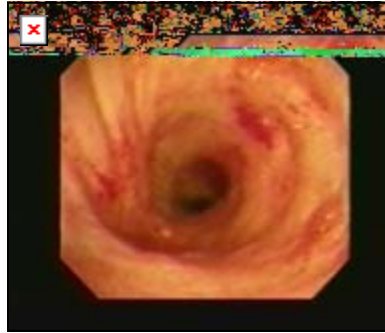
- A. Niêm mạc khí phế quản đỏ rực, có đàm mù và mô bị tróc .
- B. Sung nề đỏ lan toả đường thở hai bên
- C. Có các mảng trắng nhô lên, bao xung quanh bởi niêm mạc đỏ ở các phế quản xa của thùy dưới .
- D. Phù, đỏ và chấm xuất huyết phế quản gốc phải và carina chính
- E. Phù niêm mạc đường thở và dịch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

Đĩ 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)



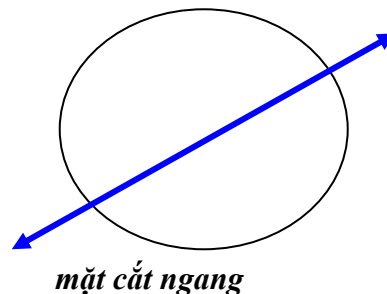
Câu hỏi III.21: Khi nội soi phế quản ở một bệnh nhân có đường thở bình thường, bạn bảo bệnh nhân hít vào, thở ra và ho. Trong các thay đổi về giải phẫu đường thở sau, thay đổi nào là bất thường:

- 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 nhân .



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

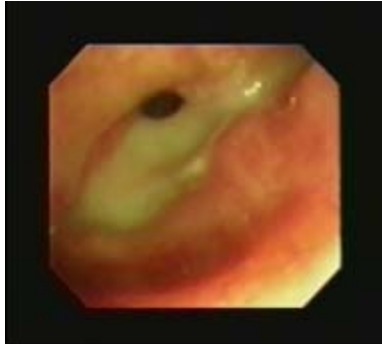
Thực hiện thủ thuật nội soi đường thở theo cùng một trình tự đối với tất cả các bệnh nhân là một thói quen tốt. Nên khảo sát đường thở “bình thường” trước, và khảo sát các bất thường cuối cùng. Người nội soi sẽ không bỏ sót phân thùy nào nếu khảo sát các phân thùy phế quản theo cùng một trình tự. Nhiều 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 phần xả 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:

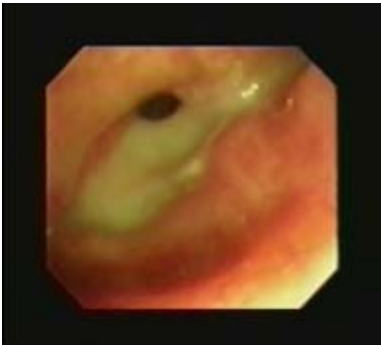
- A. Trong
- B. Nhờn
- C. Nhầy
- D. Mủ



Trả lời III.23: D

Mủ thường màu vàng, xanh, trắng hoặc nâu xanh. Chất tiết có thể xám, vờng 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.



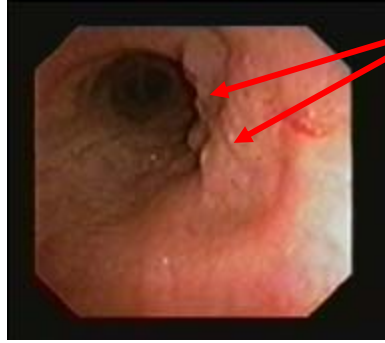
Mủ xanh dính



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.



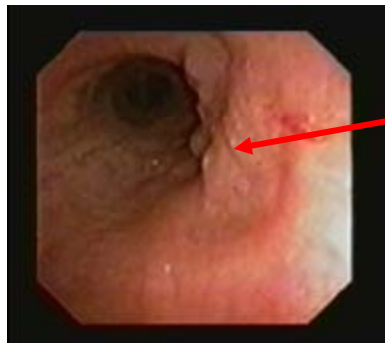
Trả lời III.24: A

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:

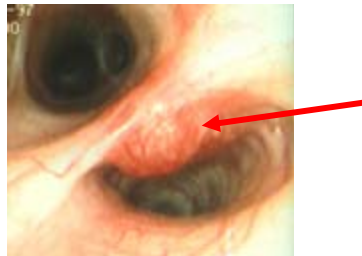
- A. Dạng polype.
- B. Dạng nốt xâm lấn
- C. Xâm lấn bề mặt
- D. U tân sinh nội biểu mô



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 đèn 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:

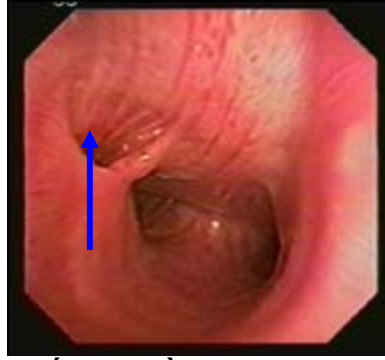
- A. Nhánh dưới đỉnh của phế quản thùy dưới phải.
- B. Một phế quản đóng ở khí quản, xuất phát từ thành phải của khí quản và đi xuống dưới và ra bên ngoài.
- C. Một phế quản phân thùy phụ của phân thùy trên phải.

**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 cá 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
đọc 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 6giờ.
- 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 giãn 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.