

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

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

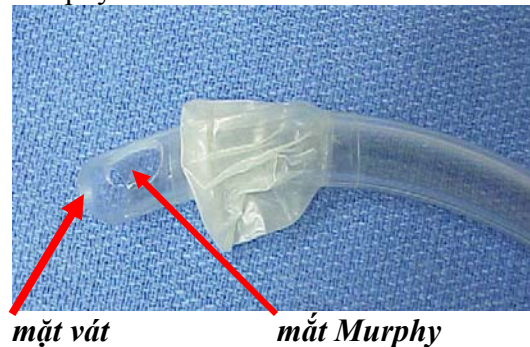
Trả lời IV.1: C

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

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

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

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



mặt vát

mắt Murphy

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

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

Trả lời IV.2: D

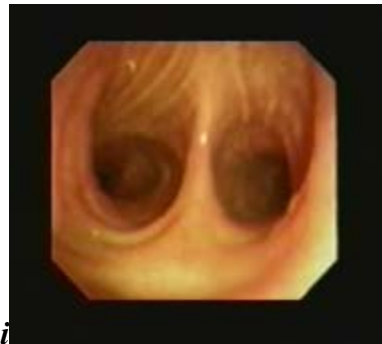
Phế quản gốc phải dài trung bình 2cm (không phải 1cm như đáp án D) và có đường kính 10-16mm. Đường kính này hơi lớn hơn đường kính phế quản gốc trái. Vì phế quản gốc phải thẳng và dọc hơn nên hít sặc vào phế quản phải thường gặp hơn bên trái.

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



Phải

Trái



Phải

Trái

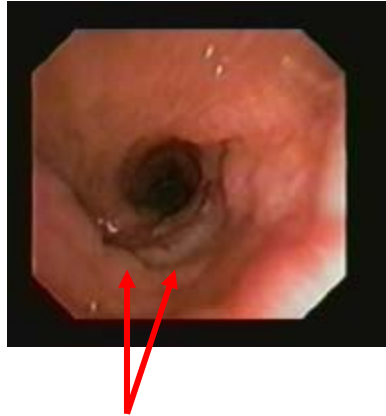
Câu hỏi IV.3: Hình niêm mạc phế quản dọc thành trước của phế quản trong hình dưới nên được mô tả là

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



Trả lời IV.3: D

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



Niêm mạc dày, đỏ và phù nề

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

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

Trả lời IV.4: E

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

Hãy tạo cách nhớ của riêng bạn.

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



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



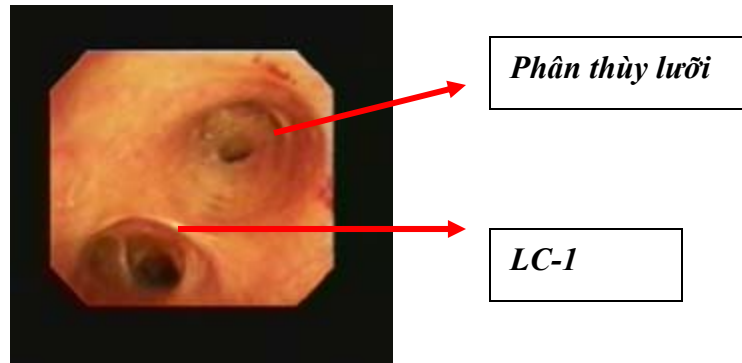
Bệnh nhân khác: di căn nội khí quản từ ung thư tế bào thận.

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

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

Trả lời IV.5: A

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



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

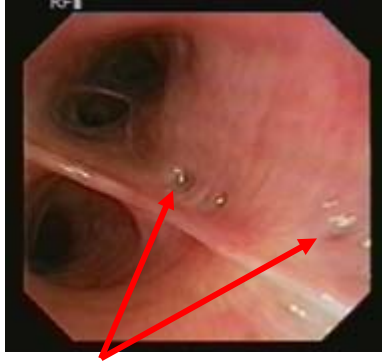
- A. Lỗ ống tuyến nhầy
- B. Nhuộm sắc tổ than
- C. Dò phế quản thực quản



Trả lời IV. 6 A

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

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



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

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

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

Trả lời IV.7: C

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

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

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

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

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

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



Trả lời IV.8: C

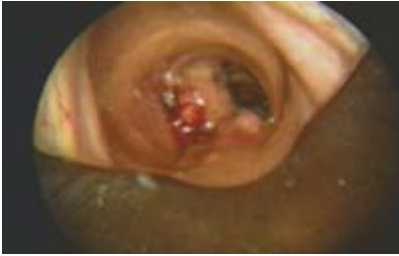
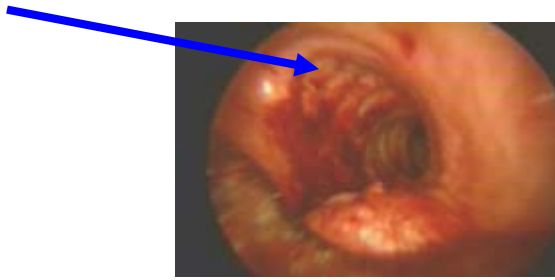
Điều trị tắc nghẽn khí đạo trung tâm ác tính qua nội soi thường thành công, đã cho thấy kéo dài thời gian sống, cải thiện chức năng thông khí, tăng khả năng gắng sức và cải thiện chất lượng cuộc sống. Ngay cả bệnh nhân có tiên lượng cực kỳ xấu cũng nên gửi điều trị nội soi vì tắc nghẽn khí đạo có thể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

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



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

Vòng sụn phía trước



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

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

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

Trả lời IV.9: C

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

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

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

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

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

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

Trả lời IV.10: B

Nội soi phế quản được thực hiện an toàn ngay cả ở những bệnh nhân giảm tiểu cầu khá nặng ($< 50\ 000\text{TC}/\text{mm}^3$) đến nặng ($< 20\ 000\text{TC}/\text{mm}^3$) một khi làm thật nhẹ nhàng và cẩn thận. Nếu cảm thấy kháng lực khi đưa ống voi vào, nên chuyển sang mũi đối bên.

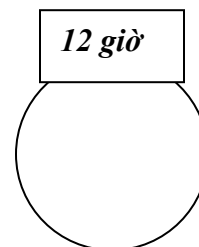
Nếu tiếp tục thấy kháng lực nên chuyển qua đường miệng có kèm ngáng miệng . Bệnh nhân nên được hỏi xem đã từng có chảy máu tự nhiên hay chảy máu liên quan đến các thủ thuật chưa, nếu có nên giải thích nguy cơ chảy máu khi thực hiện thủ thuật. Vài bác sĩ nội soi thích chọn đường miệng bất kể có hay không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

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

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

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

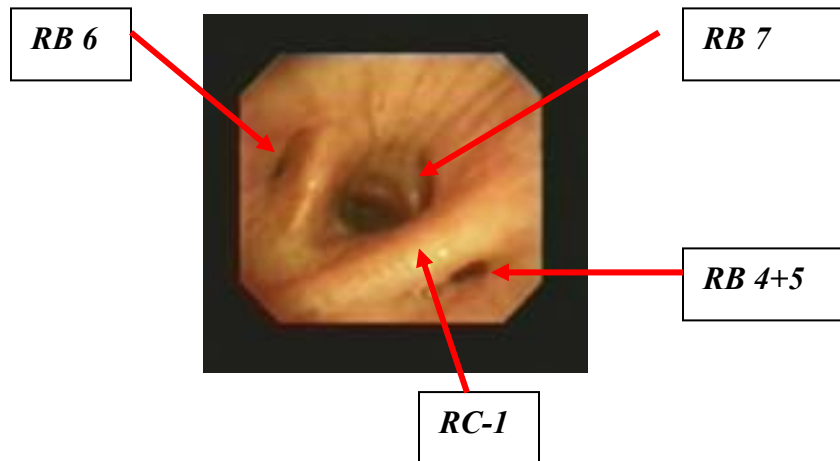
- A. Ở 3 giờ
- B. Ở 9 giờ
- C. Ở 5 giờ



Trả lời IV.11 B

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

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

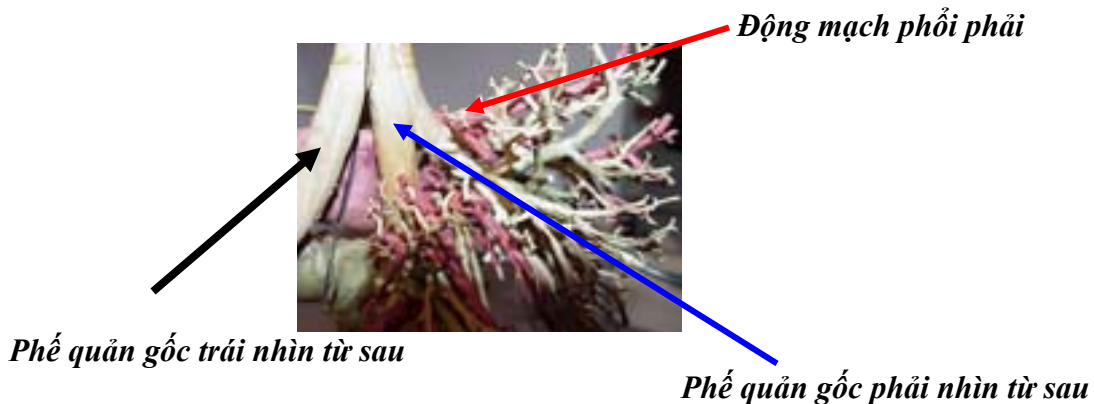


Câu hỏi IV.12 Động mạch phổi phải nằm sát thành trước của phế quản gốc phải nhất ở :

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

Trả lời IV.12: B

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



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

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

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

Trả lời IV.13: B

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

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

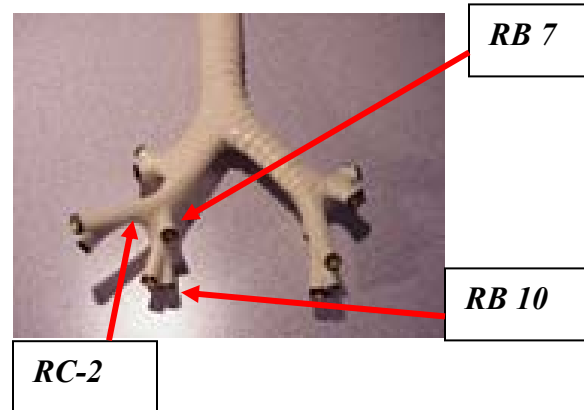
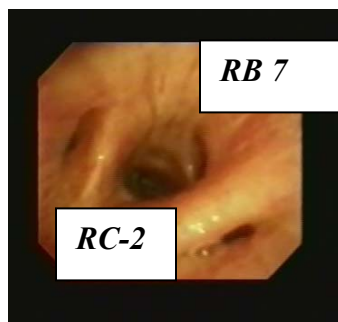
RB-10

RB-7

RC-2

RB-7

RC-2



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

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

Trả lời IV.14: E

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

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

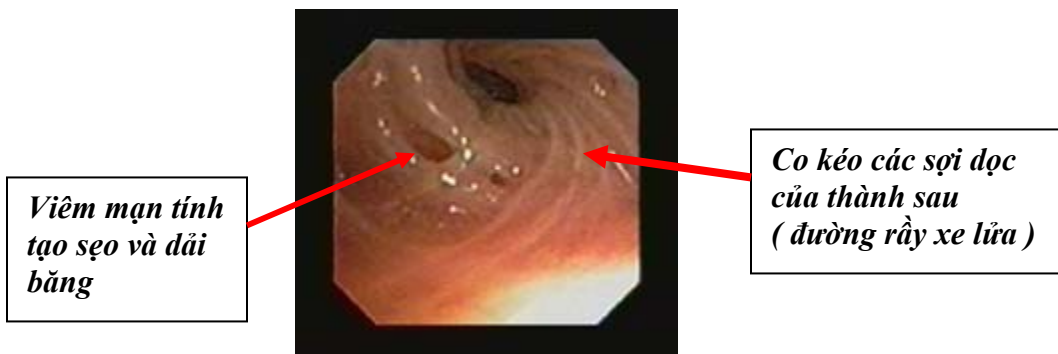
Câu hỏi IV.15 Bất thường trong hình dưới đây là phù hợp với chẩn đoán nào sau đây

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



Trả lời IV.15 : B

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



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

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

Trả lời IV.16: B

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

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



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

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

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

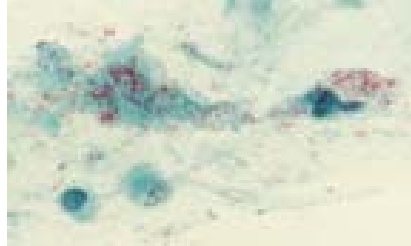
Trả lời IV.17: E

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

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

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

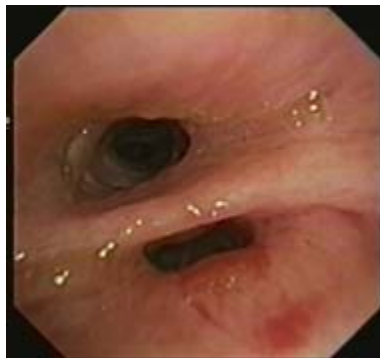
Ở một vài cơ sở, người ta gửi thường quy các mẫu rửa phế quản phế nang để phết lam và nuôi cấy tìm mycobacterium bất kể chỉ định nội soi. Các nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ phát hiện lao qua các thủ thuật thường quy như vậy là 0,8-6%.



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

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

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



Trả lời IV.18: C

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

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

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



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

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

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

Trả lời IV.19: B

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

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

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

Trả lời IV.20: E

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

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

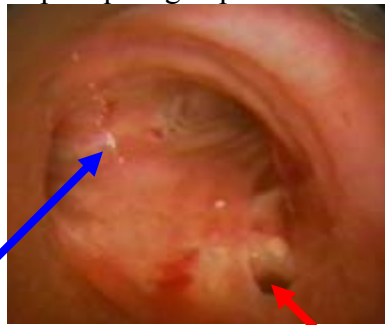
- A. Hẹp phế quản gốc phải
- B. Một đường dò xuất phát từ thành sau phế quản gốc phải hoặc phế quản thùy trên phải.
- C. Hẹp phế quản thùy dưới
- D. Sự lan rộng khối u lan rộng từ phế quản thùy trên phải đến khí quản đoạn gần

Trả lời IV.21: B

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

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

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



Carina trung tâm

Lỗ dò.

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

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

Trả lời IV.22: C

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

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

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



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

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

Trả lời IV.23: A

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

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

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

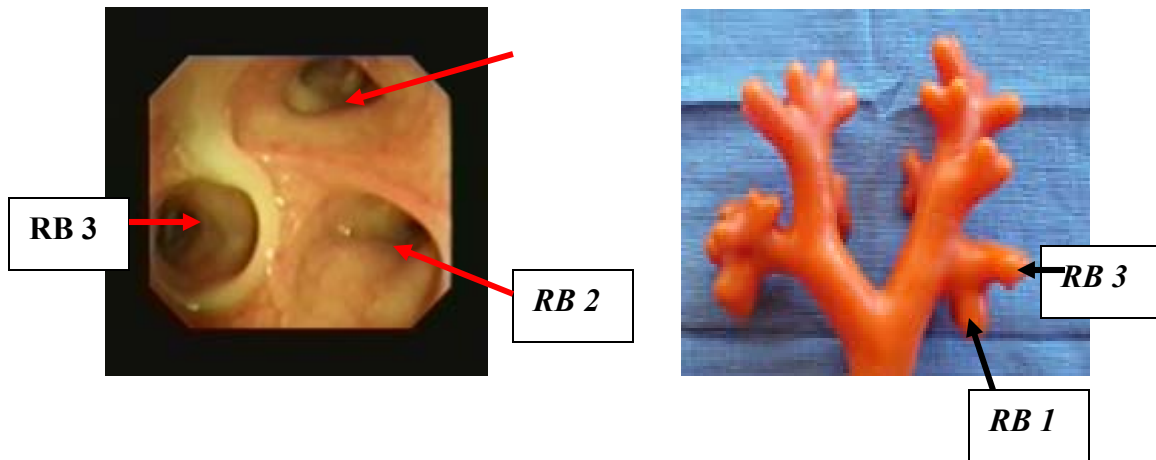
Xoay đầu gấp phía xa của ống soi phế quản bằng cách xoay đoạn gần của ống soi giữa ngón trỏ và ngón cái ở vị trí đưa ống soi qua mũi hoặc miệng có thể hiệu quả nhưng không nhẹ nhàng và có thể làm hư ống soi. Nhớ là kỹ thuật đúng là điều khiển ống soi phế quản chỉ với bàn tay nắm ở phần điều khiển của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

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

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

Trả lời IV.24: D

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



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

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

Trả lời IV.25: A

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



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

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

Trả lời IV.26: B

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

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

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

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

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

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

Trả lời IV.27: D

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

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

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

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

Trả lời IV.28: E

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

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

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

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

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

Trả lời IV.29: C

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

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

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

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

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

Trả lời IV.30: A

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