

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

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

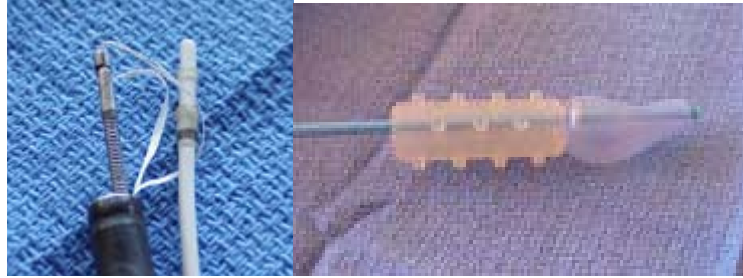


#### **Trả lời VI.1: A**

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

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

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



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

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

**Trả lời VI.2: B**

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

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

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



***Nội khí quản số 6 không bóng***

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

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



**Trả lời VI.3: D**

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

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

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

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

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



*sỏi phế quản*

**Câu hỏi VI- 4: Một người đàn ông 35 tuổi than phiền về chứng khó thở ngày càng tăng trong 5 năm qua. Ông ta mới nghỉ làm với công việc đập cát vì đau ngực, ho và mệt mỏi gia tăng làm cho ông ta không làm việc nổi. Khám lâm sàng phát hiện rì rào phế nang giảm, ran ngáy ở đáy phổi. Bệnh nhân có ngón tay dùi trống, không có hạch ngoại biên phì đại, không bị sốt hay sụt cân, và khai không có nguy cơ bị nhiễm HIV. Khí máu động mạch cho thấy PaO<sub>2</sub> = 54 mmHg, DLCO và TLC giảm. Trên X quang phổi có thâm nhiễm phế nang hai bên. CT scan ngực cho thấy nhiều nốt đông đặc hai bên phổi. Sinh thiết phổi qua nội soi phế quản ông mềm không cho kết quả điển hình. Dịch rửa phế quản phế nang cho thấy nhiều eosinophils, mỡ và dương tính với nhuộm PAS, Nhuộm bạc âm tính. Bước kế tiếp phải làm là :**

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

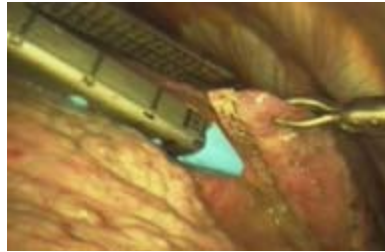
**Trả lời VI.4 : B**

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

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

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

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



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

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



**Trả lời VI.5 : B**

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

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

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

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

**Trả lời VI.6 : E**

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

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

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

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

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

**Trả lời VI .7 : B**

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



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

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

**Trả lời VI . 8 : C**

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

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

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

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

**Trả lời VI.9 : E**

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

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

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

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

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

**Trả lời VI 10 : E**

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



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

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

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

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

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

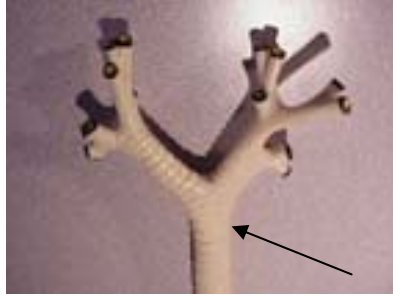
- A Ngoài -sau
- B Trước - ngoài
- C Ngoài
- D Sau

**Trả lời VI.11: B**

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



*Phế quản gốc*



*vị trí 4R ATS*



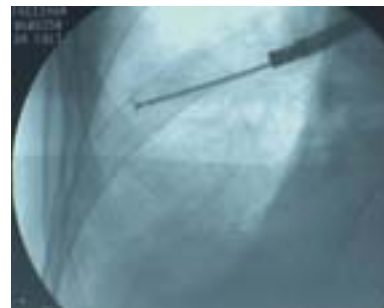
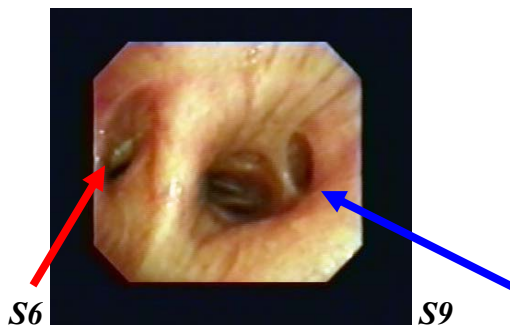
**Câu hỏi VI-12 Sinh thiết phổi qua nội soi qua phế quản thùy nào có thể cho biết vị trí chính xác của kèm sinh thiết đối với màng phổi dưới màng hùnh quang?**

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

**Trả lời VI 12 : A**

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

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



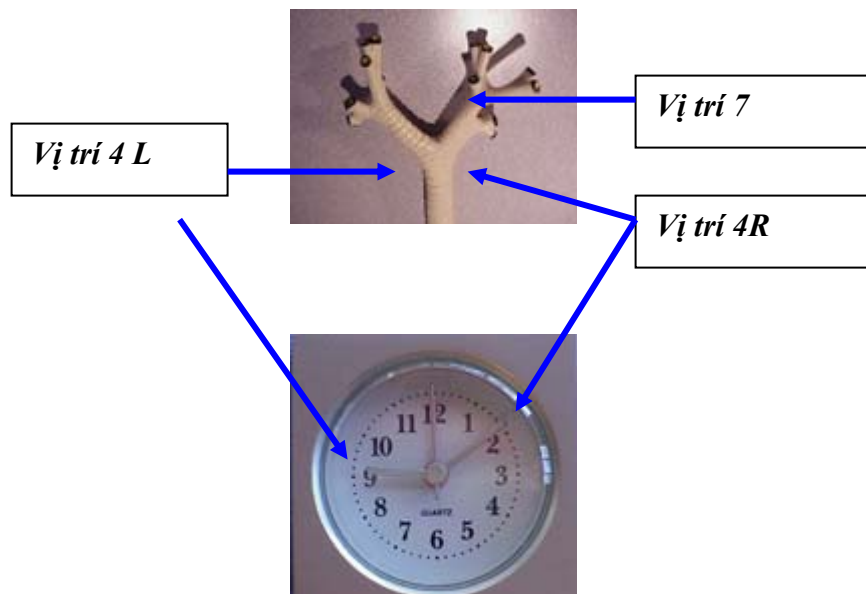
**Câu hỏi VI.13:** Thuật ngữ nội soi phế quản của Wang (đặt ra cho chọc hút hạch trung thất xuyên thành phế quản) như hướng phía trước Carina (vị trí Wang 1), hướng phía sau carina (vị trí Wang 2), ngay dưới Carina (vị trí Wang 8), bên trái cận khí quản (vị trí Wang 4), và phải cận khí quản (vị trí Wang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

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

**Trả lời VI.13:** A

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

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



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

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



**Trả lời VI.14 : A**

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

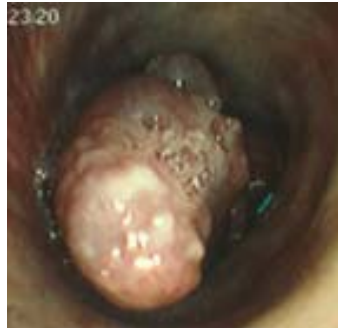
Những carcinoids điển hình thường được định nghĩa như một nhóm tế bào thần kinh nội tiết với dạng tuyến hay nang. Thời gian sống 5-10 năm là 90% và 10% tử vong là do tái phát tại chỗ. Những bướu carcinoids không điển hình có gia tăng hoạt động phân chia tế bào, hoại tử hay cấu trúc vô tổ chức. Thời gian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

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

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

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

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

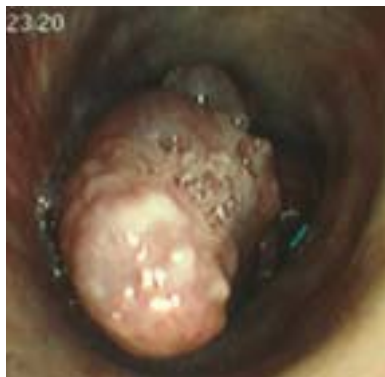


**Trả lời VI .15 : B**

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

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

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



*Melanoma ác tính*

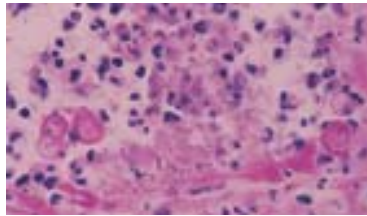


*Carcinoma tế bào thận*

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

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

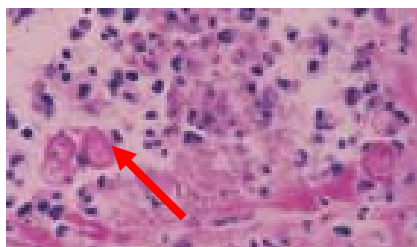
- Hẹp dạng vòng của phế quản thùy trên phải kết hợp với đàm nhầy dạng hạt và mảng trắng ngà dạng đẹn nấm Cadida.
- Chèn ép từ bên ngoài vào phế quản gốc phải làm hẹp gần như hoàn toàn phế quản thùy trên phải.
- Mảng niêm mạc máu trắng, lượng nhiều ở đoạn thấp khí quản cùng với những tổn thương dạng nốt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



**Trả lời VI.16: C**

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

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



*Khối nấm thành dây*

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

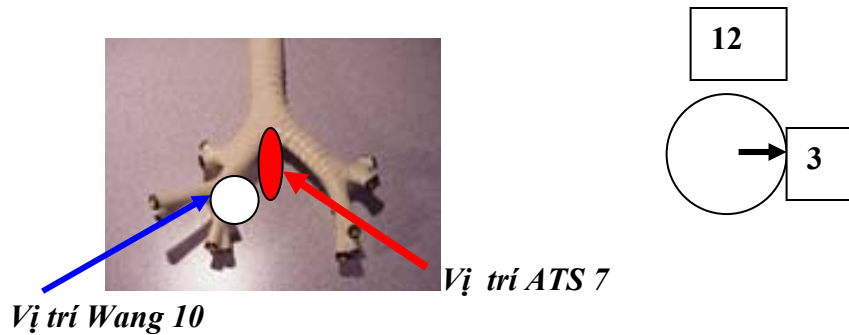
**đọc theo thành trong phế quản trung gian tại một điểm gần lỗ phế quản giữa phải sẽ lấy được bệnh phẩm:**

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

**Trả lời VI.17 : B**

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

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



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

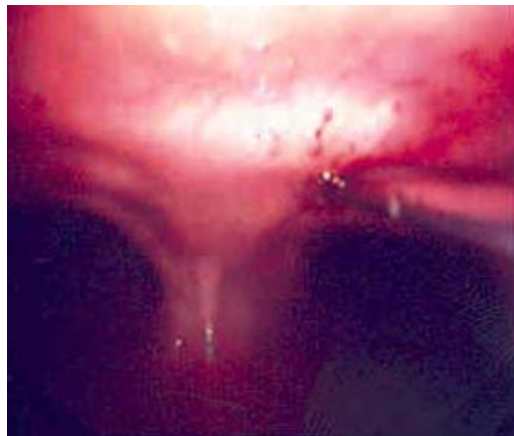
- A. Hạch rốn dưới phải
- B. Hạch dưới carina
- C. Hạch sau carina
- D. Hạch trước carina



**Trả lời VI.18: D**

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

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



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

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





**Trả lời VI.19 : A**

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

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

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

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

**Trả lời VI.20: A**

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

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

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



*Carcinoid điển hình ở ngay đầu phế quản thùy trên phải*

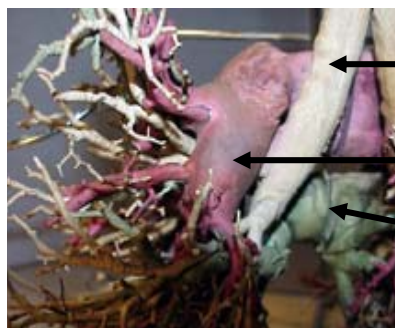
**Câu hỏi VI. 21** Chọc kim sinh thiết xuyên vách phế quản vào thành trước của đoạn phế quản thùy trên trái, ngay phía trên chỗ chựa phế quản chia thùy lưới và phế quản thùy trên trái có nguy cơ đâm vào :

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

**Trả lời VI.21 : A**

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

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



*Thành sau phế quản gốc trái*

*Động mạch phổi trái*

*Tĩnh mạch phổi trái*

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

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

**Trả lời VI.22: A**

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

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



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

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

**Trả lời VI.23 : B**

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

**Câu hỏi VI.24 : Một trong những phát biểu sau đây về chảy máu trong nội soi phế quản là chính xác:**

- A. Thông thường lượng máu chảy ra nhiều hơn 50ml sau sinh thiết phổi khoảng 1-2% nhưng có báo cáo cao hơn 45% ở những bệnh nhân có urê máu cao (creatinine huyết thanh > 2, BUN > 25mg/dl)
- B. Khi tình trạng chảy máu đã ngưng, cục máu đông nên được kéo ra để chắc chắn không còn chảy máu.
- C. Tất cả bệnh nhân chuẩn bị soi phế quản nên đếm tiểu cầu và thời gian đông máu trước khi làm thủ thuật.
- D. Hầu hết các chuyên gia cho rằng những bệnh nhân có tiểu cầu dưới 50,000/mm<sup>3</sup>, BUN 45mg/dl, và creatinine 3 có thể an toàn trong sinh thiết nội phế quản.

**Trả lời VI.24: A**

Nguy cơ chảy máu là thật sự có thật và gần như gia tăng ở những bệnh nhân có ure máu cao, rối loạn chức năng tiểu cầu, suy gan (bilirubin > 1.5 ml/dl, alkaline phosphatase > 110, SGOT > 25) và có bệnh rối loạn đông máu. Đếm tiểu cầu và đông máu thường quy thì không khuyến cáo ngoại trừ ở những bệnh nhân có tiền sử và khám lâm sàng có dấu hiệu nghi khả năng chảy máu.

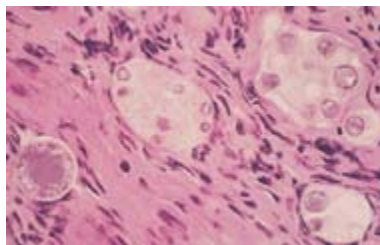
Hội tiền căn rối loạn đông máu như liên quan đến rối loạn chức năng tiểu cầu, rối loạn di truyền như bệnh Von Willebrand hoặc hemophilia, dung thuốc sulfa, thiazide, rối loạn liên quan đến giảm sinh tiểu cầu như leukemia, myeloma, lymphoma, và ung thư thứ phát liên quan tủy xương, và bệnh gây phá hủy tiểu cầu như bệnh miễn dịch (ITP, thuốc, lupus hệ thống) và không miễn dịch như (đông máu nội mạch lan tỏa, phỏng, chấn thương, TTP).

Mặc dù “con số” chính xác về tiềm tàng nguy cơ chảy máu chưa được nghiên cứu, nhưng đó cũng là lý do chính đáng để tránh sinh thiết ở những bệnh nhân có mức BUN(>45) hoặc creatinine (>3), và chỉ tiến hành sinh thiết nếu thật sự cần thiết ở những bệnh nhân có tiểu cầu < 50,000/mm<sup>3</sup>. Thăm sát và dịch rửa phế quản phế nang ở nhiều bệnh nhân là an toàn, nếu chảy máu có xảy ra thường dễ kiểm soát.

Cục máu đông mới hình thành không nên kéo ra ngay cả khi gây tắc thùy hoặc phân thùy phế quản. Một thành ngữ nổi tiếng “bỏ lại cục máu đông”. Nội soi phế quản sẵn sàng cho ngày sau để kéo cục máu đông ra nếu triệu chứng trở nên xấu hơn hoặc XQuang thấy xẹp phổi.

**Câu hỏi VI.25 : Một phụ nữ 45 tuổi có tiền căn ung thư vú 15 năm trước đây, thường xuyên tập đi bộ đường dài và cắm trại ở vùng sa mạc đông San Diego,**

California. Con chó của cô ta luôn bên cạnh cô ấy suốt những chuyến cắm trại trên. Gần đây con chó này đã bệnh nhưng đã khá hơn sau đợt dùng kháng sinh và intraconazol(kháng nấm). Hiện nay cô ấy sốt và có nốt phát ban đỏ ở cánh tay và cẳng chân. Test da tuberculosis không phản ứng và âm tính với quai bị và Candida. Rale nổ nghe được cả hai bên phổi. X quang phổi cho thấy xâm nhiễm hai phổi nhiều ở thùy giữa và dưới phổi phải. Dù đã nghỉ ngơi tại giường và kháng sinh chích tĩnh mạch 3 ngày nhưng vẫn còn sốt và còn những triệu chứng ở phổi, cô ta được nội soi phế quản, rửa phế quản phế nang và sinh thiết phổi qua nội soi. Hình ảnh giải phẫu bệnh được ghi nhận như dưới đây. Một trong những ghi nhận từ soi phế quản giúp tăng chẩn đoán chắc chắn của bạn là bà ta nhiễm coccidiomycosis (bào tử của một loại nấm hay tìm thấy ở một số vùng sa mạc của Mỹ).



- Hẹp lỗ phế quản thùy dưới phải do mô hạt niêm mạc và polype bất thường trong lòng phế quản.
- Hẹp phế quản khu trú thực sự thùy dưới phải với tắc nghẽn hoàn toàn nhánh phế quản bởi khối có vỏ bao lỏng lách và đỏ xung quanh
- Dịch tiết trắng mềm với niêm mạc phế quản phù nề và đỏ trong phế quản thùy dưới phải.

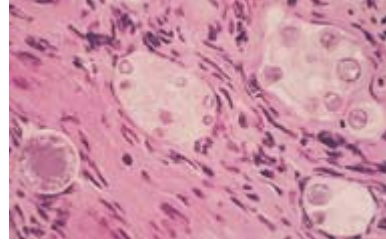
#### Trả lời VI.25 :

**C**

Coccidiomycosis immitis là một loại nấm lưỡng hình dễ tìm thấy trong không khí và được hít vào khi làm đất và xây dựng ở vùng bán khô hạn với mùa mưa ngắn nhưng dữ dội sau thời kỳ thời tiết khô. Khu vực hay xảy ra là California, Mexico và Trung và Nam Mỹ. Mặc dù hầu hết nhiễm trùng là không có triệu chứng, dấu hiệu bệnh phổi có thể xuất hiện 1-3 tuần sau hít vào. Bệnh nhân có ho, sốt, đau ngực kiểu màng phổi, đau cơ, thỉnh thoảng có hồng ban nhỏ, hồng ban nút hoặc hồng ban đa dạng.

Sự tái hoạt động có thể xảy ra sau khi du khách đã rời khỏi vùng dịch tễ nhiều năm. Test da trở nên dương tính trong vòng 4 tuần sau phơi nhiễm, và dương tính suốt đời. Tăng cố định bổ thể IgG (thường tồn tại dương tính đến 8 tháng sau phơi nhiễm) có thể là dấu hiệu đang tiến triển hoặc tái hoạt động.

Dấu hiệu trong nội soi phế quản không có gì đặc biệt và có thể tương tự như ung thư mặc dù polype hay nốt nội phế quản thường không tìm thấy. Sinh thiết rộng và sâu những bất thường niêm mạc cần thiết cho chẩn đoán. Những nốt sùi lớn, hình cầu với vỏ bọc óng ánh và chứa lượng lớn nội bào tử. Lượng lớn dịch rửa phế quản phế nang và BLB ở những bệnh nhân có thâm nhiễm so với bệnh nhân có nốt ở phổi.



*Chất tiết trắng ngà và viêm đỏ và phù nề niêm mạc*

**Câu hỏi VI.26 : Lớn khí quản thường liên quan đến tất cả các bệnh lý sau ngoại trừ:**

- A. Hội chứng Ehlers – Danlos
- B. Hội chứng Mounier – Kuhn
- C. Ataxia – teleangiectasia (mất điều hòa vận động - giãn mao mạch)
- D. Bệnh lý tắc nghẽn đường thở mãn tính
- E. Bệnh lao

**Trả lời VI.26: E**

Hẹp khu trú từng đoạn thường thấy ở những bệnh nhân có tiền căn lao cũ. Tuy vậy có vài bệnh nhân có thể có phì đại khí phế quản (tracheobronchomegaly) có thể tùy thuộc vào sự co kéo và sẹo cũ giữa nhu mô phổi, khí quản, trung thất, màng phổi thành. Dường như những dấu hiệu này tương đối hiếm. Phì đại khí- phế quản thường thấy do một trong những nguyên nhân trên. Nhuyễn sụn có thể có hoặc không đồng thời với to khí quản.

Vài bệnh nhân, nội soi phế quản động sẽ thấy được mềm đường thở. Hội chứng Mounier- Kuhn bao gồm giãn lan tỏa ảnh hưởng toàn bộ cây khí quản. Bệnh nhân họ không hiệu quả, ứ đọng chất tiết và viêm phế quản phổi tái phát, dẫn phế quản, khí phế thũng do di dạng này. Phổi thường bị tăng ứ khí. Hội chứng Ehler- Danlos thường bị trật khớp tái diễn, tăng tính di động và túi thừa ruột. Mất điều hòa vận động - giãn mao mạch bao gồm giãn mao mạch điển tiến trên da và mất điều hòa vận động tiểu não.

Những bệnh nhân có COPD, cũng như những bệnh nhân có xơ nang có thể bị to khí quản do viêm mãn tính và thoái hóa mô đàn hồi của phân màng dẫn đến nhuyễn sụn và mềm đường thở.



**Bronchomegaly và đàm mủ ứ đọng**

**Câu hỏi VI.27 :** Một trong những điều sau đây là gần như khó tránh khỏi mặc dù đã thực hiện đúng cách và được nhắc đi nhắc lại trong giảng dạy cho nhà nội soi và những người trợ lý.

- A. Tiến hành không đúng thủ thuật chọc hút xuyên thành phế quản.
- B. Cổ luôn kèm sinh thiết qua ống soi mềm khi ống soi đang cong hoặc mở rộng quá mức đầu xa ống soi.
- C. Cổ uốn cong hoặc vặn ống soi ở bất kỳ đoạn nào dọc theo ống soi
- D. Máy soi bị nghiền nát do răng, hoặc ngăn kéo tủ, cửa, bánh xe của xe thủ thuật.
- E. Va đập đầu xa của ống soi vào bên cạnh xe dụng cụ hoặc thanh giường.

**Trả lời VI.27: E**

Cần giáo dục đúng đắn về việc sử dụng và lạm dụng ống soi phế quản mềm! Khi bị hư , phần lớn ống soi được gửi lại nhà sản xuất hay đơn vị thứ 3 để sửa chữa. Các bộ phận sẵn sàng được thay thế nhưng rất đắt tiền . Sửa chữa ống soi mềm và ống soi video tốn hàng ngàn đô la , và nhanh chóng ngốn hết kinh phí nội soi . Để tránh làm hư kênh thủ thuật của ống soi , cần phải thao tác đúng tất cả kèm sinh thiết xuyên phế quản.

Không nên đưa vào hay rút ra nếu còn thấy đầu nhọn của kèm sinh thiết nhô ra khỏi bao bảo vệ .Không được đưa mạnh dụng cụ qua ống soi đang cong mà đầu xa bị bẻ cong ở góc gấp .Không bao giờ xoay mạnh ống soi giữa các ngón tay , và dĩ nhiên , nên luôn luôn sử dụng ngáng miệng khi soi qua đường miệng. Trong khi làm thủ thuật , nên đóng tất cả ngăn kéo của xe thủ thuật để tránh kẹt ống soi. Mỗi “sai lầm” này có thể và nên tránh . Tuy nhiên , khó tránh khỏi ống soi bị kẹt ở thanh cạnh giường hay xe thủ thuật lúc nào đó. Khi xảy ra chuyện này , sẽ có ích nếu nhắc nhở người điều khiển ống soi giá tiền mua máy có thể lớn hơn giá chiếc xe hơi họ đang lái ...và chi phí sửa chữa rõ ràng đắt hơn phí bảo hiểm!





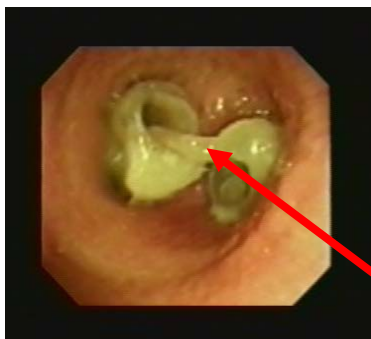
**Câu hỏi VI. 28** Tất cả những câu sau đây về bệnh nhân có đặt stent khí đạo là đúng, ngoại trừ :

- A. Ở các bệnh nhân đặt Stent do ung thư – các biến chứng liên quan đến stent thường ít gặp hơn so với các bệnh nhân đặt stent do bệnh lành tính.
- B. Đo chức năng hô hấp là bằng chứng đảm bảo cải thiện lâm sàng và triệu chứng sau khi đặt stent.
- C. Vì nguy cơ stent bị di lệch và tắt nghẽn, nhiều chuyên gia đã đề nghị theo dõi bằng nội soi phế quản trong 3 tháng đầu sau đặt stent.
- D. Các dịch tiết ứ đọng thường ghi nhận trong stent đã đặt khi nội soi phế quản, nhưng ít khi do vi trùng gây ra và kháng sinh thường không cần thiết.

**Trả lời VI.28 :** B.

Cải thiện triệu chứng sau khi đặt stent xảy ra ở hầu hết các bệnh nhân và thường thấy trên lâm sàng. Do đó việc theo dõi bằng thăm dò chức năng hô hấp là không cần thiết, ngoại trừ trường hợp có tiến hành nghiên cứu khoa học. Việc theo dõi bằng nội soi vẫn còn nhiều ý kiến trái ngược nhau. Người ta không biết là nên theo dõi các bệnh nhân có đặt stent bằng nội soi phế quản ở mềm định kỳ sau đặt stent hay chỉ nên tiến hành nội soi phế quản khi bệnh nhân có xuất hiện những triệu chứng mới liên quan đến biến chứng của đặt stent.

Các triệu chứng gồm có ho, suy hô hấp, ho ra máu, xẹp phổi hay thâm nhiễm phổi khu trú trên phim X-quang, khàn giọng, mất tiếng nói, giảm khả năng gắng sức. Mặc dù ứ đọng dịch tiết và các vi trùng có khả năng gây bệnh thường ghi nhận sau khi theo dõi bằng nội soi., nhiễm trùng liên quan đặt stent hiếm gặp và kháng sinh ít có chỉ định.



*Chất tiết nhầy dính gây tắc một phần stent silicone ở phế quản góc phải và trái*



**Câu hỏi VI. 29 :Những biến chứng nào của việc chọc hút bằng kim khi nội soi phế quản có thể tránh được nếu khi kỹ thuật được làm đúng :**

- A. Trần máu trung thất.
- B. Trần khí màng phổi.
- C. Chảy máu phế quản
- D. Gãy kim sinh thiết.
- E. Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

**Trả lời VI.29: D**

Kỹ thuật đúng, có huấn luyện, và thực hành đúng có thể ngừa gãy catheter kim sinh thiết do kim trong lúc sử dụng . Thêm nữa , kỹ thuật đúng cũng sẽ ngừa nguy cơ làm tổn thương ( hư hỏng) kênh thủ thuật của ống nội soi phế quản khi đẩy kim ra khỏi bao. Đừng bao giờ rút kim ra hay đẩy kim vào ống soi phế quản mà không biết chắc chắn là kim đã nằm trong catheter.. Các biến chứng khác của chọc hút bằng kim – đã được kể ra ở trên hiếm xảy ra và có lẽ là không thể tránh được. Chảy máu đáng kể sau sinh thiết chọc hút bằng kim hiếm xảy ra ngay cả khi đâm vào mạch máu được xác định bởi máu trở vào syringe hay catheter trong khi hút.

**Câu hỏi VI.30: Đối với kỹ thuật chọc hút xuyên phế quản bằng kim (Tbệnh nhânA), kỹ thuật nào sau đây có nguy cơ làm hư ống soi mềm nhều nhất:**

- A. Kỹ thuật Jabbing.
- B. Kỹ thuật Piggyback.
- C. Kỹ thuật Hub.
- D. Dùng kim không rút ngắn lại.
- E. Phương pháp ho để đâm kim qua.

**Trả lời VI 30 : D**

Sử dụng kim không rút lại được vào catheter hoặc bộ kim-catheter có thể làm hư kênh thủ thuật của ống soi mềm do kim không được bảo vệ. Mỗi kỹ thuật đều có một cách khác nhau để xuyên qua thành phế quản. Trong khi giữ ống soi thẳng và đầu cong ở vị trí trung gian, bộ kim –catheter (kim đã được rút lại vào trong catheter) được đẩy vào qua kênh thủ thuật. Khi kim khớp được vào vị trí sau trục bánh xe kim loại (metal hub) nhìn thấy ở đầu xa ống soi, rút catheter trở lại và ống soi được đẩy về vùng đích.

Kỹ thuật Jabbing, giữ ống soi ở mũi hoặc miệng, đẩy mạnh-nhanh catheter, kim được đẩy qua khoảng gian sụn.

Kỹ thuật Hub, kim được rút trở lại để đầu xa (metal hub) của catheter được đặt tiếp xúc trực tiếp với vách phế quản, giữ chặt trong khi đẩy kim ra khỏi catheter và xuyên qua vách phế quản.

Kỹ thuật Piggyback, catheter được giữ chặt ở đầu gần kênh thủ thuật (dùng ngón trỏ hoặc người phụ giữ). Sau đó kim được đẩy vào và gắn vào vị trí đích. Ống soi và bộ kim-catheter cùng được đẩy vào cho đến khi toàn bộ kim xuyên qua vách phế quản.

Với kỹ thuật ho, đầu tiên người soi thực hiện kỹ thuật Piggyback hoặc Jabbing. Kim được đưa vào vùng đích và yêu cầu bệnh nhân ho. Lực ho sẽ đẩy kim xuyên qua vách phế quản. Đôi khi cần điều chỉnh lui tới để kim vào trong vùng đích trong khi vẫn hút liên tục lấy tế bào. Ngừng hút, đầu ống soi được giữ thẳng, rút kim ra khỏi vùng đích vào catheter và bộ kim-catheter được rút ra khỏi ống soi.

**Câu hỏi VI.31: Sau khi thực hiện chọc hút xuyên phế quản bằng kim, kim không thể rút lại vào catheter được. Bạn nên:**

- A. Dùng mọi cách kéo toàn bộ kim vào kênh thủ thuật để lấy ra.
- B. Không kéo kim trở vào kênh thủ thuật, giữ thẳng ống soi rồi lấy kim và ống soi ra cùng lúc, trong khi vẫn giữ ống soi giữa đường thở.
- C. Giữ thẳng ống soi, kéo kim vào kênh thủ thuật, chỉ để đầu kim thấy được ở đầu xa ống soi. Rồi lấy kim và ống soi ra cùng lúc, trong khi vẫn giữ ống soi giữa đường thở.
- D. Giữ thẳng ống soi, kéo kim vào kênh thủ thuật để lấy ra.

**Trả lời VI . 31 : C**

An toàn nhất là giữ thẳng ống soi, trong khi đầu kim vẫn được nhìn thấy, kéo toàn bộ ra. Bằng cách giữ ống soi và đầu kim ở giữa đường thở, không có nguy cơ tổn thương niêm mạc. Nguy hiểm duy nhất là cào xước niêm mạc hầu họng-mũi. Nguy cơ này có thể giảm thiểu tối đa nếu giữ thẳng và không uốn cong đầu xa ống soi và nếu chỉ một đoạn ngắn đầu kim được thấy ở đầu xa ống soi.



*Chấn thương niêm mạc do không giữ ống soi ở đường giữa trong khi rút ra*

**Câu hỏi VI.32: Nội soi sinh thiết thùy dưới phổi phải bằng ống soi mềm gây chảy máu trung bình mà bạn không thể cầm máu chỉ với nước muối rửa và hút. Bệnh nhân nam, trưởng thành không suy hô hấp, tỉnh táo. Bạn cần một catheter bóng loại cắt thuyên tắc động mạch. Sau 2 phút tìm kiếm trong tủ dụng cụ ở phòng thủ thuật, người phụ trợ lại với nhiều catheter trên tay và hỏi bạn cần cỡ nào. Bạn trả lời:**

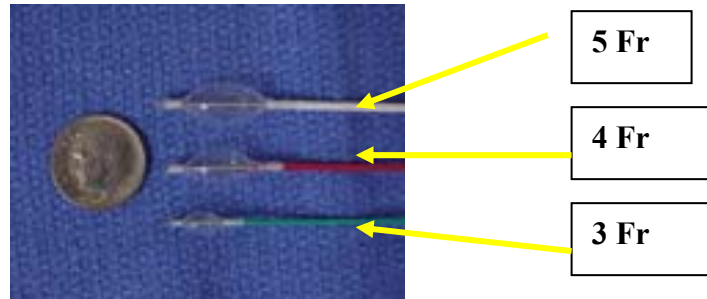
- A. 3 Fr
- B. 5 Fr
- C. 7 Fr
- D. Một bóng chèn 8 Fr
- E. Một nội khí quản và thực hiện đặt nội khí quản vào khí quản gốc phải .

**Trả lời VI 32 : B**

Đường kính catheter 5 Fr là 1,5mm và thích hợp với kênh thủ thuật của ống soi mềm hoặc ống soi video. Nên xả bóng 6 Fr (18mm) và bơm khoảng 10mm. Nhiều loại catheter có bóng nên có sẵn trong xe thủ thuật của bạn. Do đó, bạn phải có đủ các dụng cụ đó trong lúc thực hành. Bạn và người phụ phải biết đường kính ngoài và đường kính kênh thủ thuật của tất cả các ống soi mềm mà bạn có.

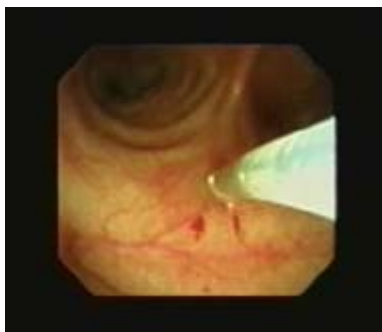
Đo và viết ra nếu bạn quên hoặc người phụ chưa có kinh nghiệm. Kênh thủ thuật có thể khác nhau tùy loại ống soi. Hầu hết đường kính ngoài các ống soi có video là 4,9 hoặc 6mm và chiều dài là 60mm. Đường kính ngoài các ống soi mềm là 4,0 hoặc 6mm và chiều dài là 55mm. Kênh thủ thuật ống soi mềm và ống soi có video là 2,2 hoặc 2,8mm.

Cần nhớ, đặt nội khí quản chỉ có chỉ định khi chảy máu không kiểm soát được.



**Câu hỏi VI.33: Một bệnh nhân có hạch dưới carina được nội soi phế quản ống mềm và chọc hút xuyên thành carina. Nhà tế bào học đang bên cạnh bạn và họ báo cho bạn rằng lần xuyên thứ nhất không thấy tổ chức mô. Lần xuyên thứ hai bạn nên thực hiện ở :**

- A. 3-5 mm vị trí thấp hơn ở bất kỳ bên nào của carina vào hướng vào giữa- xuống thấp.
- B. Phía trên 1 khoang sụn và hướng nhiều về phía trước.
- C. Phía trên 2 khoang sụn và hướng về trước bên.

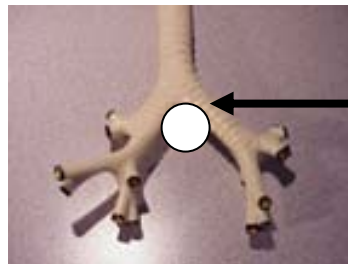


**Trả lời VI.33: A**

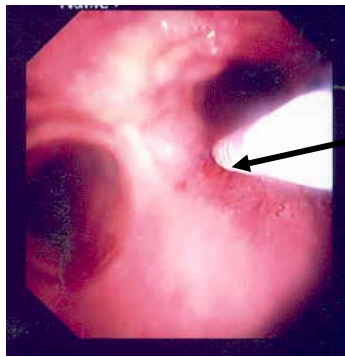
Các hạch dưới carina ( vị trí 7 ATS , vị trí 1 và 2 Wang qua nội soi phế quản ) có thể sinh thiết mẫu mô bằng cách chọc kim vào thẳng xuyên carina chính và hướng thấp hoặc chọc kim 3-4mm thấp hơn ở mỗi bên carina, hướng kim xuống thấp và vào giữa.

Nếu kim đã hướng vào vị trí trên, trước và bên ( tức câu trả lời c) là vào hạch khí quản phải. Nếu kim chọc hướng lên trên và về phía trước ( câu trả lời B) là hạch thuộc phía trước carina . Nếu kim hướng về phía sau là vào hạch phía sau carina ( nhưng

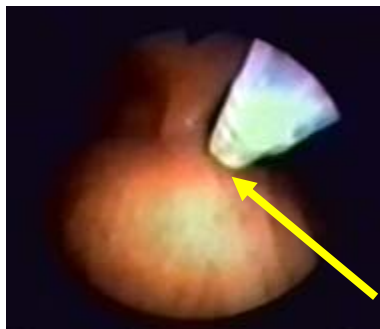
hướng này cũng nhiều nguy cơ gây tràn khí màng phổi bởi vì gần ngách tĩnh mạch đơn thực quản)



Vị trí 7 ATS



Hút lần  
2



Lấy mẫu hạch sau carina  
(vị trí Wang 2)

**Câu hỏi VI.34:** Sau khi thực hiện thủ thuật chọc hút bằng kim xuyên thành phế quản ở thùy trên bên trái ở một bệnh nhân 35 tuổi có hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, kỹ thuật viên báo cáo lại với bạn là test rò rỉ máy soi dương tính. Khí xì ra từ bề mặt của ống soi mềm. Kỹ thuật viên hỏi bạn hướng dẫn họ làm gì. Bạn sẽ bảo họ:

- A. Tắt uế máy soi bằng Glutaraldehyde trước khi bọc lại và gửi máy soi đến nhà sản xuất để sửa lại.

- B. Chỉ rửa sạch kênh thủ thuật bằng nước ấm và xà phòng, sau đó bọc lại và gửi đến nhà sản xuất sửa chữa.
- C. Không được rửa máy soi bằng bất kỳ hình thức nào. Đặt máy soi vào túi “biohazard” (biohazard: cảnh báo có độc hại về sinh học). Bọc lại máy soi và gửi đến nhà sản xuất với ghi chú về tình huống máy soi bị hỏng.
- D. Vẫn tiếp tục lau rửa máy soi và kênh bằng tay, chỉ dùng nước ấm và xà phòng sau đó bọc lại máy soi và gửi đến nhà sản xuất để sửa chữa.

**Trả lời VI.34: C**

Ống soi phế quản không được ngâm ngập trong dịch cho đến khi test rò rỉ được thực hiện. Nếu test rò rỉ dương tính, nước hoặc dịch ngâm vào ống soi nghiêm trọng và hư hoại nặng nề ống soi. Ống soi cần được gửi ra ngoài để sửa chữa. Những cảnh báo chung sẽ luôn làm một cách thường lệ để ngăn ngừa sự truyền nhiễm. Vì vậy những bệnh nhân được cho là lây nhiễm AIDS là không thích hợp.

**Câu hỏi VI.35: Một trong những “thành ngữ” dưới đây là thích hợp nhất cho thủ thuật nội soi phế quản sinh thiết phổi:**

- A. Giữ ở giữa
- B. Thủ thuật nhẹ nhàng là thói quen tốt.
- C. Bác sỹ nội soi phế quản cần có “những con mắt” trên mỗi đầu ngón tay của họ.
- D. Không bao giờ từ bỏ
- E. Cảm giác thành ( phế quản)

**Trả lời VI.35: C**

Ông Chevalier Jackson, bác sỹ nổi tiếng chuyên ngành Tai Mũi Họng và là giảng viên đến từ Philadelphia được cho là người đầu tiên xây dựng thành ngữ này. Ông ấy còn cho rằng phải cảm nhận khoảng cách lớn nhất của kềm sinh thiết có thể được đẩy vào phế quản ngoại biên trước khi mở kềm và lấy mẫu mô mà không để xảy ra tràn khí màng phổi. Thủ thuật sinh thiết nhu mô phổi sẽ thực hiện dễ dàng hơn nếu có màng huyền quang hướng dẫn, nhưng thành ngữ “những con mắt trên đầu ngón tay” vẫn còn được ứng dụng.

Dĩ nhiên thành ngữ “Thủ thuật nhẹ nhàng là thói quen tốt” luôn đúng vì hầu hết các chuyên gia tán thành mẫu mô sinh thiết nên gấp chặt sau đó giật một cách nhẹ nhàng, hơn là xé toạc một cách mạnh mẽ mẫu mô từ niêm mạc đường thở hoặc nhu mô phổi. Một kỹ thuật để đưa kềm sinh thiết dưới hướng dẫn của màn huyền quang vào phế quản ngoại biên. Kềm sinh thiết được quan sát trong khi đưa qua thành phế quản 1 đến 2cm sau đó kéo kềm sinh thiết ra 2 đến 3 cm, mở kềm và đẩy kềm vào một lần nữa thêm 1 đến 2 cm.

Đóng kềm và kéo ra một cách nhẹ nhàng. Nếu bệnh nhân cảm giác đau ở bất kỳ thời điểm nào trong lúc làm thủ thuật thì điều đó đồng nghĩa là kềm sinh thiết đã đi vào quá sâu. Nên kéo kềm ngược trở lại và thủ thuật lặp lại cẩn thận không để kềm sinh thiết đi quá xa. Vì thế, “Thủ thuật nhẹ nhàng là thói quen tốt” cũng là “đồng minh” cho mối quan hệ giữa nhà nội soi và bệnh nhân.

Thành ngữ “không bao giờ từ bỏ” đã là phương châm sống của Shigeto Ikeda, nhà nội soi phế quản nổi tiếng người Nhật, là người đã giới thiệu ống soi phế quản mềm cho cả thế giới vào những thập niên 1960. Ikeda dành hết cuộc đời cho những đổi mới kỹ

thuật và khoa học trong ngành nội soi phế quản. Ông cũng là người sáng lập ra Hiệp Hội Phế quản thế giới, một tổ chức mà đến nay vẫn còn hoạt động.

**Câu hỏi VI.36: Tất cả những mô tả dưới đây về sự đa dạng trong giải phẫu của phế quản bên trái là chính xác, ngoại trừ :**

- A. Hình ảnh phế quản phân thùy trên của thùy trên trái thông thường là chia hai lỗ phế quản đôi khi là ba lỗ, phân chia thành 3 nhánh riêng biệt nhiều hơn là hai nhánh .
- B. Hình ảnh chia hai của phân thùy trên của thùy trên trái là do sự chuyển chỗ của nhánh phế quản đỉnh sau trong sự phân chia đầu tiên suốt thai kỳ.
- C. Nhánh sau, bên và trước của phế quản đáy thuộc thùy dưới thường là hình ảnh phản chiếu phân thùy đáy của thùy dưới phải, ngoại trừ không có nhánh phế quản trung gian ở bên trái ( LB 7).
- D. Thông thường sự phân chia của 3 nhánh phế quản ở phân thùy đáy bên trái là chia hai thành hai nhánh chính , và mỗi nhánh sẽ chia sớm ngay sau đó.

**Trả lời: VI.36: B**

Sự phân chia thành hai nhánh phế quản nhỏ là nguyên nhân của sự chuyển đổi nhánh phế quản phân thùy phía trước trong giai đoạn phân chia đầu tiên của bào thai. Đây là nguyên nhân phân chia thành nhánh đỉnh sau (LB1 và 2) và nhánh trước ( L3). Phế quản thùy dưới trái thường chỉ có 4 nhánh đáy LB 6,8,9, 10 vì thường nhánh phế quản phân thùy đáy giữa LB 7 không có ở bên trái. Tuy nhiên khi có sự chia đôi ở thùy dưới trái thì hầu hết nhánh trước nhất cho ra nhánh phế quản đáy giữa và đáy trước và nhánh phế quản đáy trước trong khi phân thùy phía sau chia thành nhánh sau và nhánh bên.

