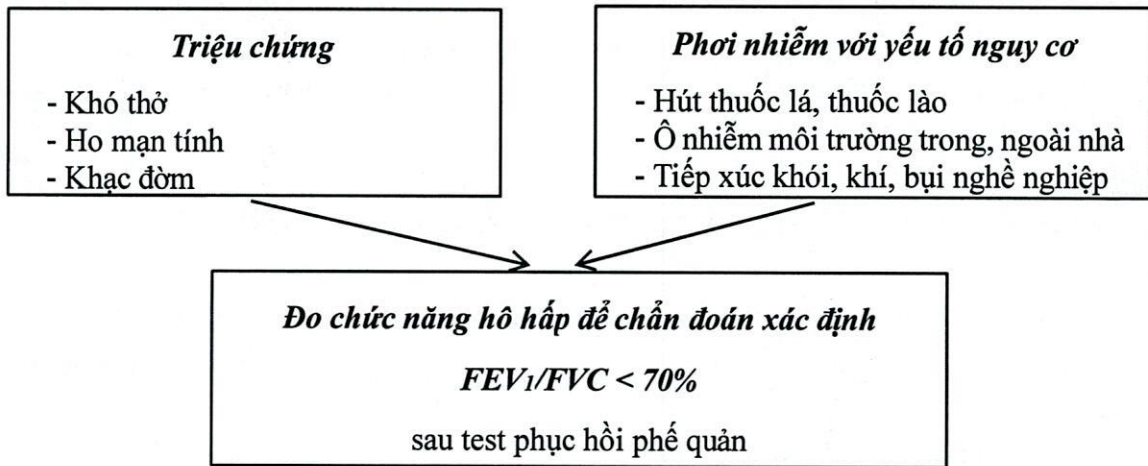


BỘ CÂU HỎI ÔN THI TUYỂN VIÊN CHỨC BVĐK TRÀ VINH NĂM 2024
CHUYÊN KHOA I / THẠC SĨ CHUYÊN NGÀNH LAO - BỆNH PHỔI
&&&&&

Câu 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định COPD theo GOLD 2022:



Câu 2. Mức độ tắc nghẽn đường thở theo GOLD 2022.

Giai đoạn GOLD	Giá trị FEV1 sau test hồi phục phế quản
GOLD 1	$FEV_1 \geq 80\%$ trị số lý thuyết
GOLD 2	$50\% \leq FEV_1 < 80\%$ trị số lý thuyết
GOLD 3	$30\% \leq FEV_1 < 50\%$ trị số lý thuyết
GOLD 4	$FEV_1 < 30\%$ trị số lý thuyết

Câu 3. Biện pháp điều trị chung trong quản lý và điều trị COPD giai đoạn ổn định:

- Ngừng tiếp xúc với yếu tố nguy cơ.
- Cai nghiện thuốc lá, thuốc lào.
- Tiêm vắc xin phòng nhiễm trùng đường hô hấp.
- Phục hồi chức năng hô hấp.
- Các biện pháp khác:
 - o Vệ sinh mũi họng thường xuyên.
 - o Giữ ấm cổ ngực về mùa lạnh.
 - o Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt.
 - o Phát hiện và điều trị các bệnh đồng mắc.

Câu 4. Nguyên nhân đợt cấp COPD

- Nguyên nhân do nhiễm trùng: đây là nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm tới 70-80% nguyên nhân gây đợt cấp BPTNMT:
 - + Vi khuẩn: chiếm tới 50% , các vi khuẩn thường gặp là *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Pseudomonas aeruginosa*...
 - + Virus: thường gặp là virus gây bệnh cảm (rhinovirus, virus corona), cúm, á cúm, virus hợp bào hô hấp..
- Không do nhiễm trùng:
 - + Ô nhiễm không khí (khói thuốc, tiếp xúc khói bụi nghề nghiệp, tiếp xúc bụi mịn).
 - + Giảm nhiệt độ môi trường (trong và ngoài nhà) đột ngột; viêm có tăng bạch cầu ái toan; kỹ thuật hít thuốc điều trị duy trì không đúng, ngưng thuốc điều trị duy trì đột ngột.
 - + Dùng thuốc an thần, thuốc ngủ.
- Một số trường hợp không rõ căn nguyên.

Câu 5. Phân loại độ nặng đợt cấp COPD khi nhập viện:

- Không suy hô hấp: nhịp thở 20 - 30 lần/phút; không co kéo cơ hô hấp phụ; không rối loạn ý thức; tình trạng oxy hoá máu được cải thiện khi được thở oxy với FiO₂: 28 - 35%; không tăng PaCO₂.
- Suy hô hấp cấp không đe dọa tính mạng: nhịp thở > 30 lần/phút; co kéo cơ hô hấp phụ; không rối loạn ý thức; tình trạng giảm oxy máu cải thiện khi thở oxy với FiO₂: 35 - 40%; PaCO₂: 50 - 60mmHg.
- Suy hô hấp cấp đe dọa tính mạng: nhịp thở > 30 lần/phút; co kéo cơ hô hấp phụ; rối loạn ý thức cấp tính; tình trạng giảm oxy máu có hoặc không cải thiện khi được thở oxy với FiO₂ > 40%; PaCO₂ > 60mmHg, hoặc có toan hoá máu (pH ≤ 7,25).

Câu 6. Các yếu tố nguy cơ cho kết cục xấu của đợt cấp COPD:

- Có bệnh đồng mắc (đặc biệt suy tim hoặc bệnh tim thiếu máu cục bộ).
- Nhập viện vì đợt cấp BPTNMT trong vòng 3 tháng trước.
- Có ≥ 2 đợt cấp BPTNMT nhẹ-trung bình trong năm trước.
- Đã được chẩn đoán BPTNMT có mức độ tắc nghẽn đường dẫn khí nặng hoặc rất nặng (FEV₁ < 50%).
- Đã có chỉ định thở oxy dài hạn, thở máy không xâm nhập tại nhà.
- ≥ 65 tuổi

Câu 7. Oxy liệu pháp trong đợt cấp COPD và chỉ định Thở máy không xâm lấn (NIV)

- Sử dụng oxy nên nhắm mục tiêu SpO₂ từ 88% đến 92% hoặc PaO₂ khoảng 60 đến 70 mmHg, để giảm thiểu nguy cơ tăng CO₂ máu.
- Dụng cụ cung cấp oxy: sonde mũi, mặt nạ venturi, mask có túi dự trữ thở lại một phần hoặc không thở lại.
- Nguyên tắc sử dụng: khởi đầu liều thấp nếu thở sonde mũi: < 3 lít/phút, nếu mặt nạ venturi FiO₂ < 28%.
- Theo dõi chặt chẽ KMĐM: pH, PaO₂, PaCO₂. Đo KMĐM trong vòng 60 phút đầu, khi thay đổi liều oxy, hoặc có thay đổi diễn biến lâm sàng.

Thở máy không xâm lấn (NIV) khi có ít nhất 2 tiêu chuẩn :

- Khó thở nặng với dấu hiệu mệt cơ hô hấp, tăng công thở hoặc cả hai, hô hấp bụng-ngực nghịch thường.
- Toan hô hấp: pH ≤ 7,35 và/hoặc PaCO₂ ≥ 45mmHg.
- Giảm oxy máu không đáp ứng với oxy liệu pháp phù hợp,...

Câu 8. Tiêu chuẩn nhập khoa Điều trị tích cực VPMPCĐ của ATS

Các tiêu chí dùng trong đánh giá nhập khoa Điều trị tích cực của VPMPCĐ gồm 2 tiêu chuẩn chính và 9 tiêu chuẩn phụ:

Tiêu chuẩn chính:

1. Suy hô hấp cần phải thông khí cơ học,
2. Sốc nhiễm khuẩn cần phải dùng thuốc vận mạch.

Tiêu chuẩn phụ:

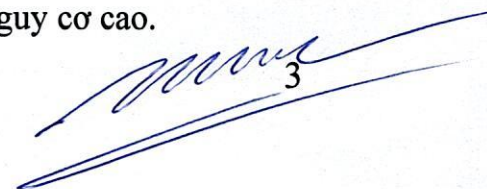
1. Tần số thở > 30 lần/phút,
2. PaO₂/ FiO₂ < 250,
3. tổn thương nhiều thùy phổi trên phim X-quang,
4. Lú lẫn, mất định hướng,
5. Ure máu (BUN > 20 mg/dL),
6. Bạch cầu máu < 4000/ mm³;
7. Giảm tiểu cầu (< 100.000/ mm³);
8. Hạ thân nhiệt (< 36oC);
9. Hạ huyết áp cần phải bù dịch tích cực.

o Ý nghĩa lâm sàng thang điểm ATS:

Chỉ định nhập khoa Điều trị tích cực cho bệnh nhân có ≥ 3 tiêu chuẩn phụ hay ≥ 1 tiêu chuẩn chính.

Câu 9. Chỉ định tiêm phòng cúm trong phòng bệnh VPMPCĐ

- Tuổi trên 50.
- Sống tại nhà dưỡng lão.
- Mắc bệnh tim phổi mạn tính, bệnh chuyển hóa mạn tính.
- Suy giảm miễn dịch.
- Bệnh nhân từ 6 tháng đến 18 tuổi dùng aspirin kéo dài.
- Nhân viên y tế, chủ yếu để tránh lây cúm cho các bệnh nhân có nguy cơ cao.



- Người thường xuyên tiếp xúc với người có nguy cơ cao.

Câu 10. Định nghĩa hen và các triệu chứng hô hấp điển hình của hen

Hen là một bệnh đa dạng, thường đặc trưng bởi viêm mạn tính đường dẫn khí.

Hen được định nghĩa bởi bệnh sử có các triệu chứng hô hấp như khò khè, khó thở, nặng ngực và ho, các triệu chứng này thay đổi theo thời gian và về cường độ, cùng với giới hạn luồng khí thở ra dao động.

Các triệu chứng hô hấp điển hình của hen

Các triệu chứng sau đây là điển hình của hen, và nếu có, tăng khả năng bệnh nhân bị hen:

Hơn một triệu chứng (khò khè, khó thở, ho, nặng ngực), nhất là ở người lớn

+ Triệu chứng thường trở nặng về đêm hoặc lúc sáng sớm

+ Triệu chứng thay đổi theo thời gian và về cường độ

+ Các triệu chứng thường bị kích phát bởi vận động, cười, dị nguyên, khí lạnh

+ Triệu chứng bị kích phát sau nhiễm vi rút (cảm cúm), vận động, phơi nhiễm dị nguyên, thay đổi thời tiết, cười hoặc gặp chất kích thích như khói xe, khói thuốc lá hoặc mùi nồng gắt .

Câu 11. Các yếu tố nguy cơ của đợt cấp HPQ

- Không kiểm soát được triệu chứng hen
 - Thuốc: dùng nhiều SABA (tăng nguy cơ đợt cấp và tử vong, đặc biệt nếu dùng > 1 bình xịt 200 liều /tháng) và dùng ICS không hợp lý: không được chỉ định; không tuân thủ điều trị hoặc kỹ thuật hít không đúng.
 - Mắc kèm: béo phì, viêm mũi xoang mạn tính, trào ngược dạ dày, dị ứng thức ăn, thai nghén.
 - Phơi nhiễm: khói thuốc lá, dị nguyên mẫn cảm, ô nhiễm môi trường
 - FEV1 thấp, đặc biệt < 60% GTLT, hồi phục phế quản cao sau dùng thuốc giãn phế quản
 - Có các vấn đề nghiêm trọng về tâm lý hoặc kinh tế - xã hội.
 - Tăng bạch cầu ái toan trong máu, tăng FeNO ở người bệnh hen dị ứng trường thành.
 - Đã từng đặt nội khí quản hoặc vào đơn vị hồi sức tích cực do HPQ
 - Có ≥ 1 đợt cấp nặng trong 12 tháng qua.
- * Có bất kỳ yếu tố nào cũng làm tăng nguy cơ đợt cấp ngay cả khi có ít triệu chứng hen*

Câu 12. Chỉ định ngoại khoa trong điều trị Áp xe phổi

Mô cắt phân thùy phổi hoặc thùy phổi hoặc cả 1 bên phổi tùy theo mức độ lan rộng với thể trạng bệnh nhân và chức năng hô hấp trong giới hạn cho phép (FEV1 > 1 lít so với số lý thuyết):

- Ổ áp xe > 10 cm.

- Áp xe phổi mạn tính điều trị nội khoa không kết quả.

- Ho ra máu tái phát hoặc ho máu nặng đe dọa tính mạng.



- Áp xe phổi hợp với giãn phế quản khu trú nặng.
- Có biến chứng rò phế quản khoang màng phổi.

Câu 13. Phác đồ A1 trong điều trị lao nhạy cảm thuốc hiện nay (Quyết định số 162/QĐBYT ngày 19/01/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh Lao)

Phác đồ A1: 2HRZE/4RHE (phác đồ 06 tháng - điều trị lao cho người lớn)	
Chỉ định	Lao người lớn: chỉ định cho các trường hợp lao không có bằng chứng kháng thuốc hoặc nghi ngờ kháng thuốc trên lâm sàng bao gồm cả người nhiễm HIV và phụ nữ mang thai.
Không chỉ định	Không chỉ định phác đồ này với lao hệ thần kinh trung ương, lao xương khớp.
Thành phần và hướng dẫn sử dụng phác đồ	<ul style="list-style-type: none"> - Giai đoạn tấn công: sử dụng kéo dài 02 tháng, với 04 loại thuốc: H, R, Z, E; dùng hàng ngày; - Giai đoạn duy trì: kéo dài 04 tháng, với 03 loại thuốc: R, H, E; dùng hàng ngày.

Câu 14. Phác đồ B1 trong điều trị lao nhạy cảm thuốc hiện nay (Quyết định số 162/QĐBYT ngày 19/01/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh Lao.)

Phác đồ B1: 2HRZE/10RHE (phác đồ 12 tháng - điều trị lao cho người lớn)	
Chỉ định	Các trường hợp lao hệ thần kinh trung ương, lao xương khớp ở người lớn và không có bằng chứng kháng thuốc hoặc nghi ngờ kháng thuốc trên lâm sàng.
Thành phần và hướng dẫn sử dụng phác đồ	<ul style="list-style-type: none"> - Giai đoạn tấn công: kéo dài 02 tháng, với 04 loại thuốc: H, R, Z, E; dùng hàng ngày. - Giai đoạn duy trì: kéo dài 10 tháng, với 3 loại thuốc: R, H, E; dùng hàng ngày. <p>Lưu ý: Đối với lao màng não sử dụng Corticosteroid (Dexamethasone hoặc Prednisolone) liều giảm dần trong 6-8 tuần đầu tiên và có thể sử dụng thêm Streptomycin trong giai đoạn tấn công với lao màng não nặng khi cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ.</p>

Câu 15. Các dấu hiệu lâm sàng ở bệnh nhân TDMP cần xử trí cấp cứu

- Đau ngực, ho khan, khó thở. Khám phổi có hội chứng ba giảm.

Các triệu chứng gợi ý TDMP cần cấp cứu:

+ Mệt nhiều.


5

- + Dấu hiệu suy hô hấp: thở nhanh, nông, vã mồ hôi, trường hợp nặng có tím môi và đầu chi, độ bão hòa oxy mao mạch < 90%.
- + Rối loạn huyết động: nhịp tim nhanh > 100 ck/ph, huyết áp hạ < 90/60 mmHg, hoặc huyết áp hạ > 30 mmHg so với huyết áp nền (ở bệnh nhân có tăng huyết áp). Có biểu hiện bệnh lý tim mạch: phù, tiểu ít, cổ trướng, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, nghe tim có tiếng bất thường, rối loạn nhịp tim.
- + Tình trạng nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi,...
- + Tình trạng thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ.
- + Khám hô hấp: lồng ngực căng phồng, các khoang liên sườn giãn rộng, có thể sờ thấy gan (hoặc lách) dưới bờ sườn do bị dịch đẩy xuống.

Câu 16. Các dấu hiệu cận lâm sàng ở bệnh nhân TDMP cần xử trí cấp cứu

Tùy theo từng bệnh lý cụ thể, có thể gặp một hoặc nhiều dấu hiệu sau:

X-quang phổi chuẩn: hình mờ đậm, đồng đều quá phổi hoặc phổi trắng, trung thất và khí quản bị đẩy lệch sang bên đối diện.

Công thức máu:

- + Trần mủ MP: số lượng bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
- + Trần máu MP: hồng cầu giảm, hemoglobin giảm, tỷ lệ Hb DMP/Hb máu > 0,5.

Khí máu động mạch: PaO₂ < 60 mmHg; SaO₂ < 90%.

Điện tim có thể thấy: các rối loạn nhịp tim, hình ảnh tăng gánh các buồng tim trong trường hợp có bệnh lý tim mạch.

Chọc dò màng phổi:

- + Dịch máu: Hb dịch MP/ Hb máu > 0,5.
- + Dịch màu máu: dịch màu đỏ máu, nhưng tỷ lệ Hb dịch MP/ Hb máu < 0,5.
- + Dịch đục mủ hoặc mủ rõ

Câu 17. Chỉ định Mở màng phổi - đặt ống dẫn lưu điều trị Trần khí màng phổi.

+ TKMP áp lực dương: nhịp thở > 30 lần/phút, nhịp tim > 120 lần/phút, huyết áp tụt. Trung thất bị đẩy lệch về bên đối diện, vòm hoành hạ thấp dẹt và thẳng, có khi đảo ngược, tràn khí dưới da. Nếu chọc kim vào khoang màng phổi sẽ thấy khí xì ra.

+ Tất cả các trường hợp TKMP tự phát thứ phát (TKMP ở bệnh nhân BPTNMT, lao phổi, áp xe phổi).

+ TKMP do chấn thương.

+ TKMP thứ phát sau thông khí nhân tạo.

+ TKMP tự phát tiên phát lượng khí nhiều hoặc thất bại với các biện pháp điều trị nêu trên.

+ Tràn khí tràn dịch màng phổi (vì có thể do tràn máu màng phổi).

TM
Ban Biên soạn

BSCII. Phan Văn Chúc



TS.BS Trần Kiến Vũ