

TIẾP CẬN TẮT NGHẼN VÙNG MŨI

Võ Thành Liêm

ICPC2 R03

1 MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Có khả năng phân biệt được các tình trạng tắc nghẽn đường thở trên phổ biến dựa trên việc phân tích các đặc điểm lâm sàng và cơ chế bệnh sinh đặc trưng
- Có khả năng xây dựng được kế hoạch xử trí ban đầu cho một bệnh nhân có biểu hiện tắc nghẽn đường thở trên cấp, bao gồm việc lựa chọn các can thiệp phù hợp theo từng nguyên nhân cụ thể.

2 NỘI DUNG BÀI GIẢNG

2.1 Tổng quan

Tắc nghẽn đường thở là tình trạng cản trở luồng không khí lưu thông vào hoặc ra khỏi phổi. Đây có thể là một tình trạng cấp cứu y tế, đòi hỏi sự cảnh giác cao độ để chẩn đoán và xử trí kịp thời nhằm ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng. Tắc nghẽn có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào trên đường hô hấp, từ đường hô hấp trên (mũi, họng, thanh quản) đến đường hô hấp dưới (khí quản, phế quản, tiểu phế quản).

- Tiếng rít thì hít vào (Inspiratory stridor): Là loại phổ biến nhất. Gọi ý vị trí tắc nghẽn trên thanh môn (supraglottic), ví dụ như trong viêm nắp thanh môn, mềm sụn thanh quản. Khi hít vào, áp lực âm trong lồng ngực hút các cấu trúc lỏng lẻo này vào trong, gây hẹp đường thở.
- Tiếng rít thì thở ra (Expiratory stridor): nghe ở vùng dưới của phổi. Gọi ý tắc nghẽn ở đoạn khí quản trong lồng ngực. Khi thở ra, áp lực dương trong lồng ngực chèn ép vào khí quản làm hẹp đường thở gây âm thở rít.
- Tiếng rít hai thì (Biphasic stridor): Nghe được ở cả hai thì. Gọi ý một tổn thương cố định tại thanh môn hoặc ngay dưới thanh môn (subglottic), ví dụ như hẹp hạ thanh môn, liệt dây thanh hai bên.

Cả thở khò khè và thở rít đều là những dấu hiệu quan trọng của tắc nghẽn đường thở nhưng không đặc hiệu cho một nguyên nhân duy nhất. Việc chẩn đoán chính xác nguyên nhân là cực kỳ quan trọng do sự đa dạng của các bệnh lý tiềm ẩn và các phương thức quản lý khác nhau. Chẩn đoán sai có thể dẫn đến điều trị không phù hợp và trì hoãn xử trí các tình trạng bệnh nặng. Lưu ý quan trọng:

- Xuất hiện thở rít/khò khè đột ngột ở người không sốt hoặc trước đó bình thường, cần nghi ngờ dị vật đường thở.
- Ở người lớn, thở rít cấp tính hoặc mạn tính không rõ nguyên nhân cần nghĩ đến u tân sinh cho đến khi có bằng chứng ngược lại.

2.2 Dịch tễ

Tỷ lệ mắc các nguyên nhân gây tắc nghẽn đường thở thay đổi tùy theo độ tuổi.

2.2.1 Người lớn:

- **Hen suyễn:** Rất phổ biến, ảnh hưởng khoảng 8,7% người trưởng thành ở Hoa Kỳ. Tỷ lệ mắc cao hơn ở nữ giới, người thu nhập thấp, béo phì, có tiền sử gia đình hoặc cơ địa dị ứng. Có thể khởi phát ở mọi lứa tuổi.
- **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD):** Phổ biến ở người > 40 tuổi, đặc biệt là người có tiền sử hút thuốc lá (yếu tố nguy cơ chính). Tỷ lệ mắc toàn cầu khoảng 10,3% ở người 30-79 tuổi. Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm tiếp xúc khói bụi, ô nhiễm, thiếu hụt alpha-1 antitrypsin.
- **Nhiễm trùng đường hô hấp:** Rất phổ biến, đặc biệt là nhiễm virus (rhinovirus, RSV, cúm...). Là yếu tố khởi phát thường gặp của đợt cấp hen suyễn. Vi khuẩn (*Mycoplasma*, *Streptococcus pneumoniae*...) cũng là nguyên nhân.
- **Phản ứng dị ứng:** Rất phổ biến (viêm mũi dị ứng, dị ứng thức ăn, thuốc...). Sốc phản vệ là một cấp cứu có thể gây khó khè đe dọa tính mạng.
- **Hít phải dị vật:** Ít phổ biến ở người lớn hơn trẻ em nhưng nghiêm trọng. Thường gặp ở người giảm ý thức, rối loạn nuốt, người cao tuổi.
- **Hen tim:** Biểu hiện của suy tim, phổ biến hơn ở người lớn tuổi có bệnh tim mạch. Khởi phát về đêm, giảm khi ngồi dậy là dấu hiệu gợi ý.
- **Rối loạn chức năng dây thanh âm (VCD):** Tỷ lệ chưa rõ, thường bị chẩn đoán nhầm là hen. Phổ biến ở phụ nữ, thanh thiếu niên. Thường khởi phát do gắng sức, căng thẳng, chất kích thích.
- **U đường thở:** Hiếm gặp (u khí quản nguyên phát < 0,2% các khối u ác tính) nhưng nghiêm trọng. Thường gặp ở người hút thuốc, lớn tuổi.

2.2.2 Trẻ em:

- **Hen suyễn:** Nguyên nhân gây khó khè tái phát phổ biến nhất ở trẻ em. Tỷ lệ mắc ở trẻ trai cao hơn trẻ gái trước tuổi dậy thì.
- **Viêm tiểu phế quản:** Nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng hô hấp dưới ở trẻ < 1 tuổi, thường do RSV. Cao điểm vào mùa thu đông.
- **Viêm thanh khí phế quản (Croup):** Phổ biến ở trẻ 6 tháng - 3 tuổi, thường do virus Parainfluenza. Gây ho ông ổng và thở rít. Cao điểm vào mùa thu, đầu đông.
- **Hít phải dị vật:** Rất thường gặp, đỉnh điểm ở trẻ 1-2 tuổi. Là nguyên nhân gây thở rít/khò khè đột ngột cần nghĩ đến đầu tiên.
- **Nhiễm trùng đường hô hấp:** Virus (RSV, Rhinovirus...) rất phổ biến, gây khó khè, viêm họng...
- **Phản ứng dị ứng:** Tương tự người lớn, dị ứng thức ăn, môi trường là nguyên nhân phổ biến.
- **Dị tật đường thở bẩm sinh:** Gây thở rít/khò khè dai dẳng từ khi sinh (mềm sụn thanh quản, hẹp khí quản, rò khí-thực quản...).

2.3 Cơ chế bệnh sinh

Cơ chế gây tắc nghẽn và tạo ra tiếng thở bất thường khác nhau tùy thuộc vào nguyên nhân:

- **Hen suyễn:** Viêm đường thở mạn tính (liên quan IgE, bạch cầu ái toan, tế bào mast) -> Co thắt cơ trơn phế quản, phù nề niêm mạc, tăng tiết chất nhầy -> Hẹp lòng tiểu phế quản -> Thở khò khè.
- **COPD:** Viêm đường thở mạn tính do chất kích thích (khói thuốc lá) -> Phá hủy phế nang (khí phế thũng), tăng tiết nhầy (viêm phế quản mạn), xơ hóa tiểu phế quản -> Tắc nghẽn luồng khí không hồi phục hoàn toàn -> Thở khò khè.
- **Viêm tiểu phế quản:** Nhiễm virus (chủ yếu RSV) -> Viêm, phù nề, hoại tử tế bào biểu mô tiểu phế quản, tăng tiết nhầy -> Tắc nghẽn tiểu phế quản -> Thở khò khè, khó thở.
- **Viêm thanh khí phế quản (Croup):** Nhiễm virus -> Viêm, phù nề vùng hạ thanh môn (vùng hẹp nhất ở trẻ nhỏ) -> Hẹp đường thở trên -> Thở rít thì hít vào, ho ông ổng.
- **Phản ứng dị ứng:** Tiếp xúc dị nguyên -> Giải phóng các chất trung gian (histamin...) -> Co thắt phế quản, phù nề, tăng tiết nhầy -> Thở khò khè.
- **Hít phải dị vật:** Tắc nghẽn cơ học lòng đường thở. Có thể gây viêm, tạo mô hạt nếu để lâu.
- **Hen tim:** Suy tim -> Ứ huyết phổi, phù mô kẽ quanh phế quản -> Tăng phản ứng đường thở, hẹp lòng tiểu phế quản, đường thở nhỏ -> Thở rít.
- **Rối loạn chức năng dây thanh âm (VCD):** Dây thanh khép lại nghịch lý trong thì hít vào (đôi khi cả thở ra) -> Tắc nghẽn đường thở trên -> Thở rít.
- **U đường thở:** Khối u phát triển gây chèn ép, tắc nghẽn cơ học lòng đường thở.
- **Dị tật đường thở bẩm sinh:** Bất thường cấu trúc (hẹp, mềm sụn...) gây tắc nghẽn cố định hoặc động học.

2.4 Tiếp cận chẩn đoán từng bước

Việc chẩn đoán đòi hỏi sự kết hợp cẩn thận giữa khai thác bệnh sử và khám thực thể.

2.4.1 Bước 1: Đánh giá ban đầu và ổn định bệnh nhân

- Đánh giá dấu hiệu sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO₂).
- Đánh giá mức độ suy hô hấp (tím tái, co kéo cơ hô hấp phụ, rối loạn tri giác).
- Nếu có suy hô hấp nặng, ưu tiên đảm bảo đường thở (thở oxy, đặt nội khí quản nếu cần) trước khi tiến hành các bước tiếp theo.

2.4.2 Bước 2: Khai thác bệnh sử chi tiết

- Đặc điểm tiếng thở bất thường:
 - o Thở rít thì hít vào – thở ra? Hay cả hai?

- Khởi phát: Đột ngột hay từ từ? Liên quan đến sự kiện nào (ăn uống, gắng sức, tiếp xúc dị nguyên...)?
- Thời gian: Cấp tính hay mạn tính? Liên tục hay từng cơn? Xảy ra khi nào (ngày, đêm, theo mùa)?
- Yếu tố làm tăng/giảm: Tư thế, gắng sức, thuốc, môi trường...?
- **Triệu chứng kèm theo:** Ho (đặc điểm đờm, ho ông ổng), sốt, khó nuốt, nuốt đau, chảy nước bọt, thay đổi giọng nói, sụt cân, đổ mồ hôi đêm, đau ngực, phù chân...
- Tiền sử bản thân:
 - Các bệnh hô hấp đã biết: Hen, COPD, giãn phế quản...
 - Bệnh tim mạch: Suy tim, tăng huyết áp, bệnh van tim...
 - Dị ứng: Viêm mũi dị ứng, chàm, dị ứng thức ăn/thuốc...
 - Trào ngược dạ dày thực quản (GERD).
 - Tiền sử đặt nội khí quản, phẫu thuật vùng cổ/ngực.
 - Hút thuốc lá, tiếp xúc nghề nghiệp/môi trường.
 - Tình trạng tiêm chủng (đặc biệt ở trẻ em: Hib, phế cầu, cúm).
- **Tiền sử gia đình:** Hen, dị ứng, các bệnh di truyền (xơ nang, thiếu alpha-1 antitrypsin).
- **Ở trẻ em:** Tiền sử chu sinh, các mốc phát triển, cân nặng, tiền sử sặc/nghe, đặc điểm ăn uống.

2.4.3 Bước 3: Khám thực thể kỹ lưỡng

- Tổng trạng: Dấu hiệu suy hô hấp (thở nhanh, co kéo, tím tái), thể trạng (suy dinh dưỡng, béo phì), ngón tay dùi trống.
- Tai Mũi Họng: Khám mũi (polyp), họng (viêm, amidan quá phát), đánh giá giọng nói.
- Khám hô hấp:
 - Nhìn: Lồng ngực (biến dạng, di động), kiểu thở, tần số thở.
 - Sờ: Rung thanh.
 - Gõ: Xác định vùng đục/vang bất thường.
 - Nghe: Nghe phổi: Xác định tiếng khò khè, ran rít, ran ngáy, ran nổ, ran ẩm. Chú ý vị trí (lan tỏa hay khu trú), thì hô hấp (hít vào/thở ra/cả hai). So sánh hai bên phổi. Sự vắng mặt tiếng rì rào phế nang ở một vùng gợi ý tắc nghẽn hoàn toàn hoặc tràn khí/dịch màng phổi. Nghe vùng cổ: Phát hiện tiếng thở rít thanh quản (stridor).
- **Khám tim mạch:** Nghe tim (tiếng thổi, nhịp bất thường), dấu hiệu suy tim (tĩnh mạch cổ nổi, phù, gan to).
- **Khám da:** Dấu hiệu dị ứng (chàm, mày đay).

2.5 Khảo sát thêm (Cận lâm sàng)

Lựa chọn cận lâm sàng tùy thuộc vào nghi ngờ chẩn đoán ban đầu.

- Đo độ bão hòa oxy máu qua da (SpO₂): Đánh giá mức độ thiếu oxy.
- Xét nghiệm chức năng hô hấp (Hô hấp ký/Spirometry):
 - o Rất quan trọng để chẩn đoán và theo dõi hen, COPD.
 - o Đánh giá mức độ tắc nghẽn (FEV₁, FVC, FEV₁/FVC).
- Test hồi phục phế quản với thuốc giãn phế quản giúp phân biệt hen và COPD.
- Đường cong lưu lượng-thể tích có thể gợi ý tắc nghẽn đường thở trung tâm (khí quản, thanh quản).
- X-quang ngực:
 - o Thường quy trong đánh giá ban đầu.
 - o Có thể phát hiện viêm phổi, phù phổi (hen tim), khí phế thũng, khối u, dị vật cản quang, hình ảnh ứ khí khu trú (nghi ngờ dị vật).
 - o X-quang cổ nghiêng: Có thể thấy hình ảnh "mái nhà thờ" (steeple sign) trong Croup.
- CT scan ngực và/hoặc cổ:
 - o Nhạy hơn X-quang trong phát hiện khối u, dị vật không cản quang, giãn phế quản, bệnh phổi mô kẽ, bất thường mạch máu.
 - o CT độ phân giải cao (HRCT) cho bệnh phổi mô kẽ, giãn phế quản.
- Nội soi:
 - o Nội soi thanh quản: Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán rối loạn chức năng dây thanh âm (VCD), mềm sụn thanh quản, liệt dây thanh, u thanh quản. Thực hiện khi bệnh nhân có triệu chứng nếu có thể.
 - o Nội soi phế quản: Chẩn đoán và lấy dị vật đường thở, sinh thiết khối u, đánh giá mềm sụn khí phế quản, lấy mẫu dịch phế quản làm xét nghiệm.
- Xét nghiệm máu: Công thức máu (bach cầu ái toan trong hen dị ứng), IgE toàn phần, khí máu động mạch (đánh giá suy hô hấp).
- Xét nghiệm dị ứng: Test lấy da hoặc xét nghiệm IgE đặc hiệu với các dị nguyên nghi ngờ.
- Xét nghiệm đờm: Soi, cấy tìm vi khuẩn, lao.
- Siêu âm tim: Đánh giá chức năng tim, bệnh van tim khi nghi ngờ hen tim.
- Đo pH thực quản: Nghi ngờ GERD là yếu tố khởi phát.

2.6 Các chẩn đoán phân biệt

2.6.1 Người lớn:

- **Thường gặp:** Hen suyễn, COPD, Nhiễm trùng hô hấp cấp (viêm phế quản), Phản ứng dị ứng/Sốc phản vệ.

- **Ít gặp hơn:** Hen tim, Rối loạn chức năng dây thanh âm (VCD), Trào ngược dạ dày thực quản (GERD), Hít phải dị vật, Giãn phế quản, Tắc nghẽn do u (lành tính/ác tính), Bệnh phổi mô kẽ.

2.6.2 Trẻ em:

- **Trẻ nhỏ (< 2-3 tuổi):** Viêm tiểu phế quản, Viêm thanh khí phế quản (Croup), Hen suyễn (khò khè tái phát), Hít phải dị vật, Dị tật đường thở bẩm sinh (mềm sụn thanh quản/khí quản, hẹp hạ thanh môn, vòng mạch máu...), Trào ngược dạ dày thực quản (GERD).
- **Trẻ lớn hơn:** Hen suyễn, Nhiễm trùng hô hấp, Hít phải dị vật, Rối loạn chức năng dây thanh âm (VCD, đặc biệt ở thanh thiếu niên), Giãn phế quản (sau nhiễm trùng, xơ nang).

2.6.3 Phân biệt chính:

- **Hen vs COPD:** Tuổi khởi phát, tiền sử hút thuốc, tiền sử dị ứng, mức độ hồi phục sau dùng thuốc giãn phế quản.
- **Hen vs Hen tim:** Tiền sử bệnh tim, khó thở kịch phát về đêm, đáp ứng với lợi tiểu.
- **Hen vs VCD:** Thở rít thì hít vào nổi trội ở VCD, không đáp ứng thuốc giãn phế quản, nội soi thanh quản khi có triệu chứng.
- **Khò khè cấp vs mạn tính:** Khởi phát đột ngột gợi ý dị vật, nhiễm trùng, dị ứng. Nếu mạn tính gợi ý hen, COPD, u, dị tật.
- **Khò khè lan tỏa vs khu trú:** Khu trú gợi ý dị vật, u, chèn ép từ bên ngoài.

2.7 Điều trị một số nguyên nhân thường gặp

2.7.1 Nghẹt mũi do Viêm mũi nhiễm trùng / Dị ứng

- Điều trị tại chỗ (nền tảng): Rửa mũi bằng nước muối sinh lý/nước biển sâu; Thuốc co mạch tại chỗ (Oxymetazoline): Dùng < 7 ngày để tránh viêm mũi do thuốc; Corticosteroid xịt mũi (Fluticasone): Thuốc chủ lực cho viêm mũi dị ứng, cần dùng đều đặn.
- Điều trị toàn thân: Kháng Histamin thế hệ 2 (Loratadine, Cetirizine) cho dị ứng; Kháng sinh: CHỈ dùng khi có bằng chứng viêm xoang cấp do vi khuẩn.

2.7.2 Tắc nghẽn do Viêm VA / Amidan quá phát

- Điều trị nội khoa: Đợt cấp: Kháng sinh, chống viêm, hạ sốt. Nền dị ứng: Corticosteroid xịt mũi, Montelukast có thể giúp giảm kích thích.
- Điều trị ngoại khoa (Nạo VA / Cắt Amidan): Chỉ định khi: Tắc nghẽn nặng gây ngưng thở khi ngủ; Viêm tái phát nhiều lần; Gây biến chứng (viêm tai giữa, tím phổi); Nghi ngờ ác tính.

2.7.3 Hen suyễn:

- Cắt cơn: Thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn (SABA) như Salbutamol. Corticosteroid đường toàn thân (uống/tiêm) trong đợt cấp trung bình-nặng.

- Kiểm soát dài hạn: Corticosteroid dạng hít (ICS), thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài (LABA), thuốc kháng leukotriene... Tránh yếu tố khởi phát.

2.7.4 COPD:

- Cai thuốc lá là quan trọng nhất.
- Thuốc giãn phế quản (SABA, LABA, SAMA, LAMA).
- ICS có thể dùng trong một số trường hợp.
- Phục hồi chức năng hô hấp, thở oxy dài hạn (nếu có suy hô hấp mạn).
- Kháng sinh, corticosteroid toàn thân trong đợt cấp.

2.7.5 Viêm tiểu phế quản (Trẻ em):

- Chủ yếu là điều trị hỗ trợ: Đảm bảo đủ dịch, dinh dưỡng, hút thông mũi, thở oxy nếu SpO2 giảm.
- Thuốc giãn phế quản thường không hiệu quả.

2.7.6 Viêm thanh khí phế quản (Croup - Trẻ em):

- Nhẹ: Điều trị tại nhà, không khí ẩm mát.
- Trung bình/Nặng: Corticosteroid (Dexamethasone uống hoặc Budesonide khí dung). Adrenaline khí dung trong trường hợp nặng. Thở oxy nếu cần.

2.7.7 Phù Quincke (Phù mạch) - CẤP CỨU TỐI KHẨN

- Ưu tiên số 1: bảo vệ đường thở. Xử trí cấp cứu:
 - o Gọi hỗ trợ, chuẩn bị bộ đặt NKQ/mở khí quản.
 - o Adrenaline (Epinephrine) tiêm bắp NGAY LẬP TỨC.
 - o Thở Oxy lưu lượng cao.
 - o Corticosteroid và Kháng Histamin (H1+H2) tĩnh mạch.
 - o Cân nhắc đặt nội khí quản sớm, không chờ suy hô hấp.
- Lưu ý: Phù mạch di truyền (HAE) không đáp ứng Adrenaline, cần điều trị đặc hiệu.

2.7.8 Hít phải dị vật:

- Cấp cứu: Thủ thuật Heimlich nếu tắc nghẽn hoàn toàn.
- Nội soi phế quản ống cứng hoặc mềm để gắp dị vật. Đây là phương pháp chẩn đoán và điều trị.

2.7.9 Phản ứng dị ứng/Sốc phản vệ:

- Adrenaline (Epinephrine) tiêm bắp là thuốc hàng đầu trong sốc phản vệ.
- Thuốc kháng histamin, corticosteroid.
- Tránh tiếp xúc dị nguyên.

2.7.10 Viêm thanh thiệt cấp

- Cấp cứu tối khẩn
- Nguyên tắc xử trí:
 - o Giữ bệnh nhân bình tĩnh: Không khám họng, không gây kích thích, để bệnh nhân ngồi tư thế thoải mái (tripod).
 - o Chuyển đến phòng mổ/ICU: Đảm bảo đường thở trong môi trường an toàn.
 - o Kháng sinh tĩnh mạch (Ceftriaxone) ngay lập tức
 - o Corticosteroid tĩnh mạch để giảm phù nề.
 - o Phòng ngừa: Vaccine Hib.

2.7.11 Bệnh Bạch hầu

- Nguyên tắc xử trí (3 trụ cột):
 - o Kháng độc tố bạch hầu (DAT): Dùng ngay khi nghi ngờ, không chờ xét nghiệm.
 - o Kháng sinh: Erythromycin hoặc Penicillin để diệt vi khuẩn.
 - o Hỗ trợ & xử trí tắc nghẽn: Theo dõi sát tại ICU.

2.7.12 Hen tim:

- Điều trị suy tim: Lợi tiểu, thuốc giãn mạch, thuốc điều trị suy tim (ACEI/ARB, chẹn beta...).
- Thở oxy.

2.7.13 Rối loạn chức năng dây thanh âm (VCD):

- Liệu pháp ngôn ngữ trị liệu để kiểm soát hơi thở và chức năng dây thanh.
- Điều trị các yếu tố đi kèm (GERD, viêm mũi xoang).

2.7.14 U đường thở:

- Phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, can thiệp nội soi (đặt stent, đốt laser...) tùy loại u và giai đoạn.

3 TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wheezing - StatPearls - NCBI Bookshelf, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482454/>

2. Wheezing: Causes, Treatments & When To Worry - Cleveland Clinic, <https://my.clevelandclinic.org/health/symptoms/15203-wheezing>

3. Airway Obstruction: Types, Causes, and Diagnosis - Healthline, <https://www.healthline.com/health/airway-obstruction>

4. Chapter 33-1: Approach to the Patient with Wheezing or Stridor - Case 1 - AccessMedicine, <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2715&ionid=2490624>
65

5. Wheezing: Causes, Diagnosis, Treatment, and Remedies - WebMD, <https://www.webmd.com/asthma/understanding-wheezing-basics>
6. Asthma: A Case Study - Akron Children's, <https://www.akronchildrens.org/inside/wp-content/uploads/2023/05/Asthma.pdf>
7. Wheezing Causes - Mayo Clinic, <https://www.mayoclinic.org/symptoms/wheezing/basics/causes/sym-20050764>
8. Taking a respiratory history - RnCeus.com, <https://www.rnceus.com/resp/resphx.html>
9. Wheezing and Asthma - Clinical Methods - NCBI Bookshelf, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK358/>
10. Wheezing - Pulmonary Disorders - Merck Manual Professional Edition, <https://www.merckmanuals.com/professional/pulmonary-disorders/symptoms-of-pulmonary-disorders/wheezing>
11. Asthma - Diagnosis and treatment - Mayo Clinic, <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/asthma/diagnosis-treatment/drc-20369660>
12. Asthma Diagnosis | AAFA.org, <https://aafa.org/asthma/asthma-diagnosis/>
13. Asthma or COPD? How to Tell the Difference - WebMD, <https://www.webmd.com/lung/copd/asthma-vs-copd>
14. Asthma-COPD Overlap Syndrome (ACOS) - American Lung Association, <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/asthma/learn-about-asthma/types/asthma-copd-overlap-syndrome>
15. Asthma and COPD: Differences and Similarities, <https://www.aaaai.org/tools-for-the-public/conditions-library/asthma/asthma-and-copd-differences-and-similarities>
16. Differential Diagnosis of Asthma | Environmental Medicine | ATSDR - CDC Archive, https://archive.cdc.gov/www_atsdr_cdc_gov/csem/asthma/differential_diagnosis_of_asthma.html

4 CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Câu 1: Đặc điểm nào sau đây giúp phân biệt rõ nhất giữa Hen suyễn và COPD?

- a) Sự hiện diện của thở khò khè
- b) Tiền sử hút thuốc lá kéo dài
- c) Đáp ứng với thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn
- d) Triệu chứng ho và khó thở

Câu 2: Một trẻ 18 tháng tuổi, trước đó khỏe mạnh, đột ngột xuất hiện thở rít dữ dội sau khi đang chơi với đồ vật nhỏ. Chẩn đoán nghi ngờ hàng đầu là gì?

- a) Viêm thanh khí phế quản (Croup)
- b) Viêm tiểu phế quản
- c) Hen suyễn khởi phát cấp
- d) Hít phải dị vật

Câu 3: Tiếng thở rít (stridor) chủ yếu ở thì hít vào thường gợi ý tắc nghẽn ở vị trí nào?

- a) Tiểu phế quản
- b) Phế quản gốc
- c) Thanh môn hoặc trên thanh môn
- d) Khí quản đoạn ngực

Câu 4: Phương pháp nào được coi là "tiêu chuẩn vàng" để chẩn đoán Rối loạn chức năng dây thanh âm (VCD)?

- a) X-quang ngực
- b) Đo chức năng hô hấp (Hô hấp ký)
- c) Nội soi thanh quản khi bệnh nhân có triệu chứng
- d) CT scan vùng cổ

Câu 5: Nguyên nhân phổ biến nhất gây Viêm tiểu phế quản ở trẻ nhỏ là gì?

- a) Virus cúm (Influenza virus)
- b) Virus hợp bào hô hấp (RSV)
- c) Rhinovirus
- d) Adenovirus

Đáp án: 1-b, 2-d, 3-c, 4-c, 5-b

