

A semi-transparent chest X-ray image serves as the background for the entire cover. The ribs, spine, and shoulder blades are clearly visible in a light blue/gray tone.

CHEST

A - Z RADIOLOGY

**Rakesh Misra
Andrew Planner
Mangerira Uthappa**

A-Z CHEST XRAY

Andrew Planner, BSc, MB ChB, MRCP, FRCR
Specialist Registrar in
Radiology John Radcliffe
Hospital, Oxford

Mangerira C. Uthappa, BSc, MB BS, FRCS, FRCR
Consultant Radiologist, Stoke Mandeville
Hospital Buckinghamshire Hospitals NHS Trust

Rakesh R. Misra, BSc (Hons), FRCS, FRCR
Consultant Radiologist, Wycombe Hospital
Buckinghamshire Hospitals NHS Trust

CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS

Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo

Cambridge University Press

The Edinburgh Building, Cambridge CB2 8RU, UK

Published in the United States of America by Cambridge University Press, New York

www.cambridge.org

Information on this title: www.cambridge.org/9780521691482

© Cambridge University Press 2007

This publication is in copyright. Subject to statutory exception and to the provision of relevant collective licensing agreements, no reproduction of any part may take place without the written permission of Cambridge University Press.

First published in print format 2007

ISBN-13 978-0-511-33426-9 eBook (EBL)

ISBN-10 0-511-33426-5 eBook (EBL)

ISBN-13 978-0-521-69148-2 paperback

ISBN-10 0-521-69148-6 paperback

Cambridge University Press has no responsibility for the persistence or accuracy of urls for external or third-party internet websites referred to in this publication, and does not guarantee that any content on such websites is, or will remain, accurate or appropriate.

For my late father, Charles – a brilliant man!

A. C. P.

Dedicated to my late father Major M.M. Chinnappa for providing support and inspiration.

M. C. U.

Dedicated to the next generation; my beautiful children, Rohan, Ela and Krishan.

R. R. M.

MỤC LỤC

<i>Từ viết tắt</i>	<i>page X</i>
PHẦN I XQ cơ bản	1
Đánh giá chất lượng phim	1
Các yếu tố phụ thuộc	3
Các mốc giải phẫu quan trọng	7
Phổi và màng phổi	11
Cơ hoành	13
Xương và mô mềm	14
Phim bên	16
PHẦN II A-Z XQ NGỰC	19
Abscess – Áp xe	22
Achalasia – co thắt tâm vị	26
Alveolar microlithiasis – vi sạn phế nang	28
Aneurysm of the pulmonary artery – phình động mạch phổi	30
Aortic arch aneurysm – phình quai động mạch chủ	32
Aortic rupture – vỡ động mạch chủ	36
Asbestos plaques – bệnh phổi do bụi amiang	38
Asthma - hen	42
Bochdalek hernia – thoát vị bochdalek	46
Bronchiectasis - giãn phế quản	48
Bronchocele – giãn nhánh phế quản	52
Calcified granulomata – u hạt vôi hoá	54
Carcinoma - ung thư phổi	56
Cardiac aneurysm – phình mạch tim	60
Chronic obstructive pulmonary disease - COPD	62
Coarctation of the aorta – hẹp động mạch chủ	66
Collapsed lung – xẹp phổi	68
Consolidated lung – đông đặc phổi	76

Diaphragmatic hernia – acquired – thoát vị hoành mắc phải	82
Diaphragmatic hernia – congenital – thoát vị hoành bẩm sinh	84
Embolic disease- nhồi máu phổi	86
Emphysematous bulla – bóng khí ở phổi	90
Extrinsic allergic alveolitis – viêm phế nang do dị ứng ngoại lai	92
Flail chest – mảng sườn di động	96
Foregut duplication cyst – nang đôi tiêu hoá ở phổi	100
Foreign body – inhaled – hít phải dị vật	102
Foreign body – swallowed – nuốt dị vật	104
Goitre – bướu giáp	106
Haemothorax – tràn máu lồng ngực	108
Heart failure – suy tim	110
Hiatus hernia – thoát vị khe (hiatus)	114
Idiopathic pulmonary fibrosis – xơ hoá phổi nguyên phát	118
Incorrectly sited central venous line – đặt PVC sai vị trí	122
Kartagener syndrome – hội chứng Kartagener	124
Lymphangioliomyomatosis - u cơ bạch huyết	126
Lymphoma – u bạch huyết	128
Macleod’s syndrome- hội chứng Macleod	132
Mastectomy – cắt tuyến vú	134
Mesothelioma – u trung biểu mô	136
Metastases – di căn	138
Neuroenteric cyst – nang thần kinh ruột	142
Neurofibromatosis – u xơ thần kinh	144
Pancoast tumour – u pancoast (u kê cao)	148
Pectus excavatum – lồng ngực lõm	152
Pericardial cyst – nang màng tim	154
Pleural effusion – tràn dịch màng phổi	156
Pleural mass – u màng phổi	162
Pneumoconiosis – bụi phổi	164
Pneumoperitoneum – tràn khí màng bụng	168
Pneumothorax – tràn khí lồng ngực	170
Poland’s syndrome – hội chứng Poland	174
Post lobectomy/post pneumonectomy – sau cắt thùy phổi	176

YhocData.com

Progressive massive fibrosis – xơ hoá tiến triển	180
Pulmonary arterial hypertension – tăng áp động mạch phổi	182
Pulmonary arteriovenous malformation – dị dạng động tĩnh mạch phổi	184
Sarcoidosis	186
Silicosis bụi silic	190
Subphrenic abscess – áp xe dưới cơ hoành	192
Thoracoplasty – tạo hình lồng ngực	194
Thymus – malignant thymoma – u tuyến ức ác tính	196
Thymus – normal – u tuyến ức bình thường	200
Tuberculosis - lao	202
Varicella pneumonia – viêm phổi do Varicella	206
Wegener’s granulomatosis – u hạt Wegener	208
Westermarck’s sign – dấu hiệu westermarck	210

ABBREVIATIONS – TỪ VIẾT TẮT

ABC	Airways, breathing and circulation
ABPA	Allergic bronchopulmonary aspergillosis
ACE	Angiotensin converting enzyme
c-ANCA	Cytoplasmic anti neutrophil cytoplasmic antibodies p-ANCA Perinuclear anti neutrophil cytoplasmic antibodies AP Antero-posterior
ARDS	Adult respiratory distress syndrome
α 1-AT	Alpha-1 antitrypsin
AVM	Arteriovenous malformation
BAC	Broncho-alveolar cell carcinoma
BiPAP	Bilevel positive airway pressure
BOOP	Bronchiolitis obliterating organising pneumonia CCAM Congenital cystic adenomatoid malformation CNS Central nervous system
COP	Cryptogenic organising pneumonia COPD Chronic obstructive pulmonary disease CT Computed tomography
3D-CT	3-Dimensional computed tomography CVA Cerebrovascular accident
CXR	Chest X-ray
DIP	Desquamative interstitial pneumonitis
EAA	Extrinsic allergic alveolitis
Echo	Echocardiography
ENT	Ear, nose and throat
FB	Foreign body
FEV ₁	Forced expiratory volume in 1s
FVC	Forced vital capacity
GI	Gastrointestinal
GOJ	Gastro-oesophageal junction
HD	Hodgkin's disease
HRCT	High-resolution computed tomography HU Hounsfield unit
IHD	Ischaemic heart disease
IV	Intravenous
IVC	Inferior venacava
LAM	Lymphangiomyomatosis
LCH	Langerhans' cell histiocytosis
LIP	Lymphocytic interstitial pneumonitis
LV	Left ventricle

M, C & S	Microscopy, culture and sensitivity MRA
MRI	Magnetic resonance angiography
NBM	Magnetic resonance imaging
NF1	Nil by mouth
NF2	Neurofibromatosis type 1
NGT	Neurofibromatosis type 2
NHL	Nasogastric tube
NSAID	Non-Hodgkin's lymphoma
NSCLC	Non-steroidal Antiinflammatory drug
NSIP	Non small cell lung cancer
OB	Non-specific interstitial pneumonitis
OGD	Obliterative bronchiolitis
PA	Oesophago-gastro duodenoscopy
$p\text{CO}_2$	Postero-anterior
PCP	Partial pressure of carbon dioxide
PDA	Pneumocystis pneumonia
PE	Patent ductus arteriosus
PEEP	Pulmonary embolus
PET	Positive end expiratory pressure ventilation
PMF	Positron emission tomography
$p\text{O}_2$	Progressive massive fibrosis
PPH	Partial pressure of oxygen
PUO	Primary pulmonary hypertension
RA	Pyrexia of unknown origin
RA	Rheumatoid arthritis
RBILD	Right atrium
shunt	Respiratory bronchiolitis interstitial lung disease R-L
RTA	Right to left shunt
RV	Road traffic accident
<i>S. aureus</i>	Right ventricle
SCLC	<i>Staphylococcus aureus</i>
SOB	Small cell lung cancer
SVC	Shortness of breath
T1	Superior vena cava
T2	T1 weighted magnetic resonance imaging
TB	T2 weighted magnetic resonance imaging
TIA	Tuberculosis
TOE	Transient ischaemic attack
UIP	Trans-oesophageal echocardiography
US	Usual interstitial pneumonitis
V/Q	Ultrasound
VSD	Ventilation/perfusion scan
	Ventricular septal defect

YhocData.com

XQ CƠ BẢN

I

• ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG PHIM	1
• CÁC YẾU TỐ PHỤ THUỘC	3
• CÁC MỐC GIẢI PHẪU QUAN TRỌNG	7
• PHỔI VÀ MÀNG PHỔI	11
• CƠ HOÀNH	13
• XƯƠNG VÀ PHẦN MỀM	14
• ĐÁNH GIÁ PHIM BÊN	16

Khi đọc phim phải đánh giá chất lượng phim trước tiên. Hỏi tiền sử bệnh, tên và các yếu tố phụ thuộc.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG PHIM

Phim đúng tên và chiều?

Đây là lỗi hay gặp nhất.

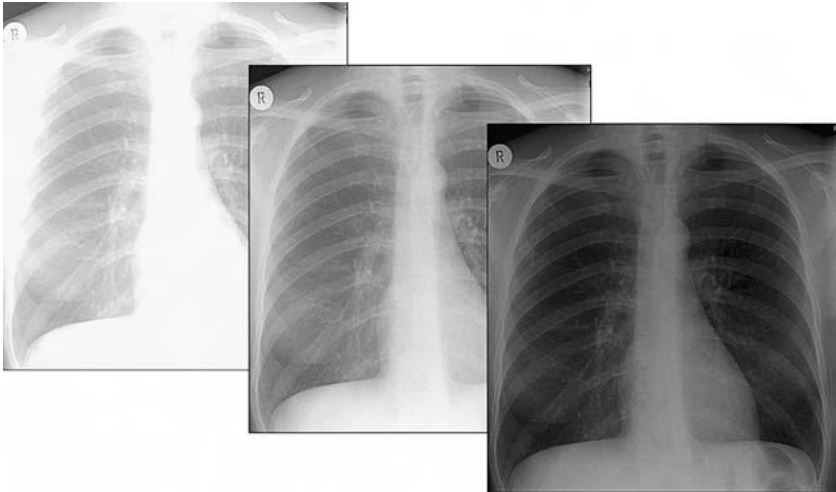
Kiểm tra cái gì?

- Có đúng phim của bệnh nhân không? Kiểm tra tên trên phim
- Trái phải có đánh dấu đúng không hay bệnh nhân có đảo ngược phù tạng?
- Cuối cùng kiểm tra đây là phim AP hay PA

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG PHIM

Lượng tia có đủ không?

- Với lượng tia chiếu nhiều, các đốt sống sẽ nhìn thấy rõ sau bóng tim.
- Nếu không thấy thân đốt sống, có thể lượng tia qua ít dẫn đến nhìn phim quá trắng.
- Tương tự nếu lượng tia quá nhiều sẽ dẫn đến phim quá đen.



Ảnh hưởng của lượng tia tới chất lượng phim

Đây là phim AP (trước sau) hay PA (sau trước)?

- Hầu hết phim chụp ở tư thế PA, bệnh nhân đứng trước phim và áp ngực vào bản phim và quay lưng về phía nguồn phát tia. ở phim này tim và trung thất
- Khi chụp phim AP bệnh nhân nằm hoặc áp lưng vào bản phim, trung thất và tim sẽ gần với nguồn phát tia nên sẽ bị phóng đại, rất khó đánh giá tim và trung thất trên phim này.



Đường viền bóng tim và trung thất phóng đại trên phim AP.

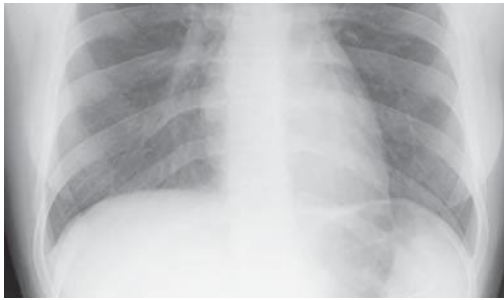
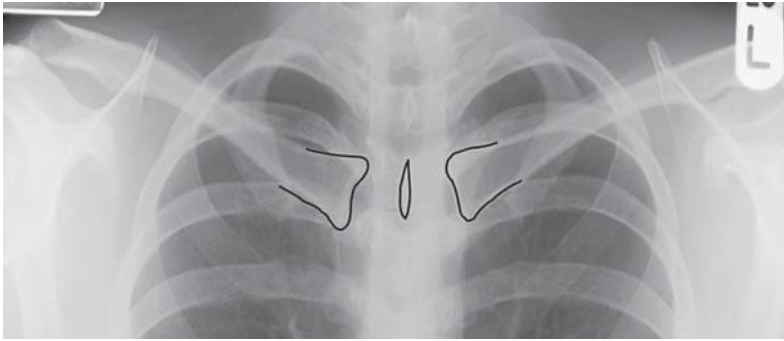


Trên phim PA trung thất hoàn toàn bình thường

YẾU TỐ PHỤ THUỘC BỆNH NHÂN

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN XOAY

Chinh tư thế bệnh nhân rất quan trọng. tư thế bệnh nhân không chuẩn có thể làm lồng ngực méo mó, cấu trúc tim, phổi, xương và mô mềm có thể xuất hiện nhiều lên, mất hoặc khó thấy dẫn đến đọc nhầm bệnh lý



Phim chuẩn. 2 đầu xương sườn cách đều đường giữa (mỏm gai)



Bệnh nhân xoay trái. Lưu ý mỏm gai gần xương đòn phải hơn và phổi trái đen hơn

- Trên phim chuẩn CXR, 2 đầu xương sườn xuất phát và cách đều đường giữa.
- Nếu bệnh nhân xoay khi chụp, có thể so sánh 2 bên lồng ngực. nếu 1 bên phổi tối hơn bên kia chứng tỏ khi chụp bệnh nhân xoay người

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN HÍT VÀO

Phải đảm bảo bệnh nhân đã hít vào hết sức khi chụp phim CRX

- Đánh giá bệnh nhân hít vào hết sức rất đơn giản
- Đếm số xương sườn nhìn thấy ở trước và sau.
- Nếu đếm được 6 xương sườn trước và mười xương sườn sau là bệnh nhân đã hít vào đủ.
- Thấy dưới 6 xương sườn trên phim chứng tỏ bệnh nhân hít không đủ.



6 xương sườn phía trước và 10 xương sườn phía sau nhìn thấy rõ ràng



Khi hít vào kém, chỉ thấy 4 xương sườn phía trước. Sẽ có hình ảnh giả như bóng tim to, khối cạnh cung động mạch chủ và mờ góc sườn hoành 2 bên.



Cũng bệnh nhân đó khi hít vào tối đa cho hình ảnh bình thường

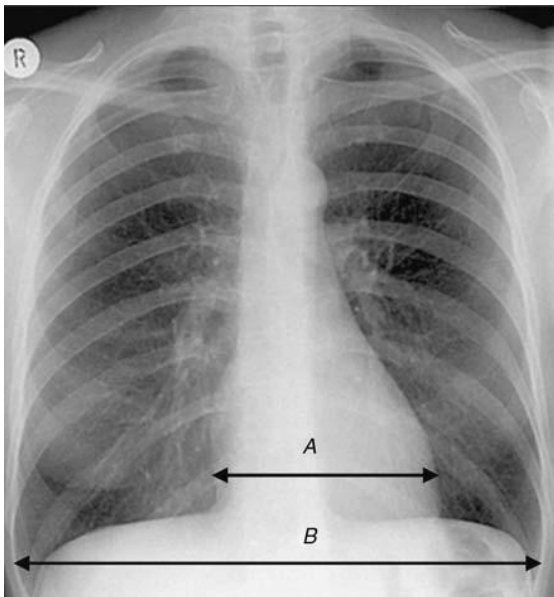
- Khi hít vào không đủ hoặc thở ra khi chụp sẽ có các hình ảnh giả:
 - Bóng tim to
 - Rốn phổi bất thường
 - Bờ ngoài trung thất bất thường
 - Nhu mô phổi tăng đậm độ (phổi trắng)

CÁC MỐC PHẢI PHẪU QUAN TRỌNG

Tim và trung thất

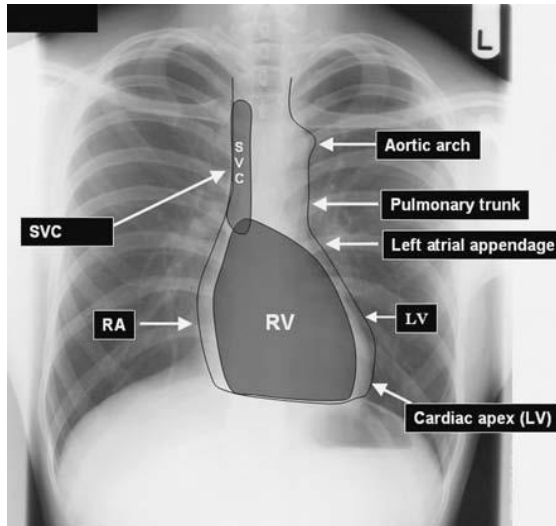
Đánh giá kích thước bóng tim

- Tỷ lệ tim ngực dưới 0.5.
- $A/B < 0.5$.
Tỷ lệ tim ngực > 0.5 (trên phim chuẩn) gợi ý tim to.



Đánh giá hình dạng tim – trung thất

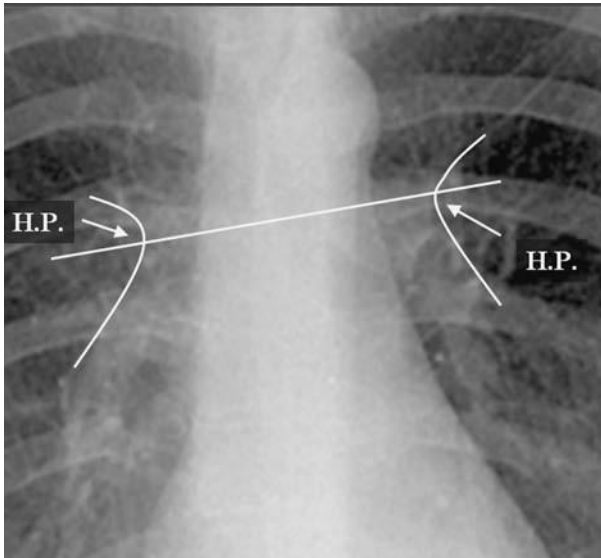
- Bên phải:
 - SVC –tĩnh mạch chủ trên
 - RA – nhĩ phải
- Đằng trước:
 - RV thất phải
- Đỉnh tim:
 - Thất trái
- Bên trái:
 - LV thất trái
 - Phần nhô ra của nhĩ trái
 - Thân động mạch phổi
 - Cung động mạch chủ



Đánh giá rốn phổi

Cả 2 rốn phổi đều lõm do tĩnh mạch phổi thùy trên đi qua động mạch phổi thùy dưới. Điểm giao nhau gọi là rốn phổi hilar point (HP).

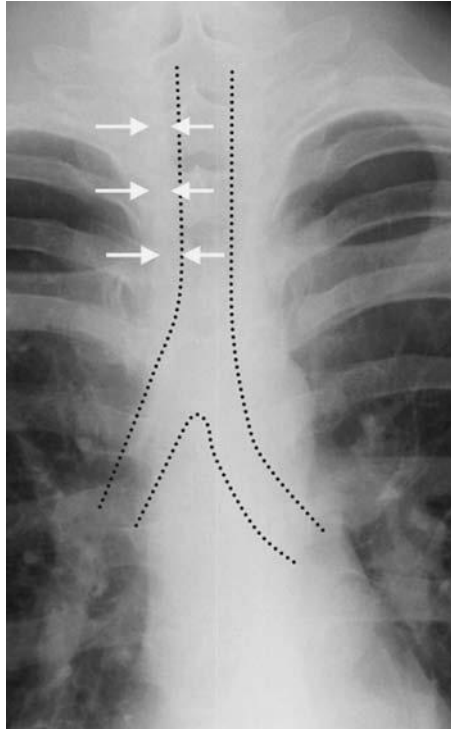
- 2 rốn phổi có đậm độ như nhau
- Rốn phổi trái cao hơn bên phải 1 cm.



Đánh giá khí quản

- Khí quản nằm ngay bên phải đường giữa, nhưng có thể do bệnh lý đẩy hoặc kéo sang hai bên, gián tiếp gây bất thường các hình ảnh bên dưới
- Thành bên phải của khí quản nhìn rõ gọi là sọc cạnh khí quản

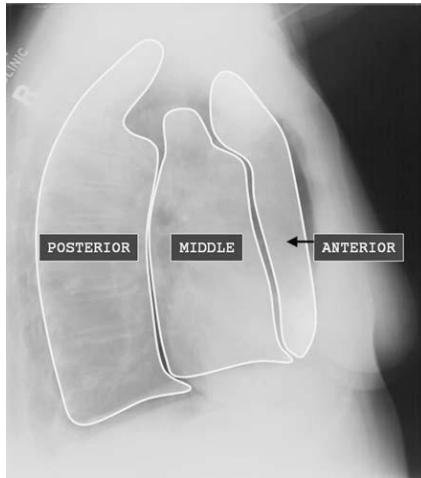
- Sọc cạnh khí quản nhìn bởi dấu hiệu bóng khí: do không khí trong lòng khí quản tiếp giáp đỉnh phổi bên phải
- Mất hoặc dày lên hình ảnh sọc cạnh khí quản gợi ý bệnh lý
- Khí quản ở vị trí bình thường, hơi lệch phải nên sọc cạnh khí quản nhìn rõ ở bên phải.



ĐÁNH GIÁ TRUNG THẮT

Trung thất gồm 3 khoang

- *Trung thất trước*: trước bóng tim và khí quản
- *Trung thất giữa*: giữa trung thất trước và trung thất sau
- *Trung thất sau*: sau bóng tim



PHỔI VÀ MÀNG PHỔI

GIẢI PHẪU THUYỀN PHỔI

Có ba thùy ở phổi phải và hai ở phổi trái. Thùy trái cũng có thùy lưỡi; như 1 thùy riêng nhưng giải phẫu tương đương với một phần của thùy trên

Phổi phải

- Thùy trên
- Thùy giữa
- Thùy dưới

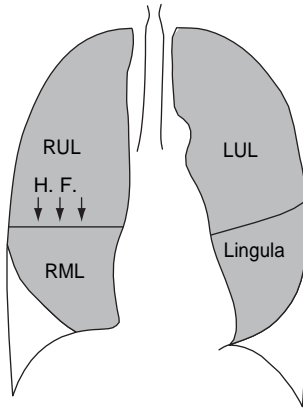
Phổi trái

- Thùy trên (gồm cả thùy lưỡi)
- Thùy dưới

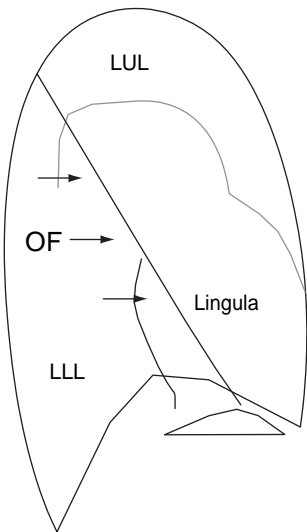
Giải phẫu màng phổi

Màng phổi có 2 lớp màng: lá thành và lá tạng

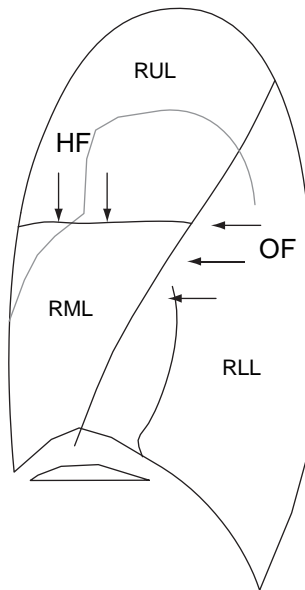
- Cả 2 lớp có những đoạn dính với nhau bao bọc xung quanh phổi tạo thành rãnh liên thùy.
- Thủy bên phải có 1 rãnh chéo (OF oblique fissure) và 1 rãnh ngang (HF horizontal fissure)



Giải phẫu thùy phổi và màng phổi nhìn từ mặt trước



Giải phẫu thùy và màng phổi trái – Mặt bên



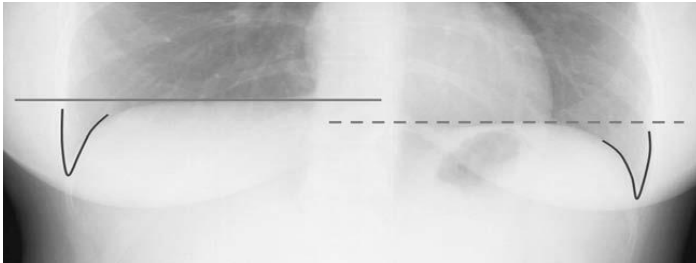
thùy và màng phổi phải – Mặt bên

- Bên trái có rãnh chéo chia thủy trên và thủy dưới

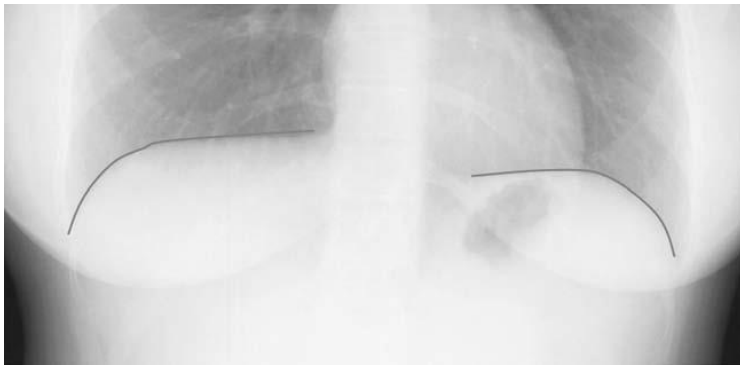
Vòm hoành

Đánh giá vòm hoành

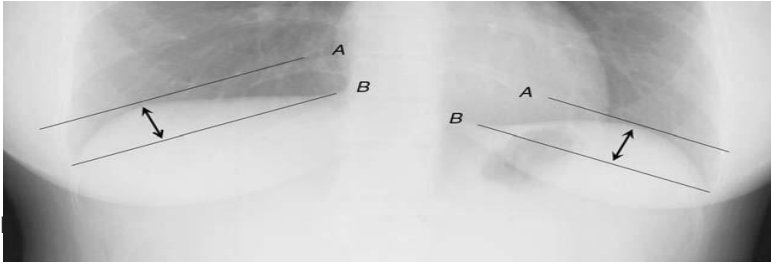
Xem kỹ cơ hoành từng bên. Điểm cao nhất của vòm hoành phải thường cao hơn bên trái 1-1,5 cm. Góc sườn hoành nhìn rõ đường nét ở cả 2 bên.



Vòm hoành phải cao hơn vòm hoành trái. 2 góc sườn hoành rõ nét



Hình dáng 2 nửa vòm hoành liên tục, rõ nét

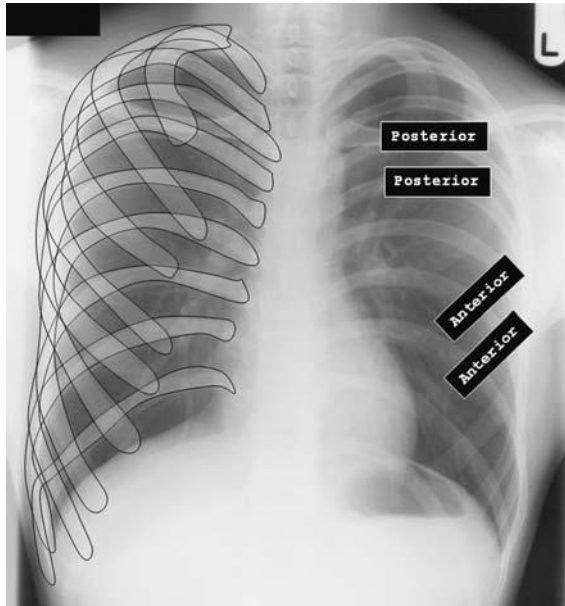


- Đánh giá độ cong của 2 vòm hoành. Vòm hoành dẹt khi khoảng cách A-B dưới 1,5cm

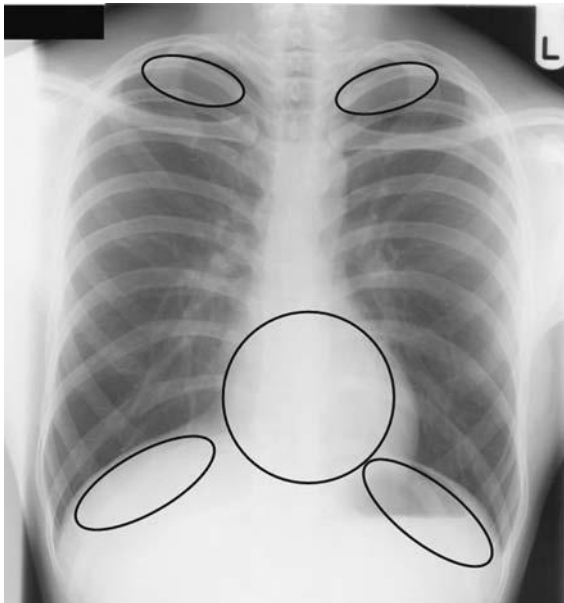
Xương và phần mềm

Đánh giá xương và phần mềm

- Đây là khu vực khi đánh giá phim cxr người ta thường bỏ qua. Chỉ đánh giá tim, phổi là chính.
- Phải rà soát tất cả các xương sườn (từ trước đến sau), xương cột sống và khớp vai
- Sau khi kiểm tra các xương và mô mềm, nhớ kiểm tra các vùng ẩn.
 - Đỉnh phổi
 - Vùng sau tim
 - Dưới cơ hoành.



Kiểm tra kỹ các xương sườn (trước – sau), xương đòn, đốt sống và vai



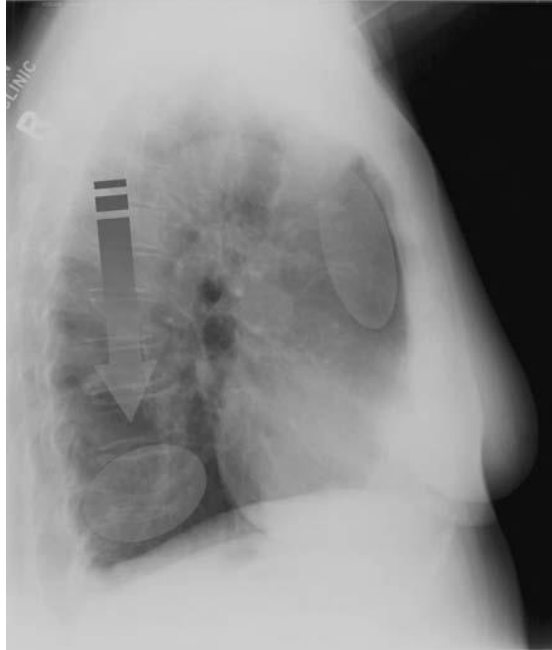
Vùng ảnh

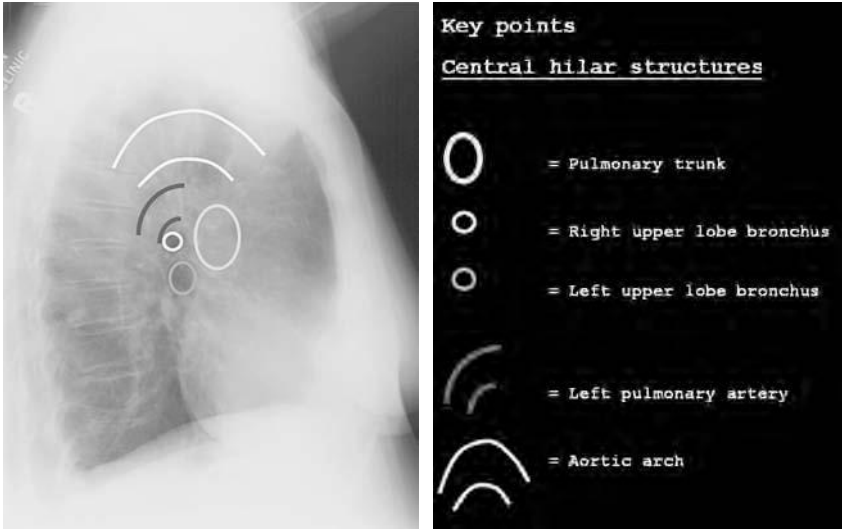
Phim CXR chụp mặt bên

Các mốc giải phẫu quan trọng ở phim bên

Mốc cần nhớ

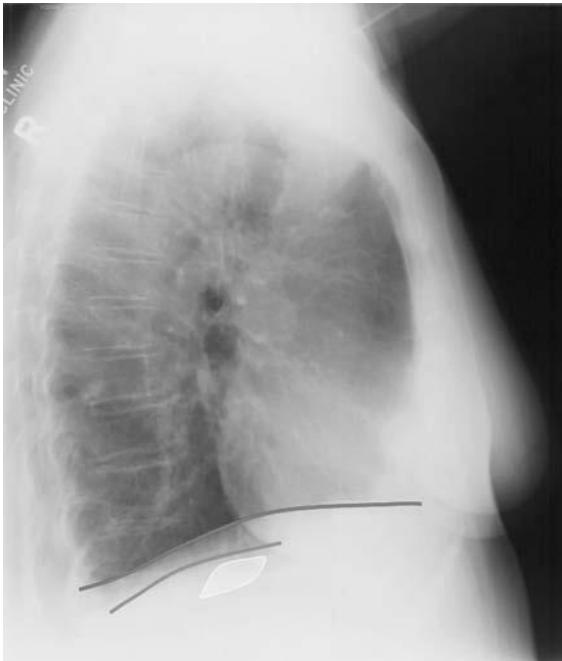
- Hình ảnh giảm đậm độ từ trên xuống dưới ở trung thất sau
- Vùng sau xương ức có mật độ tương tự như sau bóng tim.





Vòm hoành

Vòm hoành phải thường cao hơn vòm hoành trái. Cạnh của vòm hoành phải nhìn thấy từ sau ra trước ở thành ngực, cạnh ở vòm hoành trái dừng ở sau bóng tim. Bóng hơi dạ dày nằm dưới vòm hoành trái.



Biết đọc bóng phim

Các bóng trên phim lần đầu tiên được mô tả bởi Felson vào năm 1950 phát hiện và khoanh vùng bất thường trong phim ngực.

Để cho một đối tượng bất kỳ xuất hiện trên vùng riêng biệt trên một phim CXR, nó phải mật độ khác với cấu trúc lân cận.

Nói chung chỉ có bốn loại mật độ khác nhau được phát hiện trên X quang: khí, mỡ, mô mềm và xương (nghĩa là canxi). Nếu hai mật độ mô mềm nằm liền kề với nhau, chúng sẽ không thể phân biệt được ranh giới trên phim (ví dụ tâm thất bên trái và phải). Tuy nhiên, nếu hai mật độ như vậy được tách ra bằng khí thì ranh giới của cả hai sẽ được nhìn thấy.

Ứng dụng:

Có thể khoanh vùng bất thường trên CXR mà không cần chụp phim mật bên (nghiêng). Ví dụ, nếu một khối nằm liền kề và xoá đi ranh giới cung động mạch chủ thì có thể do khối này nằm phía sau. Nếu nhìn rõ cung động mạch chủ và khối này rõ ràng thì khối này nằm phía trước.

Mất ranh giới vòm hoành, tim hay các cấu trúc có nghĩa là có bóng mô mềm tiếp giáp với chúng như trong đông đặc phổi

• ABSCESS	22
• ACHALASIA	26
• ALVEOLAR MICROLITHIASIS	28
• ANEURYSM OF THE PULMONARY ARTERY	30
• AORTIC ARCH ANEURYSM	32
• AORTIC RUPTURE	36
• ASBESTOS PLAQUES	38
• ASTHMA	42
• BOCHDALEK HERNIA	46
• BRONCHIECTASIS	48
• BRONCHOCELE	52
• CALCIFIED GRANULOMATA	54
• CARCINOMA	56
• CARDIAC ANEURYSM	60
• CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	62
• COARCTATION OF THE AORTA	66
• COLLAPSED LUNG	68
• CONSOLIDATED LUNG	76
• DIAPHRAGMATIC HERNIA – ACQUIRED	82
• DIAPHRAGMATIC HERNIA – CONGENITAL	84
• EMBOLIC DISEASE	86
• EMPHYSEMATOUS BULLA	90
• EXTRINSIC ALLERGIC ALVEOLITIS	92

• FLAIL CHEST	96
• FOREGUT DUPLICATION CYST	100
• FOREIGN BODY – INHALED	102
• FOREIGN BODY – SWALLOWED	104
• GOITRE	106
• HAEMOTHORAX	108
• HEART FAILURE	110
• HIATUS HERNIA	114
• IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS	118
• INCORRECTLY SITED CENTRAL VENOUS LINE	122
• KARTAGENER SYNDROME	124
• LYMPHANGIOLEIOMYOMATOSIS	126
• LYMPHOMA	128
• MACLEOD'S SYNDROME	132
• MASTECTOMY	134
• MESOTHELIOMA	136
• METASTASES	138
• NEUROENTERIC CYST	142
• NEUROFIBROMATOSIS	144
• PANCOAST TUMOUR	148
• PECTUS EXCAVATUM	152
• PERICARDIAL CYST	154
• PLEURAL EFFUSION	156
• PLEURAL MASS	162
• PNEUMOCONIOSIS	164
• PNEUMOPERITONEUM	168
• PNEUMOTHORAX	170
• POLAND'S SYNDROME	174
• POST LOBECTOMY/POST PNEUMONECTOMY	176
• PROGRESSIVE MASSIVE FIBROSIS	180

• PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION	182
• PULMONARY ARTERIOVENOUS MALFORMATION	184
• SARCOIDOSIS	186
• SILICOSIS	190
• SUBPHRENIC ABSCESS	192
• THORACOPLASTY	194
• THYMUS – MALIGNANT THYMOMA	196
• THYMUS – NORMAL	200
• TUBERCULOSIS	202
• VARICELLA PNEUMONIA	206
• WEGENER'S GRANULOMATOSIS	208
• WESTERMARK'S SIGN	210

Abscess – ÁP XE

Đặc điểm

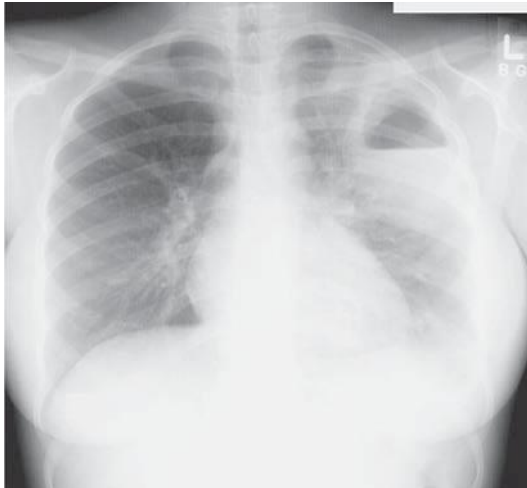
- Là ổ nhiễm khuẩn.
- Đơn độc hoặc đa ổ
- Vi khuẩn (*Staphylococcus aureus*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*, TB và vi khí) hoặc nấm là nguyên nhân hay gặp nhất.
- Ổ áp xe nguyên phát hoặc ổ đơn độc lớn mà không có bệnh phổi trước đó thường do vi khuẩn kỵ khí.
- Thường kết hợp với các yếu tố như suy giảm miễn dịch, tuổi già, ĐTĐ, nghiện rượu, hút thuốc...

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Thường có yếu tố nguy cơ như chọc hút dịch màng phổi hoặc suy giảm miễn dịch.
- Ho có đờm mủ
- Sốt dao động
- Nên nghĩ đến áp xe nếu điều trị kháng sinh không đáp ứng.
- Có thể sút cân hoặc chán ăn giống như trong ung thư phổi.

XQUANG

- Thường gặp ổ áp xe ở thùy trên phía sau hoặc vùng trên thùy dưới của phổi.
- CXR có thể bình thường trong 72h đầu
- CXR – có khối hình cầu đường kính thường > 2cm nhưng có thể đến 12cm. Thường có mức dịch- hơi
- Đặc trưng của ổ áp xe trên phim thẳng và phim bên không thay đổi kích thước.
- CT giúp mô tả tổn thương và phân biệt với các tổn thương khác. Vách ổ áp xe dày có thể chứa khí tự do. Ổ áp xe giới hạn bởi màng phổi, không chèn ép nhu mô phổi. Ổ áp xe không vượt quá rãnh liên thùy. Điều quan trọng là xem có xâm nhập phế quản hay không (rò phế quản – màng phổi)



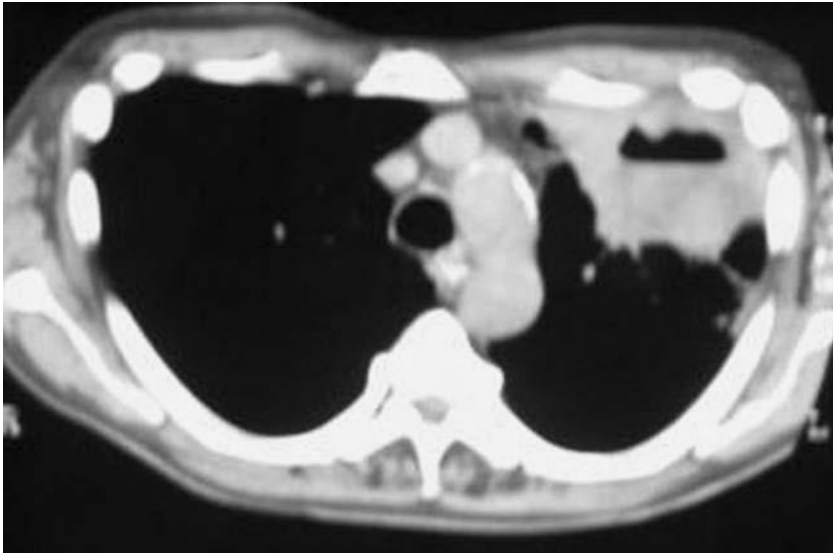
Áp xe thùy trên phổi trái trên phim thẳng và bên

Chẩn đoán phân biệt

- **Rò phế quản-màng phổi** – khối này thông với phế quản và thấy đường rò trên phim CT
- **Viêm mũ màng phổi** – trên phim nhìn rõ ranh giới và tạo góc tù với màng phổi.
- **U phổi nguyên phát hoặc thứ phát** (ví dụ ung thư tế bào vảy) - những tổn thương có tiến triển chậm không đau. Không đáp ứng với điều trị kháng sinh.
 - TB lao (thường tái hoạt động) – nên nghi ngờ khi đáp ứng chậm với điều trị. Ngoài ra nghi đến lao khi thấy có hạch lympho hoặc vôi hoá phổi.

Điều trị

- Cấy đờm
- Dùng kháng sinh.
- Vỗ rung
- Có thể dẫn lưu màng phổi qua da
- Cuối cùng, một số tổn thương không đáp ứng với điều trị và lan ra mô mềm kèm theo khó chịu, giảm cân cần sinh thiết để loại trừ khối u nằm bên dưới (ví dụ ung thư biểu mô tế bào vảy).



Áp xe phổi thùy trên trái ở bệnh nhân khác

Achalasia – cơ thắt tâm vị

Đặc điểm

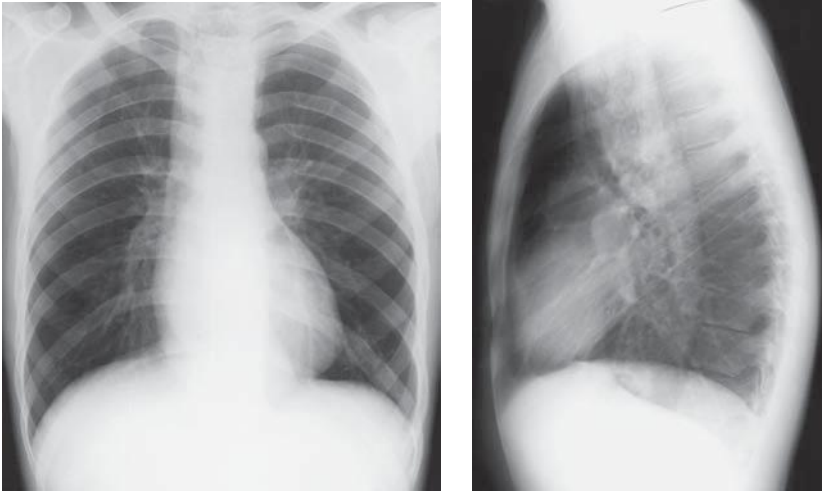
- Achalasia hay megaesophagus (phì đại thực quản) do mất nhu động và co thắt của cơ thắt thực quản dưới.
- Achalasia nguyên phát hoặc vô căn là do sự thoái hóa của đám rối Auerbach.
- Hiếm khi kèm theo nhiễm trùng
- Achalasia thứ phát hoặc giả achalasia do đi căn vào đám rối ruột từ tử cung hoặc ung thư hạch.
- Ung thư biểu mô thực quản xảy ra ở 2-7% bệnh nhân achalasia.

Đặc điểm lâm sàng

- thường gặp ở 20-40 tuổi
- tiền sử nuốt khó, đặc biệt với chất lỏng
- đứng thẳng nuốt dễ hơn
- 90% có sút cân

XQUANG

- CXR – có mức dịch hơi ở thực quản vị trí đường giữa sau xương ức nhưng có thể ở cổ. có khối mờ lồi ra ở đằng sau bên phải bóng tim, nhưng cũng có thể có ở bên trái. Vụn thức ăn có thể thấy ở đường giữa sau xương ức.
- Khi chụp nuốt Bari lúc đầu sẽ thấy thực quản giãn 1/3 trên, nhu động giảm, co thắt bất thường. có hình “mò chim” thon nhọn ở ngã ba dạ dày-thực quản (GOJ) do thuốc xuống chậm.



Achalasia: Một đường có mật độ mờ nhìn thấy song song với đường viền trung thất phải. hông thấy bóng hơi dạ dày. ở phim bên toàn bộ thực quản giãn và tăng tỉ trọng do các mảnh vụn thức ăn nhỏ

chẩn đoán phân biệt

- Phân biệt giả achalasia ác tính. Thường gặp lứa tuổi trên 50 và khởi phát nhanh (< 6 tháng).
- **Co thắt thực quản lan tỏa** (diffuse esophageal spasm - DES) cũng có biểu hiện tương tự như achalasia nhưng đau ngực ít hơn, phân biệt bởi phim chụp barit và đo áp lực thực quản.

Điều trị

- Tiêm độc tố botulinum có hiệu quả nhưng chỉ tác dụng 6 tháng
- Theo dõi đề phòng ung thư thực quản
- Phẫu thuật mở cơ tâm vị - Heller

Alveolar microlithiasis –

Vi sạn phế nang

đặc điểm

- Đây là bệnh hiếm chưa rõ nguyên nhân, đặc trưng ở nhiều sạn nhỏ ở khắp các phế nang.
- 50% có tính chất gia đình
- Liên quan giới (M ¼ F).
- Thường không triệu chứng
- Hay gặp ở 30-50 tuổi

Đặc điểm lâm sàng

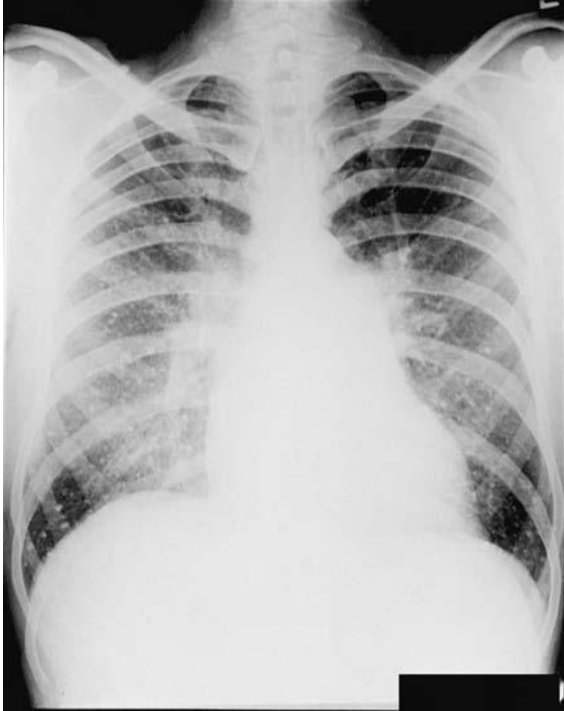
- Phần lớn không triệu chứng (70%).
- Tiến triển bệnh khác nhau
- khó thở khi gắng sức là triệu chứng phổ biến và đa số bệnh nhân vẫn ổn định trên lâm sàng suốt cuộc đời
- tím tái và ngón tau hình chùy gặp ở 1 số bệnh nhân. Số ít tiến triển xơ hoá phổi
- nồng độ canxi và photpho máu bình thường.

X QUANG

- CXR – rất nhiều nốt như sạn nhỏ (<1 mm). khuếch tán khắp phổi. xơ hoá có thể kèm theo các bóng sáng nhỏ ở đỉnh phổi. trường hợp mạn tính có thể giãn động mạch phổi trong tăng áp động mạch phổi thứ phát.

Chẩn đoán phân biệt

- Phân biệt chủ yếu với u hạt vô bào lạnh tính, đặc biệt là sau nhiễm virus và bệnh bụi phổi vô cơ như hít các kim loại nặng ở khu công nghiệp.



Bệnh vi sạn phế nang. Nhiều nốt nhỏ tăng tỉ trọng khuếch tán khắp 2 phổi

Điều trị

- Không có điều trị đặc hiệu. cần theo dõi triệu chứng và đánh giá chức năng phổi ở những bệnh nhân tiến triển xơ hoá phổi và thiếu năng phổi

Aneurysm of the pulmonary artery

Phình mạch động mạch phổi

Đặc điểm

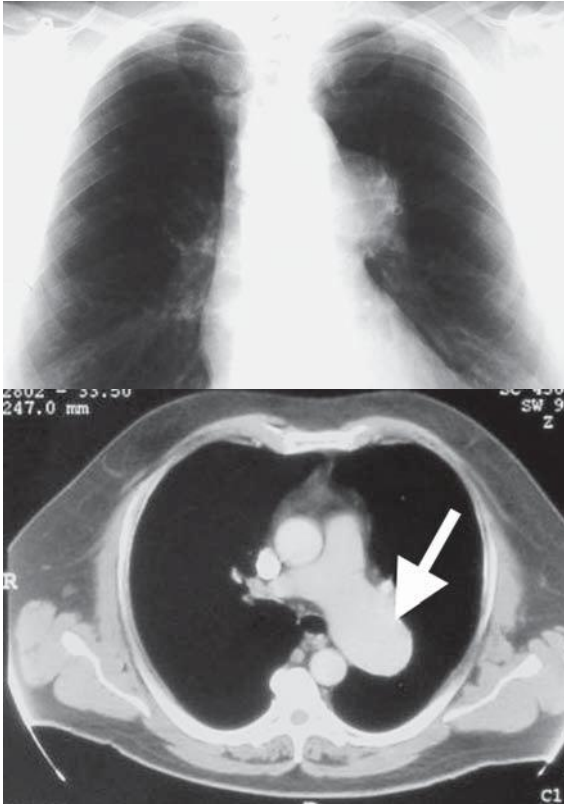
- Thường gặp giãn ở gốc hoặc nhánh chính động mạch phổi do bẩm sinh hay mắc phải
- Bẩm sinh – thường hiếm gặp ở phụ nữ trẻ có giãn động mạch phổi gốc. Bệnh nhân thường không có triệu chứng, tính tế nghe thấy tiếng thổi tâm thu nhẹ ở động mạch phổi. **không có biến chứng đáng kể.**
- Mắc phải
 - Nhiễm khuẩn (ví dụ TB, phình mạch Rasmussen do nhiễm nấm hoại tử gây giãn thành động mạch).
 - Rối loạn collagen thành mạch (hội chứng Marfan).
 - viêm (ví dụ viêm động mạch Takayasu).
 - Bệnh Behçet's. giãn động mạch trong hội chứng Hughes-Stovin
 - Sau chấn thương hoặc can thiệp mạch
 - Sau đặt stent nong van động mạch phổi hẹp.
 - Bệnh huyết khối tắc mạch
 - Kết hợp với u phế quản gốc

Đặc điểm lâm sàng

- Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào nguyên nhân và vị trí khối phình.
- Tồn thương do phình bẩm sinh ít gặp và không biểu hiện triệu chứng
- Tồn thương mắc phải – thường ho ra máu. Vỡ phình mạch có thể dẫn đến tử vong.
- Nhiều trường hợp chẩn đoán được phát hiện khi can thiệp.

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

- CXR –phình tách động mạch phổi khó phát hiện trên phim xq thường. thông thường phình động mạch nằm ở khu vực có hình ảnh đồng đặc và khó đánh giá đầy đủ trên CXR.
- CT cho phép đánh giá cụ thể về kích thước, vị trí cũng như mức độ của phình động mạch.
- CT cũng cho phép đánh giá thêm về nguyên nhân, Tăng đậm độ 1 khối ở phổi cũng có thể do phình mạch. Thiếu vách động mạch và tiền sử chấn thương cũng có thể đọc nhầm là phình động mạch phổi



Phình động mạch phổi, rốn phổi trái có khối có tỉ trọng tương tự rốn phổi phải. Chú ý 1 điểm tĩnh mạch có thể thấy đi qua khối này. CT giúp xác định chẩn đoán (mũi tên)

Chẩn đoán phân biệt

- Các nguyên nhân đã nêu ở trên

Điều trị

- Phụ thuộc vào biểu hiện lâm sàng
- Cây đờm, ECG, sinh thiết thành động mạch để chẩn đoán xác định.
- Điều trị phải xác định được chính xác nguyên nhân
- có thể phẫu thuật hoặc nội soi mạch đặt stent.

Aortic arch aneurysm

PHÌNH CUNG ĐỘNG MẠCH CHỦ

Đặc điểm

- Thường giãn ở động mạch chủ ngực. đường kính trung bình của động mạch chủ ngực < 4.5 cm. đây là bất thường trong trung thất về mạch hay gặp nhất. đa số phình mạch hình thoi (1 số hình túi), kết hợp với xơ vữa động mạch và tuổi hay mắc trung bình 65 tuổi

Phình tách động mạch chủ hoặc phình mạch trong thành là dạng đặc biệt của phình động mạch chủ ngực. kết hợp với tăng huyết áp và xơ vữa động mạch cho phép máu đi vào giữa lớp nội mạc và ngoại mạc của động mạch chủ. Chúng có thể xảy ra sau chấn thương. Chúng tác động và có nguy cơ vỡ động mạch chủ. Có thể phân loại theo Stanford:

+ Type A: có liên quan ĐMC lên (không quan tâm đến vị trí bóc tách ban đầu) (đoạn gần)

+ Type B: không liên quan ĐMC lên (đoạn xa)

- Nguyên nhân hiếm gặp khác như bẩm sinh, nhiễm khuẩn (phình mạch do nấm hoặc giang mai), rối loạn mô liên kết (ví dụ hội chứng Marfan), viêm (Takayasu) và giãn sau hẹp van động mạch chủ. Thường xảy ra ở tuổi trung niên
- Kích thước khối phồng tăng theo tuổi bệnh nhân
- Nguy cơ vỡ tăng theo kích thước khối phồng

Đặc điểm lâm sàng

- Thường tình cờ phát hiện trên phim CXR ở những bệnh nhân không triệu chứng.
- Bệnh nhân có thể đau ngực, đau lưng hoặc đau vai ở những trường hợp nặng
- Hiếm khi bệnh nhân xuất hiện thở rít, khàn giọng hoặc nuốt khó do khối phình chèn ép các cấu trúc trong trung thất.
- Bóc tách động mạch chủ có thể kết hợp phụt ngược máu ở động mạch chủ và suy tim, tiếng thổi trong tim và đo huyết áp ở 2 tay chênh lệch nhau. Ngoài ra phình tách động mạch chủ có thể gây thiếu máu cục bộ và nhồi máu cơ quan tận (đột quy, suy thận, thiếu máu ruột).
- Vỡ phình mạch thường gây tử vong vì gây tụt huyết áp và sốc giảm thể tích.



phình động mạch chủ

đặc điểm x quang

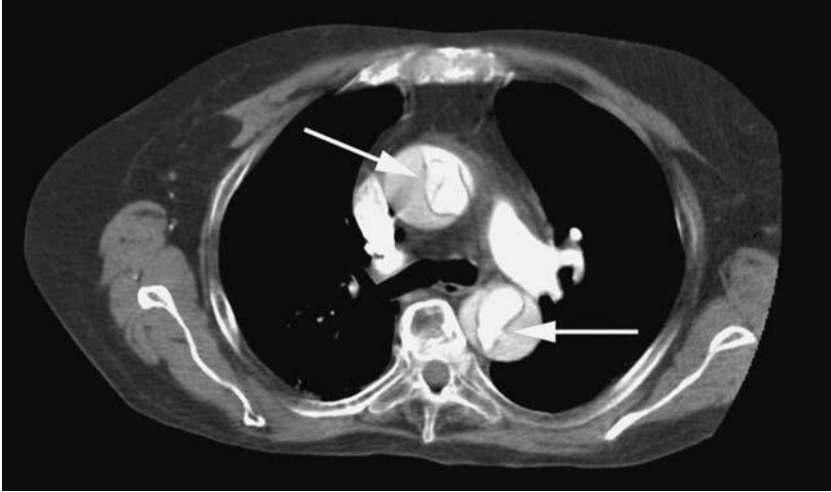
- CXR – có khối mờ ở vùng động mạch chủ khoảng 4–10 cm. độ rộng đoạn uốn cong >4.5 cm. có thể vô hoá thành động mạch chủ. Trần dịch màng phổi trái, dấu hiệu mũ đỉnh trái hoặc xẹp thùy dưới phổi trái.
- CT – lọc thành mạch và có huyết khối trong thành động mạch chủ. Trong giai đoạn sớm thành động mạch có thể dày nhẹ. Vạt bóc tách có thể làm động mạch chủ có 2 đường. CT có thể phân biệt dòng chảy khác nhau ở 2 đường này. Cũng có thể thấy máu ngoài màng tim do luồng phụt ngược trở về tim.
- MRI – rất tốt vì có thể thấy rõ vị trí, độ rộng của khối phình và đặc biệt đánh giá được bóc tách của khối phình
- Siêu âm tim qua thực quản – rất nhạy trong phát hiện khối phình động mạch chủ, đặc biệt trong trường hợp có bóc tách.
- Chụp mạch – có thể chẩn đoán phân biệt
- Với khối phình có thể thấy dịch nhiều ở trung thất và khoang màng phổi.

Chẩn đoán phân biệt

- đã nêu ở trên. Chỉ 2,5% bệnh nhân sống sót sau tổn thương động mạch chủ.

Điều trị

- Nên can thiệp khi kích thước khối phình trên 6cm.
- Phẫu thuật và nội soi đưa mảnh ghép vào lòng túi phình qua động mạch đùi đều có tỉ lệ thành công cao.
- Tỉ lệ tử vong do phẫu thuật là 10%.
- Kiểm soát yếu tố nguy cơ cao như tăng huyết áp
- Theo dõi định kì khi khối phồng > 5 cm.
- Lóc tách động mạch chủ là phẫu thuật cấp cứu. **tức thì ABC**, sau đó đánh giá và phân độ lóc tách. **CT 3D đặc biệt nhạy trong đánh giá độ lóc tách và nhánh động mạch**. **phẫu thuật sớm nếu lóc tách type A.**
- Không phẫu thuật tỉ lệ sống dưới 10%.



Lóc tách động mạch chủ Type A. lóc ra “vạt” có thể thấy ở cả động mạch chủ đoạn lên và đoạn xuống (mũi tên)

Aortic rupture – VỠ ĐỘNG MẠCH CHỦ

Đặc điểm

- Máu chảy qua thành động mạch chủ
- Vỡ tự phát. Nguyên nhân có thể do tăng huyết áp và xơ vữa động mạch. Vỡ có thể xảy ra ở bệnh nhân trước đó không có phình mạch
- Dập hoặc đứt động mạch do chấn thương. Sau chấn thương do giảm tốc đột ngột (RTA). 80% chết trước khi đến viện, các vị trí yếu nhất dễ vỡ là eo động mạch chủ và đầu xa gốc của động mạch dưới đòn trái.
- Vỡ động mạch chủ có thể được phát hiện hoặc bị che lấp triệu chứng

Đặc điểm lâm sàng

- Thường có tiền sử phình mạch hoặc chấn thương (RTA).
- Bệnh nhân có thể không có triệu chứng đặc hiệu nếu vỡ nhỏ và trong thành.
- Hầu hết các trường hợp đều có đau sau xương ức xuyên ra sau lưng. Bệnh nhân thấy khó thở, tụt huyết áp, mạch nhanh hoặc .

X QUANG

- CXR – Nhìn thấy trung thất rộng, hiếm khi thấy vỡ động mạch chủ trên phim CXR thường. 1 vài trường hợp thấy mất quai động mạch chủ, giãn khu trú động mạch chủ và dấu hiệu mũ đỉnh trái - left apical cap (máu lên khoang trung thất- màng phổi). dấu hiệu chấn thương ngực – gãy xương sườn (1 đến 2), tràn máu tràn khí màng phổi và 1 phế quản đi xuống
- Trên phim CT tiêm cản quang- có hình liềm ở thành đoạn cung động mạch chủ (tụ máu trong thành, nguy cơ lóc tách hoặc vỡ).vỡ sẽ gây tràn máu ra khoang trung thất.
- Chụp mạch hoặc siêu âm tim qua thực quản giúp xác định tình trạng bắt đầu rỉ máu ở thành động mạch chủ. Chụp MRA cản quang có thể thay thế chụp mạch.



Vỡ động mạch chủ. Bờ ngoài cung động mạch chủ không rõ, bị xoá mờ, khí quản lệch phải, tăng đậm độ nửa ngực trái. Có thể kèm tổn thương gãy xương sườn và vỡ cơ hoành.

Chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán phân biệt với rộng trung thất ở phim thẳng do hạch, u hoặc phình mạch đơn thuần. cần chụp thêm CT để đánh giá khi nghi ngờ tổn thương động mạch chủ

Điều trị

- ABC
- Xác định chính xác tổn thương vỡ động mạch chủ và các tổn thương khác phối hợp trong trường hợp chấn thương
- Phẫu thuật sớm. với bệnh nhân có nguy cơ cao nên nội soi đặt mảnh ghép nội mạch
- Với bệnh nhân sống sót, nguy cơ cao sau này hình thành giả phình động mạch

Asbestos plaques – BỆNH BỤI PHỔI AMIANG

ĐẶC ĐIỂM

- Bệnh bụi phổi amiang là bệnh đáp ứng xơ hoá lá tạng màng phổi do tiếp xúc với sợi amiang ít nhất từ 8-10 năm. Chúng vôi hoá (khoảng 50%). Hầu hết xuất hiện màng và vôi hoá theo thời gian. Ít gặp tổn thương ở góc sườn hoành và đỉnh phổi. thường không ác tính, nhưng ở 1 số bệnh nhân có thể tiến triển xơ hoá phổi, ung thư phổi và u trung biểu mô

Đặc điểm lâm sàng

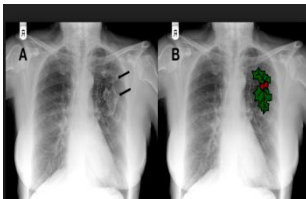
- Bệnh bụi phổi aminang thường không có triệu chứng, với những bệnh nhân tiếp xúc amiang lâu ngày nếu có biểu hiện bất thường ở ngực nên đi khám

X quang

- CXR – màng phổi dày (<1 cm), chúng thường bị 2 bên và có thể nhiều vị trí. Màng bám có thể thấy khi chúng bị vôi hoá và vôi hoá thường nhiều hơn ở ngoại vi màng bám. Chúng có thể tạo dấu hiệu “holly leaf”.
- Màng vôi hoá có thể đen (bóng) nếu không vôi hoá và thường không có hạch.
- Chúng thường kèm theo xẹp phổi hay giả u. Trên phim CXR có những nốt tròn ở ngoại vi giống u. Trên phim CT có hình ảnh nốt tròn kèm theo dày màng phổi, có hình ảnh tĩnh mạch tạo vòng xoáy như chiếc đuôi ở ngoại vi tổn thương (comet tail sign). Đây là tổn thương lành tính và cần biết để tránh sinh thiết không cần thiết.
- Có thể dày màng phổi lan toả, giảm chức năng phổi và hình ảnh giả giống u trung biểu mô.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Vài bệnh lý cũng có hình ảnh tương tự
- Tiền sử lao hoặc tràn máu màng phổi trước đó (nhưng chỉ bị 1 bên)
- Tiếp xúc với amiodarone và hiếm khi gây xơ hoá màng phổi.



Holly leaf sign



Asbestos plaques. Vôỉ hoá màng phổi phải và vùng giữa phổi trái

Điều trị

- không có điều trị cụ thể
- Nếu tiền sử tiếp xúc amiang cần chụp CT đánh giá thêm
- Theo dõi nếu bệnh nhân đau ngực kéo dài và có hút thuốc. Xơ hoá phổi do amiang làm tăng gấp 40 lần nguy cơ ung thư phổi nếu bệnh nhân tiếp tục hút thuốc



Asbestos plaques. Vôi hoá màng phổi lan rộng ở cả 2 phổi

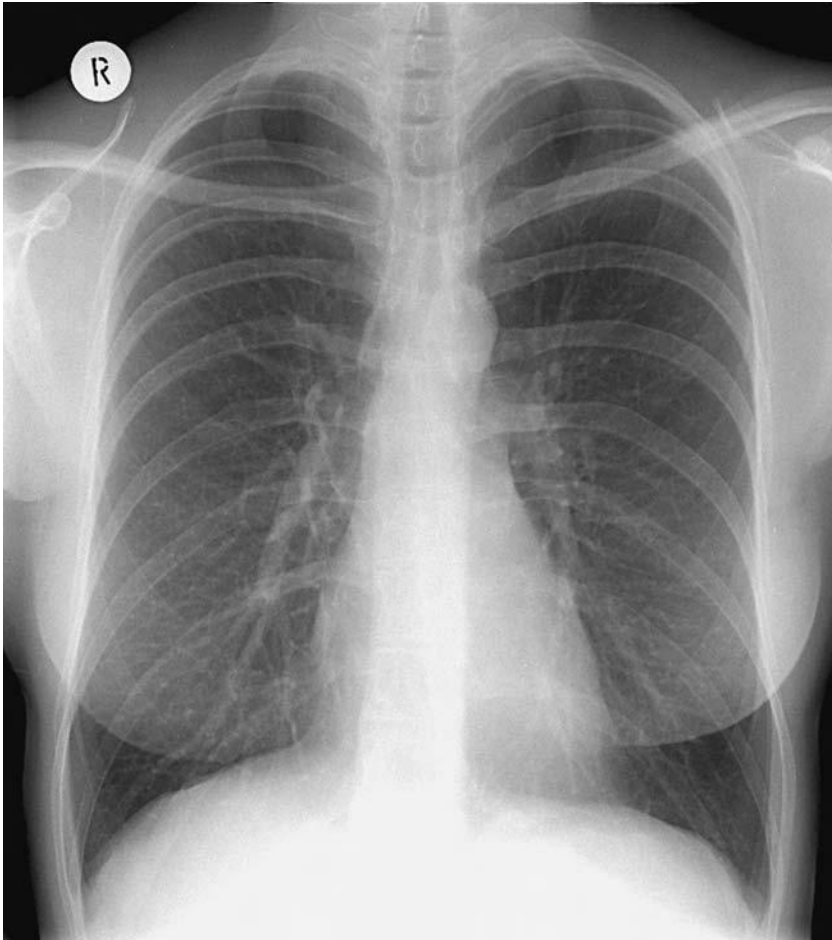
Asthma - HEN

Đặc điểm

- Hen đặc trưng bởi tam chứng: viêm đường thở, tắc nghẽn đường thở có hồi phục và phản ứng cao độ của đường thở với các tác nhân kích thích.
- Bệnh có đặc điểm diễn biến cấp và phục hồi nhanh, đáp ứng tốt với thuốc giãn phế quản.

Đặc điểm lâm sàng

- Có các đợt khó thở, tức ngực nhẹ và thở khò khè. **Thường nặng và phải xử trí .**
- Đôi khi chỉ là ho dai dẳng kéo dài.
- Bệnh nhân thường giảm oxy và co2 máu. Khi PCO2 máu cao đồng nghĩa với tình trạng nặng và suy hô hấp.
- Giảm FVC và FEV1. Cải thiện khi dùng thuốc giãn phế quản
- Tổng dung tích phổi tăng do bẫy không khí.



Hen. Phổi tăng dung tích, vòm hoành 2 bên dẹt; thấy 7 xương sườn trước và 11 xương sườn đằng sau, phổi sạch.

XQUANG

- Giai đoạn đầu XQ ngực hoàn toàn bình thường.
- CXR – phổi tăng dung tích, vòm hoành 2 bên dẹt, thành phế quản dày (> 1mm), rốn phổi đậm và to hơn trong viêm vì tập trung nhiều hạch và tăng áp động mạch phổi.
- CT thấy thành phế quản dày, có những vùng bẫy khí
- Chú ý các biến chứng của hen
 - Tràn khí màng phổi hoặc tràn khí trung thất
 - Nhiễm trùng phổi thứ phát
 - Các nút nhầy bit kín hoặc xẹp thùy phổi.
- 2% giãn phế quản gốc, nhiều nút nhầy

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hình ảnh xq tương tự xơ hoá phổi
- Hít phải dị vật lạ (ở trẻ em). Bẫy không khí không đối xứng, nên CT hoặc soi phế quản.
- Suy tim trái. Đè phòng phù phổi trái
- Hẹp khí phế quản – hẹp khí quản thấy rõ trên CXR
- Viêm phổi quá mẫn – thấy các nốt tròn ở trung tâm tiểu thùy
- Sau viêm tiểu phế quản – thấy hình ảnh bẫy khí trên phim CT

ĐIỀU TRỊ

- ABC.
- Thuốc giãn phế quản (ví dụ salbutamol).
- hít corticoid
- Kháng sinh
- Vật lí trị liệu
- Thông khí hỗ trợ
- Hít dự phòng và thay đổi lối sống

Bochdalekhernia – Thoát vị Bochdalek (khe thực quản)

Đặc điểm

- Là dị tật bẩm sinh do khiếm khuyết cấu trúc lớp màng phổi- phúc mạc.
- 85–90% bên trái, 10–15% bên phải. thường ở 1 bên và nằm sau trong ngực
- Thoát vị lớp mỡ hoặc các tạng trong ổ bụng

Đặc điểm lâm sàng

- Siêu âm có thể phát hiện thoát vị lớn
- ở trẻ sơ sinh có thể suy hô hấp cần phẫu thuật để sửa chữa.
- thoát vị nhỏ có thể không có triệu chứng.
- tạng đặc mắc ở ngực có thể ảnh hưởng tới cấp máu. Bệnh nhân thấy đau ngực và biểu hiện triệu chứng liên quan tới cơ quan bị thoát vị như thay đổi thói quen đi ỉa

XQUANG

- CXR – có khối mờ ở giữa cột sống và thành ngực bên. Dấu hiệu này có thể hoặc đi. Có quai ruột hay dạ dày chứa khí ở khu vực này. Phổi cùng bên nhỏ đi, có sự tập trung của phế quản và mạch và di lệch trung thất. Hình ảnh sonde dạ dày có thể xuất hiện, cuộn tròn ở ngực
- CT – thoát vị nhỏ rất khó phát hiện trên CT. cần kiểm tra kỹ nếu có mỡ hay mô mềm bất thường ở vòm hoành sau

Chẩn đoán phân biệt

- ở trẻ sơ sinh, dị tật nang lành tính (CCAM) và ú máu phổi có thể có hình ảnh tương tự.
- ở người lớn, trên phim có những hình ảnh như u phổi, nang từ phế quản hay nhiễm khuẩn



Thoát vị Bochdalek. Có khối mờ xuất hiện ở đáy phổi phải trong phim thẳng. Thấy thoát vị ở mặt sau của vòm hoành phải trong phim bên.

ĐIỀU TRỊ

- thoát vị lớn ở trẻ sơ sinh phải phẫu thuật gấp
- ở người lớn không cần điều trị nếu không có triệu chứng.

ĐẶC ĐIỂM

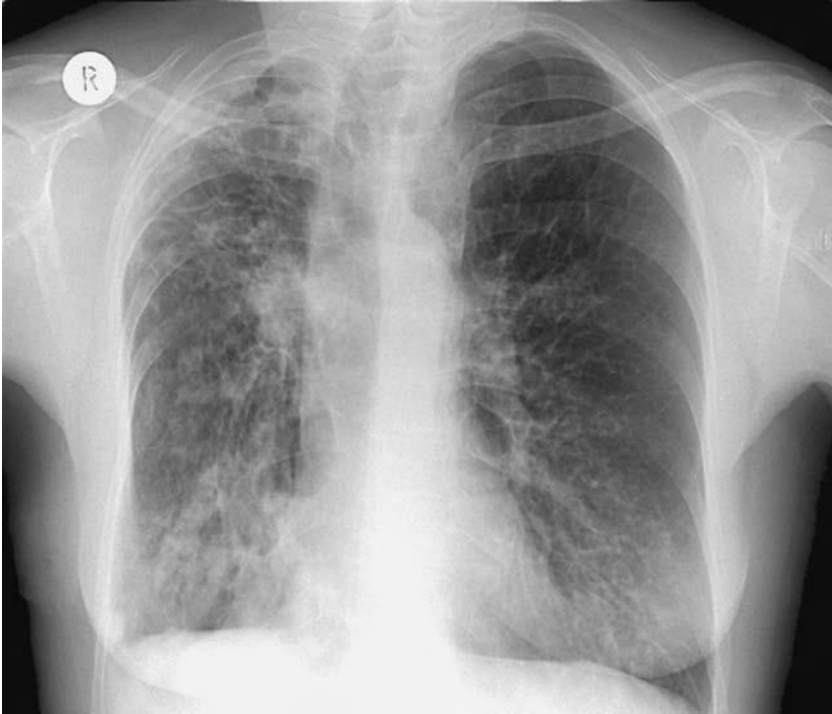
- Vùng giãn phế quản không hồi phục được kèm theo dày thành phế quản.
- Bẩm sinh – cấu trúc (hep phế quản); tiết chất nhày bất thường
- Mắc phải
 - Sau nhiễm khuẩn hồi bé
 - Tắc phế quản đoạn xa (do nút nhày, dị vật, u).
 - Giãn phế quản thứ phát sau xơ hoá phổi
- Các dạng giãn phế quản
 - Hình trụ hoặc hình ống (ít nặng nhất).
 - Giãn tĩnh mạch
 - Hình túi hoặc nang (nặng nhất).

LÂM SÀNG

- Thường gặp ở trẻ em
- Tăng nhịp thở
- Ho mạn tính kèm tiết nhiều đờm dãi
- Ho ra máu
- Nhiễm trùng ngực tái phát với các đợt cấp tính

XQUANG

- Phần sau dưới của thùy dưới thường bị ảnh hưởng
- Gặp ở 2 bên 50%.
- CXR – giãn, dày thành phế quản tạo nang và hình đường ray ở thùy dưới. có thể giảm thể tích và có hình phổi tổ ong
- Có thể kèm hình ảnh viêm phổi và biến dạng nhu mô phổi.
- CT – có hình ảnh “con dấu” do giãn phế quản liền kề có 1 động mạch. Các phế quản giãn dài ra về phía màng phổi (<1 cm). có hình ảnh nút nhày.



Bronchiectasis- Giãn phế quản. thấy thành phế quản rộng ra ở cả 2 phổi, đặc biệt là phổi phải, ở vùng dưới phổi phải thấy thành phế quản dày lên và hình ảnh đường ray

Chẩn đoán phân biệt

- Giãn phế quản khó đánh giá trên phim thường, thậm chí trên CT.
- Trên phim CT các bóng khí có thể giống giãn phế quản dạng nang.

Điều u trị

- Vật lý trị liệu để tống chất nhày
- Kháng sinh.
- Thuốc giãn phế quản



Bronchiectasis (HRCT). Giãn rộng phế quản dạng nang (C), chủ yếu ở giữa thùy dưới phổi trái. Hình ảnh con dấu ở thùy dưới phổi phải.

Bronchocele – GIÃN NHÁNH PHẾ QUẢN

Đặc điểm

- 1 đoạn hay nhánh phế quản có nút nhày bịt kín dẫn đến giãn đoạn phế quản này.
- Kèm theo tắc phế quản – u, u tuyến, hẹp
- Không có tắc phế quản như hen, nang xơ hoá và nhiễm khuẩn.

Đặc điểm lâm sàng

- Các biểu hiện khác nhau như thở nhanh, ho, ho đờm và ho máu. 1 số bệnh nhân không có triệu chứng.
- Có thể có tiền sử ho mạn.

XQUANG

CXR – tổn thương có thể đơn độc hoặc nhiều chỗ, thường hơn 1cm mở rộng về ngoại vi gọi là dấu hiệu bóng găng tay. Có hình ảnh bẫy khí và sáng hơn ở ngoại vi của giãn nhánh phế quản. thỉnh thoảng có tắc nghẽn gây xẹp phổi, làm khó xác định giãn nhánh phế quản trên CXR

- CT – có hình ảnh bẫy khí và tăng tiết nhày. đôi khi có tổn thương tắc nghẽn gây xẹp phổi

ĐIỀU TRỊ

- Cần giải phóng vị trí tắc nghẽn bằng soi phế quản để lấy bỏ chất nhày và lấy mô chẩn đoán khối u.
- Tổn thương do tắc nghẽn không cần vật lý liệu hay kháng sinh



Bronchocele. Thủy trên phổi phải.

Calcified granulomata – u hạt vôi hoá

Đặc điểm

- Các u hạt vôi hoá đơn độc hoặc rải rác ở phổi. chúng thường nhỏ, phân bố đồng và có hình chấm. u hạt đơn độc thường gặp sau nhiễm lao, có thể rộng tới vài cm.
- Chúng đặc trưng cho đáp ứng miễn dịch mạn tính ở phổi
- Sau nhiễm khuẩn – TB, thuy đậu
- Nguyên nhân không do nhiễm khuẩn – hít phải các chất hữu cơ, vô cơ

Đặc điểm lâm sàng

- Bệnh nhân thường không có triệu chứng.
- Tiền sử tiếp xúc hoá chất
- Có thể ho khan và khó thở
- 1 số ít có tràn khí màng phổi

XQUANG

- CXR – vôi hoá rõ ở bờ rìa của nốt vôi hoá. Có thể 1 hoặc nhiều nốt lan rộng. phân bố tùy theo nguyên nhân. Ví dụ lao thì tập trung ở thùy trên.
- Không có sự thay đổi kích thước các nốt theo thời gian.

Chẩn đoán phân biệt

- Di căn phổi bị vôi hoá (như vú, tuyến giáp, tử cung, buồng trứng, tinh hoàn) có thể 1 hay nhiều ổ. Thường có kích thước lớn và tiền sử mắc u trước đó và diễn ra trong thời gian dài.
- LUÔN SO SÁNH VỚI PHIM CŨ .

Điều trị

- Không cần điều trị
- Không cần theo dõi



U hạt vôi hoá . nhiều nốt vôi hoá rải rác 2 phổi.

Đặc điểm

- Ung thư phổi nguyên phát là nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất và hay gặp ở nam giới.
- Nguy cơ cao khi hút thuốc và tiếp xúc với hoá chất công nghiệp (amiang).
- Khởi phát tuổi > 40 nhưng có thể trẻ hơn
- 3 type chính
 - Tế bào nhỏ (tiến triển nhanh nhất)(SCLC).
 - Không tế bào nhỏ (tế bào vảy, tb lớn, ung thư tuyến)(NSCLC).
 - Ung thư tế bào biểu mô phế quản (BAC).
- Điều trị phụ thuộc giai đoạn và loại tế bào.

Đặc điểm lâm sàng

- Có thể không triệu chứng- khó phát hiện trên CXR.
- Có các triệu chứng ho, sốt, khó thở, ho ra máu.
- Đau ngực, khàn tiếng hoặc nuốt khó
- Toàn thân: thiếu máu, tím tái.
- Biểu hiện di căn như đau đầu, đau xương.
- Kết hợp với hội chứng cận u (Cushing's, to đầu chi, nữ hoá tuyến vú).

XQUANG

- CXR – có 1 khối ở ngoại vi. 40% xuất hiện ở giữa phổi. khối này có thể tròn hoặc thành không đều hoặc dạng hang. Có thể có các nốt xung quanh, có hạch ở vùng rốn phổi, cạnh khí quản hoặc trung thất. có thể lan rộng tổn thương xương sườn và di căn ra các xương sườn.
- Thường không đáp ứng với kháng sinh, tràn dịch màng phổi, giãn phế quản và xẹp phổi, bán phần hoặc toàn bộ.
- CT đánh giá đặc điểm và giai đoạn của ung thư
 - Kích thước và vị trí khối u
 - Xuất hiện hạch bệnh lý.
 - Di căn (xương, tuyến thượng thận và gan).



Carcinoma tổn thương xương sườn. khối tăng tỉ trọng bên thùy trên phổi trái kèm tổn thương xương sườn 2, 3.

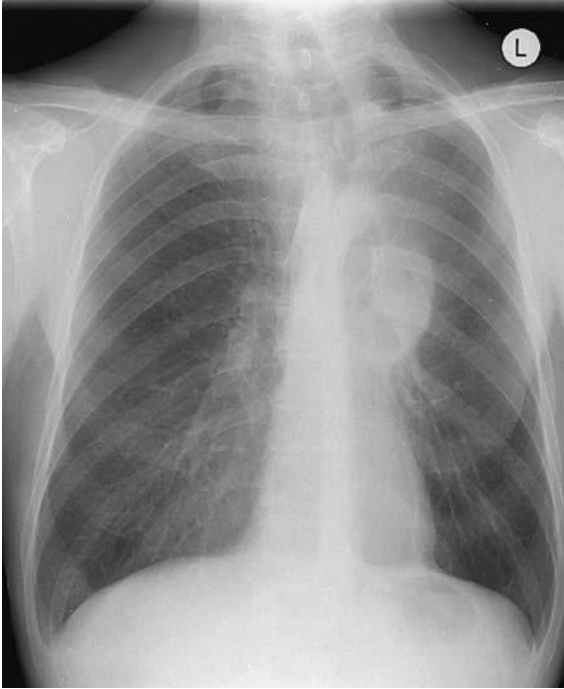
- PET/CT – xác định tổn thương nguyên phát và di căn. Rất nhạy đánh giá giai đoạn u và tổn thương hàng loạt

chẩn đoán phân biệt (nốt đơn độc ở phổi)

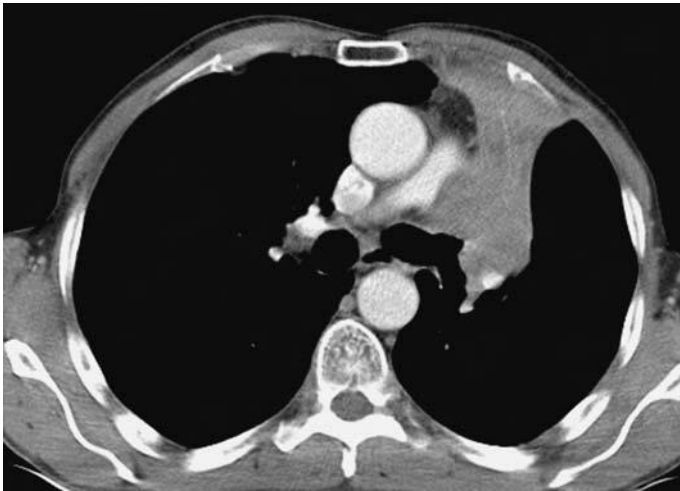
- u – lymphoma, carcinoid, tụ máu hoặc khối di căn.
- viêm
 - nhiễm khuẩn – u hạt, viêm phổi hoặc áp xe.
 - Không nhiễm khuẩn – viêm khớp dạng thấp, sarcoid, Wegener's.
- Bẩm sinh – dị tật động tĩnh mạch, ú máu phổi.
- khác – nhồi máu phổi, xẹp phổi dạng hình tròn.

Điều trị

- so sánh với phim cũ- đánh giá mức độ tiến triển của ung thư.
- Chẩn đoán mô bệnh rất quan trọng – soi phế quản hoặc sinh thiết qua da (nhạy >90%).
- Giai đoạn ung thư.
- Cân nhắc phẫu thuật hay xạ trị
- Giảm nhẹ các triệu chứng: đau và tăng canxi
- Phát hiện và điều trị sớm



Carcinoma rốn phổi trái – CXR. U rốn phổi trái gây xẹp thùy trên phổi trái



Trên CT

Cardiacaneurysm – PHÌNH MẠCH TIM

ĐẶC ĐIỂM

- Là túi phình xuất hiện khi tim co ở thất trái.
- Là dị dạng bẩm sinh hiếm gặp, hiếm khi vỡ nhưng thường gây loạn nhịp tim và tắc mạch do huyết khối hình thành từ túi phình.
- Giả phình mạch tim sau chấn thương hoặc tổn thương thất trái có thể dẫn đến tử vong.

Đặc điểm lâm sàng

- Thường không triệu chứng
- Có thể kèm loạn nhịp, nhồi máu hoặc suy tim.

XQUANG

- CXR – khối phình thường ở vị trí bên trái bóng tim. Thường vôi hoá ngoại vi thành tâm thất.
- Siêu âm tim – trong phình mạch có thể chứa các cục huyết khối

Chẩn đoán phân biệt

- Tiền sử viêm màng ngoài tim do lao, trên nền thiếu máu cơ tim cục bộ có thể có hình ảnh tương tự. Nhưng không có bóng mờ sau thất trái.

Điều trị

- Không cần điều trị
- Kết hợp thuốc chống đông nếu cần



Vôi hoá phình mạch tim. Chú ý phình mạch vị trí bên trái bóng tim kèm theo vôi hoá bờ ngoài thất trái.

Chronic obstructive pulmonary disease – COPD

đặc điểm

- Đặc trưng bởi hình ảnh viêm phế quản mạn và khí phế thũng.
- Đặc trưng bởi khó thở ra do nhiễm khuẩn, phù nề niêm mạc, co thắt phế quản và phổi kém đàn hồi.
- Nguyên nhân do hút thuốc, hen mạn, thiếu alpha-1 antitrypsin và nhiễm khuẩn mạn

Đặc điểm lâm sàng

- Các đợt cấp thường do nhiễm trùng
- Ho, thở khô khè và khó thở khi gắng sức
- Thở nhanh, khô khè, tím môi (1 dạng PEEP), sử dụng cơ hô hấp hỗ trợ
- Tím tái, có dấu hiệu suy tim phải
- Biểu hiện tăng CO₂ như giãn mạch ngoại vi, buồn ngủ, lú lẫn

XQUANG

- CXR – độ nhạy (40–60%)
- Đánh giá biến chứng như tràn khí, xẹp phổi, viêm phổi
- CXR –dùng tích phổi tăng, dẹt 2 bờ hoành, lồng ngực hình thùng, bóng khí ở phổi, phế quản dày và giãn, tăng áp động mạch phổi
- NHỚ chú ý kiểm tra xem có nốt ung thư phổi hay di căn không
- CT-xác định mức độ, loại vị trí khí phế thũng và độ dày phế quản. cũng có thể xác định bệnh lí ác tính nếu có

Chẩn đoán phân biệt

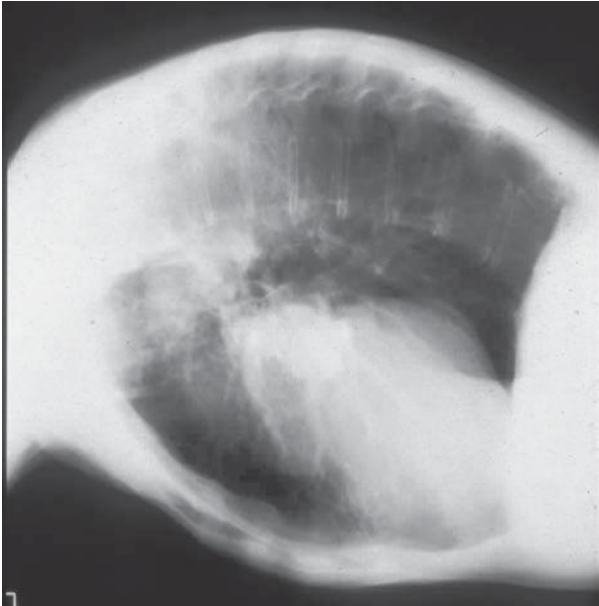
- u cơ trơn bạch mạch
- Hen bội nhiễm.
- Viêm phế nang do dị ứng
- Nhiễm virus

Điều trị

- Thở oxy giữ $pO_2 > 7.5$ kPa. Cần thận khi dùng oxy liều cao vì bệnh nhân lúc này nhạy cảm với oxy, sẽ có thể gây tăng nồng độ pCO_2 trong máu
- Thuốc xịt giãn phế quản có thể thêm ipratropium bromide nếu cần.
- Có thể tiêm/truyền aminophylline hoặc salbutamol
- Corticosteroids trừ khi có chống chỉ định
- Kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn.
- Thông khí hoặc BiPAP nếu cần
- Điều trị lâu dài
 - Thở oxy tại nhà



COPD. Tăng dung tích phổi kèm dẹt 2 vòm hoành. ở phim bên, lồng ngực hình thùng do tăng khoảng sau xương ức



Hình phim bên

ĐẶC ĐIỂM

- Hẹp bẩm sinh chỗ nối quai động mạch chủ và động mạch chủ xuống, thứ đến là do xơ vữa làm hẹp lòng động mạch chủ.
- 80% nam giới.
- 50% liên quan đến dị tật bẩm sinh khác:
 - Van động mạch chủ có hai lá.
 - Hội chứng Turner.
 - PDA, VSD.
 - Tật đầu to.
- Nguyên nhân thường gặp thứ hai là suy tim ở trẻ sơ sinh.
- Có thể duy trì cuộc sống bình thường mà không phát hiện bệnh ở người lớn.

Đặc điểm lâm sàng

- Triệu chứng biểu hiện ở trẻ sơ sinh là thở nhanh, tím tái và phù nề toàn thân. Bệnh nhân cần được phẫu thuật khắc phục khẩn cấp. Hầu hết các trường hợp này được phát hiện ở sàng lọc sơ sinh.
- Biểu hiện muộn ở trẻ lớn bao gồm cao huyết áp, đau đầu, ngón tay dùi trống, suy tim và suy thận.
- Bệnh nhân có thể nghe tiếng thổi tâm thu và thỉnh thoảng có thể bắt được mạch bẹn nghe như tiếng “bắn cò súng”.

Đặc điểm lâm sàng

- Trẻ sơ sinh – tim lớn và tăng áp phổi.
- Người lớn – CXR
 - Các xương sườn biến dạng hình V (các xương sườn 3–9), có thể một bên phụ thuộc vào nơi xuất phát của động mạch dưới đòn phải. Chỉ có thể nhìn thấy sau 7 tuổi.
 - Động mạch chủ nhỏ.
 - Hình ảnh số 3 lõm ở bờ trái cung động mạch chủ. Hình ảnh số 3 là đặc trưng trên các nghiên cứu.
 - Giãn thất trái.
- MRI là phương tiện chẩn đoán tốt hẹp eo động mạch chủ và các bất thường tim kèm theo.
- Phạm vi hẹp rất khó ước định trên hình ảnh

Chẩn đoán phân biệt

- Giả hẹp – không tăng áp lực qua chỗ hẹp-không hẹp.



Hẹp eo động mạch chủ. Lưu ý rãnh các xương sườn và con số 3 của quai động mạch chủ.

- Tình trạng nhiễm trùng giống viêm động mạch Takayasu có thể có hình ảnh x-quang tương tự.
- Bệnh mạn tính SVC, IVC hoặc hẹp động mạch dưới đòn có thể có hình ảnh tương tự

Điều trị

- Chụp mạch và đặt stent
- Phẫu thuật
- Kiểm soát huyết áp.

Collapsedlung – XẸP PHỔI

ĐẶC ĐIỂM

- Xẹp phổi có thể ảnh hưởng đến toàn bộ phổi, có thể xẹp một thùy hoặc một phân thùy phổi. Xẹp phổi thùy không chỉ dựa trên chẩn đoán hình ảnh. Chúng có thể liên quan đến một bệnh lý ác tính nằm ở phía dưới.
- Nguyên nhân do tắc nghẽn và không do tắc nghẽn.
- Do tắc nghẽn
 - Khối u có thể nằm ở bên ngoài, bên trong phế quản hoặc trong thành phế quản.
 - Dị vật.
 - Nút nhầy.
 - Viêm nhiễm, ứ đàm.
- Không do tắc nghẽn
 - Dịch màng phổi và xơ hóa phổi.

Đặc điểm lâm sàng

- Khó thở, ho, ra máu, mũ đờm.
- Bệnh nhân có thể không có triệu chứng.
- Bệnh nhân có thể có những triệu chứng liên quan đến tình trạng giảm cân, mệt mỏi, chán ăn, đổ mồ hôi vào ban đêm.

Đặc điểm x-quang

- Xẹp phổi thùy thường thấy rõ trên phim phổi thẳng.
- Chú ý ở người lớn xẹp thùy trên phổi thường liên quan với tổn thương nguyên phát phổi ác tính (>95%).
- Thùy trên phổi trái – mờ phủ khắp nửa lồng ngực bên trái với mờ bờ tim trái

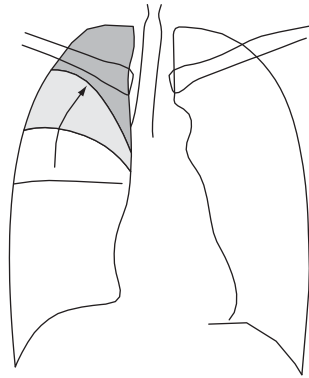
. Nhìn thấy bờ của cung động mạch chủ trái (dấu hiệu Luftsichel). Những rãnh ngang và xiên của thùy dưới là những dấu hiệu mạch máu khí quản. Hầu hết các trường hợp u ở đoạn gần nhưng chỉ có thể nhìn thấy trên CT.

- Thùy dưới phổi trái – giảm thể tích phổi. rốn phổi trái nhỏ. Mờ hình tam giác ở sau tim với mờ trung thất và nửa hoành trái. Khí quản lệch theo góc thẳng đứng.
- Thùy trên phổi phải – giảm thể tích phổi. tăng đậm rốn phổi phải. Mờ hình tam giác gián tiếp ở trung thất giữa bên phải. Một khối tổn thương ở rốn phổi phải có thể đặc trưng dấu hiệu Golden – S.

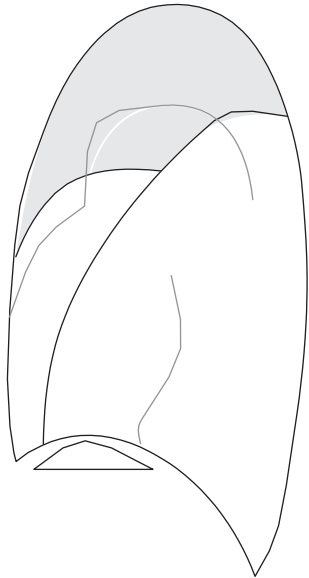
Thùy giữa phổi phải – mờ bờ tim phải. có thể phải chụp phim bên để xác định xẹp phổi



xẹp thùy trên phổi phải- phim thẳng



xẹp thùy trên phổi phải- phim bên



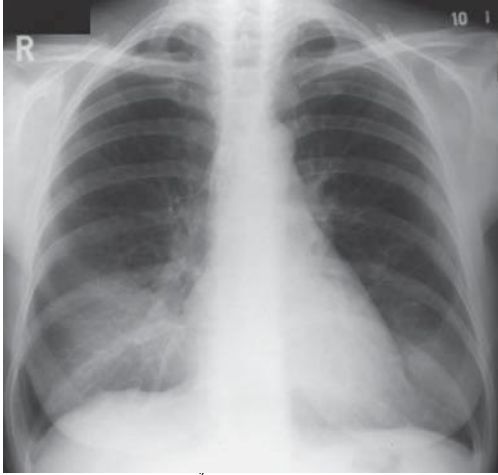
- **thùy dưới phổi phải** – giảm thể tích phổi, mờ hình tam giác ở đáy phổi phải, xóa mờ cơ hoành phải. Hướng của khí quản thẳng đứng.
- **xẹp toàn bộ phổi** – nguyên nhân như đặt ống khí quản sai vị trí hoặc khối u lớn ở gò phổi, mờ nửa lồng ngực, dịch chuyển trung thất về phía phổi xẹp.

Chẩn đoán phân biệt

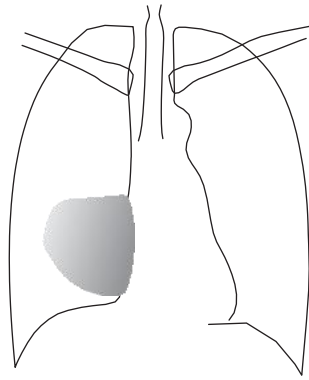
- Đông đặc thùy phổi có thể cho hình ảnh tương tự. Chẩn đoán trên phim phổi nghiêng và giảm thể tích trong xẹp phổi.
- Lỗ thoát vị có thể cho ảnh giả của xẹp thùy dưới.
- Sau phẫu thuật cắt phổi có thể giảm thể tích phổi và thấy đổi hướng cuống phổi.

Điều trị

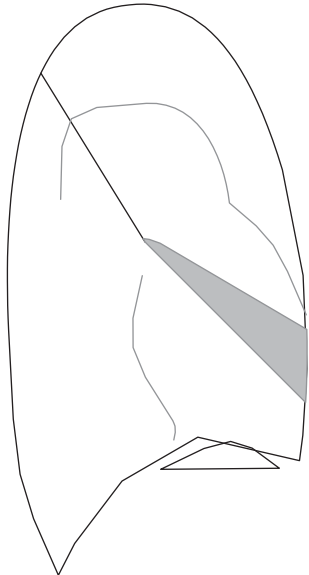
- Nội soi phế quản có thể vừa chẩn đoán vừa điều trị một số trường hợp.
- Ct có thể xác định nguyên nhân cơ bản.
- Trong xẹp ác tính, xạ trị và đặt stent cuống phổi



Xẹp thùy giữa phổi phải – phim thẳng

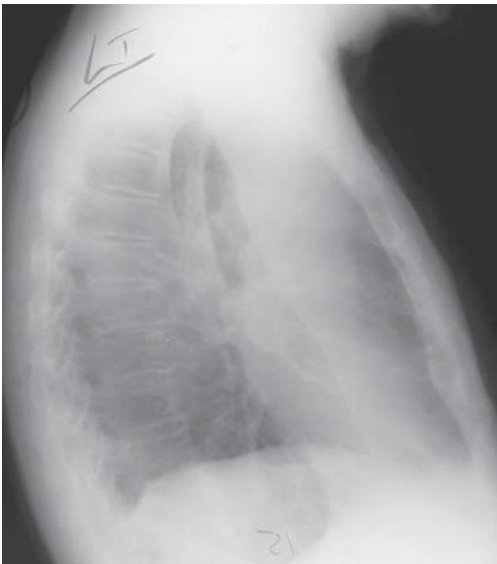
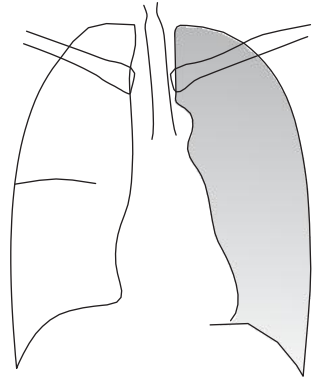


Xẹp thùy giữa phổi phải – phim nghiêng.

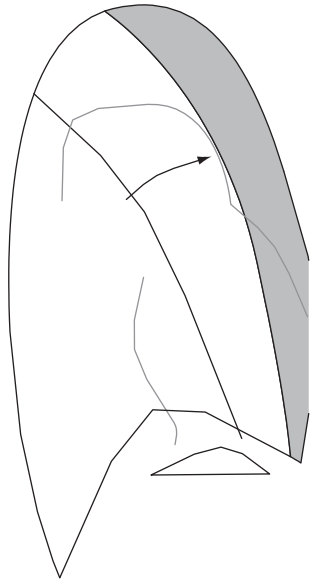


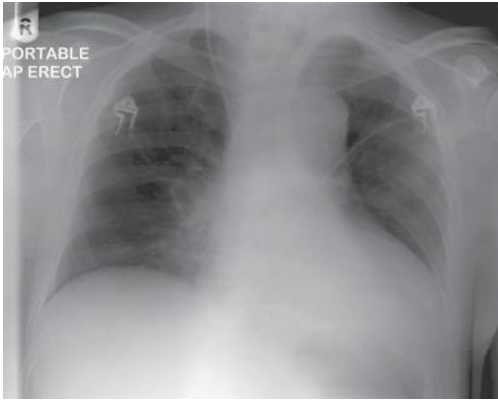


Xẹp thùy trên phổi trái – PA.

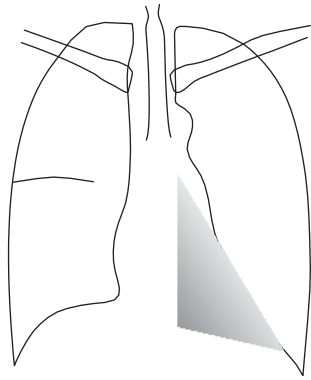


xẹp thùy trên phổi trái – Lat.

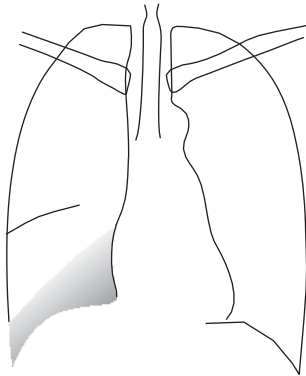


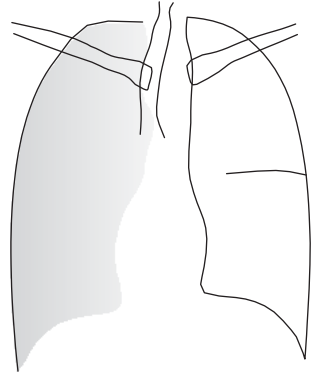


Xẹp thùy dưới phổi trái - PA.



Xẹp thùy dưới phổi phải - PA.





Xẹp toàn bộ phổi thứ phát do tắc nghẽn trong u ác tính khí quản – PA.



Xẹp toàn bộ phổi thứ phát do đặt ống khí quản sai vị trí – PA.

ĐẶC ĐIỂM

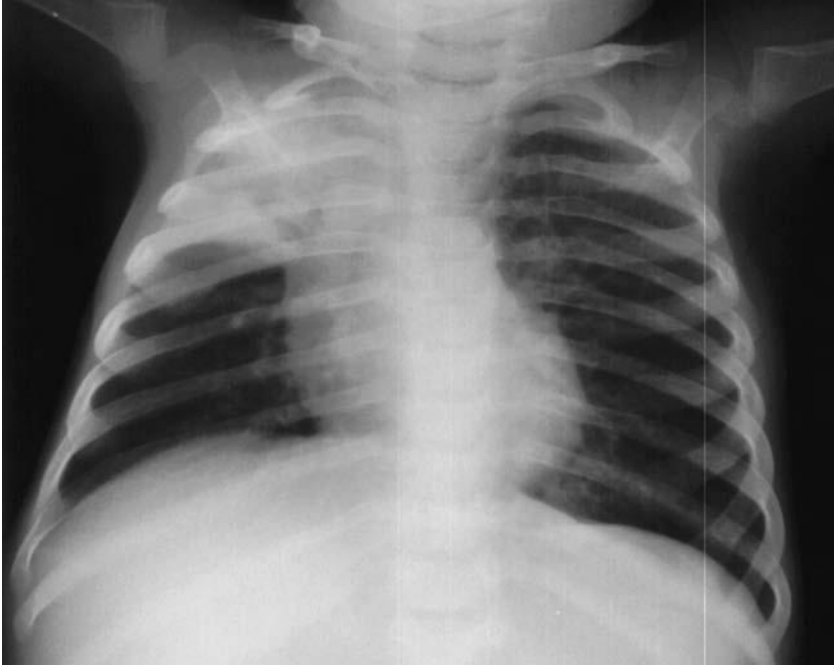
- Nhiễm khuẩn hoặc không do nhiễm khuẩn
- Nhiễm khuẩn
 - Tỷ lệ ngày càng tăng do dân số già và suy giảm miễn dịch.
 - Tác nhân phổ biến – *Streptococcus* (>60%), *Haemophilus*, *Mycoplasma*, *Legionella* và *Chlamydia*.
 - Nhiễm trùng bệnh viện – tăng nhiễm khuẩn gram âm. Tỷ lệ tử vong hơn so với viêm phổi
 - Nên nghi viêm phổi ở người suy giảm miễn dịch, người lớn tuổi và sốt không rõ nguyên nhân (PUO).
 - Tỷ lệ nhiễm lao đang ngày càng tăng. Nên nghi ngờ !
- Không nhiễm khuẩn
- Ung thư biểu mô phế quản.
- Lymphoma.
- Các tình trạng viêm (u hạt Wegener).
- Viêm phổi không rõ nguyên nhân.
- Suy tim.
- Sarcoid.
- Luôn luôn xem lại và so sánh những hình ảnh đông đặc phổi để xác định hướng điều trị. Thất bại trong điều trị sẽ hướng đến cho bác sĩ lâm sàng nguyên nhân không do nhiễm trùng.

Đặc điểm lâm sàng

- ho, khó thở, đau ngực do viêm màng phổi, đau cơ và ho ra máu có thể gặp
- ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, *viêm phổi có thể biểu hiện với sự thiếu oxy trầm trọng* và một số khác biểu hiện khi thăm khám.
- Bệnh nhân trẻ có thể biểu hiện triệu chứng mơ hồ như đau đầu, đau bụng và thậm chí tiêu chảy

Thăm khám có thể thấy thở thô ráp, gõ đục.

Tiên lượng nặng khi : tuổi > 60, thở trên 30 lần/phút, tụt huyết áp, ure > 7mmol/l, bạch cầu giảm hoặc tăng



Đông đặc thùy trên phổi phải. trong khối đông đặc thùy trên phổi phải có hình ảnh nhánh phế quản

ĐẶC ĐIỂM XQUANG

- Có thể biểu hiện triệu chứng lâm sàng muộn!
- CXR
 - **Viêm phổi thùy** – hình ảnh mờ một thùy phổi; thường do *Streptococcus*. Có thể thấy hình ảnh cây khí phế quản.
 - TB nguyên phát – cạnh khí quản phải (40%) viêm hạch rốn phổi phải (60%) với đông đặc vùng thùy giữa và dưới
 - Cau TB nguyên phát – hình ảnh đông đặc phổi không rõ ở thùy đỉnh có thể có tạo hang.
 - **Viêm phổi thùy giữa phải và dưới** — mất vùng ranh giới bong tim phải và nửa vòm hoành tương ứng.
 - **Viêm phổi thùy lưới** — mất đường bờ tim trái.
 - **Đông đặc thùy dưới phổi trái** — điển hình là mờ vòng cung vòm hoành trái. nhìn ‘xuyên qua tim’ mất đường bờ với vòm hoành trái.
 - Theo dõi định kì ở người lớn là cần thiết.
 - Thất bại với điều trị kháng sinh, chẩn đoán khác nên được cân nhắc.

Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư biểu mô phế quản.
- Lymphoma.
- Tình trạng viêm (u hạtWegener).
- Viêm phổi không rõ nguyên nhân.
- Suy tim.
- Sarcoid.

ĐIỀU TRỊ

- Hầu hết bệnh nhân có thể hồi phục với kháng sinh điều trị thích hợp.
- Một lời khuyên nên cảnh giác với bệnh nhân có biểu hiện thở sâu và ho
- NSAID giảm đau màng phổi khi thở sâu và ho.
- Điều trị bệnh nhân yếu với oxy liều cao (chú ý với bệnh nhân COPD thường phụ thuộc vào oxy), truyền dịch, kháng sinh ± giảm đau
- Theo dõi định kì ở người lớn



Đông đặc thùy giữa phải - PA. hình ảnh mờ thùy giữa phải; tiếp giáp với rãnh liên thùy và xóa bờ tim phải.



Đông đặc thùy giữa phải trên phim nghiêng. Nằm giữa mặt phẳng ngang và rãnh liên thùy - vị trí thùy giữa.



Đông đặc thùy dưới phổi phải-PA. hình ảnh mờ thùy dưới phổi phải xóa bờ vòm hoành phải



Đông đặc thùy dưới phổi phải.



Đông đặc thùy trên phổi trái –
Đám mờ đặc gần hết nửa phổi trái. Nửa
vòm hoành trái vẫn thấy



Đông đặc thùy dưới phim nghiêng Đám
mờ ở vị trí trước đến rãnh liên thùy – vị
trí thùy trên



Đông đặc thùy lưới – PA. hình ảnh mờ tim đều xóa bờ tim trái.

Diaphragmatic hernia-acquired- THOÁT VỊ HOÀNH MẮC PHẢI

ĐẶC ĐIỂM

- Hậu quả của chấn thương đụng đập trực tiếp hoặc chấn thương xuyên thấu vào ngực/bụng.
- Khó để chẩn đoán. Biến chứng thường đến trễ, thoát vị ổ bụng thứ phát vào trong lồng ngực. thoát vị nội tạng có thể dẫn đến thiếu máu, tắc hoặc thủng. Có thể có dấu hiệu phổi bị chèn ép/xẹp.
- Hầu như thường gặp ở bên trái vì bên phải được cho là thường được bảo vệ bởi gan.
- Vết rách lan ra sau bên thường gặp trong chấn thương đụng đập.

Đặc điểm lâm sàng

- Trong những trường hợp cấp tính những xu hướng của bệnh có xu hướng bị che lấp bởi những tổn thương khác.
- Thăm khám có thể thấy thở nhanh, hạ huyết áp, vắng âm thở hoặc nghe thấy nhu động ruột trong ngực.
- Với thời gian (tháng đến nhiều năm), triệu chứng thường mơ hồ liên quan đến khó chịu ở bụng liên quan đến thoát vị nội tạng.
- Các triệu chứng tương tự như viêm loét dạ dày tá tràng, bệnh túi mật, hội chứng rối loạn ruột, và thậm chí bệnh tim thiếu máu cục bộ có thể được nhìn thấy.
- Hiếm khi bệnh nhân có biểu hiện tăng áp lực tạng trong lồng ngực (viscero-thorax) giống với tràn khí màng phổi áp lực.
- Nghi ngờ bệnh nhân bị tắc nghẽn cấp tính hoặc dấu hiệu ngực không bình thường với một tiền sử trước đó của chấn thương ngực-bụng.

Đặc điểm xquang

- Trong trường hợp cấp tính, trừ khi có thoát vị nội tạng. độ nhạy kém cho tất cả các phương thức hình ảnh.
- CXR
- Tạng xuất hiện chứa đầy khí hoặc dịch trên vòm hoành. Điều này được xác định sau khi thông qua một ống thông mũi dạ dày.
- Các đặc điểm khác từ sự dịch chuyển trung thất từ phía bên bị ảnh hưởng, vòm hoành lên cao. dày màng phổi một bên hoặc nghi ngờ xẹp phổi.
- Trong các trường hợp không cấp tính chụp thuốc tương phản có thể hữu ích.
- **CT/MRI** (định dạng±2D) là phương tiện tốt xác định vị trí, kích thước, thành phần khối thoát vị.



Thoát vị hoành trong chấn thương. Bệnh nhân chấn thương nhiều năm trước. hình ảnh các quai ruột được nhìn thấy phía dưới phải. Thoát vị qua lồng ngực xuyên qua khiếm khuyết vòm hoành.

Chẩn đoán phân biệt

- Vòm hoành lên cao có thể thời gian dài, không đối xứng vòm hoành hoặc liệt thần kinh cơ hoành. Xem lại phim cũ là rất hữu ích.
- Xẹp phổi, đông đặc phổi, dập phổi hoặc tràn dịch màng phổi có thể làm cho chẩn đoán xác định khó khăn.

Điều trị

- Trong giai đoạn cấp tính chú ý đường thở, hô hấp và tuần hoàn (ABCs).
- Đặt sonde dạ dày có thể làm giảm áp lực đường tiêu hóa.
- Nếu nghi ngờ thủng điều trị kháng sinh sớm.
- Hội chẩn khẩn trương với bác sĩ phẫu thuật.

Diaphragmatic hernia-congenital - THOÁT VỊ HOÀNH BẨM SINH

Đặc điểm

- Chậm hợp nhất cơ hoành khoảng tuần thứ 12 trong tử cung. Ngoài ra cũng có thể chậm do sự di chuyển của ruột.
- Liên quan với các dị tật bẩm sinh khác.
- Đa số xảy ra bên trái thoát vị hoành phải thường tử vong.
- Chẩn đoán thường làm với siêu âm. Liên quan với giảm sản phổi.
- Những cơ quan trong ổ bụng thoát vị qua lồng ngực. Những cơ quan này có thể nhồi máu.
- Thoát vị qua lỗ Bochdalek đại diện cho một thoát vị bẩm sinh đặc biệt được bàn luận riêng lẻ trong cuốn sách này.

Đặc điểm lâm sàng

- Biểu hiện ở trẻ sơ sinh là suy hô hấp.
- Bụng hình thuyền.
- Trẻ lớn hơn có thể đau bụng liên tục/hoặc thoái quẹn đại tiện thay đổi.

X QUANG

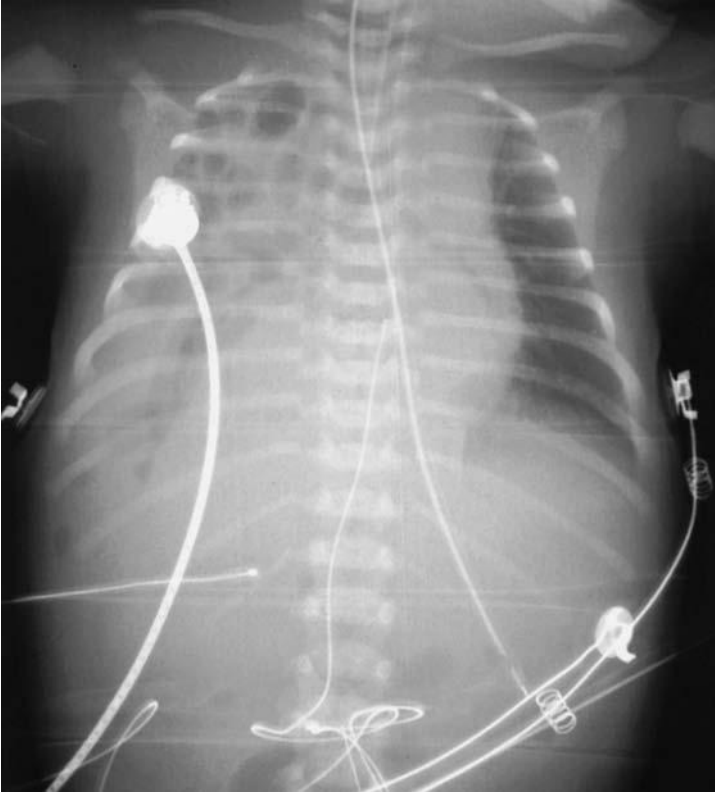
- **X-quang** — lồng ngực nhỏ. Vùng mờ có thể kéo dài liên tục từ bụng đến lồng ngực. khối mờ có thể đồng nhất hoặc có những chỗ sang do sự hiện diện của ruột. vùng mờ có thể chiếm toàn bộ phổi. có thể có tràn dịch màng phổi và xẹp phổi. ống thông dạ dày có thể nằm cuộn tròn nằm trong lồng ngực, hiếm khi thấy hơi ruột trong bụng.
- **CT** và **MRI** với định dạng 2D hữu ích cho việc thiết lập kích thước và vị trí thoát vị

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bất thường bẩm sinh nang tuyến phổi (CCAM) và phổi biệt lập có thể cho hình ảnh tương tự trên phim x-quang.
- Một tràn dịch màng phổi, đặc biệt nếu ở vùng dưới, có thể cũng cho hình ảnh giống thoát vị hoành ở trẻ sơ sinh.

Điều trị

- ABC.
- Hội chẩn bs nhi
- Phẫu thuật cấp cứu.



Thoát vị hoành bẩm sinh. Phổi phải mờ hình ảnh nhiều hơi ở các quai ruột.

Emboloidisease – tắc mạch phổi

ĐẶC ĐIỂM

- Huyết khối thuyên tắc phổi là một biến chứng của huyết khối tĩnh mạch sâu.
- Nếu không được điều trị tỷ lệ tử vong 30%. Nếu được điều trị tỷ lệ tử vong giảm xuống <5%.
- Là nguyên nhân tử vong cao nhất ở phụ nữ mang thai.
- Gắn liền với bệnh ác tính, ít vận động, rối loạn huyết động dễ tạo huyết khối.
- D-Dimer là xét nghiệm máu rất nhạy, nhưng không đặc hiệu .
- Điều trị nhằm mục đích ngăn ngừa thuyên tắc thêm.
- Bệnh nhân bị thuyên tắc tái phát có thể bắt buộc dùng thuốc dài hạn, đôi khi suốt đời như warfarin.
- Hiếm khi thuyên tắc là thuyên tắc mỡ (sau chấn thương sâu chi dưới / chấn thương vùng chậu) hoặc thuyên tắc khối u. Thuyên tắc mỡ rất hiếm và là một hiện tượng riêng biệt. Bệnh nhân có biểu hiện cấp tính với thở nhanh nông / xẹp phổi và thay đổi đột ngột trên x-quang ngực (mở rộng vùng khí 2 bên, mờ đồng đều tương tự như ARDS - hội chứng suy hô hấp ở người lớn).

LÂM SÀNG

- Thở nhanh nông.
- Ho, ra máu.
- Đau ngực
- Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới
- Giảm oxy thở vào.
- Hạ huyết áp, nhịp tim nhanh.
- Tăng áp động mạch phổi với tăng áp lực thất phải và suy tim.
- Xẹp phổi.
- Đột tử.

Đặc điểm x- quang

- X quang phổi - có thể bình thường.
- Các đặc điểm hình ảnh bệnh tắc mạch phổi bao gồm:
 - Dấu hiệu Fleischner – giãn nhánh xuống của động mạch phổi.
 - Bướu Hampton –đám mờ đồng đặc hình chữ V dựa vào màng phổi đặc trưng cho một vùng nhồi máu phổi.
 - Dấu hiệu Westermark - vùng sáng chữ V ở ngoại biên đặc trưng vùng thiếu máu phổi.
- Bất đồng thông khí – tưới máu phổi .



Thuyên tắc phổi. Một đám mờ hình chữ V ở ngoại vi khu vực dưới bên trái; chứng tỏ có một vùng nhồi máu phổi. Đó là bấu hampton.

- CT mạch phổi - khiếm khuyết bên trong cây động mạch phổi trên hình ảnh tăng cường tương phản. Cũng có thể có tưới máu thể khảm với giảm mạch máu trong các khu vực tăng sáng
- Chụp mạch phổi để khắc phục/sửa chữa những khiếm khuyết (bên trong).
- Siêu âm tim - giãn nhĩ phải cùng với phì đại thất phải và tăng áp động mạch phổi.

Chẩn đoán phân biệt

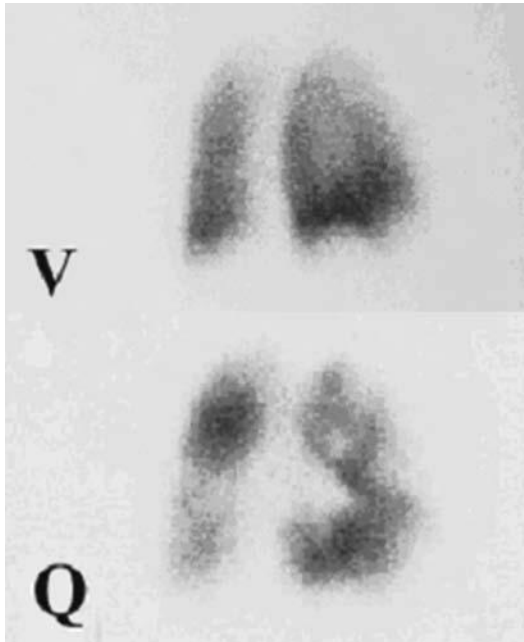
- biểu hiện lâm sàng và đặc điểm X-quang thường không đặc hiệu và một số bệnh có biểu hiện tương tự bệnh tắc mạch phổi (ví dụ tràn khí màng phổi, nhiễm trùng, bệnh suyễn và ung thư phổi).

XỬ TRÍ

- ABC.
- Oxygen.
- Thuốc chống đông máu nếu xác định tắc mạch phổi .
- Huyết khối tắc mạch rộng với tụt huyết áp và nhịp tim nhanh có thể cần điều trị thuốc tan huyết khối



nhồi máu phổi-CTPA.Vùng bất thường lớn (mũi tên), đặc trưng cho vùng thuyên tắc, được nhìn thấy trong các động mạch phổi chính.



nhồi máu phổi-V/QĐiều này chứng tỏ V/Q không phù hợp'-tưới máu bất thường(Q)ngược với thông khí bình thường(V).

Emphysematous bulla – bóng tràn khí

ĐẶC ĐIỂM

- Bóng khí lan rộng bất thường kèm theo phá hủy của thành phế nang xơ hóa phổi, trùng lặp với viêm phế quản mãn tính tạo thành bệnh được gọi là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Do sự mất cân bằng giữa các protease phổi và anti-protease.
- bóng khí là một khu vực vô mạch có nghĩa là lớn hơn 1 cm và có thành mỏng nhưng nhìn thấy được.
- Nguyên nhân do hút thuốc và các hóa chất khác, các rối loạn di truyền dẫn đến các điều kiện mắc bệnh (ví dụ thiếu alpha-1 antitrypsin).
- Ba loại khí phế thũng
- Khí phế thũng ở phế nang, ở tiểu thùy trung tâm và ở vách phế nang.
- Các loại khác nhau của bệnh khí thũng có thể cùng tồn tại.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Có thể không có triệu chứng sớm.
- Các đợt cấp thường nặng lên bởi nhiễm trùng.
- Ho, thở khò khè và khó thở khi gắng sức.
- Thở nhanh, thở khò khè, môi tím (một dạng của suy hô hấp), sử dụng các cơ hô hấp phụ.
- Dấu hiệu của tăng cacbon máu bao gồm run, mạch nảy mạnh chìm sâu (bounding pulse), giãn mạch ngoại biên, buồn ngủ, lú lẫn hoặc hôn mê.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH

- X quang phổi - khu vực trung tâm cũng được xác định phác họa bằng một thành mỏng. mức hơi dịch có thể chỉ ra nhiễm trùng trong bóng khí.
- X quang phổi có tăng dung tích phổi với hạ thấp vòm hoành, 'lồng ngực hình thùng', dấu hiệu trường phổi không đều (dày giãn phế quản - Viêm phế quản mãn tính tái diễn) và giãn động mạch phổi trung tâm do thích nghi tăng áp động mạch phổi.
- GHI NHỚ: tìm khối u ác tính phổi / nốt; kết hợp chung với nhau.
- CT định lượng mức độ, loại và vị trí của khí phế thũng. Nó cũng có thể xác định bệnh ác tính bị che lấp.



Bóng tràn khí. Một khu vực giảm đậm độ lớn, không có dấu hiệu ung thư phổi, được thấy chiếm hầu hết các lá phổi bên phải đè nén nhu mô phổi liền kề.

CHẨN ĐOAN PHÂN BIỆT

- Bướu khí sau nhiễm trùng.
- Tràn khí màng phổi khu trú.
- Giảm tưới máu thứ phát, thuyên tắc phổi hoặc đè nén mạch máu rốn phổi.

XỬ TRÍ

- Bóng khí thủng nằm trong bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính
- Bóng khí ở bên phải đơn độc thường không cần điều trị tích cực. Tuy nhiên, nếu bệnh nặng, phẫu thuật cắt phổi cần được xem xét.

Extrinsic allergic alveolitis – viêm phế nang dị ứng ngoại sinh

ĐẶC ĐIỂM

- Còn được gọi là viêm phổi dị ứng.
- Biểu thị bất thường, đáp ứng miễn dịch quá mẫn với dị ứng chất hữu cơ.
- Cấp tính, bán cấp và mạn tính.
- Các triệu chứng có thể tăng dần sau khi tiếp xúc 1 lần hoặc lặp đi lặp lại.
- Phản ứng miễn dịch loại III và loại IV.
- kháng nguyên phổ biến cụ thể dẫn đến bệnh cụ thể, ví dụ bệnh phổi nông trại (cỏ khô mốc) và bệnh phổi ở người thích chơi chim (phân và lông).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Chẩn đoán dựa vào bệnh sử và chẩn đoán hình ảnh, tiền sử tiếp xúc với kháng nguyên và cải thiện sau khi ngừng tiếp xúc kháng nguyên gây bệnh.
- Xảy ra ở mọi lứa tuổi, thường ở tuổi trung niên tùy thuộc vào cơ hội tiếp xúc với kháng nguyên.
- 90% dương tính kháng nguyên huyết thanh kết tủa (tuy nhiên, điều này chỉ phản ánh sự tiếp xúc với các kháng nguyên và các bằng chứng không rõ ràng cho sự kết hợp của EAA).
- Quá trình bệnh lý có thể cấp tính, 4 giờ sau khi tiếp xúc - ho khan, sốt, khó thở, khó chịu. Các triệu chứng có thể hết ngay lập tức sau khi ngừng tiếp xúc các kháng nguyên gây bệnh.
- Các thể bán cấp và mạn tính - từ vài tháng đến nhiều năm để tiến triển. Triệu chứng nhanh cấp tiến hoặc khó thở âm ỉ.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH

- Xu thế ở các vùng giữa phổi, với góc sườn hoành không rõ và nhô cao hoàn toàn.
- Hình ảnh phụ thuộc vào các dạng cấp tính hoặc mạn tính.
- X quang phổi
- Các dạng cấp tính và bán cấp tính có thể bất bình thường: trường phổi không đều và xuất hiện các nốt nhỏ
 - Trong thể mạn tính, xơ hóa và biến dạng nhu mô là những đặc điểm nổi bật ảnh hưởng đến rốn và đỉnh phổi.
 - HRCT
 - Nốt trung tâm tiểu thùy tròn nhỏ, với dải xơ mảnh không đều và bầy không khí (đốm tươi máu)
 - Tiến triển vào dạng mạn tính dẫn đến dày mô kẽ, phổi hình tổ ong và kéo giãn phế quản



Viêm phổi dị ứng ngoại sinh cấp tính. Một người nuôi chim 37 tuổi, bệnh sử ho 2 tháng, thở khò khè và khó thở nhẹ kéo dài trong vài giờ mỗi ngày.

Hai bên phổi có nốt thâm nhiễm nhỏ. Có thể do nhiễm trùng, nhưng các đặc điểm của bệnh sử và X-quang là điển hình của một case viêm phổi quá mẫn (hay EAA cấp).

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

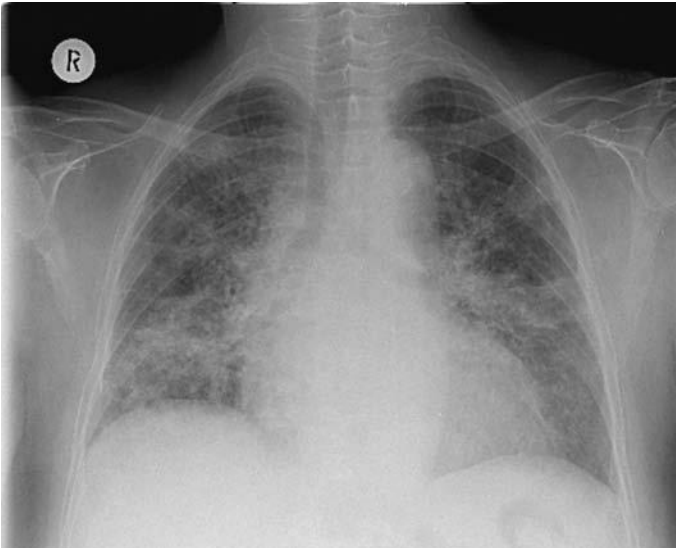
- Thể cấp/ bán cấp
- Nhiễm trùng, đặc biệt là bệnh lao và virus.
- viêm tiểu phế quản tắc nghẽn.
- bệnh tắc mạch phổi mãn tính.
- bệnh phổi di căn sớm.
- Mạn tính
- Xơ hóa phổi
- Sarcoid mạn.

Xử trí

- Loại bỏ các kháng nguyên gây bệnh đường hô hấp.
- Có thể dùng steroid



Viêm phổi dị ứng ngoại sinh bán cấp - HRCT. Nhiều nốt trung tâm tiểu thùy tròn nhỏ ở cả 2 phổi. Lưu ý các bẫy không khí không đều (đốm mờ) nằm trong phổi trái.



Viêm phổi dị ứng ngoại sinh mạn tính. Xơ hóa và biến dạng nhu mô rõ rệt trong cả hai vùng giữa và vùng dưới bên phải.

Flailchest – mảng sườn di động

ĐẶC ĐIỂM

- Xảy ra khi có sự mất liên tục một phân đoạn của thành ngực với phần còn lại của lồng ngực.
- Sau chấn thương hai hoặc nhiều xương sườn bị gãy ở hai hoặc nhiều nơi.
- Hậu quả là sự rối loạn các chuyển động thành ngực bình thường và chuyển động ngược chiều
- Luôn luôn xem xét tổn thương phổi kèm theo (đụng dập phổi).
- Sự kết hợp của đau, giảm chuyển động thành ngực hoặc ngược chiều và đụng dập phổi bên dưới có thể dẫn đến tình trạng thiếu oxy của bệnh nhân.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Khó thở và thiếu oxy máu.
- Nhịp tim nhanh.
- tím tái.
- thở nhanh.
- Hạ huyết áp.
- thành ngực bầm tím ,sờ thấy chuyển động bất thường hoặc tiếng lạo xạo.
- Mức độ thiếu oxy thường phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng đụng dập phổi bên dưới

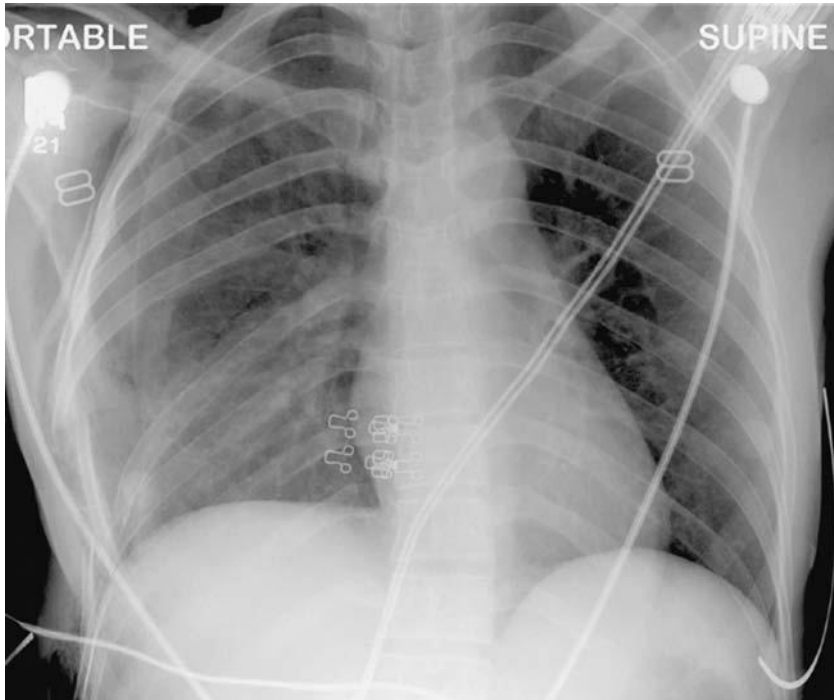
ĐẶC ĐIỂM XQUANG

X-quang phổi

- Gãy nhiều xương sườn.
- Các sụn sườn có thể không rõ ràng.
- Chỗ bóng khí có thể thấy đụng dập phổi (thường không thấy trong phim chụp ban đầu).
- Có thể có tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi hoặc xẹp phổi.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Gãy 1 xương sườn và đụng dập phổi với giảm thông khí thứ phát do đau ngực.



Lồng ngực di động-case1.Gãy nhiều xương sườn về 1 phía bên phải. Lưu ý xương sườn thứ năm bên phải gãy đứt đôi.

Điều trị

- Xử trí ban đầu bao gồm đảm bảo đường thở và cung cấp oxy tối đa
 - Trong trường hợp không có tụt huyết áp có thể truyền dịch.
 - Điều trị cụ thể bao gồm thở oxy và giảm đau thích hợp để tối ưu hóa thông khí / phổi để phổi giãn nở trở lại.
 - Chọc dịch màng phổi hoặc hỗ trợ thông khí khi cần.
 - Điều trị vết thương.



Màng sườn di động - case 2. gãy 2 cung sau xương sườn 5, 6 bên trái .

Foregut duplication cyst- nang đôi tế bào mầm tiêu hoá ở phổi

ĐẶC ĐIỂM

- Đây là một khái niệm rộng được sử dụng bao gồm một số u nang trung thất bẩm sinh có nguồn gốc từ mầm cơ quan tiêu hóa nguyên thủy phôi thai. Chúng bao gồm nang phế quản nguyên thủy, nang thực quản hóa và u nang thần kinh ruột.
- Nang phế quản nguyên thủy là phổ biến nhất, u nang thành mỏng lót bởi biểu mô đường hô hấp nằm trong trung thất.
- Nang mầm tiêu hóa nguyên thủy thường phát hiện tình cờ
- Các triệu chứng do quá trình chèn ép cấu trúc lân cận hay gây u nang xuất huyết hoặc nhiễm trùng thứ phát. Hiếm khi, ở trẻ em có triệu chứng nghiêm trọng đặc biệt là ở trẻ sơ sinh

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

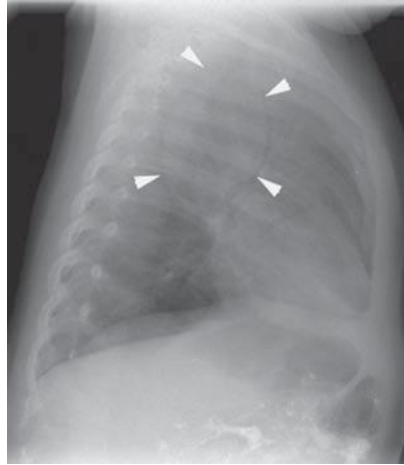
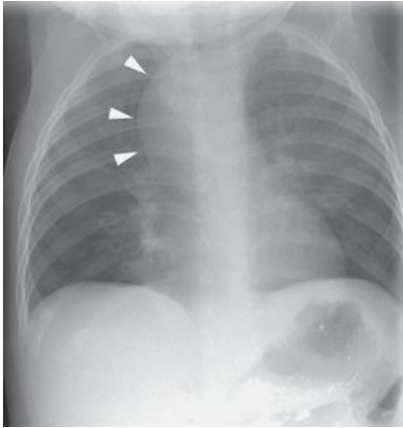
- Hầu hết không có triệu chứng.
- Biểu hiện: đau ngực, khó nuốt, thờ khò khè và khó thở.
- Ở trẻ em có thể nang phát triển và to gây biến chứng chèn ép khí quản có thể gây tử vong.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH

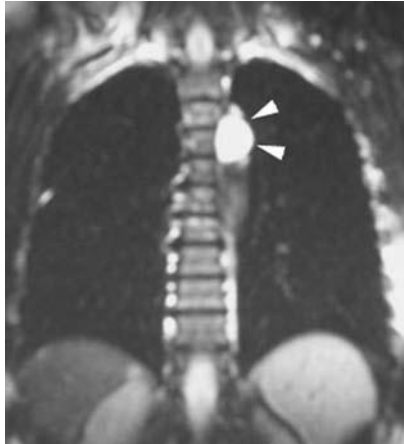
- X quang phổi - khối hình cầu hoặc hình bầu dục với thành mỏng nằm hai bên của trung thất. Hầu hết là có 1 ngăn. Thường nằm trong trung thất giữa, tiếp giáp với cửa khí quản. Chúng có xu hướng đẩy cửa khí quản về phía trước và thực quản ra sau, trường hợp này hầu hết là nang mầm cơ quan tiêu hóa nguyên thủy.
- CT cho thấy u nang mật độ nước (HU 0). Thành mỏng hàm lượng protein cao hoặc nhiễm trùng có thể gây giảm tỉ trọng các mô mềm trong u nang. Điều này có thể gây khó chẩn đoán. Thành nang tăng tỉ trọng gợi ý nang nhiễm trùng.
- MRI cũng là một cách tốt để tìm vị trí và tính chất bên trong của u nang..

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Nang giả tụy .
- U thần kinh.
- Bệnh phổi ác tính nguyên phát hay thứ phát
- Bệnh hạch bạch huyết, đặc biệt là hạch lao hoại tử.



Foregut duplication cyst - case 1. Khối nhẵn tròn ở bên phải trung thất



Foregut duplication cyst - case 2. khối bờ đều nhô ra từ phía bên trái trung thất trên cung động mạch chủ (đầu mũi tên) mặt phẳng trán T2-MRI. Khối u tổn thương rõ (mũi tên).

XỬ TRÍ

- Nếu không có triệu chứng của u nang, không cần điều trị
- Nếu chẩn đoán không rõ ràng có thể sinh thiết làm giải phẫu bệnh
- Phẫu thuật cắt u - chỉ định nếu có triệu chứng xuất hiện

Foreignbody-inhaled – Hít phải dị vật

ĐẶC ĐIỂM

- Thường gặp ở trẻ.
- Là một trường hợp cấp cứu vì nó có thể dẫn đến tắc nghẽn hoàn toàn đường hô hấp trên.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Tắc nghẽn hoàn toàn đường thở trên với tình trạng nguy cấp, kích động và nghẹt thở dẫn đến bất tỉnh. Một số trẻ có thể có triệu chứng nhẹ như ho dai dẳng hoặc thậm chí có thể không có triệu chứng.
- Nghe phổi có thể bình thường, thở khò khè đơn âm là đặc trưng của tắc nghẽn đường thở lớn. Hãy coi chừng mất hoặc giảm rì rào phế nang khu trú.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH

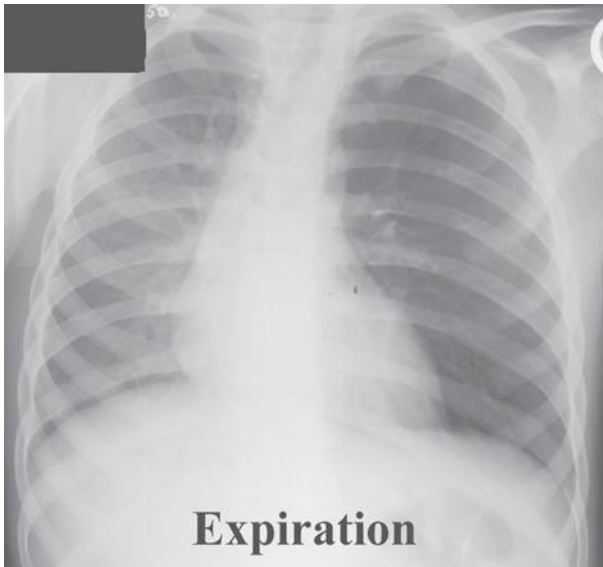
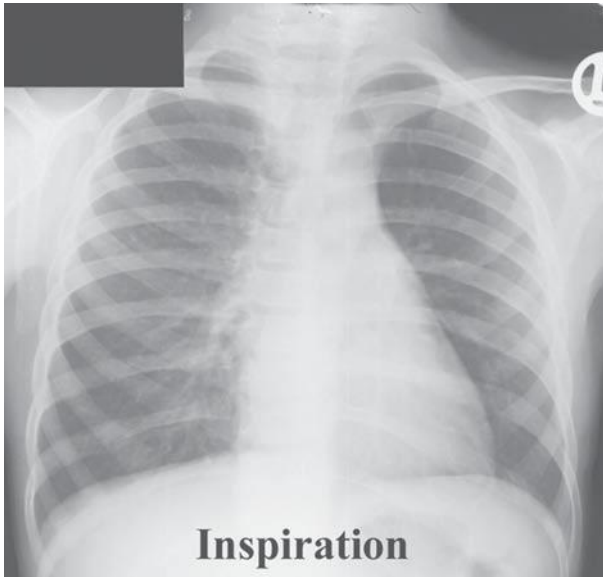
- X quang phổi
- Một vật thể lạ cản quang có thể thấy hoặc không thấy
- Tìm dấu hiệu thứ phát như mất nhu mô, xẹp thùy, đông đặc, giảm dần nở vì các dị vật đóng vai trò như một van kín. phim thở ra có thể hữu ích trong việc chứng minh bẫy không khí trong tìm kiếm dị vật
- Nếu nghi ngờ có thể chụp CT hoặc soi phế quản.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hen có tắc nghẽn do dịch nhầy có lâm sàng và hình ảnh Xquang tương tự.

XỬ TRÍ

- Nếu trẻ ho thì cần khuyến khích tiếp tục.
 - Không can thiệp trừ khi trẻ ho trở nên không hiệu quả hoặc trẻ đang mất dần ý thức. Ho tự phát hiệu quả hơn các thao tác hỗ trợ
 - Trẻ bị nghẹt - thực hiện các thủ thuật liên quan hút ngược, ép ngực (cùng địa điểm như ép tim) và ép bụng (bỏ qua ở trẻ sơ sinh) lặp đi lặp lại
- Nếu thủ thuật hemlich không hiệu quả có thể yêu cầu soi thanh quản..



Dị vật hít kẹt trong phế quản chính trái. Có giảm thông khí của nửa ngực trái, với sự thay đổi trung thất nhẹ liên quan đến ngực trái ở thì hít vào. Trên phim thở ra phổi bên phải nhỏ hơn, chứng tỏ sự bất thường ở phổi trái nổi bật. Điều này là do bẫy không khí trong phổi trái thứ phát - hiệu ứng "bóng van".

Foreignbody-swallowed – Nuốt dị vật

ĐẶC ĐIỂM

- Nuốt dị vật có xu hướng mắc kẹt tại các vị trí hẹp của giải phẫu như nhẫn hầu, ở ngang cung động mạch chủ và phế quản gốc chính trái và ngã ba dạ dày-thực quản.
- Ở trẻ em, nhẫn hầu là vị trí có khả năng mắc nghẹn nhất. Khi qua mức này, các dị vật có xu hướng đi qua mà không có trở ngại. Nghẹn ở vị trí này thường trên bệnh nhân có hẹp thực quản thực thể.
- Ở người lớn nuốt cố ý phải dị vật cố ý (tự hại), tình cờ (xương cá, gà)
- Các biến chứng do chấn thương trực tiếp gây ra bởi các dị vật như hoại tử áp xe thứ phát

ĐẶC ĐIỂM LAM SÁNG

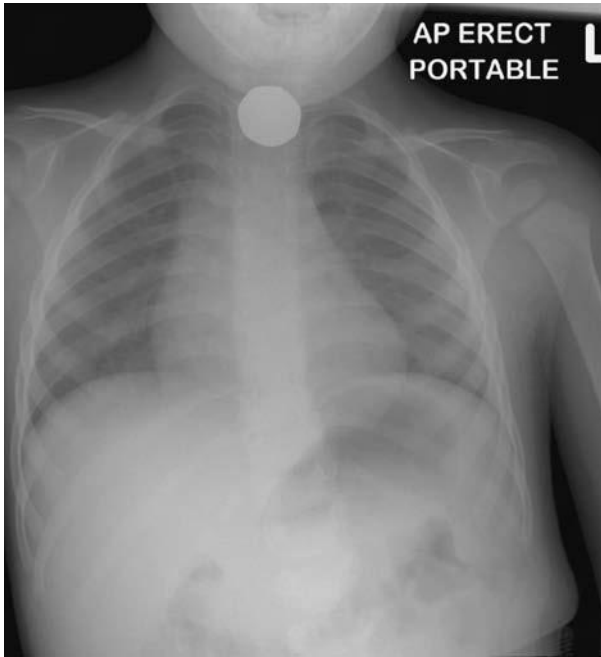
- Cảm giác sự hiện diện của dị vật.
- Có thể liên quan đến các biến chứng ví dụ thủng thực quản.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH

- X – quang ngực
- Dị vật cản quang có thể thấy bên cạnh cột sống cổ.
- Sưng mô mềm có thể là hình ảnh duy nhất. Hãy coi chừng các dị vật đã di chuyển qua thành niêm mạc và hình thành giống một áp xe thanh hầu .
 - Chụp phim cản quang có thể chứng minh có dị vật bên trong hay xác định biến chứng.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bệnh nhân có thể đã nuốt dị vật mà sau đó nó đi qua thực quản và bị mắc lại. Tuy nhiên, nếu dị vật sắc nhọn thì có thể gây xước trên bề mặt niêm mạc và nằm lâu trong đường ruột



Nuốt dị vật.

XỬ TRÍ

- Để ý triệu chứng, tìm nguyên nhân rõ ràng nếu không thể nhìn thấy và gỡ bỏ.
- Nội soi cho phép xử trí dứt khoát.
- Hãy coi chừng bệnh nhân nuốt những thứ nguy hiểm như pin (ví dụ pin đồng hồ) và các vật sắc nhọn như dao cạo râu!
- Trên một đứa trẻ, X quang phổi nên chụp để xác định vị trí các dị vật. Có thể chụp XQ bụng nếu không thấy dị vật trong ngực, nghi ngờ trôi và ở bụng, theo dõi sự di chuyển của dị vật nếu dị vật không xuất hiện trong phân sau 1-2 ngày.

Goitre - bướu giáp

Đặc điểm

- Bướu giáp là tình trạng phì đại tuyến giáp ở cổ. Nó có thể lan tỏa, đa nhân hoặc chỉ đơn giản là một nốt nhỏ lan tỏa.
- Triệu chứng có thể tại chỗ như mất cân đối hocmon tuyến giáp hoặc hiếm khi do khối u ác tính trong tuyến giáp.
- Các bướu giáp lan tỏa có thể từ phía dưới cổ vào phía trên trung thất và khu vực ức.
- Những bướu giáp đa phần tập trung ở trung thất.
- Phổ biến hơn ở phụ nữ và những người trung niên / những người lớn tuổi.
- CT khối này thường có hiệu ứng giảm mật độ hình ảnh do mô mềm (high attenuation), vôi hoá

Đặc điểm lâm sàng

- Hầu hết đều không có triệu chứng, xác định tình cờ trên CXR (x quang ngực) thường quy.
- Các triệu chứng có thể do chèn ép tại chỗ vào khí quản hoặc thực quản. Đôi khi liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược
- Bệnh nhân có thể có tuyến giáp bình thường, cường giáp hoặc suy giáp.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH

- CXR-khối mô mềm phía trên có thể mở rộng vào vùng cổ và sau xương ức. Có thể đẩy lệch khí quản ra khỏi vị trí bình thường hoặc chèn ép vào khí quản. Đa số có bề mặt trơn láng hoặc chia thành thùy nhỏ, có nốt vôi hóa.
- CT thường có hiệu ứng giảm mật độ do mô mềm (high attenuation), vôi hoá

Chẩn đoán phân biệt

- Tuyến ức hoặc u tuyến ức.
 - U tế bào mầm (ví dụ u quái).
 - U lympho (e.g. u tế bào lympho T).
- Nếu lâm sàng vẫn còn nghi ngờ thì sinh thiết và lấy mẫu mô kiểm tra



Bướu giáp. Khối ở trên trung thất mở rộng vào cổ, dẫn đến hẹp và đẩy lệch khí quản sang trái

XỬ TRÍ

- Hầu hết không cần điều trị
- Nếu bệnh nhân có triệu chứng cần cân nhắc phẫu thuật cắt bỏ (cắt bỏ tuyến giáp một phần hoặc toàn bộ).
- Dùng thuốc thay thế hormone tuyến giáp sau phẫu thuật.

Haemothorax – Trần máu màng phổi

Đặc điểm

- Chảy máu trong khoang màng phổi sau chấn thương hoặc vết thương xuyên thấu.
- Thường kết hợp với tràn khí màng phổi và chấn thương ngoài lồng ngực khác.
- Xuất huyết thường xảy ra từ nhu mô phổi, và thường tự khu trú, chứ không phải do chấn thương mạch máu riêng biệt nào. Khoảng gian sườn và mạch máu vùng vú dễ bị tổn thương hơn so với rốn phổi và các mạch máu lớn.

Đặc điểm lâm sàng

- Phụ thuộc chủ yếu vào lượng máu mất.
- Biến đổi theo mức độ shock giảm thể tích.
- Rì rào phế nang giảm hoặc mất kèm gõ đục

Đặc điểm XQUANG

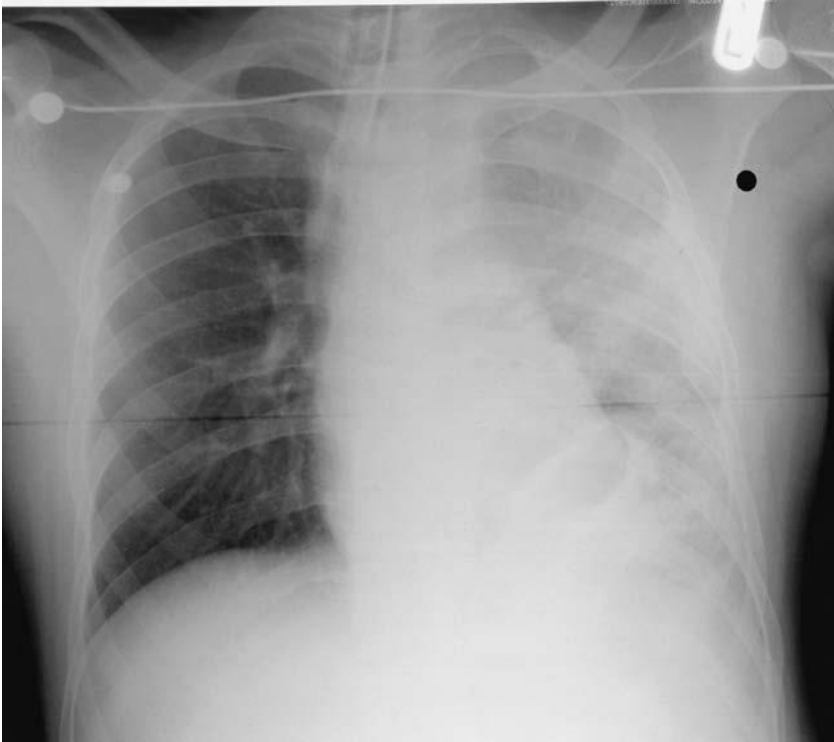
- Phim xquang ngực đứng thẳng có giá trị hơn phim nằm ngửa.
- Tù góc sườn hoành –thấy khi tràn máu khoảng 250ml.
- Tăng mờ toàn bộ một bên ngực trên phim nằm ngửa.

Chẩn đoán phân biệt

- Tràn dịch màng phổi mãn tính hoặc cấp tính (vd suy tim) có thể giống với tràn máu màng phổi. cần xem phim cũ và khai thác tiền sử lâm sàng. Chọc dò màng phổi để chẩn đoán.

XỬ TRÍ

- ABC, lập đường truyền tĩnh mạch trước khi dẫn lưu màng phổi
- Hỗ trợ hô hấp (thở bóng) để tránh xẹp phổi.



Tràn máu lồng ngực. Vỡ động mạch chủ sau chấn thương và gãy nhiều xương sườn. Tăng mật độ của vùng tụ máu màng phổi thứ phát sau xuất huyết.

Heart failure - Suy tim

Đặc điểm

- Điều này xảy ra khi tim không duy trì tuần hoàn đủ để cung cấp oxy cho mô với áp suất tâm thu bình thường.
- Có nhiều nguyên nhân - bệnh tim thiếu máu cục bộ, tăng huyết áp, bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh tim bẩm sinh, khối u tim, bệnh phổi mãn tính và thuốc giảm co bóp.
- Những phần khác nhau của tim bị ảnh hưởng tùy thuộc vào bệnh lý. Đặc biệt, suy tim trên lâm sàng đôi khi được chia thành suy tim phải và suy tim trái. Trong thực tế suy tim phức tạp hơn với rối loạn chức năng tâm thu và tâm trương ảnh hưởng đến cả hai bên của tim. Nó thường được gọi là suy tim sung huyết vì bơm thất bại dẫn đến sự tích tụ của chất lỏng trong các mô phổi và mô mềm của cơ thể.

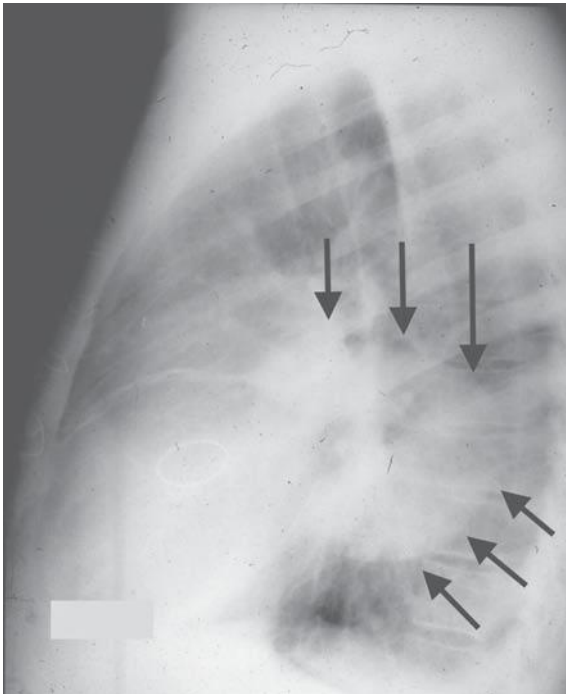
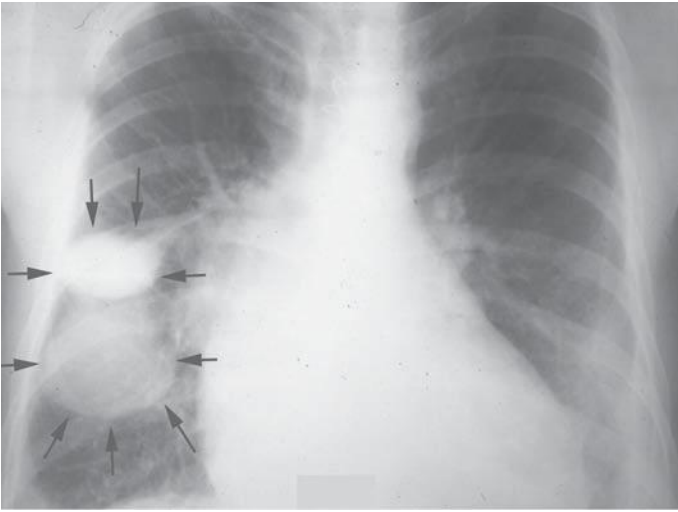
Đặc điểm lâm sàng

- Khó thở, mệt mỏi, ho và thở khò khè.
- Khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm.
- Tím tái, loạn nhịp tim, đau ngực, ngất.
- Tăng huyết áp hoặc có tiền sử đau thắt ngực hoặc nhồi máu cơ tim.
- Có thể không có biểu hiện lâm sàng.
- Phù, gan to.
- Thiếu dưỡng khí.

Đặc điểm hình ảnh

- X quang ngực
- Suy tim phải (điều này thường là do bệnh đường hô hấp mãn tính).
- Các đặc điểm phù hợp với COPD.

Có thể có tim to, nhưng thường kích thước tim bình thường. Động mạch phổi giãn rộng và tĩnh mạch phổi thủy trên đôi hướng phù hợp với tăng áp động tĩnh mạch phổi. Có thể có tràn dịch màng phổi.



Suy tim phải. Một khối ranh giới rõ thấy ở bên giữa phải và vùng thấp hơn. Những 'giả u' đại diện cho nang hóa dịch màng phổi trong các đường ngang và xiên (mũi tên).

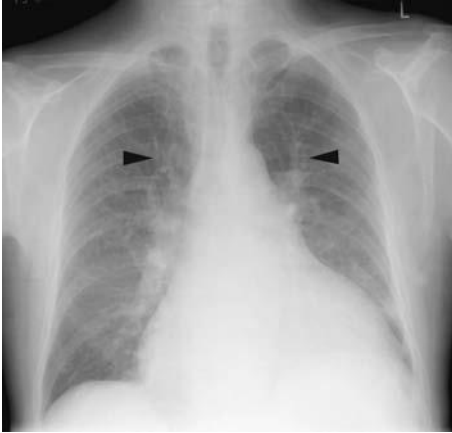
- Suy tim trái
- *Giai đoạn 1* – tĩnh mạch thùy trên phổi đối hướng với sự dày lên của tĩnh mạch thùy trên 2 bên.
- *Giai đoạn 2* – phù phổi kẽ - ngoại vi dày kẽ (đường Kerley B) 2 bên tại cả hai đáy phổi, dày quanh phế quản rõ ràng ở cả 2 rốn phổi.
- *Giai đoạn 3* – phù phế nang, phổi - loang lổ 2 bên quanh rốn hợp thành hình “cánh dơi”. Việc hợp thành có thể dính chùm và mở rộng. Tĩnh mạch thùy trên chuyển hướng và dày lên
 - Siêu âm tim - chẩn đoán và phân loại suy tim được thực hiện với phương thức này. X quang phổi được sử dụng để theo dõi và tìm kiếm những thay đổi trong trường hợp cấp tính

Chẩn đoán phân biệt

- Phù phổi không do tim. Phù nề vùng đỉnh có xu hướng lan nhiều ra ngoại vi và ít hơn ở phân thùy trên. Phân biệt có thể khó khăn.
- Quá tải thể tích tuần hoàn.
- ARDS.
- Bệnh nội sọ.
- Chết đuối.
- Các bệnh khác như xuất huyết phổi, nhiễm trùng hoặc bệnh u hạt

Xử trí

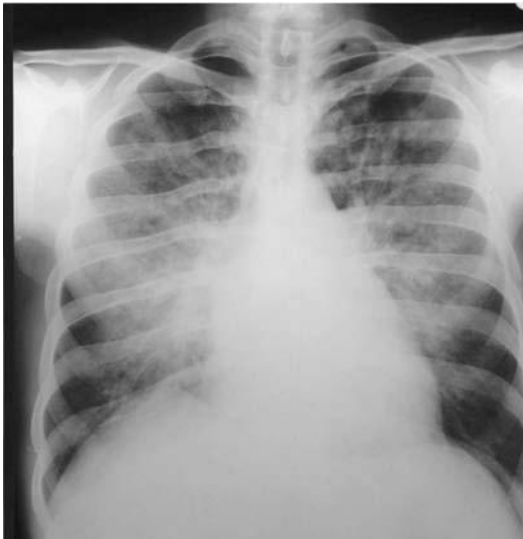
- Oxygen.
- Lợi tiểu và chất ức chế ACE.
- Nitrate tĩnh mạch trong các trường hợp cấp tính.
- Các thuốc tăng co bóp tim.
- BiPAP đã cho thấy một số lợi ích trong trường hợp cấp tính.
- Chữa nguyên nhân tiềm ẩn.
- Máy tạo nhịp tim.
- Bơm bóng động mạch chủ trong trường hợp nghiêm trọng để duy trì cung lượng tim cho đến khi điều trị hoặc can thiệp thường xuyên hơn có thể bắt đầu.



Suy tim trái giai đoạn 1. Tăng áp tĩnh mạch phổi.
lưu ý mạch máu thủy trên phổi 2 bên đối hướng



Suy tim giai đoạn 2
Phù mố kê phổi
Đường vạch nổi rõ góc sườn hoành
phải



Giai đoạn 3suy tim trái.phù phổi, mờ rốn phổi 2 bên (dấu hiệu cánh dơi).

Hiatus hernia Thoát vị khe thực quản

Đặc điểm

- Hai loại:
 - Thoát vị kiểu trượt (99%)—đây là một dạng thoát vị mà tâm vị của dạ dày thoát vị lên trên lồng ngực thông qua khe ống giữa cơ hoành và thực quản. Thoát vị có thể rất lớn và thường có khả năng giảm khi nằm nghiêng phải. Thoát vị kiểu này thường tăng tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi.
 - Thoát vị kiểu cuộn(1%)—trong đó tâm vị vẫn ở vị trí bình thường, chỉ có đáy vị là bị thoát lên lồng ngực thông qua khe ống giữa thực quản và cơ hoành gần chỗ vị hoành . Thoát vị hiếm khi giảm bớt.
- Cả hai loại thoát vị tăng theo tuổi. Có phối hợp với trào ngược thực quản, đều dẫn đến xoắn ruột. Thoát vị cuộn thường dễ bị nghẹt.

Đặc điểm lâm sàng

- Thường không có triệu chứng.
- Khó tiêu, trào ngược thức ăn.Nôn ra máu có màu bã cafe
- Chứng khó nuốt.
- Đau bụng hoặc thượng vị.

Đặc điểm XQUANG

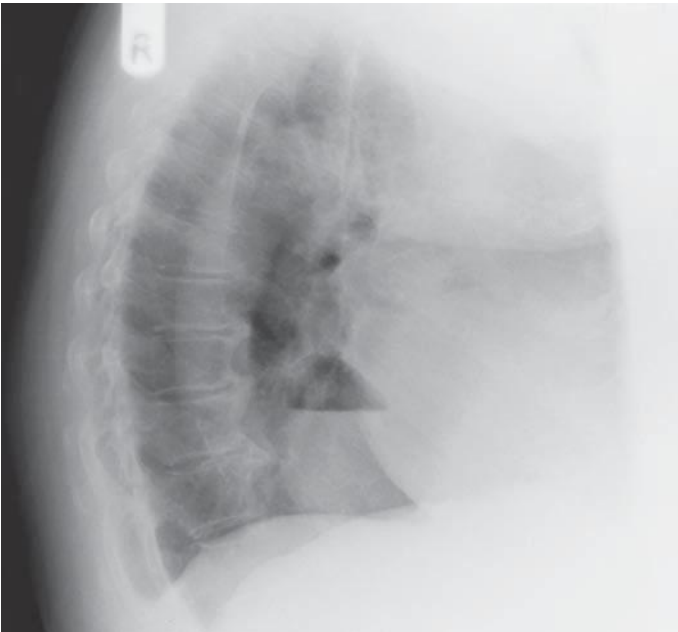
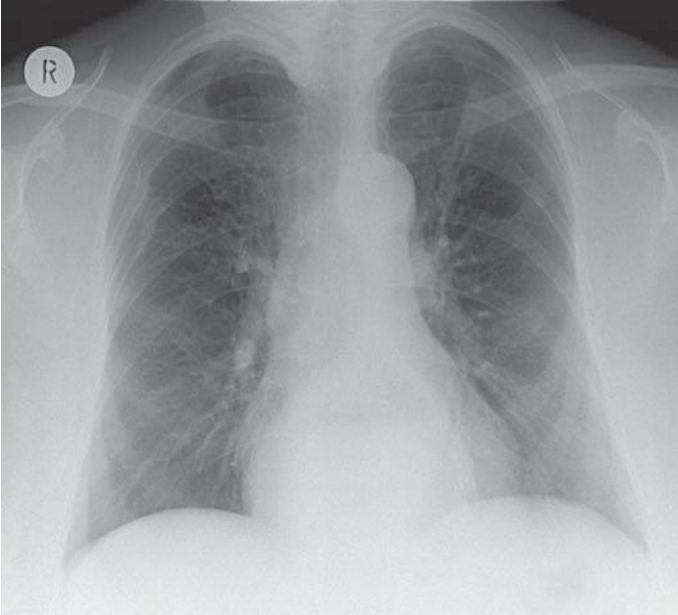
X quang ngực

- Có thể bình thường.
- Mật độ mô mềm phân ranh giới tốt sau tim. Có thể có mức hơi dịch.
- Phim nghiêng thấy hình ảnh dạng khối có mật độ kiểu mô mềm ở trung thất dưới và thường thấy mức hơi dịch.

XQ có uống barium

- Vòng chữ B của thực quản nằm trên cơ hoành trong thoát vị trượt gián đoạn. Có thể thu hẹp và giãn tại vị trí vòng chữ b kèm theo nếp gấp niêm mạc dạ dày nằm trên cơ hoành. Có thể có các cơn co thắt mạnh và niêm mạc không đều do trào ngược thực quản trong đoạn xa..
- Một phần của dạ dày nằm sát tâm vị trong thoát vị cuộn.

Cả hai kiểu thoát vị của dạ dày này đều dẫn đến xoắn ruột



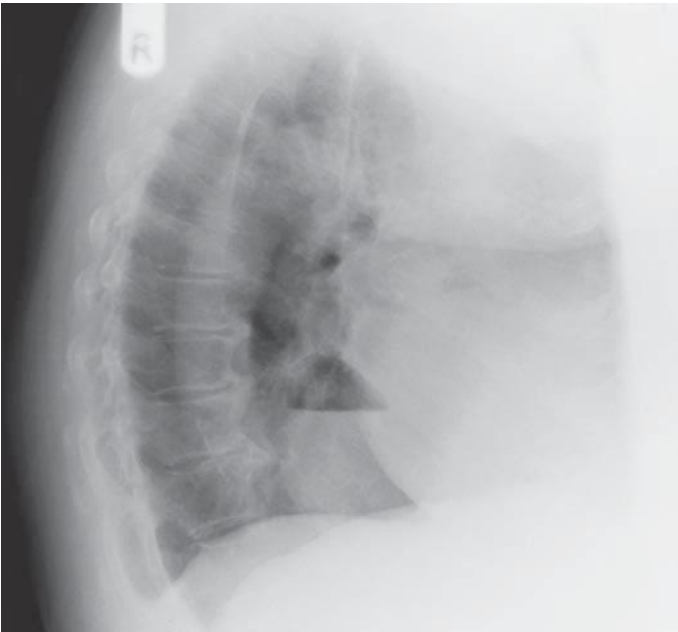
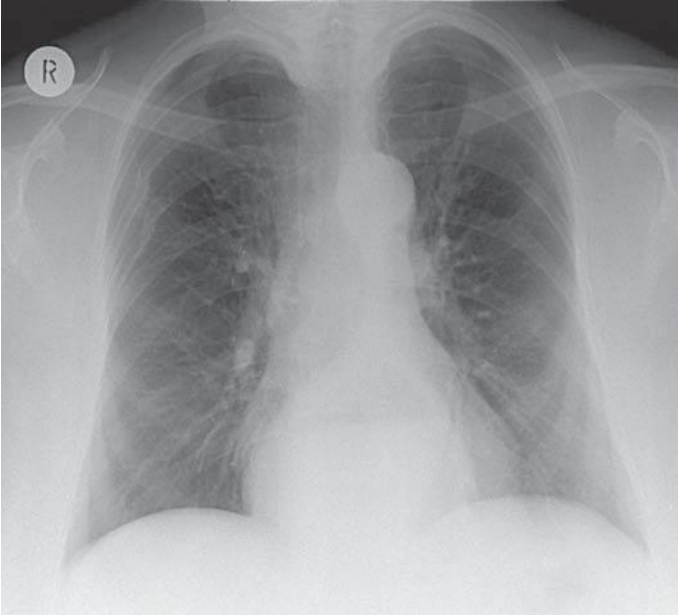
Thoát vị khe thực quản. Có một khối nhô ra ở đằng sau tim thuộc một trong những khu vực ẩn. Phía bên thấy được mức hơi dịch giúp xác định thoát vị khe thực quản

Chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán phân biệt của mật độ sau tim trên CXR bao gồm tổn thương ở trung thất giữa hoặc sau:
- Khối u thần kinh
- Khối u rốn phổi
- Phình mạch ở ngực
- Ung thư tâm vị
- Bệnh hạch bạch huyết.

Xử trí

- Thường không cần đến điều trị.
- Thuốc ức chế bơm proton
- Phẫu thuật



Thoát vị khe thực quản. Có một khối nhô ra ở đằng sau tim thuộc một trong những khu vực ẩn. Phía bên thấy được mức hơi dịch giúp xác định thoát vị khe thực quản

Idiopathic pulmonary fibrosis – xơ hoá phổi tự phát

Đặc điểm

- Viêm tiến triển, xơ hóa và tổn thương phổi chưa rõ nguyên nhân. Dẫn đến bệnh phổi hạn chế giai đoạn cuối.
- Hiện nay gọi là viêm phổi kẽ thường (UIP) trước đây là viêm phế nang xơ hóa vô căn
- Thường gặp ở đàn ông nhiều hơn phụ nữ, tuổi từ 40 – 70 tuổi
- Thường gặp các viêm phổi kẽ.
- Chồng chéo với viêm phổi mô kẽ khác, thường thứ phát sau một bệnh khác
- Phần lớn kết hợp với với khối u nguyên phát phế quản.

Đặc điểm lâm sàng

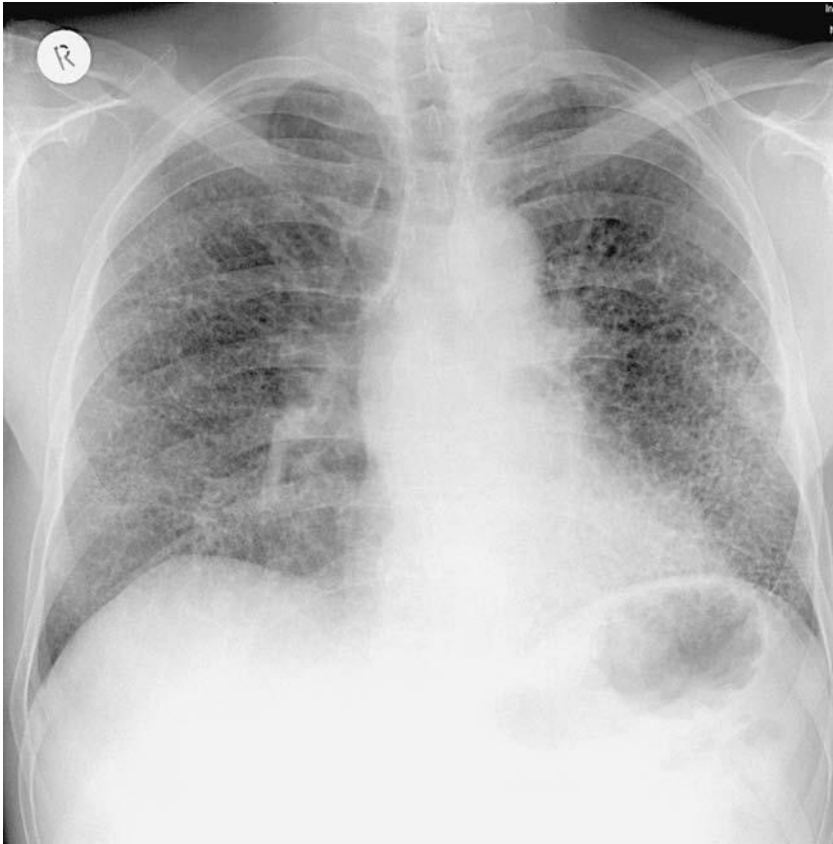
- Khó thở tiến triển.
- Ho khan.
- Giảm cân nặng.
- Ngón tay hình dùi trống.
- Rale nổ ở phổi.
- Giảm oxy.
- Kết quả thăm dò chức năng hô hấp có thông khí phổi: Hạn chế

Hình ảnh đặc trưng

- X quang ngực – phân phổi ở 2 đáy ngoại vi. Hình lưới chiếm ưu thế ở dưới màng phổi. Xơ hóa tiến triển dẫn đến mất nhu mô phổi dạng tổ ong. Có biến dạng nhu mô với kéo giãn phế quản.
- Hợp nhất từ ổ nhiễm trùng và hiếm khi đông đặc (<25%). Động mạch phổi giãn thứ phát liên quan đến tăng áp động mạch phổi.
- Luôn tìm kiếm khối tổn thương kèm theo (khối u).
 - CT Độ phân giải cao – có độ nhạy khoảng 90%. Dày dính màng phổi dạng lưới, 2 đáy phổi ở ngoại vi có dạng mặt lưới. Phổi hình tổ ong và giãn phế quản

Chẩn đoán phân biệt

- Các dạng khác gây xơ hóa hoặc viêm phổi kẽ.
- Viêm phổi kẽ bong vảy(DIP).
- Viêm phổi kẽ không rõ ràng(NSIP).
- Bệnh viêm tiểu phế quản hô hấp(RB-ILD).
- Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho bào(LIP).



Idiopathic pulmonary fibrosis

Xơ hóa phổi vô căn. Phổi dung tích nhỏ với bóng lưới rộng và rối tổ ong sớm ở vùng thấp.

- Viêm phổi kẽ nguyên nhân do thuốc.
- Viêm phổi kẽ liên nguyên nhân do rối loạn collagen mạch máu.
- Tất cả đều có đặc điểm hình ảnh rất giống nhau, nhưng có một sự khác biệt nhỏ trong HRTC, biểu hiện lâm sàng và sự đáp ứng điều trị giúp phân biệt với các nguyên nhân khác.

Xử trí

- Sinh thiết
- 15% đáp ứng với kháng viêm dạng steroid.
- Tỷ lệ tử vong sau 5 năm là 90%.



Xơ hóa phổi vô căn - HRCT. 2 đáy phổi thô dạng lưới, xơ phổi dạng "Phổi tổ ong".

Incorrectly sited central venous line đặt PVC sai vị trí**ĐẶC ĐIỂM**

- đặt PVC sai vị trí có 2 dạng.
- Dạng thứ nhất phổ biến: đặt vào tĩnh mạch nhưng vị trí không thích hợp, ví dụ vào tĩnh mạch đổ vào tĩnh mạch chủ trên hoặc trực tiếp vào trong nhĩ phải. Nguyên nhân dẫn đến các biến chứng như vỡ hoặc huyết khối tĩnh mạch.
- Dạng thứ hai hiếm gặp nhưng nguy hiểm hơn là vào tĩnh mạch vú trong, sườn trên, dưới đòn hoặc động mạch cảnh hoặc trong mô mềm và cấu trúc dạng mạch máu bất định nào đó

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Có thể có hoặc không có triệu chứng.
- Đau do ứ trệ.
- Thở nhanh nông thứ phát sau tràn khí màng phổi hoặc tràn dịch màng phổi / tràn máu màng phổi.
- Ban đỏ khu trú, đau hoặc sưng tại chỗ ở da do chèn đường đi mạch máu.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH

- X quang phổi - PVC có vị trí thích hợp nhưng quá gần hoặc xa vị trí tĩnh mạch chủ trên.
- PVC có thể nằm ở bất cứ vị trí nào trong cổ hoặc ngực.
- Kết hợp tràn khí màng phổi hoặc tràn máu màng phổi.
- CT - xác định vị trí

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

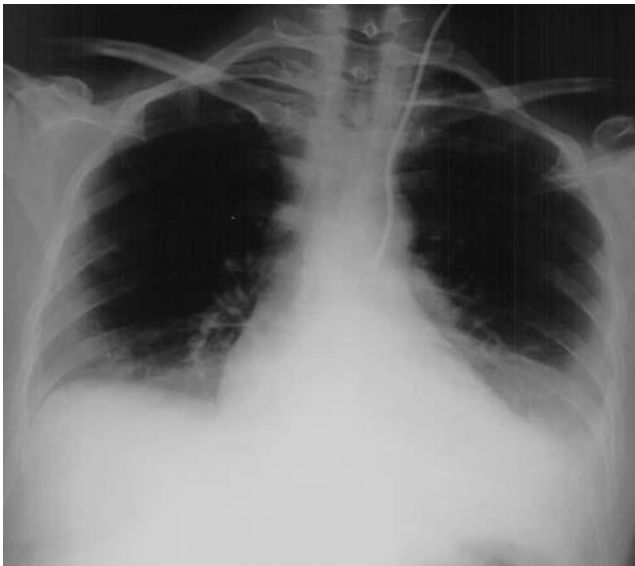
- Có một số biến thể giải phẫu mạch máu thông thường. Ví dụ, tồn tại 2 tĩnh mạch chủ trên hoặc tồn tại tĩnh mạch chủ trên bên trái. Nhận thức về các dạng cấu trúc giải phẫu của tĩnh mạch để chúng ta hiểu sâu thêm về đường đi của tĩnh mạch trung tâm.

XỬ TRÍ

- Loại bỏ / tạo lại vị trí xác định của mạch máu.
- Siêu âm hoặc chụp tĩnh mạch là chỉ định cần thiết để xác định cấu trúc giải phẫu học, đặc biệt nếu có các biến chứng sau nhiều lần chọc mạch máu.



PVC lạc chỗ, đặt không đúng vị trí đường tĩnh mạch trung tâm. Đầu hướng trực tiếp vào trung thất.



Không xác định được đầu pvc. Nên lúc đó dịch vẫn được truyền theo đường tĩnh mạch hậu quả đã dẫn đến tụ dịch trong khoang màng phổi trái.

Kartagener syndrome – hội chứng Kartagener

ĐẶC ĐIỂM

- Hội chứng hiếm gặp gắn liền với bất sản lông mao.
- Ảnh hưởng đến hô hấp, thính giác và tinh trùng lông mao.
- Bộ ba các đặc điểm:
 - Đảo ngược phủ tạng (50%).
 - Polyp mũi và viêm xoang mãn tính.
 - Giãn phế quản.
- Kết hợp với điếc, vô sinh và dị tật bẩm sinh khác (ví dụ như tim).
- Mang tính chất di truyền.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Chẩn đoán lúc còn trẻ. Có thể chẩn đoán trước sinh.
- Khó thở, ho và đờm.
- Nhiễm trùng ngực tái phát.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH

- X quang phổi - tim đảo ngược sang phải, giãn phế quản 2 bên. Có tiết nhày và xẹp phổi thùy tạo thành ổ nhiễm trùng.
- X-quang hoặc CT - cho thấy xoang giãn rộng với mô mềm phù hợp với polyp và chất nhầy.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- xơ nang và bệnh hen suyễn có thể xuất hiện tương tự đặc biệt như 50% trường hợp Kartagener của không có tim sang phải.

XỬ TRÍ

- Vật lý trị liệu
- Liệu pháp kháng sinh
- Xem xét cấy ghép tim-phổi.



Hội chứng Kartagener. Tim bên phải và giãn phế quản thùy dưới phổi trái.

Lymphangiomyomatosis – u cơ hạch bạch huyết

ĐẶC ĐIỂM

- Đây là một căn bệnh hiếm gặp chưa rõ nguyên nhân đặc trưng bởi tăng sinh bất thường cơ trơn phổi kẽ, đặc biệt là ở các tiểu phế quản, mạch phổi và hệ bạch huyết.
- Chỉ ảnh hưởng đến phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.
- Kèm cổ trướng do nhũ trấp, gan nhiễm mỡ và u máu-co- mỡ thận.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Tăng khó thở khi gắng sức.
- Ho ra máu.
- Chức năng phổi hạn chế và giảm oxy.
- Tăng triệu chứng trong khi mang thai và khi dùng thuốc tránh thai.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH

- X quang phổi - mô kẽ thô dạng lưới với sự hình thành u nang trên nền nhu mô phổi. Có thể kết hợp tràn dịch màng phổi do nhũ trấp (70%), với tràn khí màng phổi (40%) và hạch trung thất.
- HRCT - nhiều u nang thành mỏng, các kích cỡ ngẫu nhiên khác nhau và hình dạng tương đối bình thường. Bó mạch phế quản ở cạnh u nang. Hạch to, tràn dịch màng phổi và tràn khí màng phổi, giãn ống ngực.
- Trường hợp đứng lâu có thể gây tăng áp lực động mạch phổi với giãn gốc động mạch phổi trung tâm.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

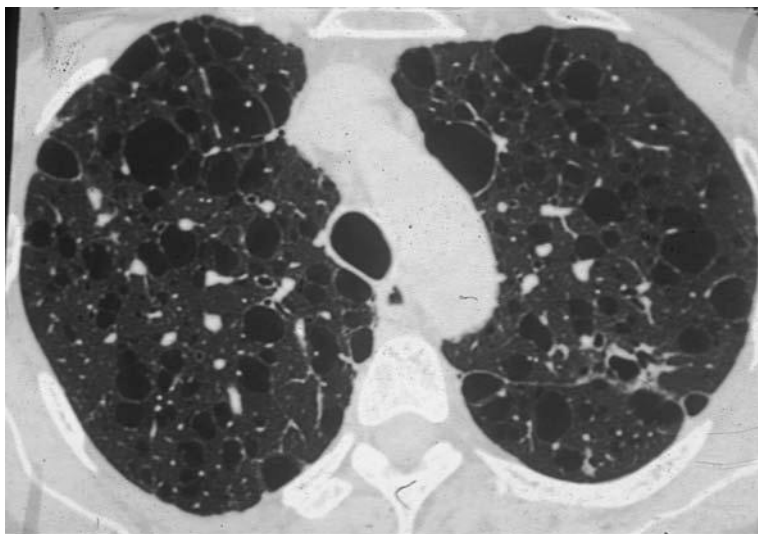
- Mô tế bào Langerhan khuynh hướng theo vùng và nhiều u nang bất thường.
- Xơ cứng củ - hiếm. Xuất hiện bất thường đặc trưng khác.
- Khí phế thũng - hút thuốc lá. bóng khí không có thành.
- X xơ thần kinh - hiếm với bất thường cơ xương và thần kinh.
- Phổi xơ hóa (ví dụ UIP). Xơ hóa nền và phổi tổ ong.

XỬ TRÍ

- Cần sinh thiết phổi để xác định chẩn đoán.
- Không có điều trị đặc hiệu.
- Sống còn sau 10 năm là 75%.
- Tiến triển suy hô hấp và tăng áp động mạch



Lymphangioleiomyomatosis. Nhu mô phổi lớn với nang khí ở vùng dưới bên trái.



Lymphangioleiomyomatosis-HRCT. Nhiều nang khí trong cả hai phổi

Lymphoma

Đặc điểm

- Lymphoma là đại diện cho một nhóm bệnh ung thư đặc biệt, thuộc hệ thống bạch huyết phát triển mạnh mẽ. Chúng được phân chia rộng rãi thành nhóm bệnh Hodgkin (HD) và không Hodgkin (NHL) dựa trên sự hiện diện của các tế bào Reed—Sternberg (HD). NHL đại diện cho một quang phổ của các mô bạch huyết bất thường ảnh hưởng đến một loạt các mô và cơ quan tổ chức khác nhau.
- Hầu hết là phát triển mới, nhưng cũng có thể xảy ra với những người sau xạ trị và NHL và liên quan đến các suy giảm miễn dịch khác nhau. Ví dụ như sau cấy ghép.
- Chúng xảy ra ở mọi lứa tuổi với đỉnh xuất hiện ở tuổi dậy dậ và cuối tuổi trung niên
- Chúng có thể biểu hiện thay đổi khác nhau ở một số người, đặc biệt với HD, một số người có thể hồi phục hoàn toàn, số khác cho thấy tái phát thường xuyên.

Đặc điểm lâm sàng

- Có thể không triệu chứng
- Sờ thấy hạch ở cổ hoặc ở bụng.
- Đổ mồ hôi, sốt nhẹ.
- Giảm cân, chán ăn, khó chịu.
- Khó thở
- Thở rít
- Nuốt khó.
- Một số triệu chứng liên quan đến khó thở mà có thể quan sát được khi nằm.

Những đặc điểm X-quang

- **CXR** — Khối mô mềm trung thất và rốn phổi phù hợp với hạch to. Nó có thể mở rộng. Hạch có thể trải dài vào trong cổ hoặc ở bụng. Lách lớn có thể được thấy bởi sự gia tăng mật độ mô mềm dưới hoành trái.
- Trường hợp hiếm lymphoma nguồn gốc từ phổi có thể xuất hiện. Nó biểu hiện là mờ vùng thông khí phổi hoặc thỉnh thoảng là dạng nốt ở nhu mô

CT — xác định được mức độ xâm lấn của hạch trong lồng ngực và cho phép hình dung đầy đủ hạch ở ngực, bụng và chậu. Sự lan tràn của HD phụ thuộc vào mức độ của bệnh



Lymphoma. Rốn phổi, cạnh khí quản và nách.

Dưới cơ hoành và gan, lách và liên quan các cơ quan khác. Những nốt vôi hóa hạch biểu hiện sau điều trị.

PET/CT — sau điều trị mô mềm còn lại thường xuất hiện ở trung thất trước. Điều này có thể có hoặc không có biểu hiện bệnh hoạt động trở lại. Sự tăng phát triển của mô là biểu hiện của bệnh hoạt động trở lại.

Những chẩn đoán phân biệt

- Sarcoid.
- TB.
- Khối ở trung thất trước: tuyến giáp, tuyến ức, u quái

Điều trị

- Sinh thiết là cần thiết để xác định sự hiện diện và loại ung thư hạch.
- Điều trị phù hợp với từng loại ung thư hạch.
- Steroids.



Lymphoma. Hạch rốn phổi 2 bên

Macleod's syndrome - Hội chứng Macleod

đặc điểm

- Còn được biết đến giống như hội chứng Swyer-James hoặc khí phế thũng một bên thùy.
- Kèm theo với một viêm tiểu phế quản cấp tính do vi rút (ví dụ adenovirus or sởi) thường phát triển ở trẻ nhỏ (<8 tuổi). Những đứa trẻ sau khi nhiễm khuẩn biểu hiện bởi một viêm tiểu phế quản tắc nghẽn với giãn phế quản và phá hủy thông khí đoạn xa.
- Thông thường ảnh hưởng đến toàn bộ một phổi, nhưng có khi ảnh hưởng cả hai bên. Tình thoảng có thể thấy ảnh hưởng lên thùy hoặc phân thùy của phổi.

Đặc điểm lâm sàng

.Thường không có triệu chứng

- Ho, SOB, thở khò khè.
- Tiền sử mắc các bệnh nhiễm khuẩn lúc nhỏ.
- Biểu hiện thường ở trẻ lớn.

Những đặc điểm của x-quang

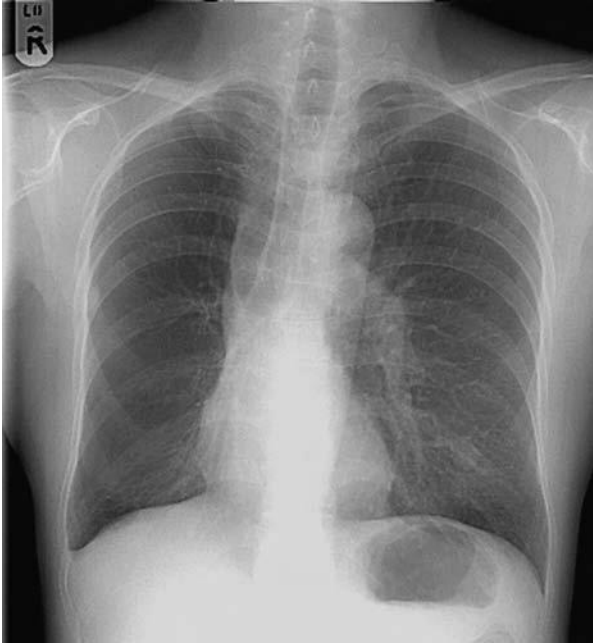
- **CXR** – Đó là biểu hiện tăng cường độ của tia X xuyên qua ở một bên phổi. Giảm thể tích phổi bị ảnh hưởng, có thể dịch chuyển trung thất về phía bên bị ảnh hưởng. khí còn lại trong thì thở ra. Giảm lượng máu đến phổi ở vùng phổi bị ảnh hưởng.
- **HRCT** –Phổi hai bên thường dạng khảm với biểu hiện giảm và ứ khí. Giảm lượng máu đến vùng phổi bị ảnh hưởng. giãn phế quản có thể thấy.
- Phần liên quan chỉ một thùy của phổi thường khó chẩn đoán

Những chẩn đoán phân biệt.

- Hội chứng Hypogenetic của phổi(đó là liên quan đến sự tắc nghẽn đoạn gần của động mạch phổi).
- Giảm sản động mạch phổi.
- Bệnh thuyên tắc mạch (nhìn thấy nhiều hơn ở người lớn).
- Vùng khí phế thũng dạng bóng nước (nhìn thấy nhiều hơn ở người lớn).
- Hẹp khí quản

Điều trị

- Không cần điều trị
- Vật lý trị liệu và kháng sinh nếu cần.



Macleod's syndrome. Rốn phổi và mạch máu phổi trái biểu hiện bình thường. rốn phổi phải rất nhỏ và toàn bộ nửa ngực bên phải hoạt động kém. Cộng với thể tích phổi phải giảm. phổi phải biểu hiện khác bình thường (nghĩa là không phải do giảm sản)



CT xác định động mạch phổi phải nhỏ (mũi tên) và thể tích nửa ngực bên phải giảm

Mastectomy – Cắt vú

đặc điểm

- Cắt bỏ mô vú trong điều trị ung thư.
- Đó là hình thức phổ biến trong điều trị
- Phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc toàn phần, với cả vùng mô mềm ở phần ngực và nách.
- Phẫu thuật tái tạo vú hoặc nâng ngực giả có thể thực hiện
- Bệnh nhân phẫu thuật vú thường được xạ trị hỗ trợ đến thành ngực cùng bên.

Những đặc điểm lâm sàng

- Sau phẫu thuật vú đa số bệnh nhân thường không có triệu chứng
- Một vài bệnh nhân có thể phàn nàn khó chịu ở thành ngực.

Những đặc điểm x-quang

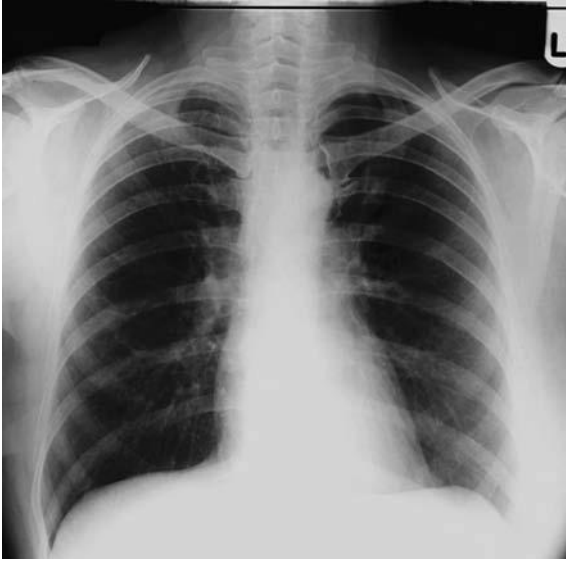
- **CXR**
- Phẫu thuật vú toàn bộ: Hình ảnh tăng sáng đường truyền của tia X qua thành ngực cùng bên . các mô mềm vùng nách có thể giảm .
- Phẫu thuật vú một phần: có thể hiện thị méo mó bóng vú hoặc không đối xứng bóng vú
- Luôn luôn tìm kiếm những hình ảnh phù hợp với xạ trị trong xương có thể cho hình ảnh giả di căn xương.
- Có thể liên quan tới di căn phổi, màng phổi và xương.

Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng Poland — bẩm sinh khuyết phần lớn ngực

Điều trị

- Không cần điều trị



Cắt vú phải



Cắt vú trái. Bóng vú bên phải thì nhìn thấy nhưng bên trái không thấy. ngoài ra nữa ngực bên trái sáng hơn bên phải.

Mesothelioma - u trung biểu mô

đặc điểm

- Hình thái lành tính và ác tính
- Hầu như phổ biến là u ác tính của màng phổi.
- Nhiều khối u liên quan phần lớn là phần màng phổi bao vây quanh phổi dày giống như u.
- Liên quan mạnh mẽ tiếp xúc với amiang. Cũng liên quan với viêm phổi mạn tính và chiếu xạ.
- Có thể lan tới màng phổi thành.
- Có thể lan tới máu hoặc đường bạch huyết tới hạch, phổi, gan.
- Xuất hiện trên 50 tuổi, nam>nữ

Những triệu chứng lâm sàng

- Tức ngực.
- Khó thở.
- Sốt và đổ mồ hôi.
- Yếu và mệt mỏi.
- Ho.
- Giảm cân

Đặc điểm x-quang.

- **CXR** – nhiều khối ở màng phổi chia thùy trái rộng đến trên bề mặt màng phổi trung thất. thể tích phổi giảm. Liên quan đến tràn dịch màng phổi. vôi hóa màng phổi (25%). Xâm lấn vào thùy phổi và phá hủy xương sườn 20%.
- **CT** — màng phổi chia thành nhiều thùy thành dày (> 1 cm) bao bọc lấy phổi. trái rộng đến bề mặt trung thất. liên quan đến nhiều nốt ở phổi. Phá thủng xương sườn và thành ngực ngoài. Dịch màng phổi khoảng 30%.

Chẩn đoán phân biệt

- sau nhiễm trùng màng phổi xơ hóa.
- Sau viêm mũ màng phổi.
- Di căn màng phổi.

Điều trị

- Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết.



Mesothelioma. Nhiều khối dạng thùy ở thùy trên màng phổi trái.



Mesothelioma. Trong trường hợp này, có nhiều khối dạng thùy ở màng phổi bao bọc quanh phổi phải.

- Điều trị với triệu chứng giảm nhẹ và giảm đau, xạ trị và hóa trị thử nghiệm.

Trung bình sống <1 năm.

Metastases – Di căn

đặc điểm.

- Bệnh di căn trong thành ngực đặc trưng bởi sự lây lan đến phổi, màng phổi, xương và mô mềm.
- Di căn đến phổi là phổ biến, chiếm khoảng 30% tất cả các trường hợp ác tính.
- Di căn đến phổi qua đường máu hoặc hệ bạch huyết.
- Phổ biến từ ung thư vú, thận, đại tràng, tiền liệt tuyến.
- Di căn phổi nổi trội trong các u ác tính hiếm như u xương ác tính, u thư giáp và ung thư da.
- Có thể xuất hiện giống như một nốt phổi đơn độc (60% chuyển thành ác tính), nhiều nốt mờ, nốt mờ dạng lưới lan tỏa như trong ung thư di căn ác tính của hệ bạch huyết (lymphangitis carcinomatosa).

Đặc điểm lâm sàng

- Có thể không có triệu chứng
- Ho, đờm và ho ra máu.
- Khó thở.
- Giảm cân, chán ăn, khó chịu.
- Sốt.
- Đau ngực.

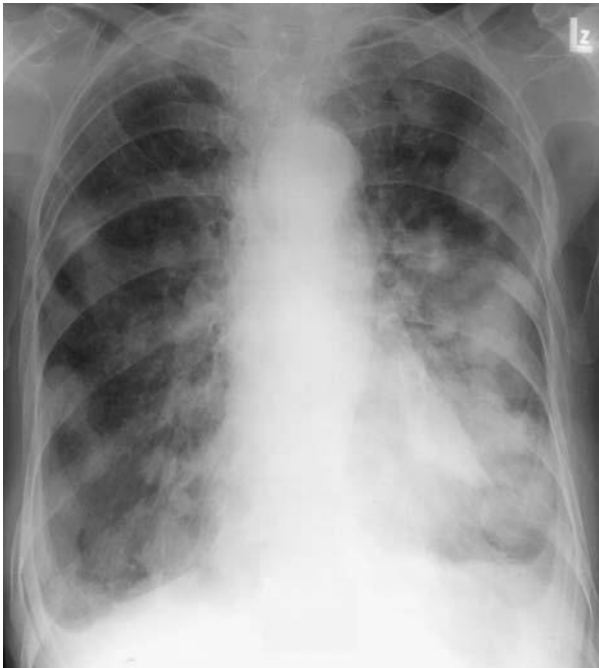
Đây có thể là đặc trưng đầu tiên biểu hiện bệnh lý ác tính

Đặc điểm x-quang

- **CXR** — tổn thương đơn độc hoặc nhiều tổn thương xung quanh phổi.
- Chúng có thể vô hóa (u xương ác tính, u vú, tuyến giáp, ung thư tuyến nhầy)
- Chúng có thể nhỏ (ung thư tuyến giáp, ung thư vú, ung thư tiền liệt tuyến, ung thư buồng trứng).
- Hình bong bóng (trong ung thư tế bào vẩy, ung thư trực tràng, ung thư da, ung thư tế bào chuyển tiếp)
- Xuất huyết (ung thư buồng trứng, ung thư da, ung thư tuyến giáp).
- Nhánh phế quản (ung thư phổi, lympho, vú, thận, đại trực tràng)
- Vùng thông khí (ung thư tuyến vú, buồng trứng hoặc ống tiêu hóa)
 - Đám mờ phế nang (ung thư biểu mô tuyến vú, buồng trứng hoặc đường tiêu hóa).
 - Có thể có hạch.
 - Nốt có vách không đều - viêm hạch bạch huyết (ngực, đại tràng, tụy, dạ dày)



'Cannon ball' di căn kiểu thả bóng



di căn phổi đa ổ



chẩn đoán phân biệt

- Khối u lành tính (hamartoma hoặc adenoma).
- Bệnh u hạt (viêm khớp dạng thấp, u hạt Wegener).
- Tắc mạch do nhiễm trùng.
- Viêm phổi nguồn gốc không rõ.
- Dị dạng động tĩnh mạch phổi.
- Nhiễm trùng đa ổ
- Một sinh thiết có thể được yêu cầu để xác định chẩn đoán.

Điều trị

- Tìm kiếm các khối u ác tính nguyên phát.
- Có thể yêu cầu lấy mẫu u.
- Giai đoạn cuối.

Cần nhắc trị liệu với liệu pháp hóa học giảm nhẹ



Di căn thể kê



Lymphangitis carcinomatosa. Trước khi phẫu thuật vú phải, hình ảnh dạng lưới lan rộng ở thùy dưới phổi phải .

Neuroenteric cyst nang thần kinh ruột

đặc điểm

- Đây là dạng hiếm nhất của dị dạng phế quản phổi trong giai đoạn phân chia ruột trước.
- Nó đặc trưng cho một dị dạng bẩm sinh do sự phân chia không hoàn toàn của ruột trước từ dây sống. có một khiếm khuyết đường giữa qua cột sống nơi mà màng não liên quan tới nang.
- Hiếm có nhưng cũng có khi nó liên quan trực tiếp với thực quản.
- Thành của nang chứa đựng các yếu tố liên quan tới cả đường tiêu hóa và thần kinh.
- Chúng cũng liên quan tới u sợi thần kinh và hở ống sống.
- Thường xuất hiện ở trẻ nhỏ.

Đặc điểm lâm sàng

- Có thể không có triệu chứng.
- Đặc trưng phổ biến ở trẻ nhỏ với đau ngực
- Khó thở và/hoặc khó nuốt.
- Nhiễm trùng ngực tái phát.
- Có thể liên quan với bất thường thần kinh.
- Tình cờ phát hiện trên phim phổi hoặc cột sống.

Những đặc điểm x-quang

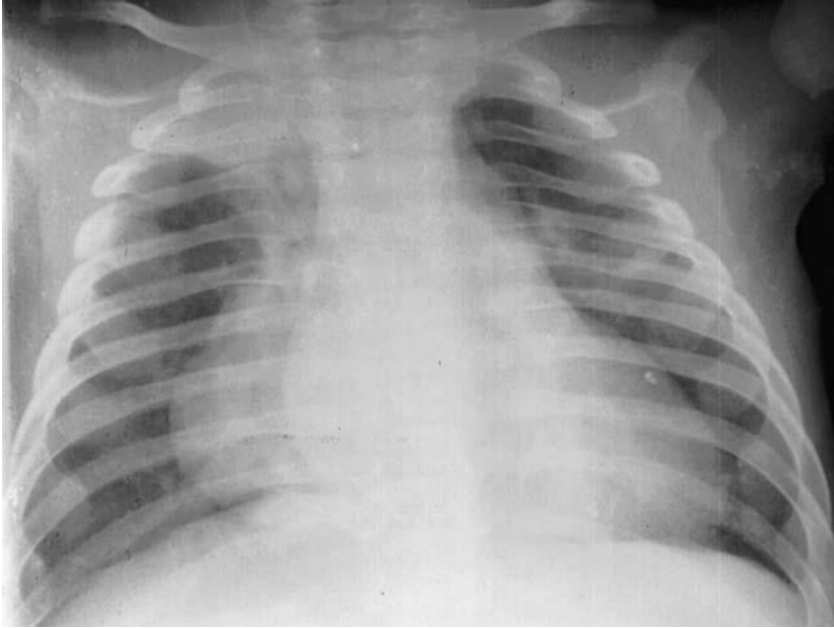
- **CXR** — mô mềm ở đường giữa thuộc trung thất sau. Có thể có mức dịch-khí. Khối có thể lớn nhẵn và đôi khi chia thùy. Một khiếm khuyết đường giữa cột sống có thể nhìn thấy được.
- **CT** – chỉ ra một cấu trúc nang thành mỏng ở trung thất sau liên quan tới với cột sống, có thể có hoặc không có liên quan với thực quản.
- **MRI** — đây là kỹ thuật tuyệt vời trong việc mô tả bất thường của đốt sống, cột sống, màng não liên quan với nang.

Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị màng não ở ngực
- Các khối u thần kinh.
- Áp xe phổi đặc biệt áp xe TB.
- Nang khí quản.
- U phổi nguyên phát.

Điều trị

- Nếu rất nhỏ không cần điều trị
- Nang lớn có thể phẫu thuật cắt, chú ý ống sống và tủy có thể liên quan với nang



Neuroenteric cyst. Khối cạnh cột sống bên phải

Neurofibromatosis - u sợi thần kinh

Đặc điểm

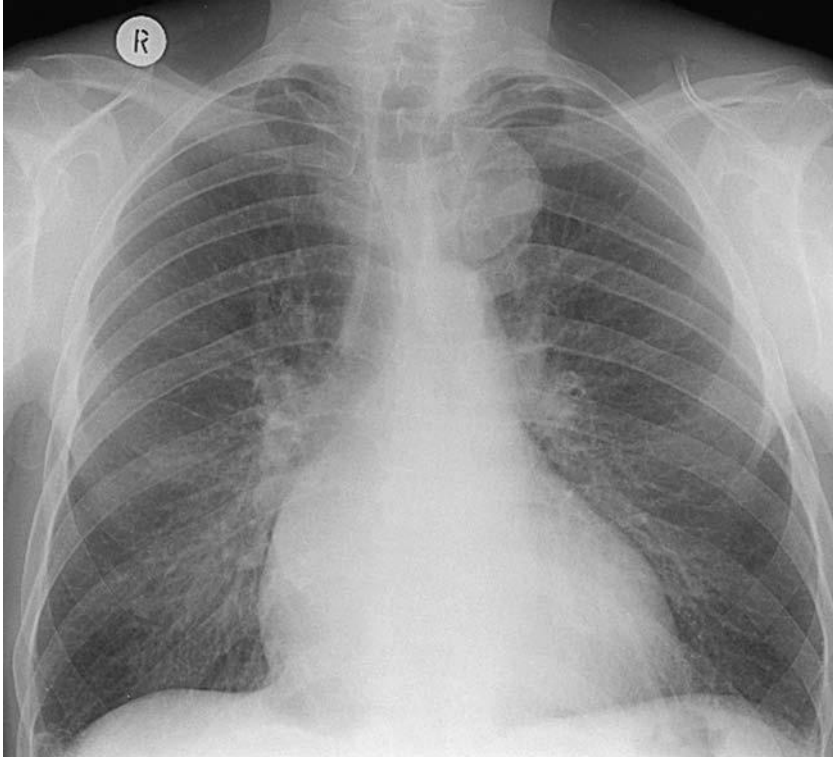
- Hội chứng u thần kinh da-ngoại bì bệnh lý di truyền nhiễm sắc thể trội.
 - Xu hướng phát triển các khối u thần kinh liên quan tới nhiều cơ quan. Trên mô bệnh học thể hiện sự phát triển của nguyên bào sợi và các tế bào Schwann.
 - Ảnh hưởng đến hệ thống thần kinh trung ương và ngoại biên, cột sống, mắt, da, hệ xương, ngực, thận, đường tiêu hóa.
 - Gồm hai loại: NF1 (nhiễm sắc thể 17 là phổ biến nhất) and NF2 (nhiễm sắc thể 21).
 - 50% đột biến tự phát.
 - Tam chứng kinh điển là các tổn thương ở da, dị dạng xương và các khối u thần kinh.
- Đám rối u sợi thần kinh là đặc trưng cho NF1.
- Thường xuất hiện ở giai đoạn trưởng thành sớm.

Đặc điểm lâm sàng.

- Có thể không có triệu chứng phát hiện tình cờ khi chụp x-quang.
- Các bệnh nhân khác được chẩn đoán là u sợi thần kinh khi có dấu hiệu và triệu chứng thần kinh nổi bật.
- Bệnh nhân có đặc điểm cà phê sữa 'cafe-au-lait' và u xơ thần kinh ở da.
- Đặc điểm lâm sàng ngực bao gồm : vẹo cột sống, khó thở, đau ngực. thỉnh thoảng đau/yếu cánh tay, bàn tay và chân có thể do sự tác động lên dây thần kinh trong ống sống hoặc đám rối thần kinh ở ngoại vi

Đặc điểm x-quang:

- Chứng vẹo cột sống với bất thường xương sườn (xương sườn dài bằng).
- Khối mô mềm có thể hiện diện ở ngoại vi phổi. đặc trưng bởi u thần kinh ở gian sườn.
- Khối ở trung thất sau giới hạn với cột sống.
 - Các tổn thương mô mềm có thể đại diện cho một khối u thần kinh hoặc một thoát vị màng não bên cả hai đều đặc trưng cho u sợi thần kinh.
- Khối được xác định là một hình vòng hoặc chia thành nhiều múi ở thành bên làm rộng lỗ thoát của dây thần kinh trong ống sống và lõm bề mặt các xương sườn và thân đốt sống. có thể thấy nhiều đốm vôi hóa trong khối.
- Tổn thương hiếm thay đổi cấu trúc phổi lan tỏa dạng nang hình lưới giống như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính



Neurofibromatosis. Lớn trung thất trên có thể lan vào trung thất sau

- Tĩnh mạch cánh tay đầu trái có thể nhìn thấy bên trong trung thất trước.
- Thành bên trái của khí quản có thể thấy nằm trong trung thất giữa

MRI — xác định khối mô mềm cạnh đốt sống và chỉ ra được thành phần khối u liên quan và phát triển từ trong thân hay còn gọi là u hình quả tạ ‘dumb-bell tumour’. Có thể gặp những tổn thương cả trong và ngoài cột sống, tổn thương tăng kích thước có thể chuyển dạng ác tính.

chẩn đoán phân biệt

- Các u thần kinh đơn độc (ví dụ. neuroblastoma hoặc ganglioneuroma).
- Thoát vị màng não ở phía sau.
- U phổi nguyên phát.
- Nang có nguồn gốc từ phế quản
- Phình động mạch chủ ngực.
- Áp xe cạnh cột sống.
- Bất thường tạo máu không phải từ tủy.

Điều trị

- Có thể không cần bất kì điều trị nào.
- Cân nhắc chỉ định phẫu thuật nếu như có triệu chứng

Theo dõi những khối u thần kinh có nguy cơ chuyển dạng ác tính như các u thần kinh tăng sinh nhanh



CT xác định khối có nguồn gốc từ trung thất sau (mũi tên) và liên tục với lỗ trong của thân sống

Pancoast tumour - U PANCOAST

Đặc điểm

- Đây là một u phổi nguyên phát vị trí nằm ở đỉnh phổi
- Đa số là ung thư biểu mô tế bào vảy.
- Chiếm 3% của tất cả các khối u nguyên phát.
- Nguyên nhân mạnh mẽ với hút thuốc lá.
- Thường trên 40 tuổi.
- Khối u lan rộng và bệnh nhân thường biểu hiện bởi một loạt các dấu hiệu và triệu chứng đặc biệt

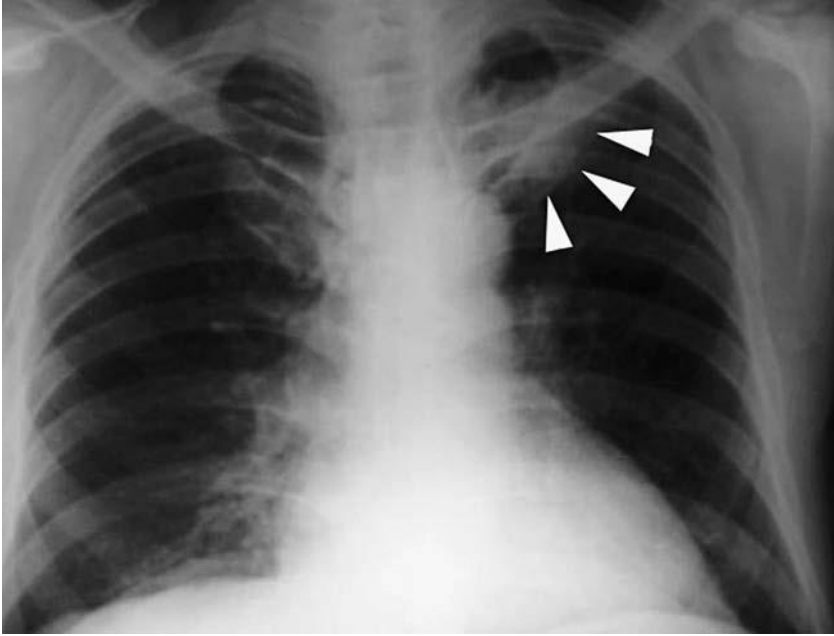
Đặc điểm lâm sàng

- Có thể không có triệu chứng.
- Đau ngực hoặc/và đau vai. Một vài bệnh nhân phát hiện khi chụp x-quang vai
- Ho, đờm ra máu.
- Giảm cân và mệt mỏi.
- Hẹp SVC.
- Giọng khàn.
- **Hội chứng Horner** (chứng lồm mắt, co đồng tử, sụt mi mắt and giảm tiết mồ hôi) do ảnh hưởng trực tiếp với đám rối thần kinh giao cảm.
- Teo cơ vùng cánh tay và cẳng tay do sự xâm lấn đám rối thần kinh cánh tay.

Đặc điểm x-quang

- **CXR** — Đỉnh màng phổi một bên dày hoặc tạo thành khối. khối tổn thương có thể có hang. Thứ hai là rốn phổi mở rộng vì có hạch. Có thể tổn thương phá hủy và xâm lấn mô mềm ngoài thành ngực.
- **CT** — xác định tổn thương đỉnh màng phổi. đánh giá tốt giai đoạn tiến triển xâm lấn của u vào trung thất và di căn của bệnh
- **MRI** — tuyệt vời để đánh giá sự xâm lấn của mô, đặc biệt trên chuỗi xung T1 để xác định được tổn thương xâm lấn ngoài thành ngực và đám rối thần kinh cánh tay. Đánh giá chính xác cần thiết trước khi tiến hành phẫu thuật cắt bỏ.

PET/CT — phương tiện tăng hấp thụ trong ung thư nguyên phát và di căn. Đây là phương tiện nhạy bén xem giai đoạn khối u, và phân biệt với những tổn thương chưa xác định rõ



Pancoast tumour. U đỉnh phổi trái (đầu mũi tên)

Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm lao— đó có thể là biểu hiện của bệnh đang hoạt động hoặc đơn giản là chỉ dày nhu mô màng phổi sau nhiễm trùng.
- Nhiễm nấm.
- U hạt Wegener.

Điều trị

- Xét nghiệm đờm.
- Sinh thiết qua khí quản hoặc thành ngực.
- Xạ trị.
- Phẫu thuật cắt bỏ.



Sagittal T₁ MRI sau tiêm cản quang. Khối u xâm lấn xuyên qua thành ngực sau

Pectusexcavatum - lõm ngực

Đặc điểm

- Còn được gọi là ngực phễu.
- Tương đối phổ biến do bất thường xương.
- Biểu hiện sự lõm của xương ức khoảng cách xấp xỉ gần với cột sống ở phía sau.
- Đa số liên quan tới những trường hợp đặc biệt, nhưng cũng có thể liên quan đến dị tật tim bẩm sinh và hội chứng Marfan.

Đặc điểm lâm sàng

- Đa số không có triệu chứng.
- Có thể gắng sức khi thở.
- Bệnh nhân có thể kèm theo các dấu hiệu, triệu chứng, hội chứng các vấn đề liên quan của bệnh.

Đặc điểm xquang

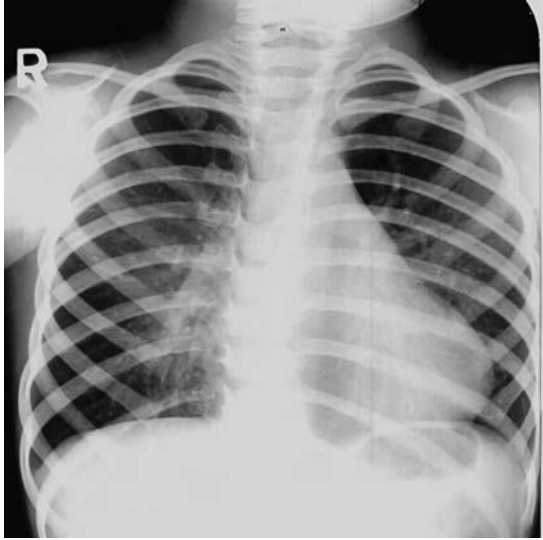
- **X-quang(PA)** — Sự thay đổi của bóng tim, bờ tim trái thẳng, bờ tim bên phải không rõ ràng, các xương sườn sau xuất hiện ngang, các xương sườn trước hình gập góc(còn gọi là số 7 hay số 7 ngược).
- Phim chụp nghiêng thấy rõ độ lõm của xương ức. đường kính trước-sau lồng ngực hẹp.

Chẩn đoán phân biệt

- Thùy giữa phổi xẹp / đông đặc cho hình giả tuyến ức trên phim chụp thẳng. Phim nghiêng cho phép chẩn đoán chính xác hơn.

Điều trị

- Không cần điều trị



lõm lồng ngực. **định hướng các xương sườn**. các xương sườn phía sau nằm ngang hơn và các xương sườn phía trước ở vị trí thẳng hơn bình thường. kết quả là trung thất được dời sang trái. Dẫn đến sự xuất hiện giả mạo bệnh lý thùy giữa.



phim bên: sự biến dạng của xương ức.

Pericardial cyst – NANG MÀNG NGOÀI TIM

Đặc điểm

- Đó là những túi bẩm sinh từ màng ngoài tim.
- Hiếm khi liên quan với vùng ngoài màng tim. Nếu những nang này liên quan với vùng ngoài màng tim thì chúng gọi là túi thừa màng ngoài tim.
- Xuất hiện là một khối hình bầu dục gắn vào màng ngoài tim thường ở góc tâm hoành bên phải.

Đặc điểm lâm sàng

- Đa số không có triệu chứng, phát hiện tình cờ trên hình ảnh thông thường.
- Một vài trường hợp có thể được mô tả đau ngực, khó thở.

Đặc điểm x-quang

- **CXR** — khối tổn thương đường bờ rõ ở vùng góc tâm hoành bên phải, kích thước 3-8cm.
- **CT** – nang đậm độ dịch (HU <20).
- **MRI** — xác định nang đơn thuần tín hiệu cao trên T2. Màng ngoài tim có thể thấy trên MRI như một hình vẽ tín hiệu thấp xung quanh nang.

Chẩn đoán phân biệt.

- Ruột trước trùng lặp với nang.
- U phổi nguyên phát hoặc thứ phát.
- Di căn màng phổi trung thất.

Điều trị

- Không cần điều trị



Nang ngoài tim. khối mờ đường bờ rõ ở góc tâm hoành phải.

Pleuraleffusion – DỊCH MÀNG PHỔI

Đặc điểm

- Sự tích tụ dịch trong khoang màng phổi.
- Phân chia dịch thấm hay dịch tiết dựa vào hàm lượng protein của dịch.
- **Dịch thấm** (protein < 3 g/dl) – thường cả hai bên do tăng áp lực thủy tĩnh (ví dụ. suy tim hoặc suy thận) hoặc giảm áp lực keo (hội chứng thận hư hoặc xơ gan).
- **Dịch tiết** (protein > 3 g/dl) — do tăng tính thấm của mao mạch bất thường (ví dụ nhiễm trùng/viêm màng phổi, bệnh ác tính, bệnh máu, rối loạn thành mạch máu và viêm tụy).
- Dịch nằm dựa vào khoang màng phổi trừ khi nó có vách ngăn.
- Tràn dịch trong trường hợp đặc biệt thường nhìn thấy ở một bên. ví dụ : tràn dịch bên trái trong viêm tụy

Đặc điểm lâm sàng

- Có thể không có triệu chứng.
- SOB.
- Ho ra máu, hoặc đờm
- Sốt hoặc sốt nhẹ
- Tức ngực.
- Phù toàn thân.
- Giảm cân, mệt mỏi.
- Các triệu chứng liên quan tới hệ thống nguyên nhân cơ bản. ví dụ : viêm khớp dạng thấp, viêm tụy hoặc suy thận mạn.
- Thiếu dưỡng khí.
- Giảm âm thở khi khám.

Đặc điểm x-quang

- **CXR** (phim sau-trước) — tràn dịch khoảng 300ml có thể nhìn thấy được.
- Có thể thấy tù góc sườn hoành. Mật độ mờ trải rộng trên bề mặt hình khum. Dịch có thể lan tới đỉnh phổi là nguyên nhân gây đẩy lệch trung thất.
- Chú ý tìm sự khác biệt tăng độ mờ ở đỉnh vòm hoành để không bỏ sót tràn dịch màng phổi thùy dưới.



Tràn dịch màng phổi phải. Chú ý hình khum trên bề mặt của tràn dịch màng phổi phải



Tràn dịch màng phổi khu trú. Tràn dịch màng phổi phải với một bờ ở giữa có thể thấy rõ, còn một bờ thì không xác định rõ

- Trần dịch màng phổi ở vách thành bên ngực nếu không kiên tục là dạng khu trú. Có thể dọc theo màng phổi ở bề mặt trung thất- giống xẹp phổi thùy hoặc dọc theo rãnh liên thùy.
- trần dịch màng phổi nang hóa có thể giống với các tổn thương khác. Trên phim chụp nghiêng có thể thấy rõ hơn.
 - Phim nghiêng tư thế nằm có thể xác định trần dịch rất nhỏ.
 - Luôn tìm kiếm nguyên nhân ví dụ: kích thước tim, khối u ở phổi, nốt ở màng phổi, phẫu thuật cắt vú hoặc phá hủy xương sườn.
 - **Siêu âm**— giúp xác định được lượng và tính chất của dịch. Rất dễ thấy ở tư thế nằm.
 - **CT** – có thể xác định với lượng dịch nhỏ, nguyên nhân của trần dịch và cũng như sự hiện của dày tăng cường màng phổi phù hợp với một dịch tiết.

Chẩn đoán phân biệt

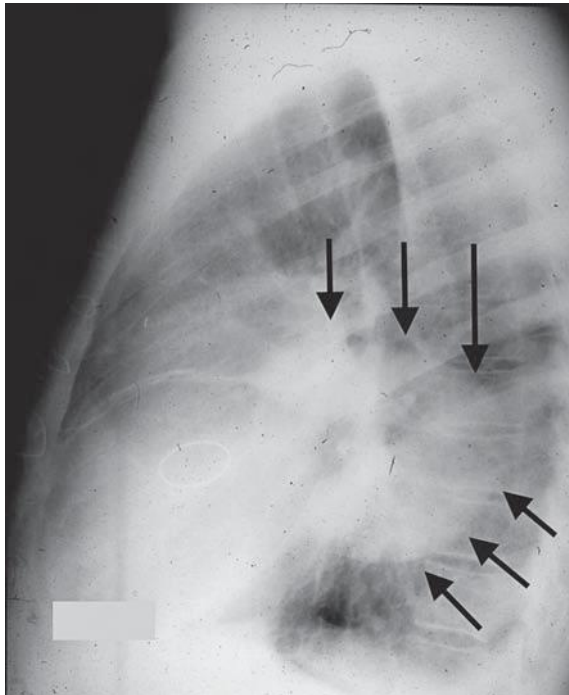
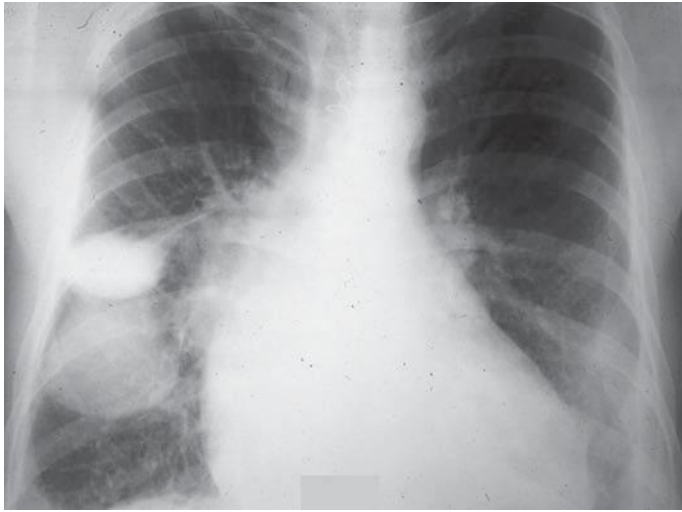
- Đông đặc phổi ± xẹp phổi. (siêu âm có thể hữu ích trong chẩn đoán phân biệt)
 - Khối ở màng phổi. ví dụ : xơ hóa.
 - Vòm hoành lên cao.
- .áp xe thùy dưới phổi

Điều trị

- Rút dịch để xác định dịch thấm hay dịch tiết.
- Gửi mẫu cho M, C & S và tế bào học.
- Nếu nghi đến do nhiễm trùng, đánh giá pH (nếu pH < 7.2 có khả năng là viêm mủ màng phổi).
- Nếu dịch nhiều/vừa có triệu chứng thì thoát dịch qua da
- Bất kỳ nặng chứng nào về nhiễm trùng hoặc viêm mủ màng phổi thì phải thoát dịch qua da.



Hình ảnh tràn dịch màng phổi lớp mỏng. Một dạng hình khum của chất lỏng trải dài lên thành bên của ngực phải liên kết lỏng lẻo với mô bên dưới của lá tạng màng phổi. Đây là một kiểu tràn dịch màng phổi lớp mỏng.



Tràn dịch màng phổi dạng nang:

Khối có hai bờ, bờ trong ở giữa phải, bờ dưới ở vùng thấp hơn, được xác định là tràn dịch màng phổi hóa nang bên trong vùng và rãnh liên thùy tương ứng, trên phim chụp nghiêng.



Tràn dịch màng phổi phải trên phim nằm. tràn dịch màng phổi thường biểu hiện mờ hơn trên vùng ngực bị ảnh hưởng.



Tràn dịch màng phổi thùy dưới. biểu hiện vòm hoành phải nhô cao với mái vòm hoành dịch chuyển sang bên, tạo với góc tâm hoành một góc nhọn

Pleuralmass u màng phổi

Đặc điểm

- Có một số điều kiện ảnh hưởng đến màng phổi làm tăng sinh mô mềm ở màng phổi hoặc xuất hiện một khối u ở màng phổi
- **lành tính** — u xơ màng phổi, màng phổi dày lên hoặc xẹp phổi.
- **ác tính** — u trung biểu mô, di căn.
- Đa số di căn màng phổi là từ phổi và vú, nhưng cũng có thể di căn từ các u khác bao gồm: ung thư hạch, ung thư và bệnh bạch cầu ác tính nằm gần màng phổi cho hình ảnh giống khối u màng phổi.
- Một tràn mủ màng phổi khu trú có thể cho hình ảnh giống u màng phổi.
- Cuối cùng một u phổi nguyên phát hay thứ phát đều có thể dẫn đến một u màng phổi.

Đặc điểm lâm sàng.

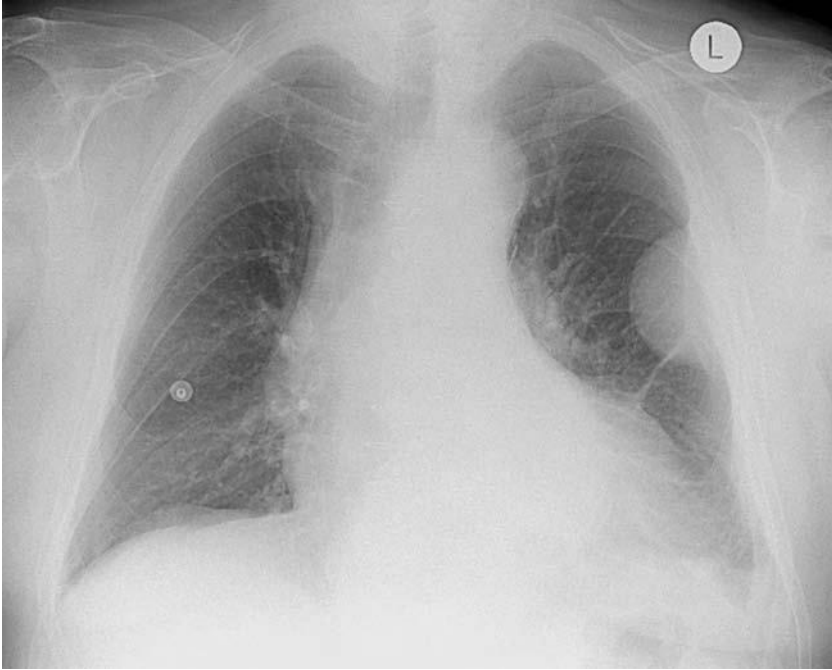
- Lành tính: ít nhất 50% không có triệu chứng, một số khác có thể biểu hiện: ho, tức ngực, khó thở.
- Ít gặp ngón tay ngón chân dùi trống và bệnh lý phi đại xương khớp.
- Hiếm khi có triệu chứng hạ đường huyết là một đặc điểm được ghi nhận của u sợi màng phổi (pleural fibromas).
- Những tổn thương ác tính thường có nhiều triệu chứng hơn..
- Đau SOB và đau thành ngực là hai đặc điểm nổi bật.
- Sụt cân và mệt mỏi đi kèm với bệnh ác tính.

Đặc điểm x-quang

- **X-quang** — Hình ảnh vùng ngoại vi có khối dạng mô mềm, một bờ rõ với một bờ không rõ ràng. Có thể đơn ổ hoặc đa ổ. Hình ảnh xâm lấn mô mềm ngoài thành ngực, phá hủy xương sườn hoặc có hạch gợi ý một bệnh lý ác tính.
- U sợi màng phổi có thể rất lớn lên đến 20cm đường kính. Chúng có cuống và có thể thay đổi vị trí khi di chuyển.
- **CT hoặc MRI** — xác định rõ khối u ở màng phổi và đặc điểm xuất hiện của khối u như: xuất huyết, vôi hóa, số lượng và tính chất xâm lấn tại chỗ.

Chẩn đoán phân biệt

- Những phân biệt nằm ở chỗ khối u thật sự xuất phát từ màng phổi hay không và phân biệt giữa lành tính và ác tính



Pleural fibroma. Khối nằm ở ngoại vi thùy giữa trái. Có một bờ giữa sắc nét và bờ sau xác định rõ, chỉ ra rằng nó có khả năng xuất phát từ màng phổi

Điều trị

- Điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân của bệnh.
- Xem xét mô tả đầy đủ tính chất của khối u.
- Nhiều trường hợp không cần điều trị, đặc biệt với những khối u lành tính và không có triệu chứng.
- Xạ trị có thể dùng với tổn thương ác tính

Pneumoconiosis – Bệnh bụi phổi

Đặc điểm

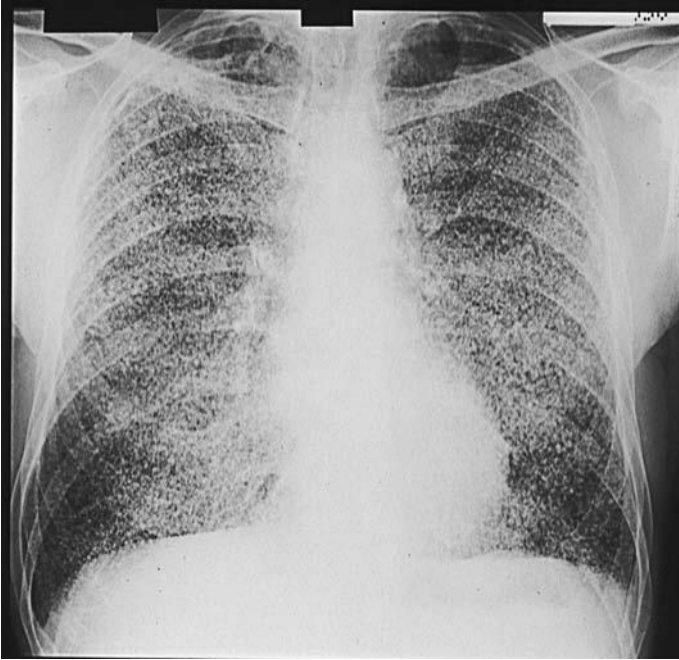
- Là biểu hiện của phổi với nhiều điểm sang nguyên nhân do hít phải các hạt bụi vô cơ, các hạt này tác động lên cơ chế phản ứng tự vệ của phổi gây phản ứng u hạt mạn tính..
- Tiếp xúc với các hạt bụi trên nhiều năm
- Những thay đổi của phổi tiến triển và không phục hồi.
- Có hai nhóm chính của bệnh bụi phổi:
- Các triệu chứng tối thiểu khi các hạt không phải dạng sợi. Ví dụ: stannosis (thiếc), baritosis (bari) and siderosis (sắt).
- Có triệu chứng khi các hạt là sợi. Ví dụ: ho dị ứng bệnh phổi silic, asbestos và than của người lao động.
- Tất cả biểu hiện triệu chứng lâm sàng giống nhau và hình ảnh x-quang tương tự nhau.

Đặc điểm lâm sàng

- Có thể không có triệu chứng
- Ho khan.
- Khó thở càng ngày càng tăng
- Giảm cân, mệt mỏi.
- Thiếu dưỡng khí.
- Chức năng phổi hạn chế.

Đặc điểm x-quang

- **CXR** — nhiều nốt nhỏ hai bên phổi từ 3-10mm xuất hiện ở thùy trên và thùy giữa. một số nốt dính lại, các hạt khác nhau có mật độ khác nhau, ví dụ. stannosis có thể rất dày đặc. có thể có hạch rốn phổi, 1 số vôi hoá hình vỏ trứng, có thể gây xơ hoá biến dạng nhu mô phổi
- **HRCT**: nhiều nốt mờ nhỏ, dày đặc trong thùy phổi, xơ hoá nhu mô và hình ảnh dạng kính mờ



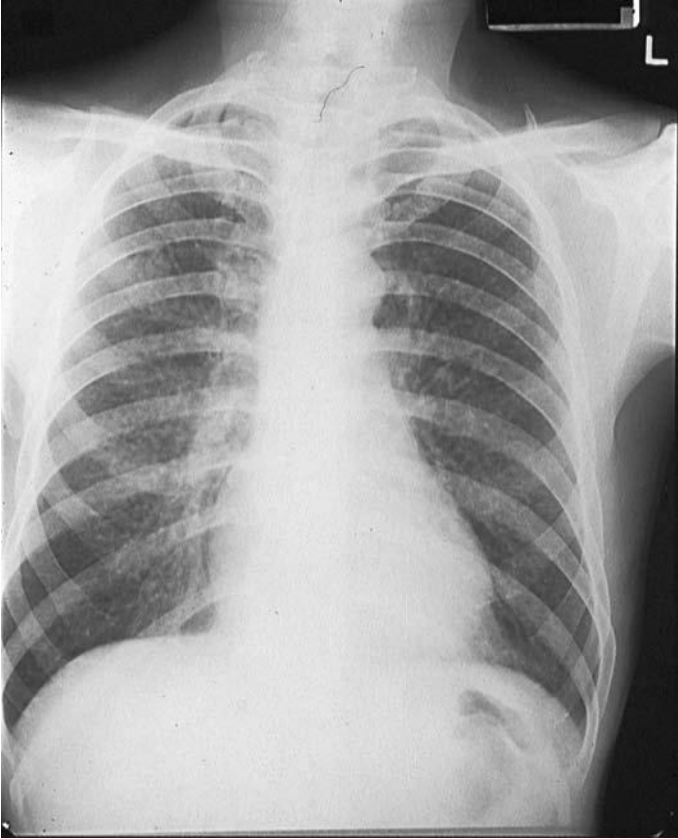
Pneumoconiosis – stannosis. Nhiều nốt mờ nhỏ ở hai bên phổi.

Chẩn đoán phân biệt

- Sarcoidosis.
- TB.
- Sau nhiễm virut.
- Di căn thể kê.
- Bệnh sạn nhỏ phế nang phổi(Pulmonary alveolar microlithiasis).

Điều trị

Không cần điều trị vì không hiệu quả



Pneumoconiosis-talcosis. Nhiều nốt nhỏ hai trường phổi. đậm độ ít hơn nốt được nhìn thấy trong stannosis.

Pneumoperitoneum - Tràn khí màng bụng

Đặc điểm

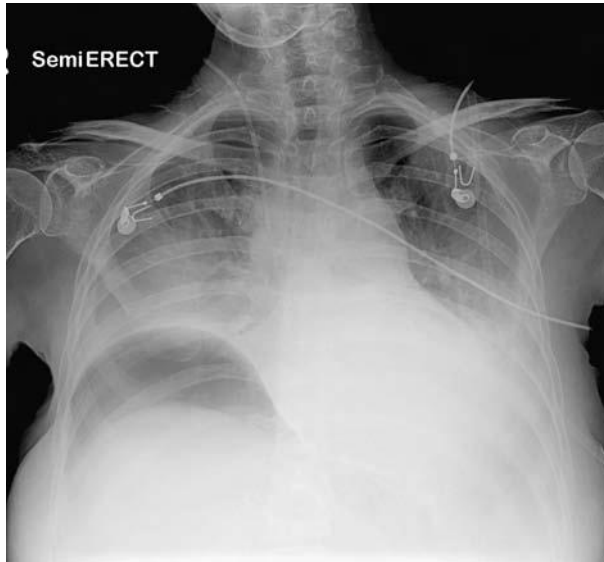
- khí tự do trong ổ bụng.
- Sau phẫu thuật, khí tự do có thể tồn tại trong ổ bụng sau 3 ngày. Trên 3 ngày cần có sự nghi ngờ cao về một sự rò rỉ khí từ tạng bụng/ chậu.
- Kết hợp với một tạng có dò trong ổ bụng hoặc ở vùng chậu. ví dụ :loét tá tràng, vỡ ruột thừa, chấn thương âm đạo, viêm túi thừa, viêm ruột hoại tử, viêm ruột...
- Tràn khí trung thất có thể vào trong ổ bụng.
- Vỡ phế nang có thể dẫn khí vào phúc mạc mà không có triệu chứng.

Đặc điểm lâm sàng

- **Đây là một phẫu thuật cấp cứu.**
- Đau bụng, nôn mửa, tiêu chảy.
- Sốt, ra mồ hôi.
- Bệnh nhân sốc, nhịp tim nhanh và hạ huyết áp.
- Có phản ứng thành bụng.

Đặc điểm x-quang:

- Khoảng từ 5ml không khí thì có thể nhìn thấy được.
- **X-quang thẳng** — khí tự do có thể nhìn thấy nằm dưới một hoặc cả hai bên vòm hoành . chụp phim phổi có thể bình thường, hay chụp tư thế nằm hoặc nửa nằm nửa ngồi có thể bỏ sót.
- Vị trí khí nằm ngoài ruột thường bờ thẳng và rải rác
 - Cả hai bên của đường ruột có thể được nhìn thấy (dấu hiệu Rigler).
 - Dây chằng liềm có thể được nhìn thấy.
 - Tăng sáng trên gan với bờ gan kém rõ bởi không khí.
- **CT** — có thể xác định được tràn khí mức độ ít



Pneumoperitoneum. Đây là hình ảnh tràn khí tự do dưới vòm hoành phải, là một cấp cứu ngoại khoa. Ngoài ra còn thấy được thùy dưới gan với mật độ đồng nhất.

Chẩn đoán phân biệt.

- Áp xe dưới hoành. Các quai ruột chứa đầy khí nằm dưới hoành. Đại tràng nằm giữa hoành phải và gan được gọi là hội chứng Chilaiditi.
- Tràn khí vùng ngực hoặc viêm mũ màng phổi.
- Khí tự do sau phúc mạc.

Điều trị

- ABC.
- Giảm đau
- Thùng tạng rỗng là cấp cứu ngoại khoa

Pneumothorax tràn khí lồng ngực

Đặc điểm

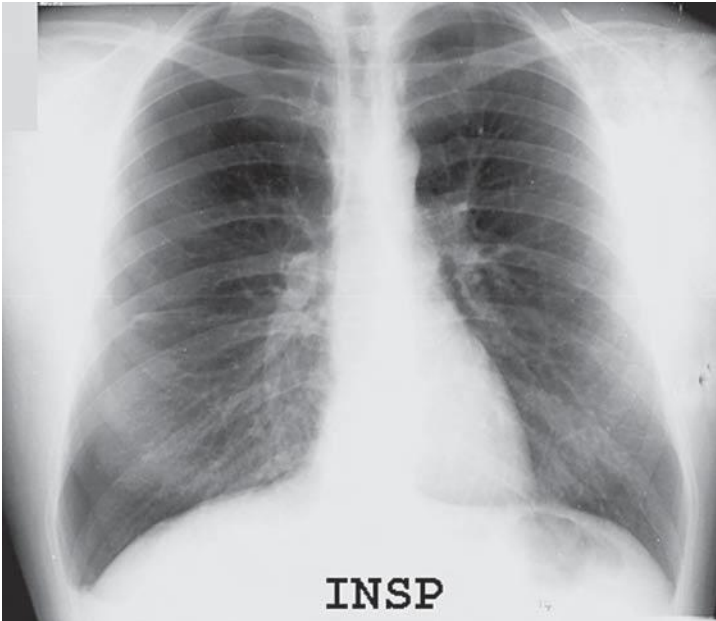
- Sự tích lũy không khí trong khoang màng phổi.
- Một biến chứng thường gặp trong chấn thương ngực (15%—40%).
- Chúng có thể tự phát, liên quan đến bệnh phổi/màng phổi, sau chấn thương.
- Chia thành ba loại:
 - *Đơn giản* — không có liên quan với không khí hoặc trung thất, không di lệch đường giữa
 - *Lưu thông* – liên quan với khiếm khuyết thành ngực.
 - *Phức tạp* – sự tăng tích lũy không khí dưới áp lực trong khoang màng phổi; dẫn đến sự di lệch trung thất dưới sức ép của phổi đối bên và các mạch máu lớn.

Đặc điểm lâm sàng:

- Đau ngực và khó thở là phổ biến.
- Phổ biến khác nhau từ biểu hiện bệnh cấp với tím tái, thở nhanh cho đến bệnh nhân không có triệu chứng liên quan.
- Dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng không nhất thiết có liên hệ mật thiết với mức độ tổn thương phổi.
- Dấu hiệu của tràn khí màng phổi phức tạp bao gồm:
 - Nhịp tim nhanh
 - Trướng tĩnh mạch cảnh.
 - Vắng nhịp thở.
 - Âm gõ vang
 - Khí quản và tim bị đẩy lệch từ phía bị ảnh hưởng.
- Bệnh nhân có thể nguy kịch với dấu hiệu suy tim hô hấp.

Đặc điểm x-quang

- *Đơn giản* – màng phổi tạng có thể nhìn thấy, mất vòm hoành. Một tràn khí nhỏ lồng ngực có thể không thấy trên phim chụp thì hít vào nhưng với phim chụp thì thở ra thì có thể nhìn thấy được.
- *Tràn khí màng phổi Áp lực: đây là cấp cứu ngoại khoa không cần chụp chiếu.*
- Tràn khí lồng ngực khó nhìn thấy trên phim thẳng, đặc biệt trên phim chụp nằm, cần chú ý dấu hiệu tăng sáng rãnh sườn hoành.



Tràn khí lồng ngực đơn thuần. Hình ảnh màng phổi phải được nhìn thấy mờ nhạt trên phim thì hít vào. Tuy nhiên, tràn khí lồng ngực có thể nhìn thấy rõ ràng hơn trên phim chụp thì thở ra

- Tìm kiếm những đặc điểm của bệnh phổi, màng phổi.
- ct có thể cần thiết nếu chẩn đoán là nghi ngờ và triệu chứng còn tồn tại.

chẩn đoán phân biệt

- Tràn khí lồng ngực, đặc biệt nếu dai dẳng, nâng cao khả năng có một lỗ dò khí quản màng phổi. đây có thể được yêu cầu can thiệp ngoại khoa nếu có đường dò trực tiếp.
- Ct là phương tiện tốt để đánh giá sự lưu thông giữa khí quản và màng phổi. nếu một chẩn đoán nghi ngờ sự tồn tại dai dẳng của thông khí thì CT là phương tiện giúp xác định sự hiện diện của khổng khí nhưng không phải xác định vị trí của lỗ dò.

Điều trị:

- *Đơn giản*— phụ thuộc vào dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng.
 - Điều trị bảo tồn với theo dõi x-quang ngực.
 - Sử dụng tư thế hít vào tối đa là đủ.
 - Điều trị đã xác định được: phẫu thuật mở khí quản.
 - *Phức tạp* – sử dụng một kim xuyên qua thành ngực với nòng 14/16-g ở khoảng gian sườn thứ hai (đường giữa xương đòn).
- Tràn khí lồng ngực tái diễn có thể gây viêm phế mạc



pneumothorax – trường hợp 1. Trần khí màng phổi trái với trung thất bị đẩy lệch sang phải. đây là một chẩn đoán cấp cứu lâm sàng mà không cần phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác.



Trần khí lồng ngực phức tạp – trường hợp 2. Đây không phải là một biến chứng bất thường của hệ thống thông khí.

Tổn thương thay đổi áp suất không khí liên quan với kết quả thông khí tích tụ khí trong khoang màng phổi với đường ra ít thông khí. Kết quả trung thất bị đẩy lệch về bên phải, dấu hiệu rãnh sâu .

Poland's syndrome – hội chứng poland

đặc điểm

- Dị tật bẩm sinh không có cơ ngực lớn.
- Có thể liên quan đến sự vắng mặt cùng bên cơ ngực nhỏ, xương sườn, dị dạng cánh tay (tật dính ngón bàn tay).
- Di truyền gen lặn trên nhiễm sắc thể thường.

Đặc điểm lâm sàng

- Hầu hết là không có triệu chứng.
- Chẩn đoán tình cờ phát hiện.

Đặc điểm x-quang

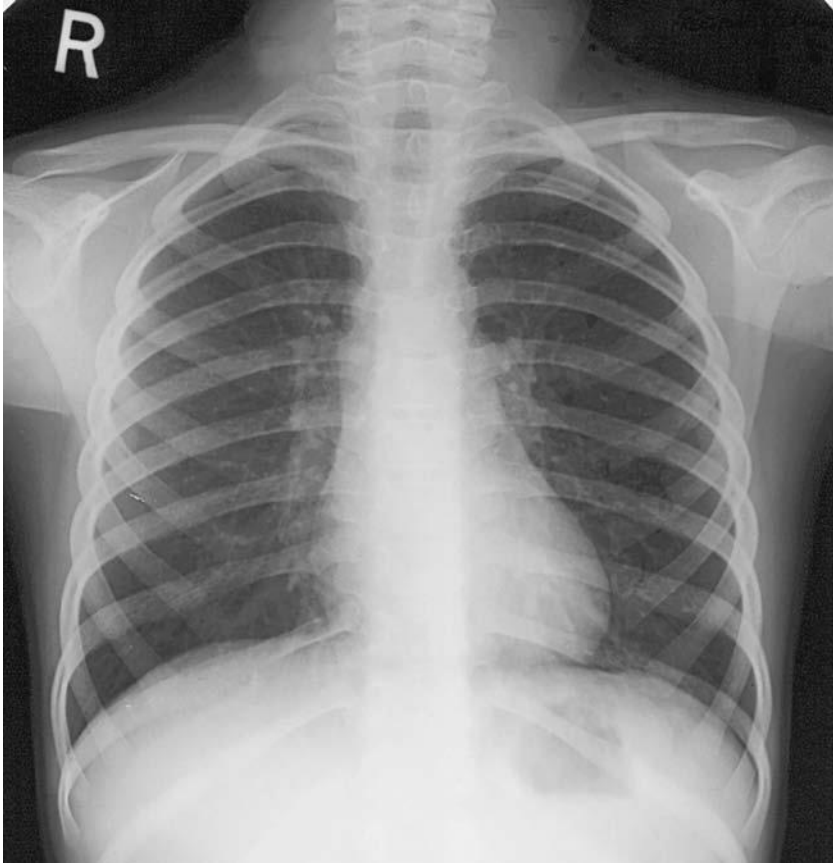
- **X-quang** — nửa lồng ngực xuyên qua tầng sụn do thiếu bóng mô mềm cơ ngực.
- **CT** — xác định mất cơ ngực và nhu mô phổi bình thường.

Chẩn đoán phân biệt

- Thay đổi sau phẫu thuật.
- Viêm tắc nghẽn tiểu phế quản một bên (ví dụ hội chứng Macleod) có thể cho ảnh giả giống hội chứng Poland.

Điều trị

- Không cần điều trị.



Hội chứng Poland. Hình ảnh không có cơ ngực lớn bên trái. Chú ý không đối xứng ở các nếp gấp của nách và sự tăng sãng của nửa ngực trái

Post lobectomy/post pneumonectomy —sau cắt thùy phổi- cắt phổi

đặc điểm

- Đại diện cho cắt bỏ phần thùy hoặc toàn bộ phổi từ một bên ngực.
- Bị bệnh nhiễm trùng mãn tính trước đó (ví dụ TB). Ngày nay phẫu thuật ngày càng được thực hiện do các khối u ở phổi hoặc điều trị bệnh mãn tính của đường dẫn khí.

Đặc điểm lâm sàng

- Thường không có triệu chứng nếu không có biến chứng.
- Một số bệnh nhân có SOB hoặc đau ngực nhẹ.

Tăng cường các triệu chứng như ho, sốt, khó thở, giảm cân hoặc khó thở nên báo cho bác sỹ lâm sàng về biến chứng của cắt thùy phổi(ví dụ dò khí màng phổi) hoặc tái phát của bệnh lý ban đầu(ví dụ u di căn).

Đặc điểm x-quang

- CXR
- Giảm thể tích nửa ngực bị ảnh hưởng, với vòm hoành lên cao. Các dấu hiệu có thể rất tinh tế, như khoảng rộng của thùy còn lại thay thế thùy cắt bỏ.
- Có thể có dị tật xương sườn hoặc kẹp phẫu thuật sau khi phẫu thuật. luôn luôn tìm kiếm nguyên nhân cơ bản cắt thùy phổi và các biến chứng có thể.
- Các khoang màng phổi thường lấp đầy dịch sau phẫu thuật, đặc biệt là sau cắt bỏ toàn bộ phổi. qua thời điểm này lấp hoàn toàn bởi dịch, hình ảnh mờ nửa lồng ngực.
 - Sau phẫu thuật một tầng khí bên cạnh gợi ý nhiễm trùng hoặc dò khí màng phổi
 - Các lỗ dò có thể xác định trực tiếp trên CT hoặc gián tiếp thông qua các thông khí bất thường ở nửa lồng ngực.



Sau phẫu thuật thùy dưới trái. Hình ảnh giảm thể tích lồng ngực trái, trung thất di chuyển sang trái. Chú ý sự thay đổi mật độ tinh tế của lồng ngực trái, như thùy dưới trái mở rộng để thay thế thùy cắt bỏ.

Chẩn đoán phân biệt

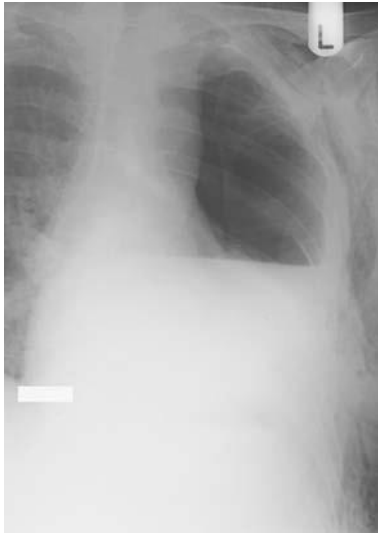
- Giảm sản động mạch phổi — nhỏ hoặc không có động mạch phổi.
- Liệt thần kinh cơ hoành — thể tích nửa lồng ngực thay đổi khi thay đổi tư thế.
- Lỗi cơ hoành.
- Xẹp phổi thùy.

Điều trị

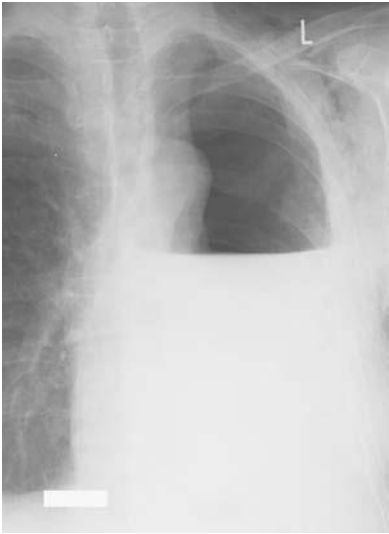
- Không có yêu cầu điều trị.
- dò khí màng phổi đòi hỏi phải phẫu thuật



Sau phẫu thuật thùy dưới phổi trái. Thể tích nửa lồng ngực trái giảm, trung thất lệch về bên trái, vòm hoành đẩy lên cao. Có thông khí bù của phổi phải .



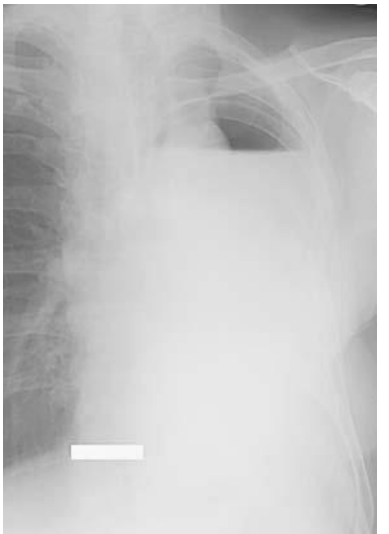
ngày 1.



Ngày 6.



ngày 15.
Pneumonectomy Series



5 tuần.

Progressive massive fibrosis- khối xơ hoá tiến triển

Đặc điểm

- Một hình thức cụ thể của bệnh bụi phổi kết quả là một biến chứng của nhiễm mãn tính bệnh bụi phổi silic.
- Có ít nhất 20 năm tiếp xúc với bụi phổi silic.
- Thường xảy ra ở phần thùy sau của thùy trên và phần thùy trên của thùy dưới.

Đặc điểm lâm sàng

- Có thể không có triệu chứng.
- Ho không hiệu quả.
- Khó thở — điều này là tiến triển.
- Giảm cân, mệt mỏi.
- Thiếu dưỡng khí.
- Chức năng phổi hạn chế.

Đặc điểm x-quang

- **X-quang**
- Khối ở hai bên >1cm, thường bắt đầu ở ngoại vi của các phân thùy sau của thùy trên.
- Chúng kết hợp lại mở rộng về phía rốn phổi và liên quan đến sự co rút rốn phổi.
- Hang có thể là đặc trưng của nhiễm trùng TB đang hoạt động.
- Có hạch rốn phổi, một số trong số đó thấy vôi hóa vỏ trứng.
- Có thể thay đổi xơ hóa thùy trên.
- Các khối tổn thương lớn dần theo thời gian
- thận trọng nghi ngờ ung thư phổi – thường tăng nhanh về kích thước.
- HRCT – một khối mờ tròn bất thường, dày vách liên tiểu thùy, các dải xơ ở nhu mô với hình ảnh kính mờ. cũng có rải rác vôi hóa trong khối mờ nhưng không được nhìn thấy trong u ác tính. Hầu hết các trường hợp có liên quan đến khí phế thũng



Khởi xơ phổi tiến triển- hai trường hợp. khối mờ lớn hai bên và đối xứng ở ngoại vi của rốn phổi. di trú về phía rốn phổi.

Chẩn đoán phân biệt

- Sarcoid.
- Viêm phổi không rõ nguyên nhân.
- Lymphoma.

Di căn

- Không có điều trị cụ thể.

Pulmonary arterialhypertension Tăng áp động mạch phổi

Đặc điểm

- Áp lực động mạch phổi duy trì > 25 mmHg.
- Một số nguyên nhân.
- Lưu lượng máu qua động mạch phổi lớn. ví dụ: luồng thông trái→phải,dị dạng động tĩnh mạch và cường giáp.
- Sự phá hủy mạch máu phổi. ví dụ:thuyên tắc phổi, vô căn(tăng áp phổi nguyên phát), viêm mạch và bệnh phổi mạn tính.
- Co mạch máu phổi quá mức ví dụ:thiếu oxy máu hoặc do thuốc.
- Tăng áp tĩnh mạch phổi thứ phát. Ví dụ: suy thất trái hoặc hẹp van hai lá.

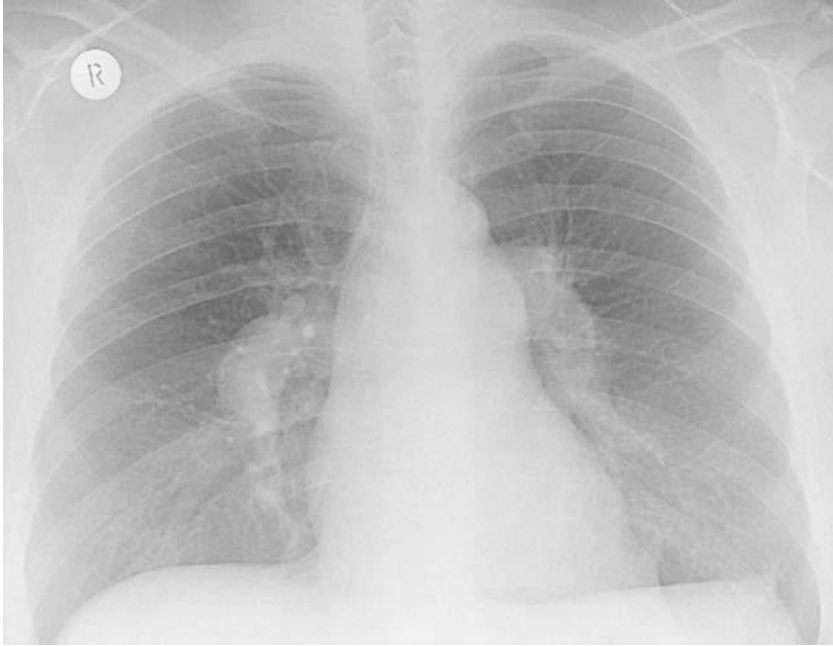
Tăng áp động mạch phổi nguyên phát là một bệnh vô căn thường gặp phụ nữ trẻ

Đặc điểm lâm sàng

- Có thể không có triệu chứng, đặc biệt khi bệnh tới sớm
- Tiến triển tới SOB.
- Chảy máu.
- Đau ngực
- Tím tái.
- Thiếu dưỡng khí.
- Phù ngoại biên.

Đặc điểm x-quang

- **X-quang**
- Hình ảnh lớn gốc động mạch phổi và nhánh phải và trái (nhánh chính PA d >29 mm, nhánh phải PA >16 mm và nhánh trái PA >15 mm).
- Lan nhanh đến các mạch máu nhỏ ở ngoại vi.
- Kích thước tim có thể bình thường hoặc mở rộng.
- Tìm kiếm nguyên nhân ví dụ: bệnh mãn tính đường hô hấp, AVMs hoặc bệnh tim.
- **HRCT** — xác định động mạch phổi giãn lớn. có thể thấy 1 phần nhu mô phổi dạng khảm có tăng sinh mạch máu
- **Siêu âm tim** – đánh giá áp lực trong hệ thống động mạch phổi và tìm kiếm nguyên nhân



Tăng áp động mạch phổi. mạch máu phổi trung tâm giãn lớn, tia rộng lan ra ngoại vi.

Chẩn đoán phân biệt

- Khác biệt chính là chẩn đoán nguyên nhân các trường hợp động mạch phổi giãn lớn.
- Hạch rốn phổi hai bên có thể cho ảnh giả giống tăng áp phổi trong phim chụp x-quang.

Điều trị

- Điều trị nguyên nhân cơ bản như suy thất trái, nhồi máu phổi hoặc tim bẩm sinh.
- Với bệnh nhân trẻ như tăng áp động mạch phổi nguyên phát có thể cân nhắc ghép tim phổi.

Pulmonary arteriovenous malformation- Dị dạng động-tĩnh mạch phổi

đặc điểm

- Đây là bất thường thông nối giữa động mạch và tĩnh mạch phổi.
- Bẩm sinh hoặc mắc phải (xơ gan, sau lao, ung thư)
- Nhiều tổn thương khoảng 40%.
- Thường kèm với hội chứng Rendu—Osler—Weber khoảng 50%.
- AVMs thường thấy ở thùy dưới.
- Các biến chứng của AVM
- Tai biến mạch máu não (ngược với tắc mạch).
- Áp xe não (ngược với tắc mạch).
- Bệnh đa hồng cầu.
- Tràn máu lồng ngực.
- Tăng áp động mạch phổi.

Đặc điểm lâm sàng

- Có ít nhất 50% bệnh nhân không có triệu chứng với một AVM phát hiện tình cờ.
- Khó thở khi gắng sức.
- Ho ra máu.
- Tím tái nếu là mộ AVM lớn và liên quan tới một dấu hiệu của luồng thông phải→trái.
- AVMs ở da
- Có thể xuất hiện với con thiếu máu não thoáng qua, tai biến mạch máu não hoặc áp xe não.

Hình ảnh x-quang.

- Hình ảnh khối tròn bờ sắc nét thường ở thùy dưới.
- Có thể đơn hoặc nhiều ổ.
- Thỉnh thoảng có thể thấy được mạch máu đến và mạch máu dẫn lưu.
- Giãn động mạch phổi thứ phát dẫn đến tăng áp động mạch phổi.
- **CT** — xác định ranh giới của khối tổn thương. Có thể chỉ ra được mạch máu nuôi và tĩnh mạch dẫn lưu.
- Chụp xạ hình xác định luồng thông phải trái của AVM. Đánh dấu (99m-Tc) hấp thu vào trong thận xác định luồng thông.
- Chụp mạch xác định được động mạch nuôi và tĩnh mạch dẫn lưu.



Dị dạng động tĩnh mạch phổi. một khối mờ đường bờ rõ ở vùng thùy dưới phổi phải. một dải giống sợi dây được nhìn thấy từ rốn của khối mờ= động mạch nuôi và tĩnh mạch dẫn lưu.

Chẩn đoán phân biệt

- U phổi hoặc di căn thứ phát.
- U hạt.
- Phổi biệt trí.
- Nhiễm trùng, đặc biệt là củ lao.
- Nhồi máu phổi.

Điều trị

- Xác định chẩn đoán và số lượng luồng thông phải→trái
- Đưa đến một đơn vị chuyên về nút mạch. Nút mạch thành công có thể rất khó.
- AVMs có thể phát triển theo thời gian.
- Theo dõi hàng năm với x-quang và xạ hình (tìm kiếm sự xuất hiện của luồng thông phải trái)

Sarcoidosis

Đặc điểm

- U hạt bã đậu đa cơ quan mà ko rõ bệnh căn.
- Tuổi biểu hiện: 20 – 40
- Thường ở nữ và da đen
- Xuất hiện khắp nơi trên thế giới nhưng nhiều ở khí hậu ẩm.
- Chuẩn đoán từ kết hợp lâm sàng, X quang và đặc điểm mô học.
- 50% gặp ở ngực
- Có thể ảnh hưởng da, mắt, gan, lách, thần kinh trung ương, và tim

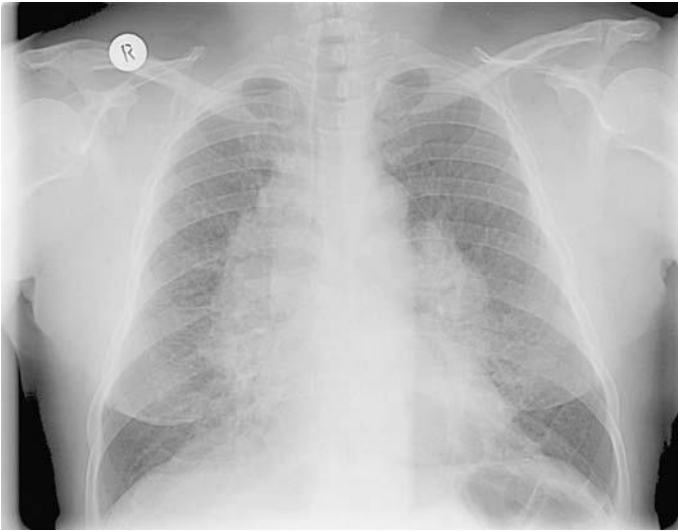
Đặc điểm lâm sàng:

- Không có triệu chứng chiếm 1/3
- Biểu hiện cấp tính (hội chứng Lofgren) với sốt, khó chịu, đau khớp, ban đỏ, viêm màng mạch.
- Biểu hiện mãn tính như sốt, sụt cân, ho khan và thở nhanh
- Các biểu hiện hiếm như
 - Cường Ca²⁺ (Sỏi thận, táo bón, mất nước)
 - Mắt đỏ
 - Rát ở da
 - Liệt thần kinh ngoại biên và trung tâm
 - Khiếm khuyết vùng dưới đồi
 - Phì đại tuyến nước bọt
 - Bệnh cơ tim và loạn nhịp

Đặc điểm X quang:

CXR:

- Bình thường
- Giai đoạn 1- Hạch hai bên rốn phổi và hạch lympho trung thất
- Giai đoạn 2- phì đại hạch lympho và viêm nhu mô.
- Giai đoạn 3- Viêm nhu mô lan toàn.
- Giai đoạn 4: Xơ hoá phổi



Sarcoidosis. dấu hiệu '1-2-3 sign' – bên phải khí quản và hạch rốn phổi phải, trái



Sarcoidosis. Vô hoá hình trứng ở rốn phổi 2 bên

Xơ hoá ảnh hưởng đến vùng trên rốn phổi đẩy rốn phổi lên trước và ra sau. Nốt lympho có hình dạng như quả trứng calci hoá

- **HRCT**

- Rất tốt để xác định các hạch không đều, vách phế quản. có thể phát hiện giãn phế quản, hẹp thanh khí quản. cũng có thể phát hiện tổn thương dưới cơ hoành, tim, xương, gan, lách.

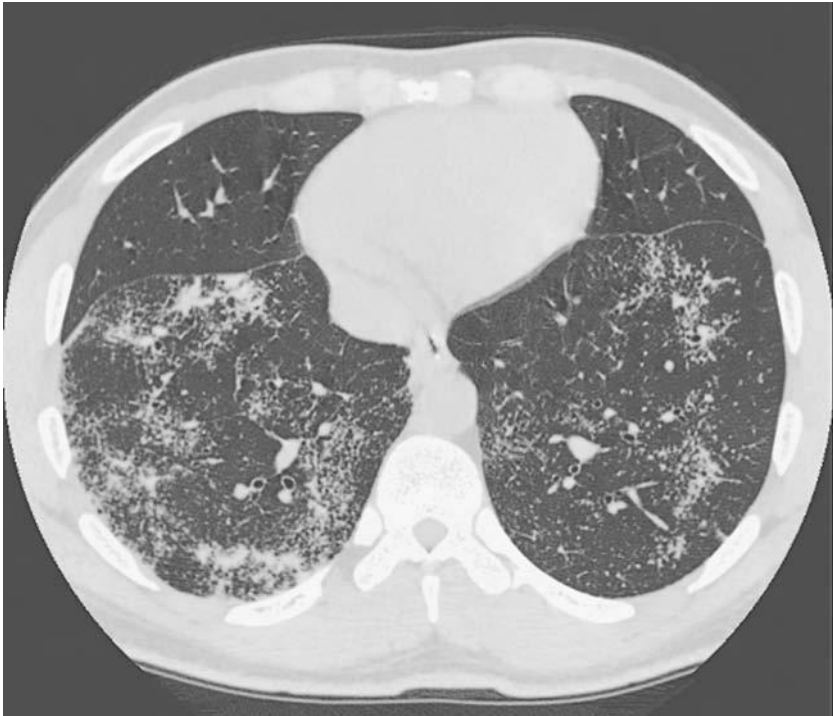
Chuẩn đoán phân biệt:

- U lympho
- Nhiễm trùng
- Viêm mạch bạch huyết di căn toàn thân
- Viêm phổi mãn tính

Cách điều trị

Sinh thiết hay rửa khí quản có thể dùng để xác định mô học, đặc biệt là những casse triệu chứng lâm sàng giống như lao phổi

Chủ yếu dùng steroid, có thể dùng nhiều lần.



Sarcoidosis – HRCT. Vách liên thất bất thường, có các nốt nhỏ ở gần mạch phế quản

Silicosis – bệnh bụi silic phổi

Đặc điểm:

- Đây là một kiểu ho dị ứng đặc biệt do sự hít vào bụi silic (hầm mỏ, bụi cát)
- Chất Silic bị thực bào bởi đại thực bào trong phổi. Các phản ứng độc hại TB do sự hình thành của từ những hạt silic nhỏ.
- Hình thức cấp tính và mãn tính:
- Mãn tính trên 20 năm
- Cấp tính diễn ra dưới 1 năm
- Thường kèm lao 25%

Silicosis có thể phát triển thành khối xơ hoá lớn

Đặc điểm lâm sàng

- Có thể ko triệu chứng
- Ho ko đờm
- Khó thở- có thể tăng dần
- Giảm cân, khó chịu
- Giảm oxy
- Giảm dung tích phổi

Đặc điểm X quang:

CXR:

- **Hình thức mãn tính:** Hạt silic 3-10 mm ở vùng trên và giữa phổi. Một vài hạt sẽ kết tụ. Có hạch lympho quanh rốn phổi, dạng trứng bị calci hoá và thường xơ hoá thùy trên.
- **Dạng cấp tính:** thùy dưới ở ngoại vi có hiệu ứng mờ đục mắt kính “ ground glass”
- **Dạng xơ nang phì đại cấp tính:** kích thước 1cm, thường ở phần sau của thùy trên và co rốn phổi .

HRCT Có những nốt mờ nhỏ, dày vách gian tiểu thùy và các bó sợi, có hình ảnh mờ đục mắt kính “ ground glass pattern”



Silicosis. Vô hoá hình vô trứng ở rốn phổi 2 bên.

Chuẩn đoán phân biệt

- Sarcoidosis
- Lao
- Tổn thương kẽ di căn
- bệnh bụi phổi khác

Điều trị

- Ko có cách trị hiệu quả

Subphrenic abscess – áp xe dưới cơ hoành

Đặc điểm :

- ổ nhiễm trùng nằm trong bụng ở vị trí khoảng gian cơ hoành
- Vị trí thường ở bên phải.
- Gram âm hoặc kỵ khí là tác nhân gây bệnh thường gặp
- Nguy cơ cao người già, người bất động hoặc suy giảm miễn dịch.

Đặc điểm lâm sàng :

- Sốt (kèm run)
- Đỏ mỏ hôi
- Sụt cân
- Khó chịu (sưng chổ cơ hoành)
- Khó thở

Đặc điểm X quang

CXR: cơ hoành nâng cao. Tràn dịch màng phổi. nhìn xuyên qua cơ hoành

CT: có mức hơi ở dưới vách cơ hoành làm gián đoạn cơ hoành với khoang màng phổi

Có dịch ổ bụng

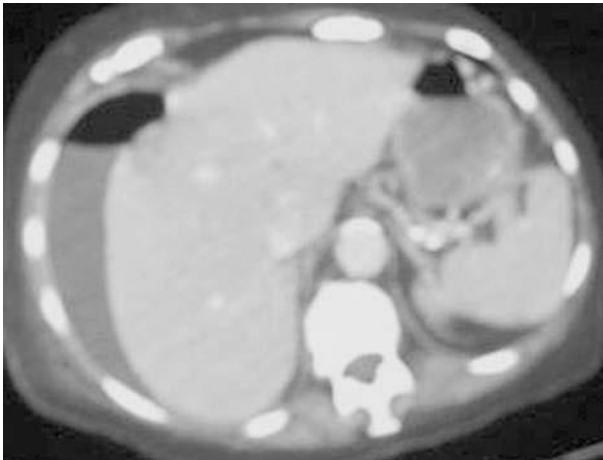
Đề ý thành ruột dày hoặc ruột thừa là nguyên nhân nhiễm khuẩn

Chuẩn đoán phân biệt:

- Tràn khí màng phổi có vách
- Áp xe phổi và viêm mũ màng phổi
- Tràn khí màng bụng
- Lồi cơ hoành
- Liệt TK hoành
- Đại tràng xen vào giữa cơ hoành và gan



áp xe dưới cơ hoành: chú ý túi khí lớn ở dưới vòm hoành phải.
vòm hoành phải lên cao và tràn dịch thứ phát đẩy phổi phải.



CT thấy xuất hiện khí dưới vòm hoành phải.

Điều trị:

- kháng sinh
- có thể dẫn lưu
- Tìm những nguyên nhân gây nhiễm trùng.

Thoracoplasty – Tạo hình ngực

Đặc điểm:

- Là phương pháp cũ điều trị nhiễm trùng lao hoạt động.
- Nguyên tắc bao gồm truy có chủ ý và sự xẹp vĩnh viễn của phổi bị ảnh hưởng.
- Vi khuẩn lao là vi khuẩn hiếu khí bắt buộc
- Có hai loại tạo hình ngực
 - Phẫu thuật Plombage.
 - cắt bỏ xương sườn kèm phổi bị xẹp.

Đặc điểm lâm sàng

- Thường ko có triệu chứng
- Tạo hình ngực hoàn toàn thường kèm khó thở và khó chịu nơi lồng ngực

XQUANG

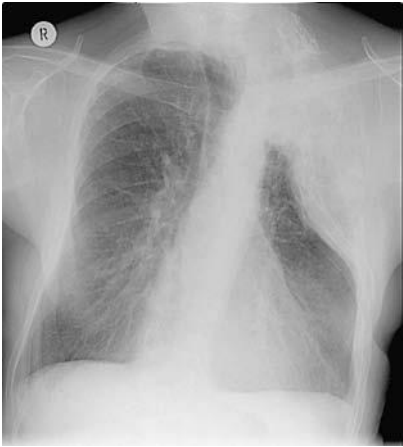
- CXR
 - Phẫu thuật Plombage
- X quang cân quang hoặc những lỗ ở phổi tạo hình, thường ở đỉnh phổi. Hình dạng như bóng ping pong.
- Thường kèm theo dị vật hoặc mất xương sườn
- Tạo hình ngực 1 bên:
- Thường kèm theo bất thường xương sườn và cắt bỏ xương sườn.
- Nửa màng phổi nhỏ khi không có thông khí phổi.
- **Chuẩn đoán phân biệt:**
- Dị tật bẩm sinh bao gồm u xơ thần kinh rất hiếm giống hình dạng tạo hình ngực.

Điều trị

- Không có điều trị cụ thể



tạo hình ngực



tạo hình ngực theo phương pháp plombage



các bóng lucite nhìn thấy rõ ở khoang ngực tạo hình

Thymus-malignantthymoma – u tuyến ức ác tính

Đặc điểm:

- Là u phổ biến ở phần trước của trung thất trên
- U biểu mô có thể lành tính hoặc ác tính (30%)
- Biểu hiện ác tính dựa vào lâm sàng hơn là cấu trúc mô bệnh học.
- Thường xuất hiện ở tuổi trung niên
- Kết hợp chặt chẽ với bệnh nhược cơ nặng (35% bệnh nhân có u tuyến ức có bệnh nhược cơ nặng)
- Một số khác kèm theo bất sản Tế bào đỏ, giảm gamma globulin niệu và hội chứng cận u
- Bệnh ác tính có thể di căn tới xương ức và màng phổi sau đó xâm lấn xương ức và các cấu trúc trong lồng ngực..

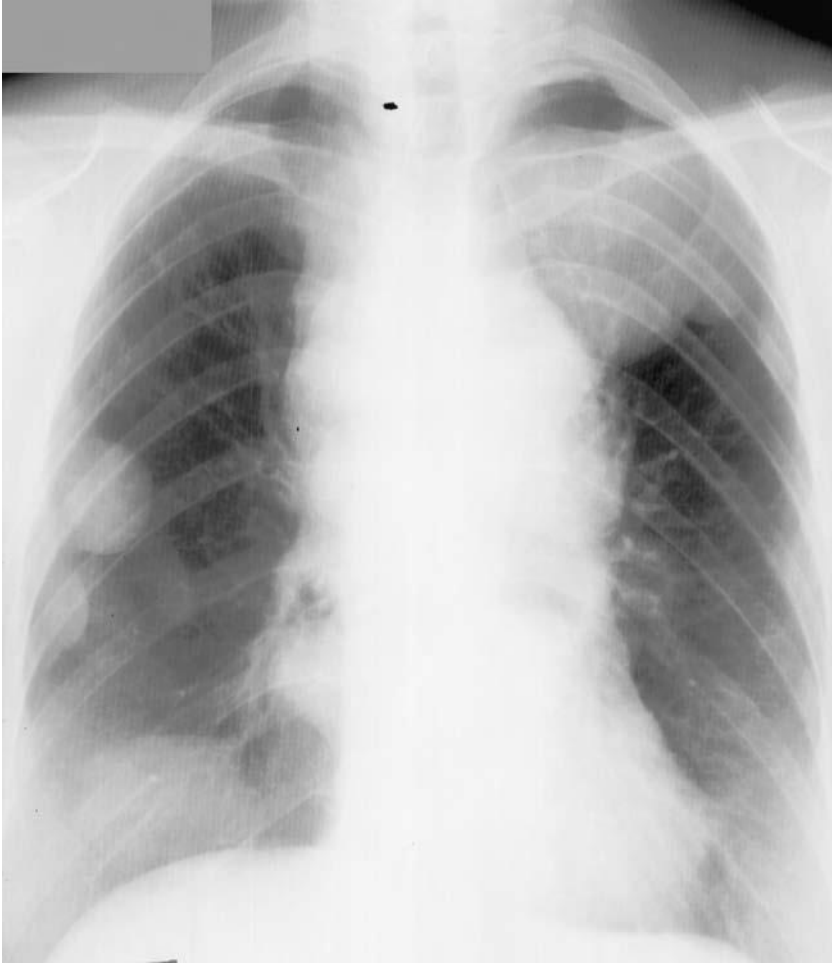
Đặc điểm lâm sàng

- Không triệu chứng 50%. thường phát hiện trên X quang ngực.
- Đau ngực, khó thở, ho.
- Thở rít, giọng khàn và khó nuốt.
- Đỏ mồm hôi, sụt cân

Kèm theo các triệu chứng nhược cơ

Đặc điểm X quang

- **X quang ngực:** một khối tròn như quả trứng (khó thấy được). Mờ rộng trung thất, kèm theo Can xi hoá, di căn có thể thấy được dựa trên biến đổi cấu trúc màng phổi.
- **CT:** thường là một cấu trúc mô mềm đồng nhất ở phía trước xương ức với một sự lan ra theo một chiều. Có sự thay đổi về sợi cơ, sự canxi hoá chưa hoàn chỉnh và xâm nhập của TB mỡ thuộc lồng ngực và các cấu trúc lồng ngực. Phát hiện các khối cơ mỏng ở lồng ngực.
- **MRI:** có cấu trúc tương tự và giống hình ảnh trên CT. Tuy nhiên, trên MRI cho thấy hình ảnh rõ hơn về sự xâm nhập các mô mềm.



U tuyến ức ác tính. Khối lớn phía trên trái trung thất, với nhiều nốt ở màng phổi và nửa ngực phải.

Chuẩn đoán phân biệt:

Có khối ở trung thất trước

Nốt lympho

U quái

Tuyến giáp

U tuyến ức

Điều trị

Phẫu thuật cắt bỏ và hỗ trợ cho các phương pháp X quang

Giám sát sau giải phẫu

50% sống sau 5 năm ở giai đoạn 4 của u ác tính

90% sống nếu ở giai đoạn 1 của u tuyến ức.



U tuyến ức ác tính. Mô mềm phát triển mạnh so với trung thất. Dọc cạnh khí quản và mạch máu rốn phổi cho thấy khối này có khả năng ở trung thất trước.

Thymus – malignant thymoma

Thymus -normal - tuyến ức bình thường

ĐẶC ĐIỂM:

- Bình thường tuyến ức gặp trong 50-100 ở trẻ sơ sinh từ 0-2 tuổi.
- Kích thước tuyến ức rất đa dạng
- Tuyến ức tăng sản và và thấy tuyến ức trong các trường hợp:

Cường tuyến ức (thông thường nhất)

trẻ em mới phục hồi sau bệnh (sau điều trị hoá trị)

Bệnh khó thở cơ năng

Bệnh to cục chi

Đặc điểm lâm sàng:

- Không triệu chứng

Đặc điểm X quang:

Thấy ở trẻ sơ sinh hiếm khi ở trẻ con

CXR: Góc tam giác từ phía trên xương ức (dấu thuyền buồm). Có một chút lõm vào tại chỗ giao giữa tim và xương ức.

Có một bờ dai gọn sóng đến tuyến ức.

Tuyến ức cao khỏi trung thất

nhìn thấy bờ giữa và bên của tuyến ức, khả năng nhiều bị tràn khí trung thất.

Chuẩn đoán phân biệt

Một khối phía trên trung thất:

U lympho

U quái

U tuyến ức

U nang bạch huyết

Mất thùy trên và sự đông đặc ở trẻ em có thể giống 1 tuyến ức bình thường

Điều trị:

Không có cách điều trị hiệu quả



Tuyến ức bình thường. Dấu hiệu cánh buồm 'sail-sign' tuyến ức bình thường ở trẻ sơ sinh. Sẽ teo khi trưởng thành

Thymus – normal

Tuberculosis – Lao phổi

Đặc điểm

- Vi khuẩn lao là vi khuẩn hiếu khí
- Nguyên nhân mắc bệnh và tử vong cao trên toàn cầu
- Tăng khả năng mắc bệnh do tăng sự miễn dịch và khả năng đề kháng.
- Nhóm miễn dịch với bệnh bao gồm: già, nhập cư, người các nước chưa phát triển, miễn dịch suy yếu.
- Lao ảnh hưởng phổi nhưng thông qua mạch máu lan truyền đến các cơ quan khác như màng tim, ống dạ dày và ống sinh niệu, xương, hệ thần kinh trung ương.
- Chẩn đoán khó – soi đàm trực tiếp/ xét nghiệm mô hoặc nuôi cấy. Xét nghiệm vi sinh học dùng Heaf hay Mantoux. Vấn đề khó trong hỗ trợ chẩn đoán là bệnh nhân cần phải có khả năng đáp ứng miễn dịch tự thân. Ở một số bệnh nhân thì họ có đáp ứng miễn dịch chủ động do suy giảm miễn dịch.
- Có 3 loại nhiễm trùng lao phổi:
 - Nguyên phát
 - Hậu phát hay do hoạt hóa
 - Tổn thương kẽ.
- Củ lao biểu hiện một khối tổn thương tập trung mà hoạt động nhiễm trùng lao không đặc hiệu.

Đặc điểm lâm sàng

- Ho, thờ ngắn, đờm và khạc huyết.
- Sụt cân, mệt, và uể oải.
- Sốt, và đổ mồ hôi về đêm.
- Tiến triển, nhanh và các dấu hiệu suy nhược gợi ý nhiễm trùng đang lan rộng.
- Cần phải cân nhắc khi chẩn đoán nhóm bệnh nhân có nguy cơ và bệnh nhân không đáp ứng với phát đồ điều trị chuẩn của kháng lao.

Đặc điểm X Quang

- X quang ngực
 - Nguyên phát
 - Có thể có hoặc không nhiễm trùng
 - Có vết vôi hoá và hạch phổi gợi ý nhiễm khuẩn.



Lao nguyên phát. Hạch cạnh khí quản phải và rón phổi trái.



Lao thứ phát. Tổn thương 2 đỉnh phổi, xơ hoá thùy trên 2 đỉnh phổi.

- Chắc, nhỏ nút, phì đại nút lympho và tràn dịch cho thấy nhiễm trùng hoạt động
- Vùng khu trú GHON là 4 vùng ngoại biên của đồng đặc phổi.

thứ phát

- Có thể hoạt động hay ko hoạt động. Có vết sẹo khu trú bờ không đều và có thể có hang bên trong hoặc không. Thương ở thùy trước.
- Viêm hạch và có dịch ít phổ biến hơn.
- Nhiễm trùng nấm có thể tiến triển thành các khoang hoạt động (u nấm).
- Nhiễm trùng hạt kê

Nhiều nốt nhỏ và riêng lẻ lan truyền trong các nút của phổi.

Sự phản ứng của Tế bào LAO:

Có thể khó chẩn đoán. Có sự thay đổi khi so sánh với phim cũ là rất cần thiết. Hang và mô mềm gia tăng là biểu hiện của nhiễm trùng đang hoạt động.

CT hoặc HRCT: Bộc lộ những khối u kín, hang và viêm hạch lympho. Những đặc điểm khác bao gồm sự thay đổi nút dạng lưới và nút dạng đám kết hợp với bệnh nội mạc phế quản.

Hạch lymphô là một chỉ điểm hoại tử đặc trưng, đã được chứng minh trên nhiều nghiên cứu có đối chứng.

Chuẩn đoán phân biệt.

Nhiễm khuẩn bao gồm nhiễm khuẩn lao.

U lympho

Sarcoid

Di căn hạt kê sẽ làm giảm hạn chế bệnh di căn lao.

Điều trị:

Điều trị tạm thời từ 6-12 tháng của hệ kháng sinh thứ 4.

- Bệnh nhân nên được theo dõi bệnh và điều trị ở một nơi thích hợp.
- Luôn xem xét sự phản ứng của TB lao ở nhóm miễn cảm, và bệnh nhân trước đó đã phơi nhiễm lao.



Lao kê. Rất nhiều nốt rải rác khắp 2 phổi.

Varicella pneumonia viêm phổi thủy đậu

Đặc điểm

- Xuất hiện ở người lớn
- Nhiễm trùng phổi nặng phải vào nhập viện
- Ban thủy đậu và dày dính phân tán ở khắp phổi
- Viêm phổi do thủy đậu có thể khởi và để lại những hạt nhỏ canxi hoá trong phổi. Chúng có các đặc điểm trên CXR cần được nhận ra và tránh lầm lẫn với những chẩn đoán khác.
 - Nhiễm trùng cấp tính- ho, sốt, đờm, khó thở và mụn rất sẵn nước.
 - Sau nhiễm trùng – không có triệu chứng

Đặc điểm X quang

CXR:

Nhiễm trùng cấp tính và sự khuếch tán đồng đặc thường kết tụ ở đáy và bụng. Nốt phổi chiếm 30%.

Sau nhiễm trùng – nút canxi hoá phân tán trong phổi

Chuẩn đoán phân biệt

- Cấp tính- vi khuẩn và vi rút nhiễm trùng
- Sau nhiễm trùng – hình dạng lao tổn thương kẽ hoặc u canxi hoá di căn (tuyến giáp). Chẩn đoán dựa vào lâm sàng .

Điều trị

- Nhiễm trùng cấp tính
1. ABC
 2. Oxygen
 3. Các liệu pháp kháng virus và hỗ trợ thuốc kháng viêm dạng STEROIDS.
 4. Cần thông khí hỗ trợ.
 - Sau nhiễm trùng.
1. Điều trị không đặc hiệu



Viêm phổi trước đó do thủy đậu - 2 trường hợp. các nốt vôi hoá khắp 2 phổi

Wegener's granulomatosis bệnh u hạt wegener

ĐẶC ĐIỂM

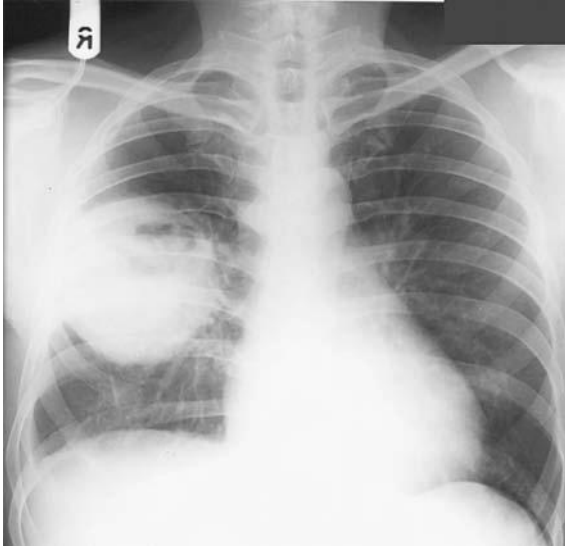
- Là một bệnh đa cơ quan mà không rõ nguyên nhân
- Nhận diện bởi cách viêm hoại tử các mạch máu nhỏ và trung bình, hoại tử mô (có thể là u hạt) và viêm vừa cấp tính và mãn tính
- Phổi chiếm 95%, thận 85% (u cầu thận) và xoang cận mũi (90%)
- Các cơ quan khác liên có liên quan như mắt , da, khớp , thần kinh trung ương, ống tiêu hoá và tim.
- Nam > Nữ: 2:1
- Hiện diện trẻ nhỏ và tuổi già.
- c-ANCA (++) (độ nhạy 96%). Đề phòng nhiễm trùng Lao, gây tăng cao kháng thể trong huyết thanh làm khó cho việc chuẩn đoán.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Biểu hiện đa dạng
- Thở rít (viêm khí quản)
- Ho, khản huyết.
- Đau các xoang kèm nung mủ
- Chảy máu cam và mũi (phá huỷ sụn mũi)
- Đau khớp
- Sụt cân, đau bụng, ỉa chảy.
- Nổi ban và sẩn ở da
- Nổi vẩy
- Liệt thần kinh ngoại biên hay trung tâm.

ĐẶC ĐIỂM X QUANG

- **CXR:** Nhiều nốt ở phổi kích thước khác nhau. Có thể tạo các ổ ở mọi nơi trong phổi. phần lớn dạng loan lỗ có lúc thì biểu hiện dưới dạng đông đặc hắc dạng kính mờ (nói lên tình trạng xuất huyết phổi). Phổi hợp thêm dịch màng phổi.
- **CT:** là phương tiện khẳng định lại hình ảnh trên X quang . Các nốt này có bờ dạng kính mờ bao quanh (tương tự như dấu halo là thứ phát của nhồi máu).
- Ngoài ra có thể thấy hình ảnh bờ rõ nét ở ngoại vi đáy phổi dạng giống nhồi máu hoặc/và thấy hình ảnh hẹp khí quản do viêm dạng hạch lympho không đặc hiệu.



U hạt Wegner. Khối mờ lớn ở thùy giữa phổi phải.

Chuẩn đoán phân biệt

- Hội chứng Churg-Strauss- do hen phổi hợp viêm mạch máu nhỏ, có pANCA (++)
- Viêm khớp dạng thấp – có một vài RA có thể cho hình ảnh giả của u hạt Wenger.
- Các nhiễm trùng - đặc biệt do nấm, lao, tắc mạch nhiễm trùng do các nhiễm trùng phổ rộng .
- Viêm phổi chưa rõ nguyên nhân.
- Bệnh do di căn.

Điều trị:

- Điều trị với corticosteroids.
- Liệu pháp kéo dài với thuốc ức chế tế bào (cyclophosphamide)
- Bệnh thận có thể dẫn đến suy thận cần phải lọc máu và cuối cùng nên chỉ định ghép thận.

Westermark's sign – dấu hiệu Westermark

Đặc điểm

Biểu hiện vùng thiếu máu khu trú nguyên nhân do thuyên tắc động mạch phổi đoạn xa. Chiếm tỷ lệ 5% bệnh nhân tắc nghẽn mạch phổi

Nguyên nhân hiếm do sự chèn ép khối u và viêm mạch có thể cho hình ảnh tương tự trên X quang.

Đặc điểm lâm sàng

- SOB
 - Ho, khản huyết,
 - Đau ngực dạng màng phổi
 - Thuyên tắc tĩnh mạch sâu chi dưới.
 - Thiếu oxy
 - Hạ huyết áp
 - Xẹp phổi
- **Đặc điểm X quang**
 - CXR : Hình ảnh mờ bờ rõ ở vùng thấp.
 - Một số đặc điểm khác của tắc nghẽn phổi bao gồm:
 - Dấu Fleischner- phân bố lan rộng theo động mạch phổi nguyên nhân do cục máu đông gây tắc ở đoạn xa.
 - Điểm gù Hampton: hình ảnh mờ ở đáy phổi bờ rõ biểu hiện của nhồi máu phổi.
 - CT (CTPA): hình dạng khuyết ở thì đổ đầy máu vào động mạch phổi.

Chuẩn đoán phân biệt

Đôi khi hình ảnh biến đổi mờ khu trú là dạng đông đặc phổi hoặc dạng kính mờ. Những vùng này thì mờ lên có thể biểu hiện sự nhiễm trùng, tụ dịch hoặc chảy máu phổi. Những vùng phổi còn lại tăng thông khí có hình ảnh sáng hơn là bình thường.

Điều trị

- ABC.
- Oxygen.
- Chống đông nếu có nhồi máu phổi



Dấu hiệu Westermark – nhồi máu phổi. khối mờ kích thước lớn bên nửa phổi phải do giảm mạch máu nuôi, thứ phát sau co mạch do nhồi máu phổi ở đoạn xa.