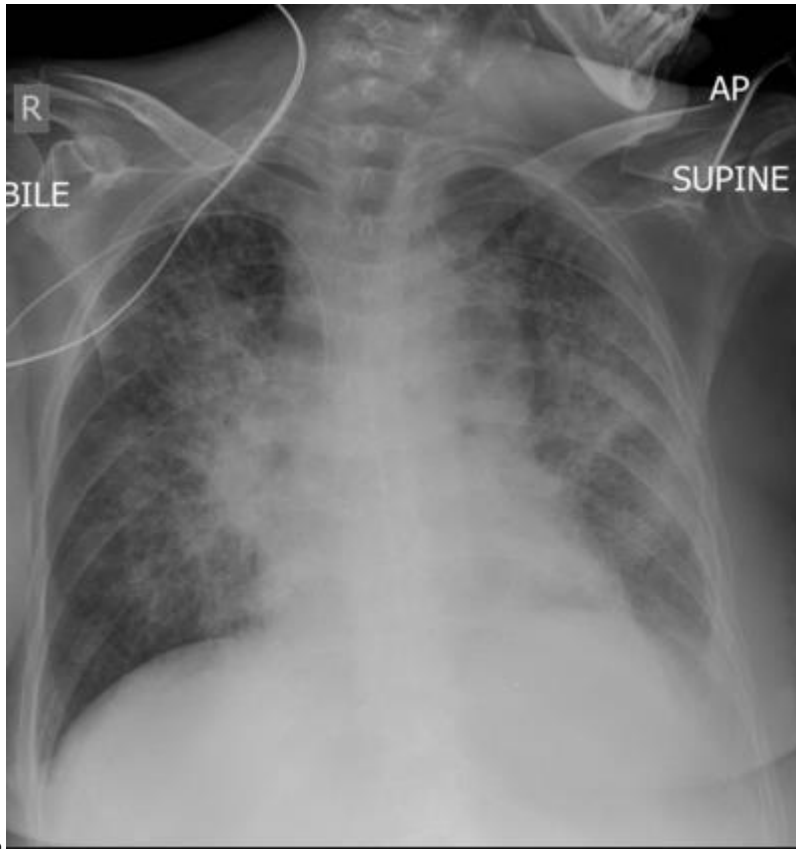


A



B

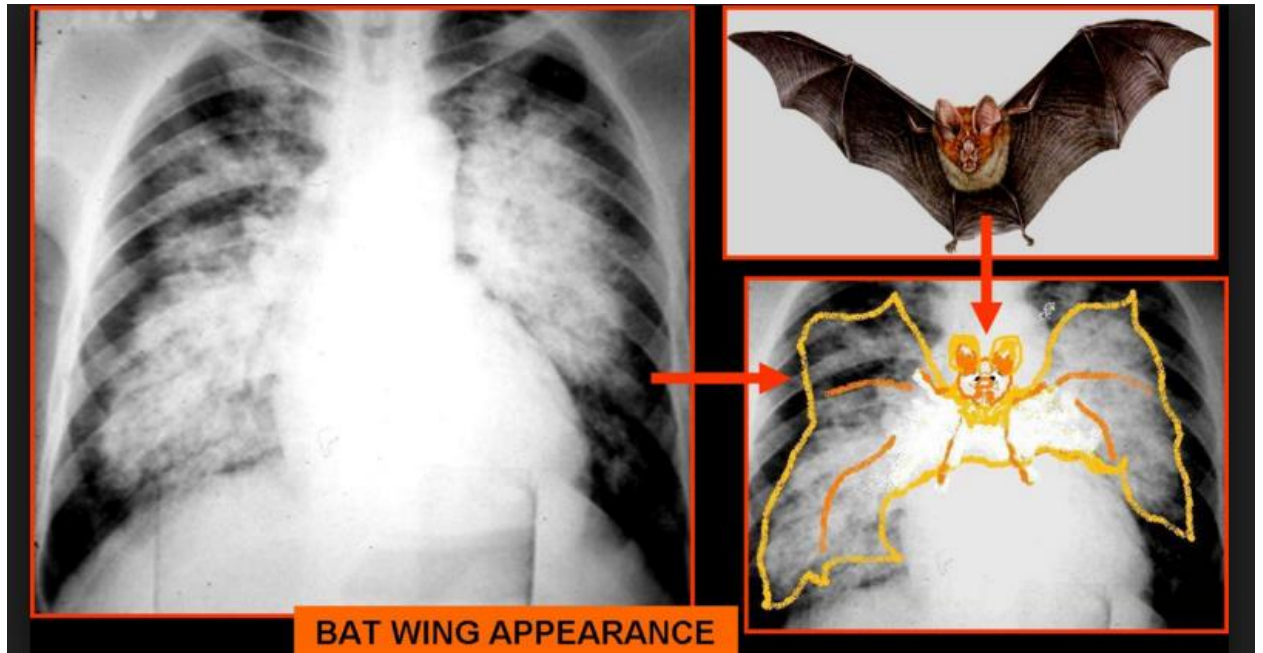
Hình 2.16. Suy tim sung huyết CHF.

- A. CHF trên xq ngực sẽ có hình ảnh phân phối lại mạch máu, đường kerley B, rìa quanh phế quản tạo thành viền, tràn dịch màng phổi và hình ảnh cánh dơi ở khoảng không gian giữa 2 phổi
- B. Trên phim PA Xquang ngực có hình ảnh cánh dơi điển hình



C.

kerley a b c



D.

1. Mạch máu được phân phối lại: mạch máu ở vùng đỉnh phổi to hơn so với vùng phổi thấp hơn (ngược với bình thường)
 2. Đường Kerley B
 3. Viền quanh phế quản được dịch bao bọc
 4. tràn dịch màng phổi
 5. Hình ảnh cánh dơi
- f. bệnh phổi kẽ mãn tính



Hãy nhớ rằng nếu một khu vực sáng bất thường mà không có biểu hiện lâm sàng tương xứng có thể đây là bn mắc bệnh phổi mãn tính.

g. Hạch / khối (mass)

Hạch và khối trong phổi xuất hiện với hình tổn thương tròn sáng như mật độ dịch (Hình.2-6A, 2-6B). Nếu thương tổn dưới 3 cm thì gọi là nốt. Nếu lớn hơn 3 cm nó được gọi là khối.

Hạch / khối ác tính (ví dụ ung thư di căn phổi) hoặc lành tính (ví dụ hamartoma, u hạt). ung thư phổi nguyên phát có ranh giới không rõ ràng, giống như có gai và tiến triển theo thời gian. Di căn có xu hướng nhiều nốt tròn mịn, nhiều kích thước. tổn thương lành tính có xu hướng nhỏ, mịn, tròn và có thể vôi hóa. Thường kích thước không thay đổi so với các phim chụp trước

2. Quá tối (đen)

a. Tràn khí màng phổi / tràn khí màng phổi áp lực

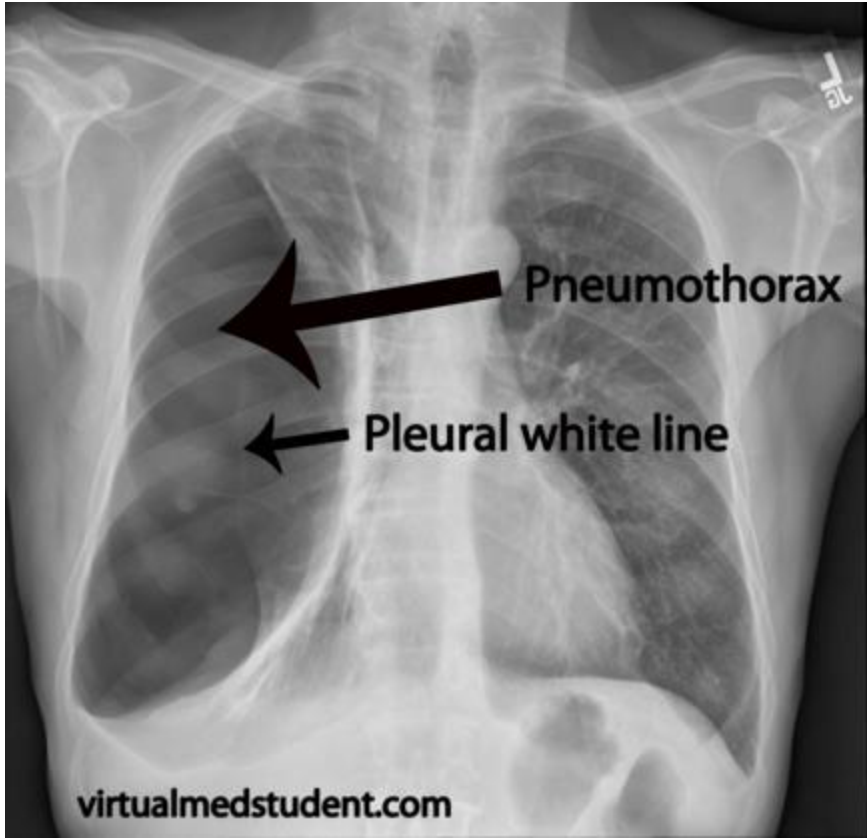
Tràn khí màng phổi là có khí giữa lá thành và lá tạng màng phổi thường do tổn thương phổi. Nên nhớ rằng khí có xu hướng tụ ở điểm cao nhất của phổi (ngược với dịch).

Trên phim PA thẳng, sẽ thấy hình lưỡi liềm đen trên đỉnh phổi. Ngoài ra, lá tạng thường như một đường trắng mỏng dưới lưỡi liềm màu đen, vì hai bên nó là khí (Hình.2-18A). Có thể sẽ không thấy những nhánh mạch màu trắng ở khu vực này. Chụp phim thì thở ra sẽ nhìn rõ tràn khí màng phổi hơn vì lượng khí vẫn còn như cũ nhưng phổi trở nên nhỏ hơn.

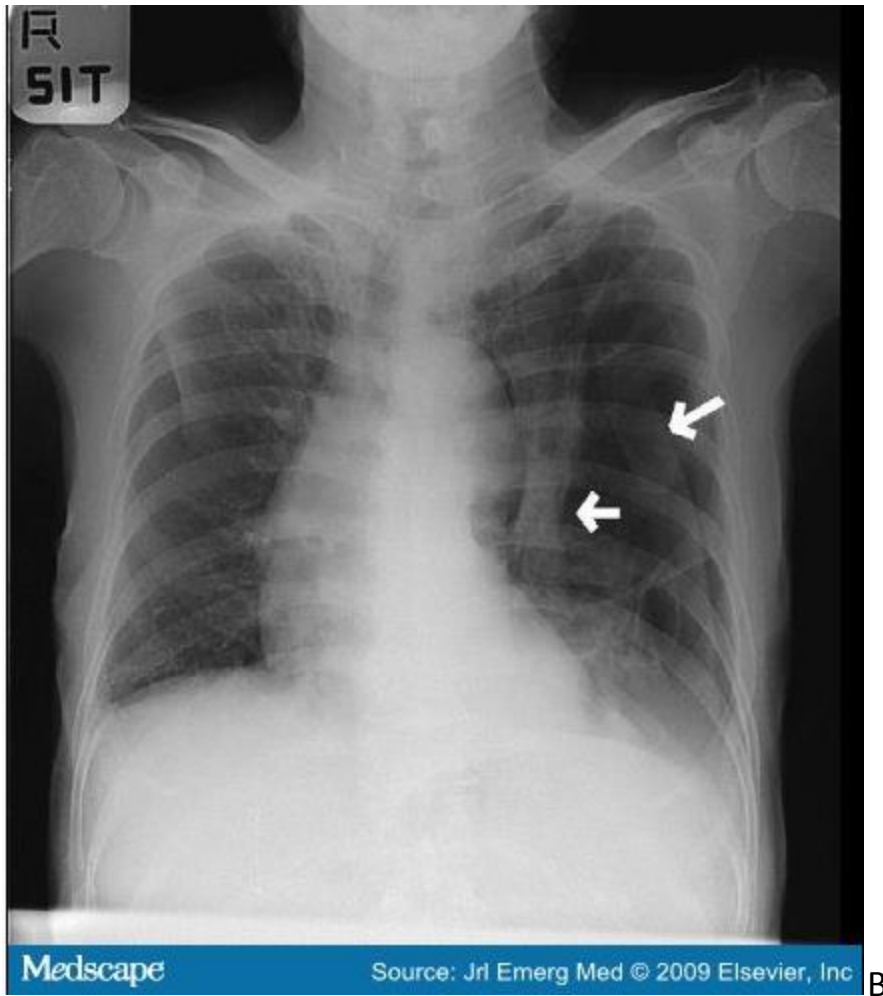
Trên phim AP nằm ngửa, khí tập trung phía trước và bên góc sườn hoành (rãnh). Điều này là không có gì ngạc nhiên vì chúng là khu vực cao nhất trong khoang màng phổi khi bệnh nhân nằm xuống. Điều này làm cho các rãnh bên màu tối bất thường và sâu (dấu hiệu rãnh sâu).

Trong trường hợp tràn khí màng phổi áp lực, chấn thương phổi gây rò rỉ khí vào khoang màng phổi có thể tạo thành van một chiều. van này chỉ cho phép khí vào màng phổi mà không cho ra. Với mỗi lần thở, không khí đi vào nhiều hơn trong khoang màng phổi và bị mắc kẹt. Cuối cùng, không khí đè đẩy trung thất, cơ hoành và làm tim không thể bơm máu vì áp lực bên trong ngực.

Đây rõ ràng là một trường hợp cấp cứu, cần xử trí ngay lập tức (ví dụ chọc kim lớn hoặc dẫn lưu màng phổi; Hình.2-18B).



A



Hình 18A. tràn khí màng phổi phải và đường trắng là lá tạng

B. Tràn khí màng phổi áp lực với xẹp hoàn toàn phổi trái, trung thất lệch phải

b. Khí phế thũng

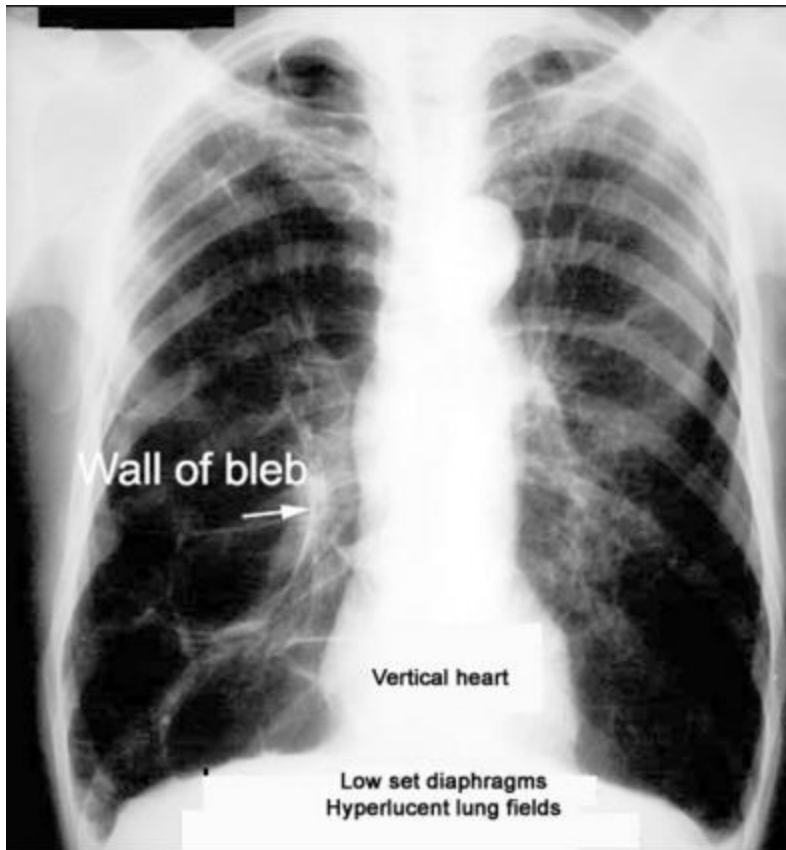
Khí phế thũng là do tắc nghẽn đường thở mạn tính dẫn đến sự hủy diệt các phế nang. Phổi chứa khí nhiều hơn bình thường vì tắc nghẽn đường thở gây bẫy không khí.

Đôi khi, có hình quả bóng khí tiến triển, đó được gọi là các bóng khí

Trên X quang, có vùng giảm tỷ trọng trong phổi (quá đen). Ngoài ra, do sự phá hủy mô nên ít khi thấy được mạch máu. Nếu nhìn thấy đôi khi thấy chúng cong bất thường vì chúng đi xung quanh vùng nhu mô phổi đã bị phá hủy. Cuối cùng, thấy

vòm hoành thẳng do phổi căng phồng quá mức (hyperinflation of the lungs)
(Hình.2-19A, 2-19B).





c. Tắc mạch phổi

Tắc mạch phổi xảy ra khi một cục máu đông (ví dụ từ tĩnh mạch chi dưới) bị long ra. Các cục máu đông sau đó đi đến phổi và gây tắc động mạch phổi sẽ gây ảnh hưởng đến vùng phổi được tưới máu.

X quang ngực thường như phim xq bình thường. dấu hiệu không đặc hiệu bao gồm xẹp phổi và tràn dịch màng phổi. Thỉnh thoảng có thể nhìn thấy một khu vực hình chữ V màu trắng sau tắc mạch phổi

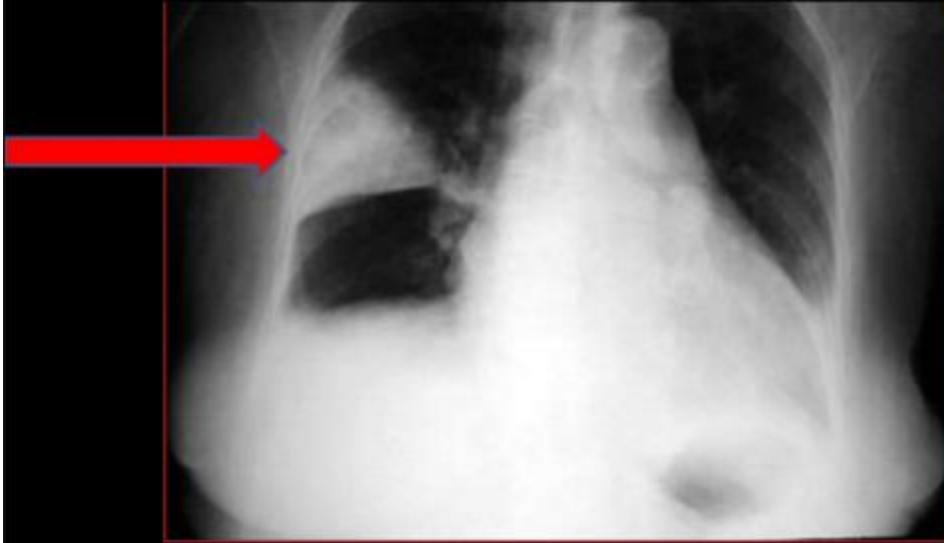
(Bướu Hampton).



Radiographic Signs – **Hamptons Hump**

Wedge-shaped infarct

sensitivity (21) and specificity (82%) for the diagnosis of pulmonary embolus



D. THÀNH NGỰC

1. GÃY XƯƠNG SƯỜN

Gãy xương thường xảy ra ở cạnh bên của sườn là nơi uốn cong nhiều nhất do đó yếu nhất. Nếu có

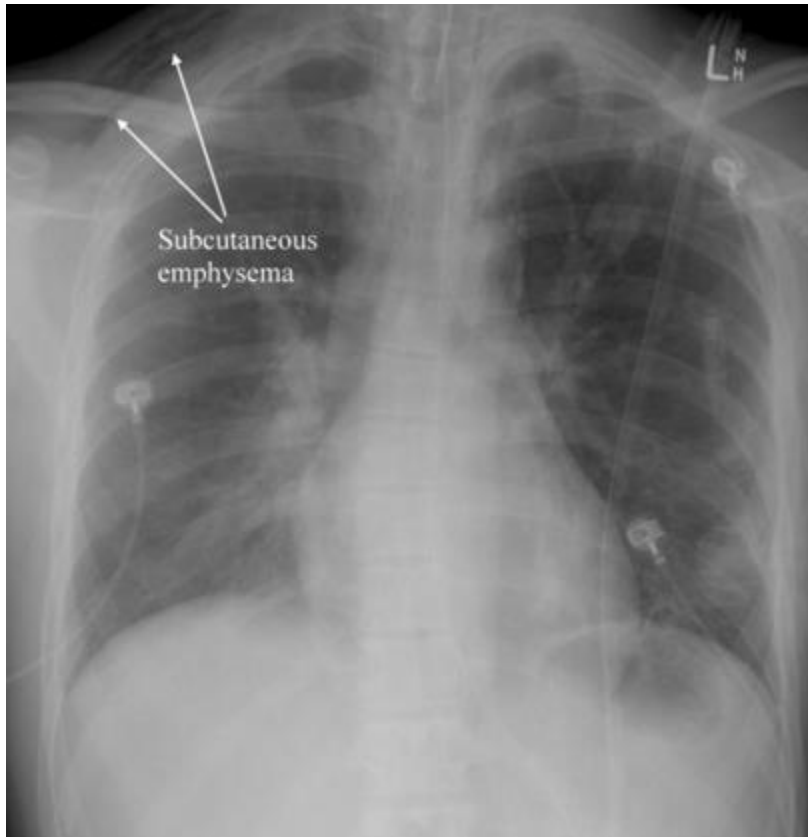
gãy xương sườn thường sẽ tràn khí màng phổi do các cạnh gãy răng cưa đôi khi đâm thủng phổi. Mặc dù đau, nhưng nếu chỉ gãy xương sườn đơn độc thì đây là vấn đề quá bình thường trên lâm sàng

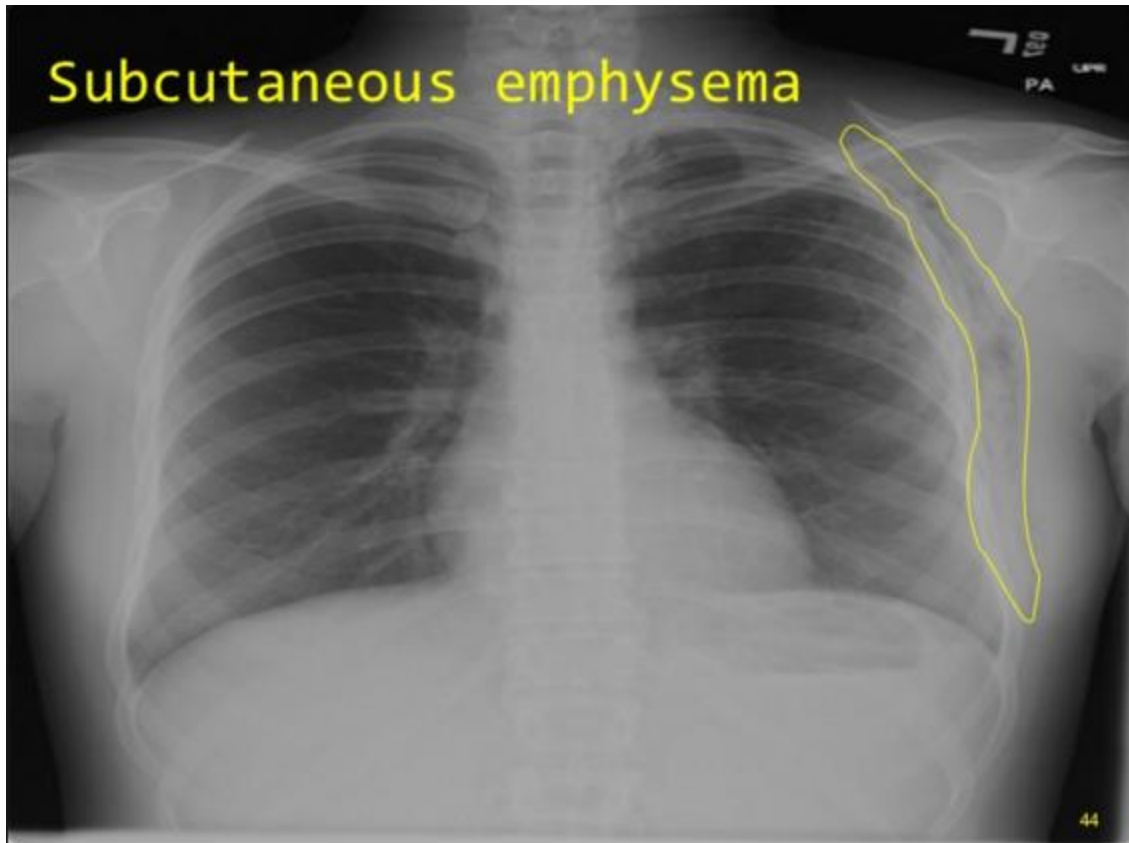
2. TRÀN KHÍ DƯỚI DA

tràn khí dưới da do có khí ở dưới da hoặc trong thành ngực hoặc ở cổ. Điều này có thể thấy trên phim X quang như những vết tối trong các mô mềm.

So với các cấu trúc cũng có khí bên trong như phổi, thực quản và khí quản. Ngoài ra còn có không khí xung quanh da của bệnh nhân. Do đó, các nguồn khí

dưới da có thể do một vết rách ở phổi (tràn khí màng phổi), vỡ thực quản, rách khí quản, hoặc rách da. Khí ở trung thất cũng có thể lan đến cổ và thành ngực.



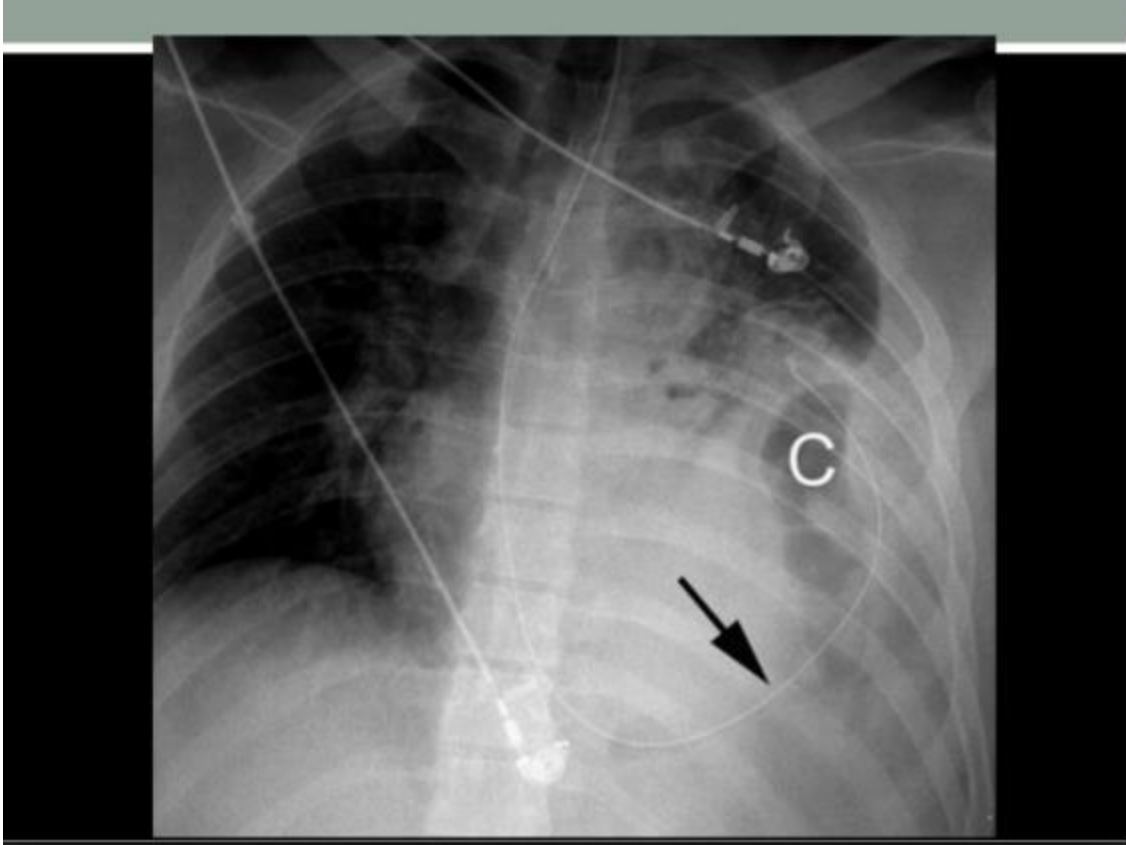


E. CƠ HOÀNH

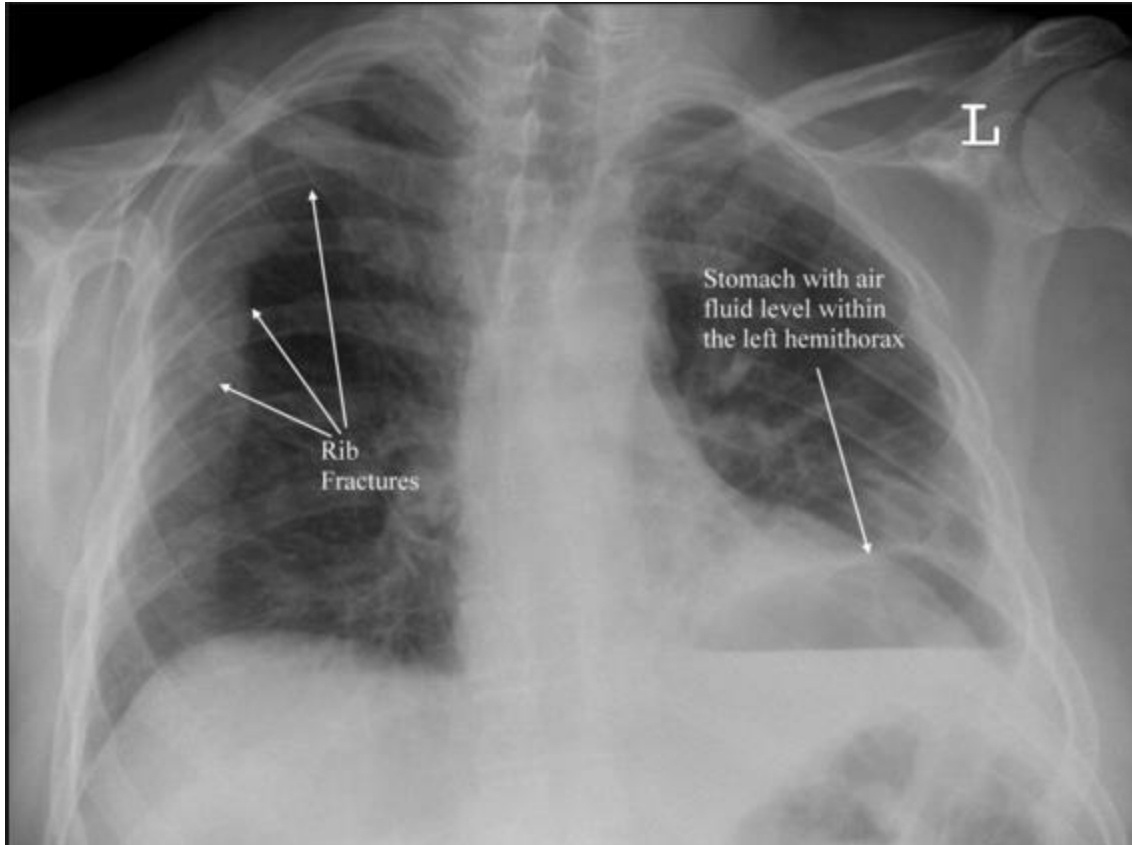
1. VỠ CƠ HOÀNH

vỡ cơ hoành do chấn thương cũng thường gặp và thường xảy ra bên trái 90% và các cơ quan trong bụng như dạ dày, lá lách hoặc đại tràng có thể thoát vị qua khe vỡ

Trên X quang, cơ hoành có thể nâng cao lên. có thể có mức nước mức hơi của ruột trong lồng ngực. Để kiểm tra có thể đặt sonde dạ dày thấy sonde ở trong ngực. Ngoài ra trung thất bị lệch do tạng thoát vị chiếm chỗ và đẩy trung thất ra xa (Hình.2-20).

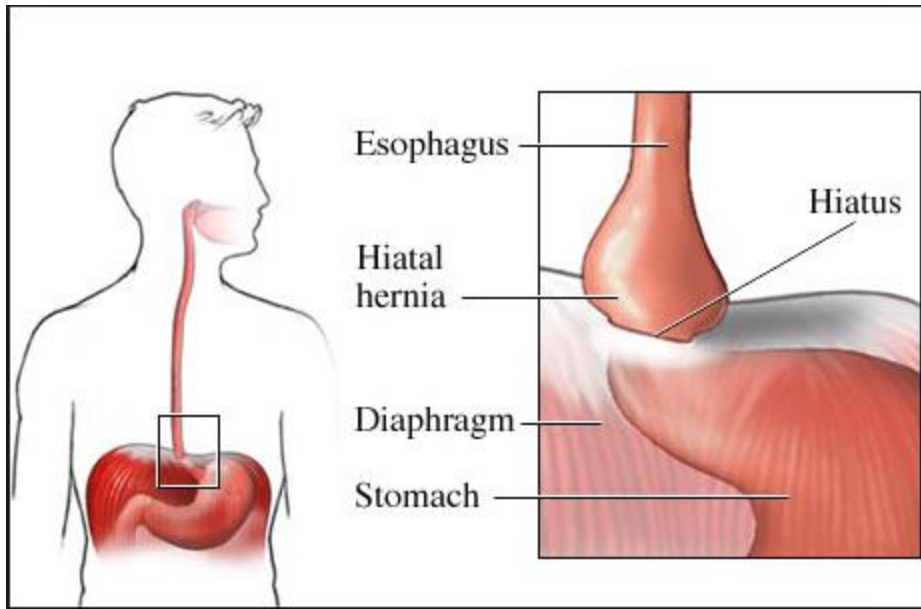


Hình 2-20: sonde dạ dày lên ngực



2. thoát vị hoành

là thoát vị phần trên dạ dày (Đáy) vào trung thất lỗ đi xuống của thực quản ở cơ hoành. Đây là thoát vị phổ biến và tương đối lành tính. Trên X quang, đáy dạ dày có thể xuất hiện là một khối có dịch, hoặc mức nước mức hơi phía sau trung tâm trung thất



CHƯƠNG 3. XQ Ổ BỤNG

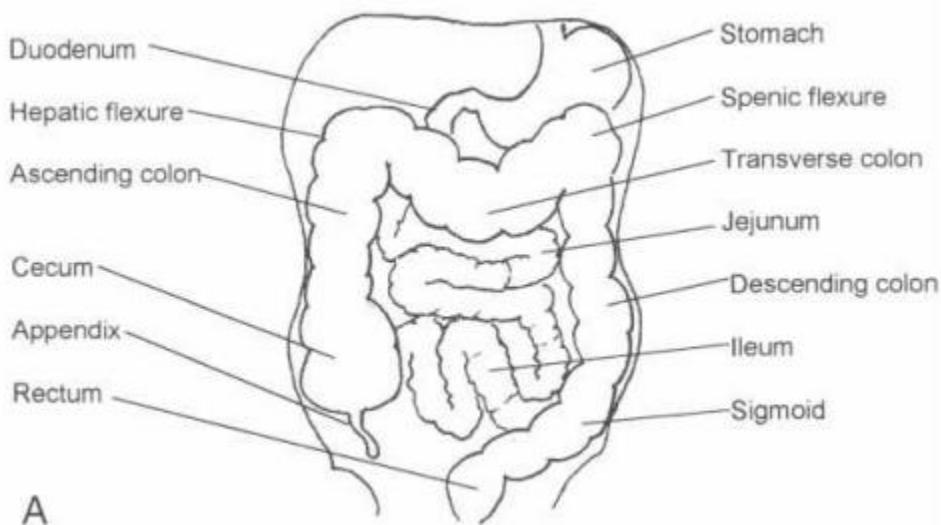
I. X quang về giải phẫu

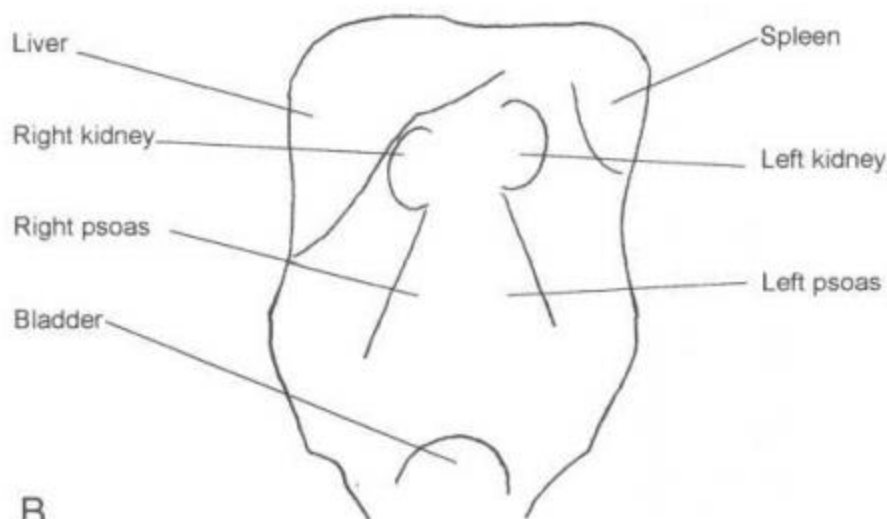
Ba quan điểm phổ biến nhất được sử dụng trong chụp phim ổ bụng là nằm ngửa (lưng ở mặt sau), đứng thẳng và nằm nghiêng trái. Bụng được chia thành 4 góc phần tư: góc phần tư trên phải (RUQ), góc phần tư trên trái (LUQ), góc phần tư dưới phải (RLQ) và góc phần tư dưới trái (LLQ). ở RUQ, thường thấy bóng hơi dạ dày. Ruột chứa nhiều hơi. Phần bên trong ruột có khí có thể thấy còn thành ngoài không thấy được do ruột có mật độ chứa nhiều dịch.

Từ gần đến xa, ruột non gồm tá tràng, hồi tràng và hồi tràng thường ít hơi hơn ruột già. Nó nằm ở giữa các nếp gấp bụng và có mật độ nhiều chất lỏng toàn bộ chiều rộng của ruột. ruột già bao gồm các manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan, đại tràng ngang, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, đại tràng sigma và trực tràng. đại tràng nằm ở ngoại biên của bụng, do đó trông giống như một khung hình (Hình.3-1 A).

Bụng được chia thành hai khoang. Khoang phúc mạc được lót bởi một lớp mô mỏng (phúc mạc) bao quanh hầu hết ruột, lách và gan. khoang sau phúc mạc nằm phía sau phúc mạc chứa tụy, thận, cơ psoas, động mạch chủ, bàng quang. Trên X quang, hình dáng của một số cơ quan được nhìn thấy (hình. 3-1B).

Chú ý rằng gan có mật độ lỏng đồng nhất nên gan, tĩnh mạch cửa và ống mật thường không nhìn thấy. Điều này là do trong gan, tĩnh mạch và mật đều chứa dịch lỏng.





II. Tiếp cận

Nhớ các từ sau FREE ABDO

FREE Dịch tự do (free fluid)

(được thảo luận trong phần dịch tự do).

A Air: khí

1. Khí ngoài ruột

Chú ý khí tự do trong phúc mạc, sau phúc mạc, khí trong gan và áp-xe. Thậm chí khí ở thành ruột.

2. Khí bên trong lòng ruột

Tìm hình ảnh ruột giãn và mức nước mức hơi.

B bowel wall thickening dày thành ruột

Tìm những dấu hiệu cụ thể của thành ruột dày lên.

D Densities Mật độ

Nhìn vào cấu trúc xương kiểm tra có bất thường như vôi hoá ruột thừa, túi mật, tuyến tụy, động mạch chủ

(Được thảo luận trong chương X quang xương)

O organs Các cơ quan

Nhìn vào hình dáng gan, lách, thận, và bàng quang kiểm tra có bất thường hay không

III. vấn đề cụ thể

A. Dịch tự do

Dịch tự do ổ bụng (cổ trướng) và máu có mật độ tương tự trên X quang, do đó không thể được

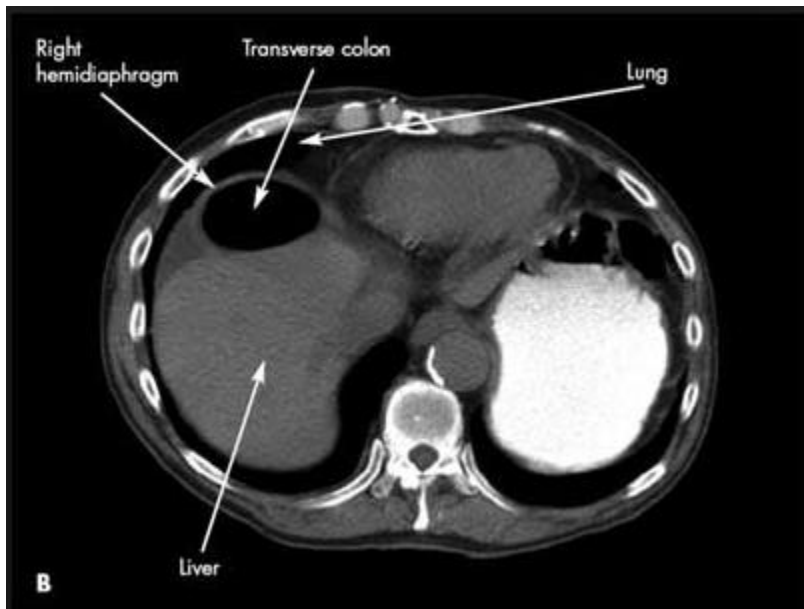
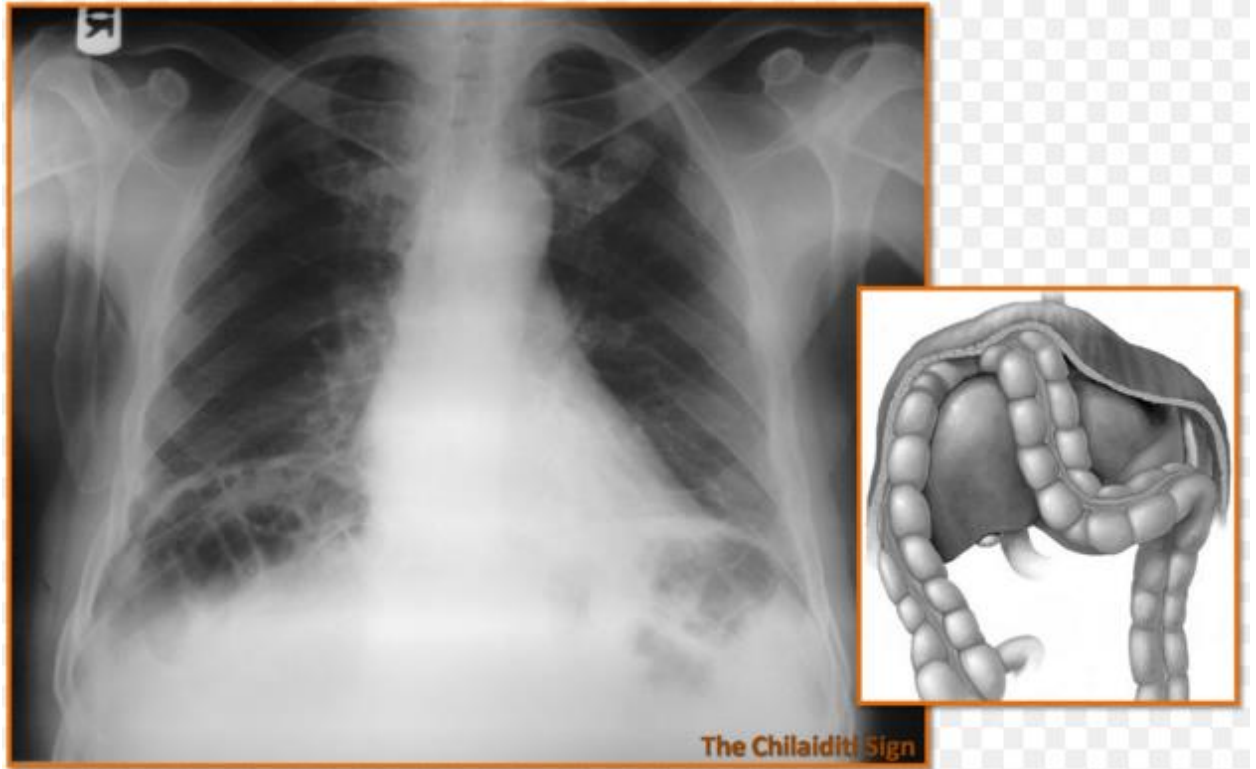
phân biệt.

B. Khí ngoài ruột

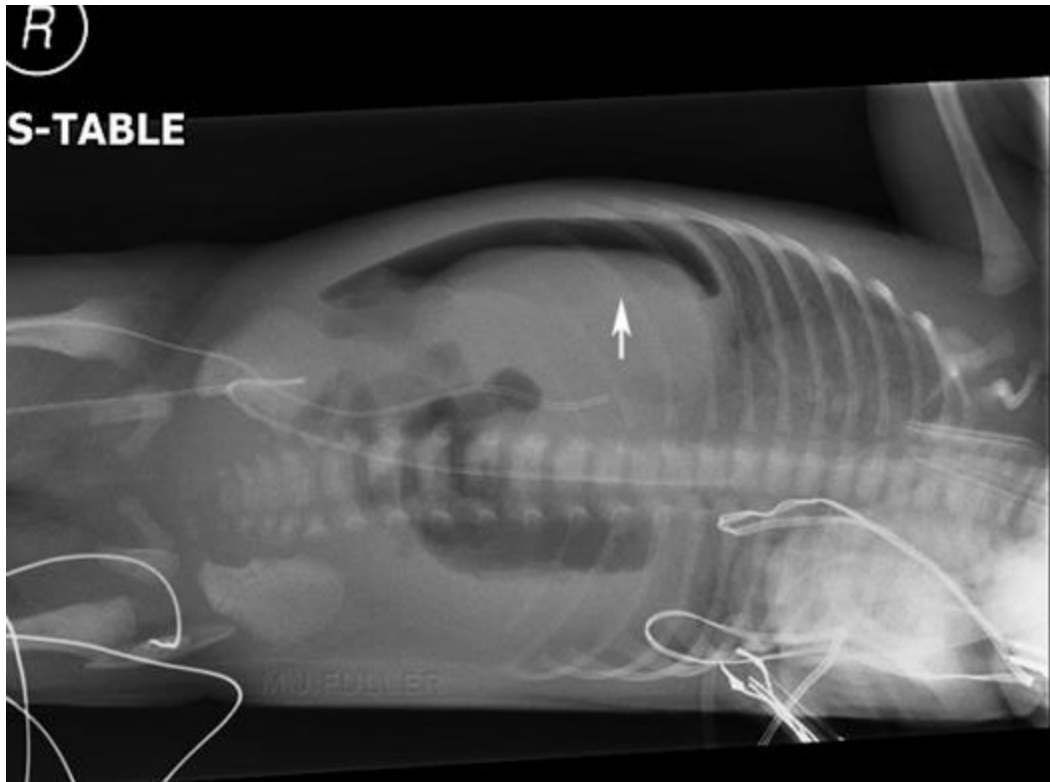
1. khí trong phúc mạc

Thông thường, không có khí bên ngoài ruột, trong khoang phúc mạc. khí tự do trong phúc mạc thể hiện rằng có thể thủng ruột. Đây là trường hợp cấp cứu cần phẫu thuật ngay vì dịch ruột có thể thấm vào khoang phúc mạc gây nhiễm trùng. Vị trí thường gặp là thủng dạ dày tá tràng thứ phát sau loét, túi thừa đại tràng, ung thư đại tràng.

Nhìn khí dưới cơ hoành trên phim chụp bụng thẳng đứng dễ nhất là xem phía trên bên phải, vì nó xen giữa gan và cơ hoành (Hình.3-3A). Ở phía bên trái, dạ dày có thể chứa không khí, do đó khó xem hơn. Nhưng nên nhớ ở 1 số bệnh nhân, đại tràng có thể xem giữa gan và cơ hoành nếu không sẽ có thể chẩn đoán sai (hội chứng chiladiti)

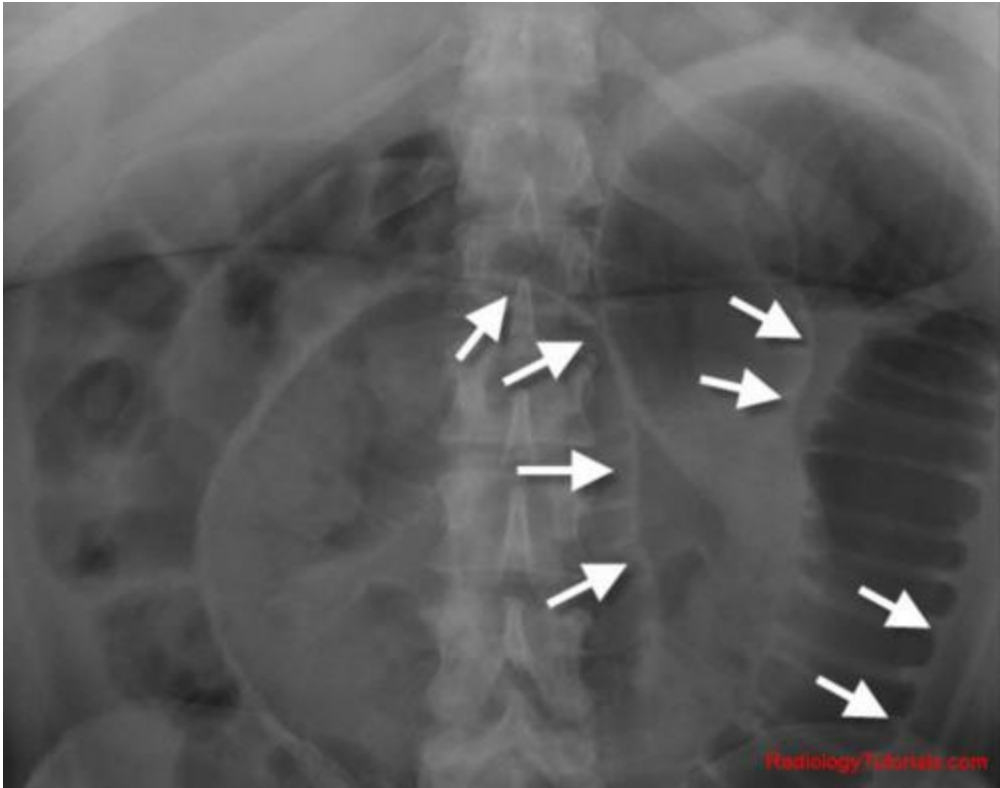


Trên quan điểm nằm nghiêng bên trái, khí tự do sẽ nằm ở ngay dưới sườn của bệnh nhân



Ở phụ nữ, khí tự do có thể được thấy ở gần xương chậu bên phải vì hông rộng

Nên nhớ ruột chỉ thấy được trên phim xq khi nó chứa khí. Ruột không chứa khí thì nó có mật độ chất lỏng và hỗn hợp với cấu trúc mật độ chất lỏng khác xung quanh nó (đường ruột khác vòng) làm cho nó không thể thấy trên X quang. Khi có không khí tự do, các đường viền bên ngoài có thể được nhìn thấy; không khí bên trong và bên ngoài ruột cho phép ta nhìn cả 2 cạnh trong và ngoài của ruột. Đây gọi là dấu hiệu Rigler. thường thấy nhất trên phim chụp bụng nằm ngửa



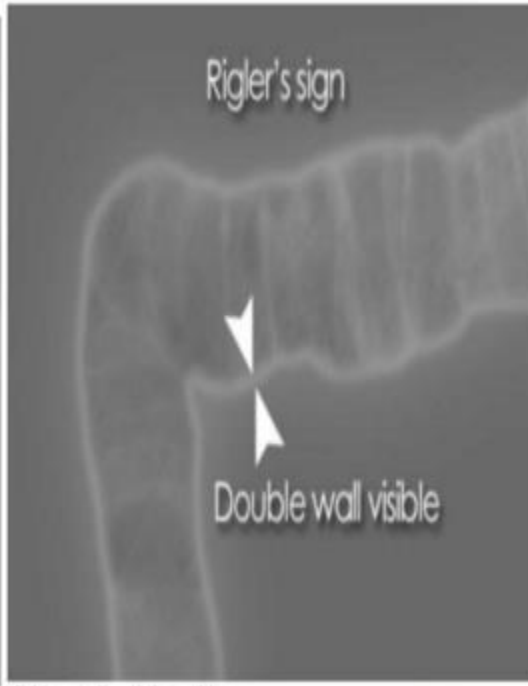
Rigler's/double wall sign - diagram

Hover over image to show findings



Rigler's/double wall sign - diagram

Hover over image to show findings



Cần nhớ rằng khí tự do cũng xuất hiện sau phẫu thuật bụng do khí được đưa vào khoang phúc mạc khi phẫu thuật. Tính trung bình, phải mất khoảng 10 ngày lượng khí tự do này mới được hấp thu hết.

2. Khí sau phúc mạc

1 phần tá tràng, đại tràng lên, đại tràng xuống và đại tràng sigma nằm sau phúc mạc. Do đó, nếu chúng bị thủng, khí có thể rò ra ngoài khoang sau phúc mạc.

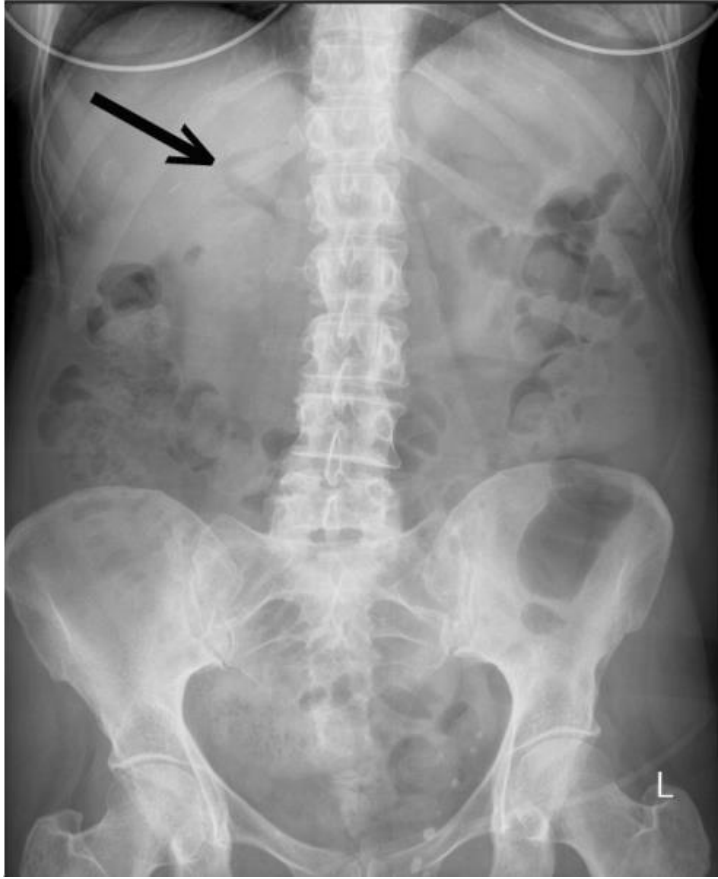
Trên X quang, khí sau phúc mạc có thể làm các cấu trúc như thận và cơ psoas, làm hình ảnh chúng rõ hơn.

3. khí trong gan

Gan bình thường mật độ đồng nhất như dịch. Khi xuất hiện khu vực tối hơn trong gan hoặc khí trong đường mật (Pneumobilia), trong hệ thống tĩnh mạch cửa là bất thường.

a. Pneumobilia (khí trong đường mật)

khí trong đường mật thường do thủ-phẫu thuật đường mật (ví dụ cắt cơ thắt). hoặc là dấu hiệu nguy hiểm như trong bệnh lý viêm túi mật (khí sinh ra do nhiễm trùng túi mật). vì mật chảy về phía rốn gan nên khí trong đường mật pneumobilia thường ở gần rốn gan



Gallstone Ileus/Pneumobilia



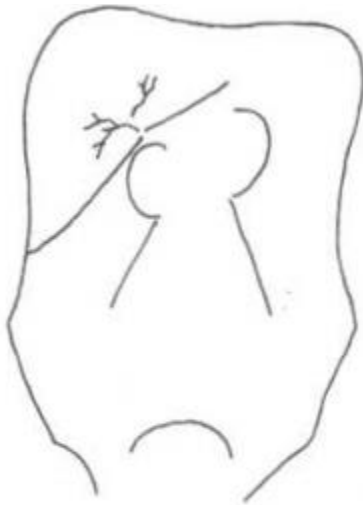
Gallstone Ileus

•Rigler's Triad:

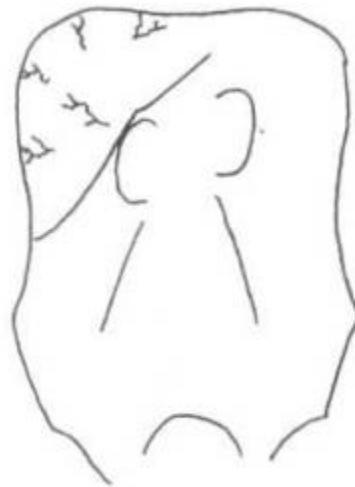
- Pneumobilia
- SBO
- Impacted Gallstone

Gallstone Ileus

- Small bowel obstruction due to passage of large gallstone, usually through cholecystenteric fistula.
- Gallstone erodes through gallbladder and into small intestine.



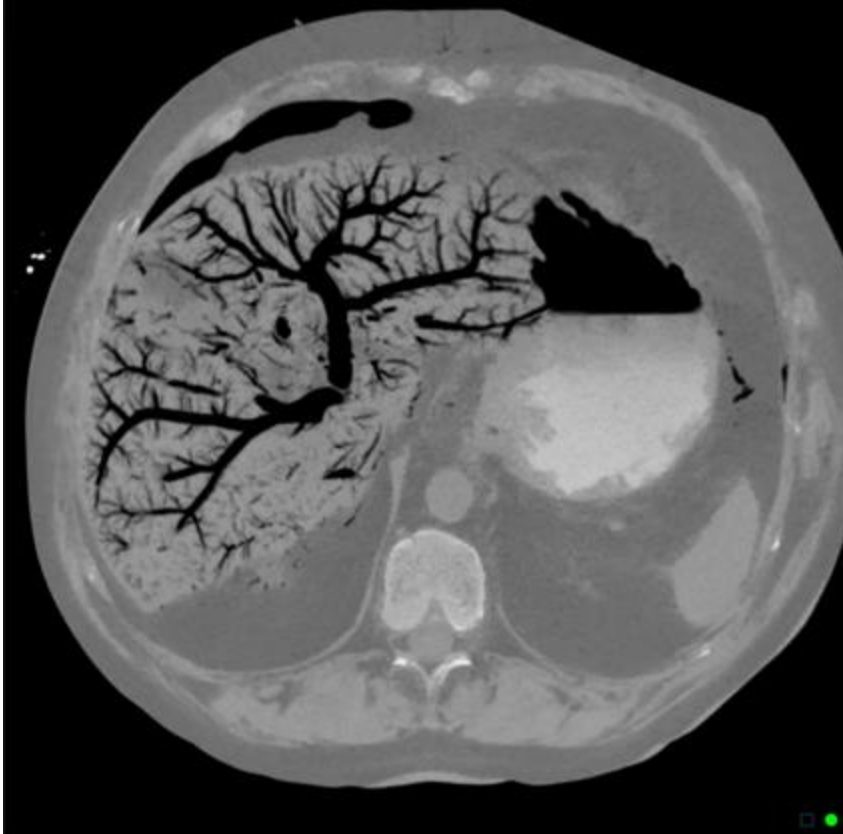
A



B

A: Khí trong đường mật trong gan

B: Khí ở tĩnh mạch cửa



Khí tĩnh mạch cửa thường gặp trong nhồi máu ruột non

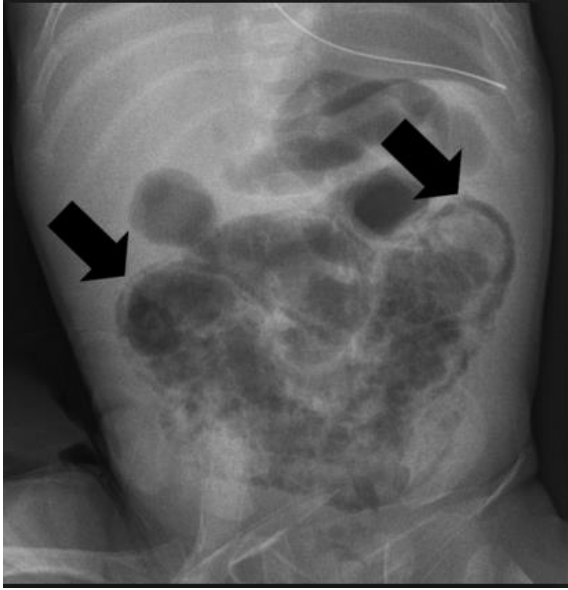
4. Áp xe

áp xe thường xuyên xuất hiện trên X quang là một vùng khí đen bộ sưu tập, thường ở khu vực không liên quan tới vị trí bình thường của ruột. Nó không có cấu trúc bình thường như đại tràng hoặc có van như ruột non. Hơn nữa, áp-xe thường vẫn ở một vị trí khi khí trong ruột di chuyển trong những phim tiếp theo



5. Pneumatosis (khí trong thành ruột)

khí trong thành ruột có thể do thủng ruột hoặc hoại tử. Nó cũng đồng nghĩa ruột không được cấp máu đầy đủ (thiếu máu ruột hoặc nhồi máu).



xuất hiện như vệt đen tuyến tính trong thành ruột



C. khí trong lòng ruột (ruột giãn)

Ruột cũng chứa 1 lượng khí. Đừng lo lắng nếu hiện tại nhiều hơi miễn là ruột không giãn. Ruột già và ruột non phân biệt bởi vị trí và các nếp gấp. Đối với mỗi đoạn ruột, có thể đo để xác định xem ruột có giãn hay không

Trên X quang, khi giãn đường kính ruột lớn hơn:

- 3 cm với ruột non
- 6 cm với ruột già (trừ manh tràng)
- 9 cm với manh tràng

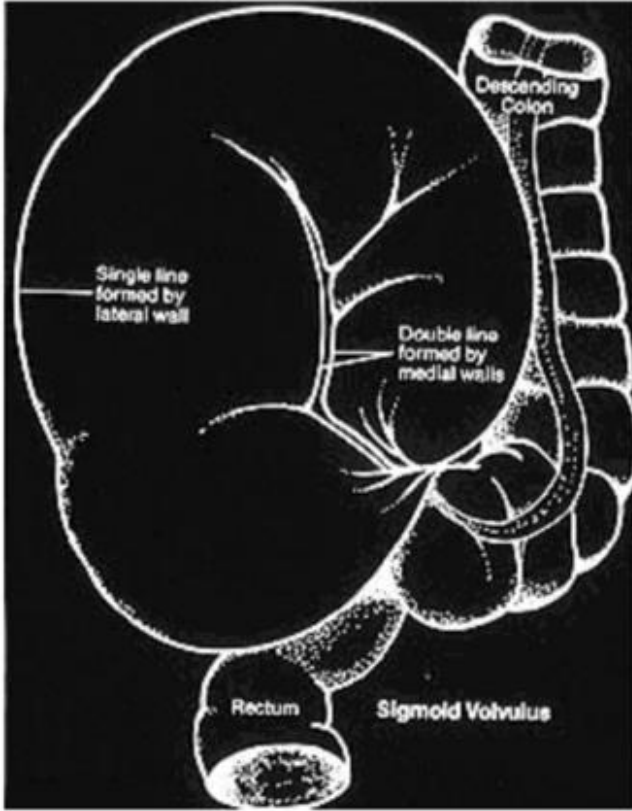
Đường thẳng chia hơi và dịch gọi là mức nước mức hơi có trên phim thẳng và nghiêng.



1. tắc ruột

Tắc ruột nghĩa là ruột bị liệt. Lúc này ruột giãn do nhiều hơi.





I. X quang giải phẫu sọ

A. CHUNG

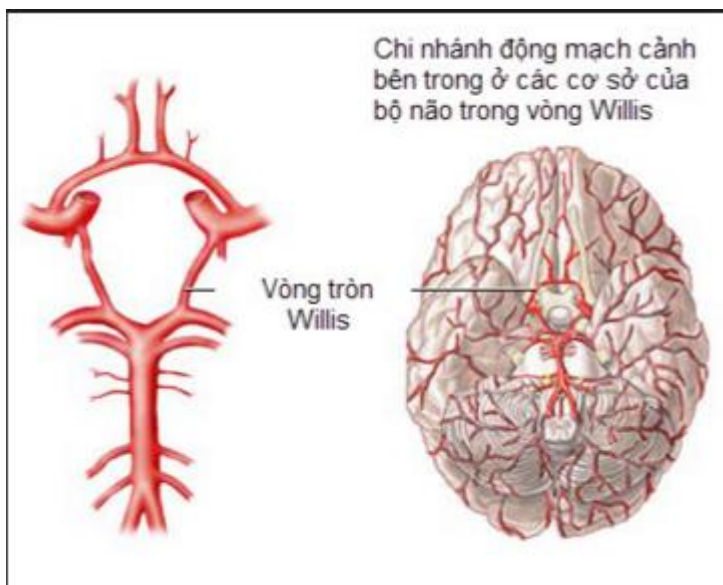
Não được chia thành bốn cặp thùy, bao gồm thùy trán, thùy thái dương, thùy đỉnh và thùy chẩm. Tại trung tâm não, có cặp đồi thị và hạch nền (có nhân đuôi, nhân bèo và nhân cầu nhạt). Xung quanh gồm hai não thất bên, não thất ba và não thất 4.

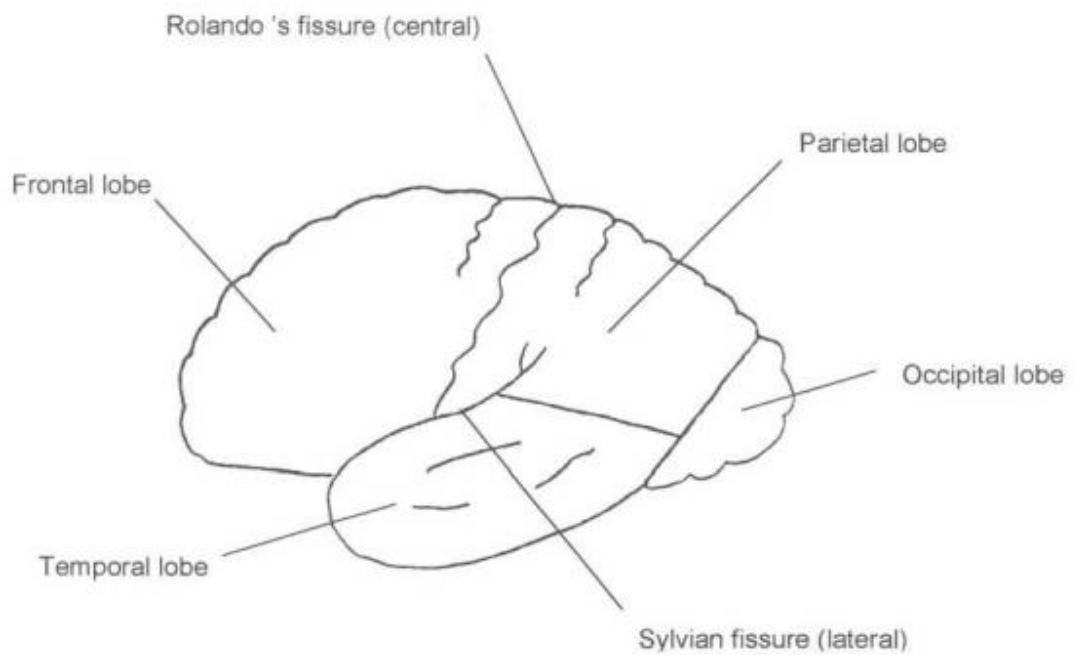
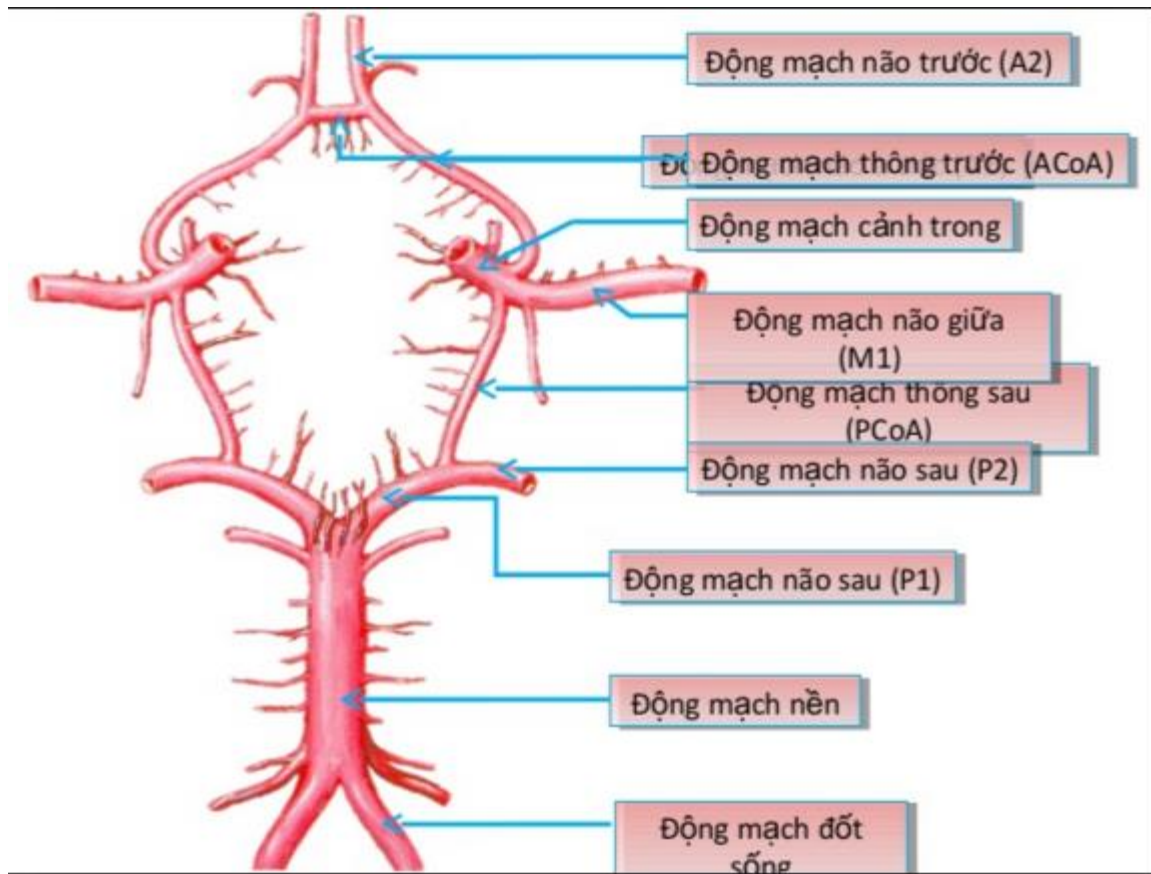
Bộ não được bao phủ bởi nhiều lớp tế bào bảo vệ. màng mềm (màng nuôi) gần não nhất, tiếp đó là màng nhện và màng cứng.

Phim cắt lớp (CT) sọ được đọc từ trái sang phải giống như các trang của một cuốn sách. Mặc dù có nhiều lát trên phim CT, chỉ có 6 lớp cần ghi nhớ. gồm các lớp có hình chữ **X**, **sao**, **cười**, **rầu rĩ**, **con giun** và **café bean**.



B. Giải phẫu mạch não

Các động mạch não có nguồn gốc từ vòng mạch Willis cấp máu cho trước, giữa, sau của não từ X đến mặt rầu rĩ. Từ giun trở đi động mạch não trước cấp máu phần giữa, trước, sau





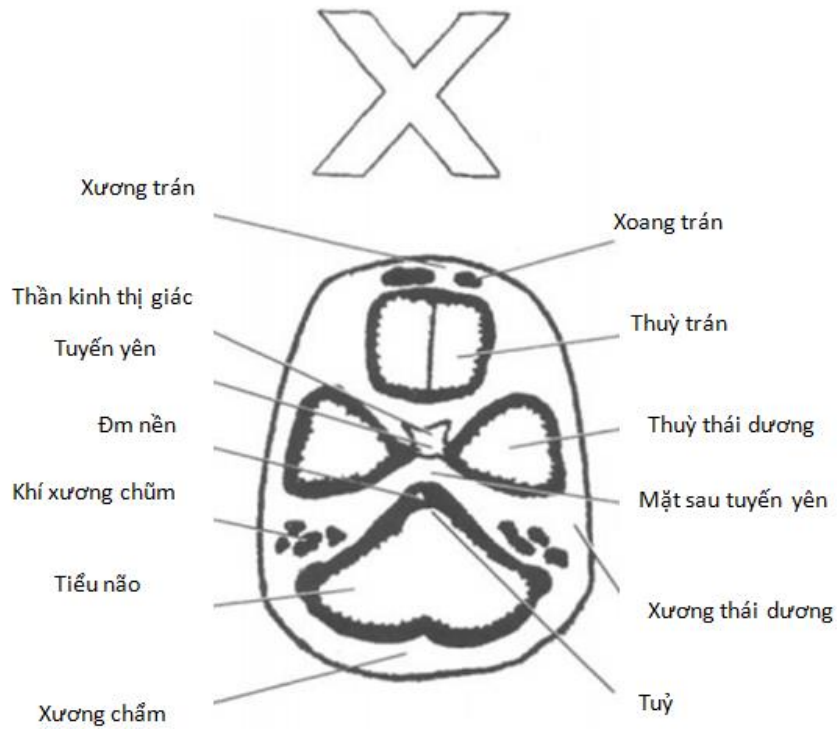
Hình ct sọ lát cắt bên

I.D.		→	
→	X	→	
→		★	→
→		→	😊
→		☹	→
	→		🍅

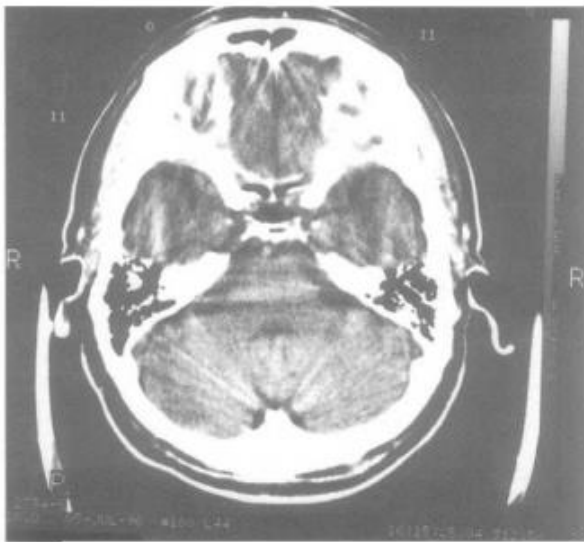
Hình 2. Xem thông tin bn, lát cắt, và 6 lớp cơ bản.



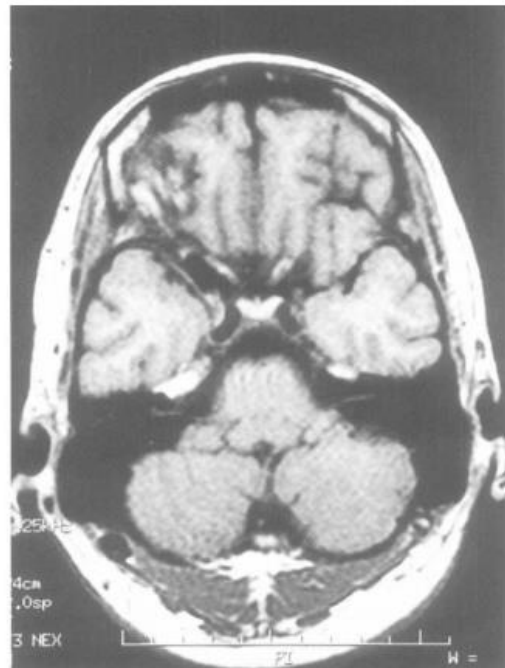
Đọc 6 lớp cắt CT



Hình chữ X. A. sơ đồ giải phẫu bình thường B. hình ảnh Ct bình thường C. MRI sọ bình thường

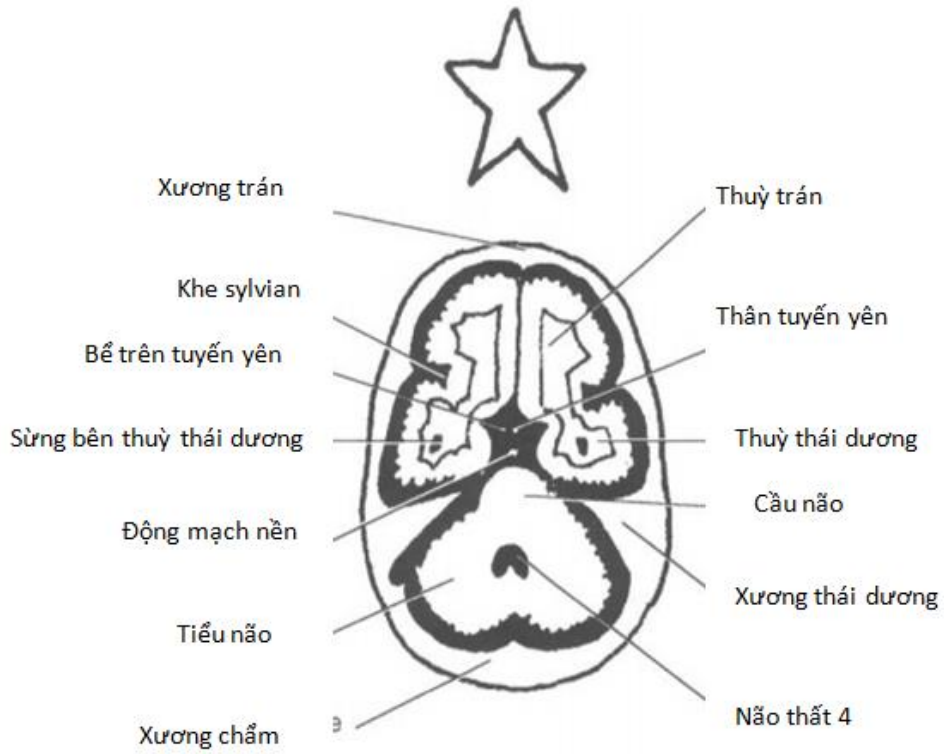


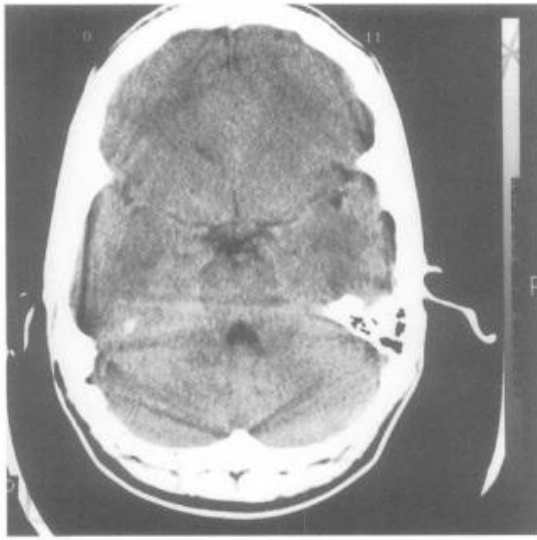
B



C

Hình dấu sao

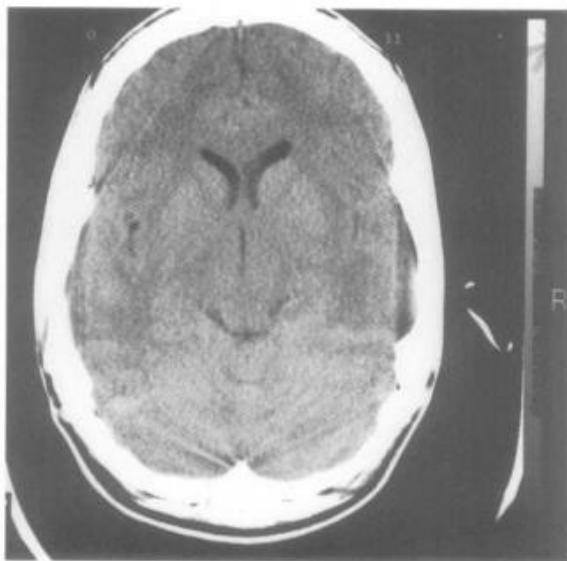
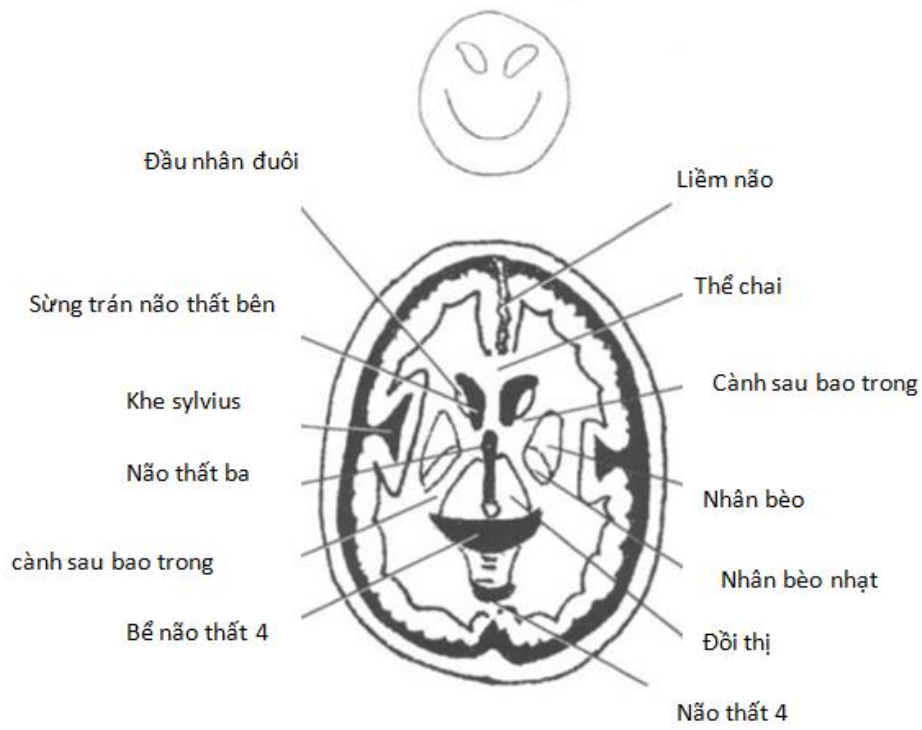




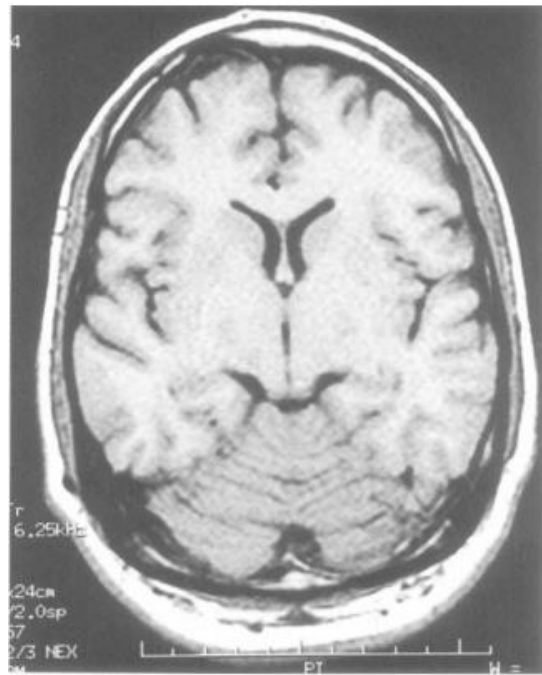
B



Hình mặt cười

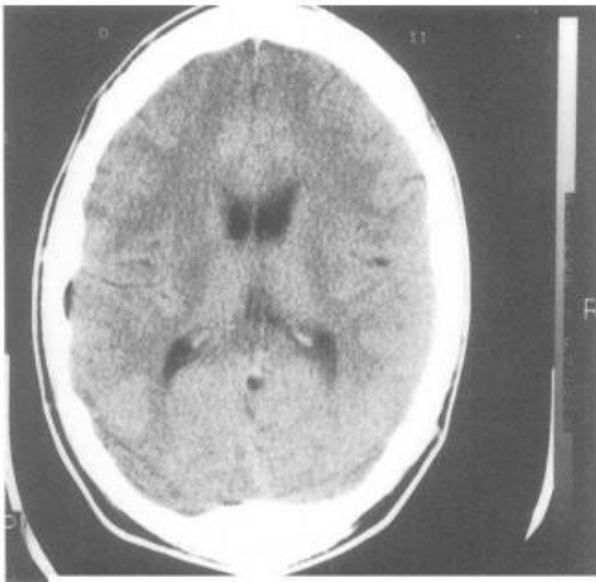
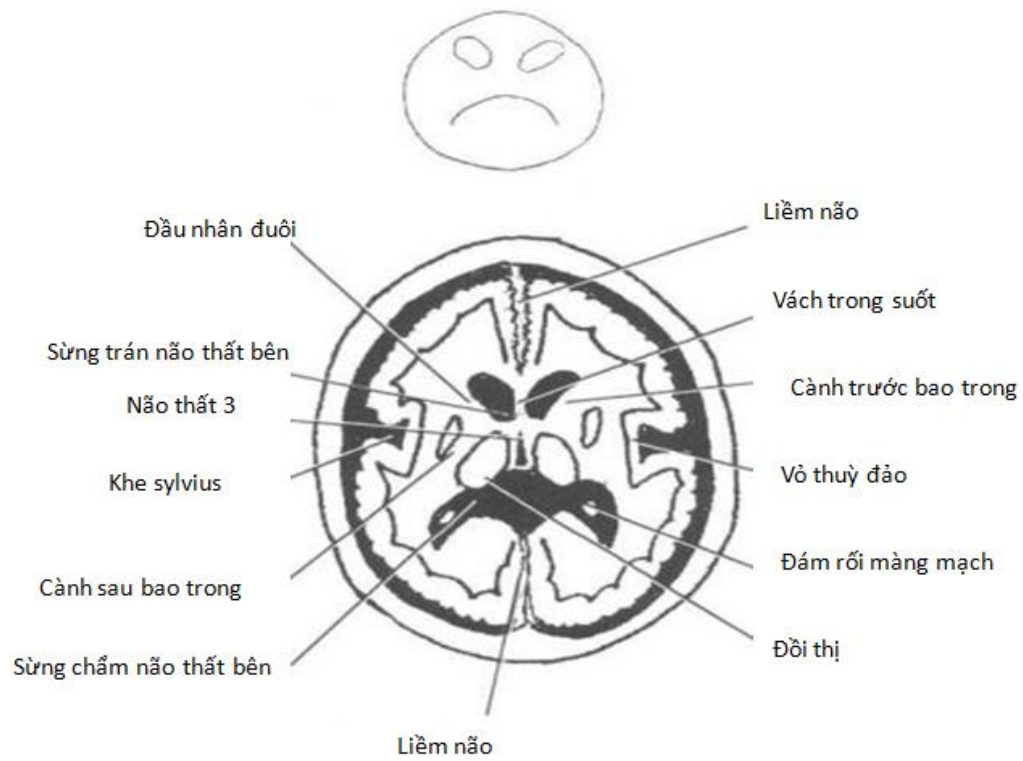


B



C

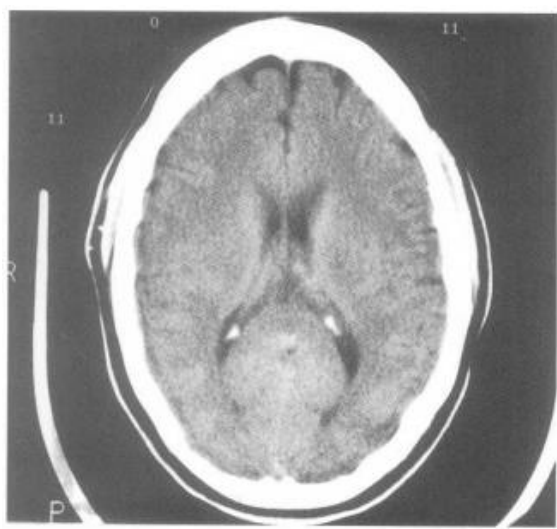
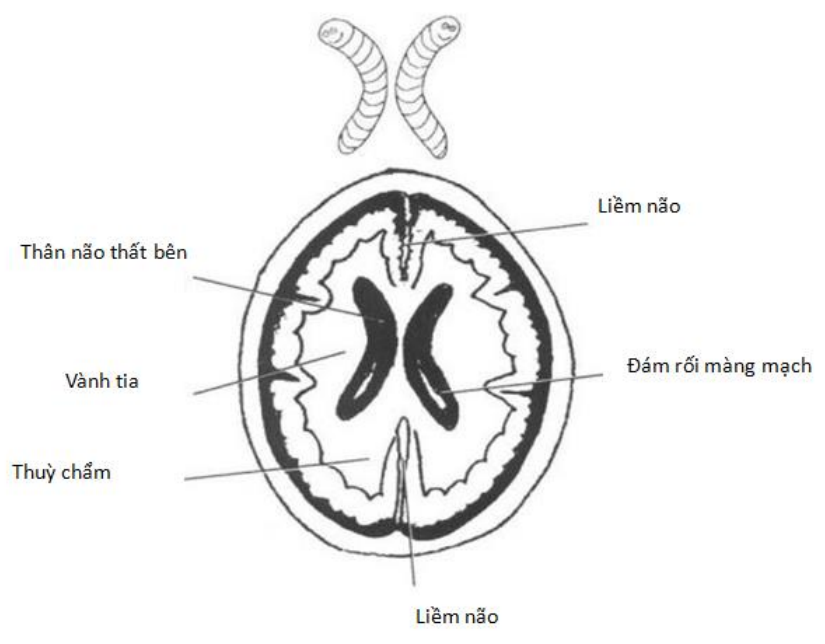
Hình mặt rầu rĩ



B



Hình con sâu

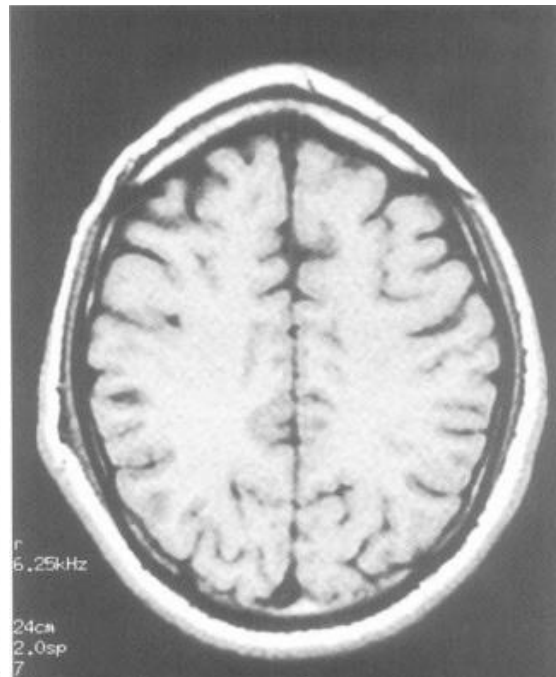
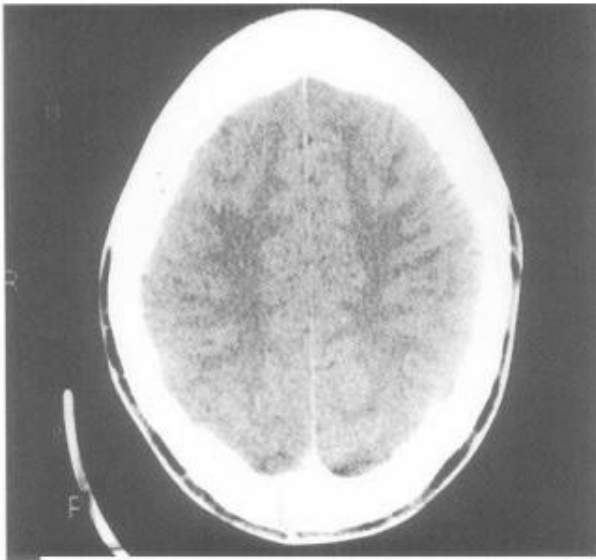
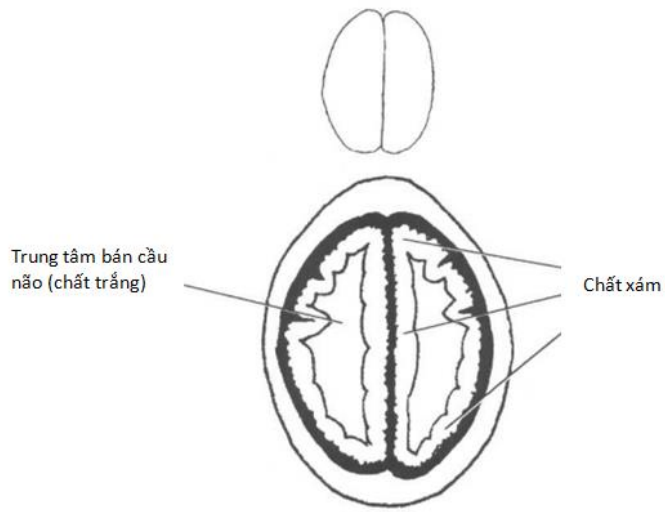


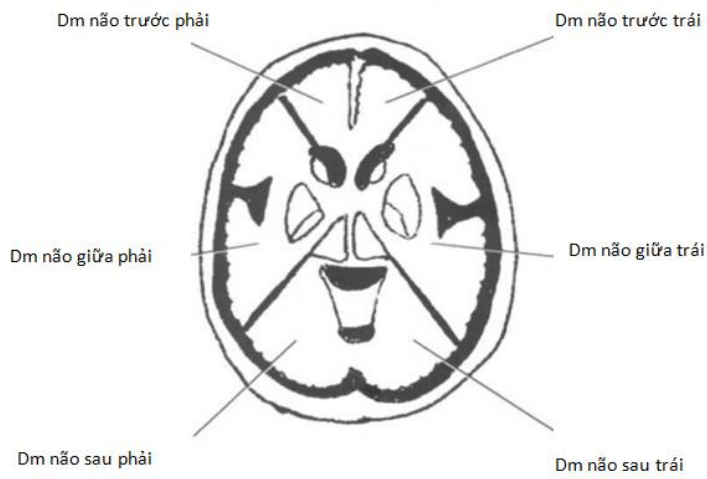
B



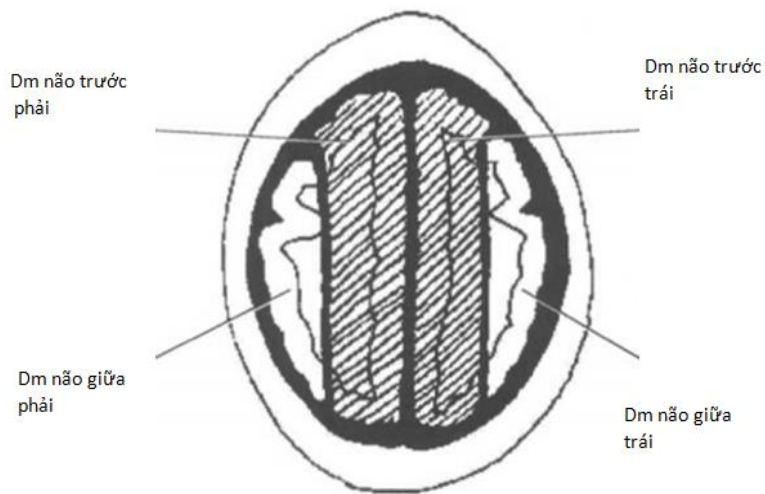
C

Hình hạt café



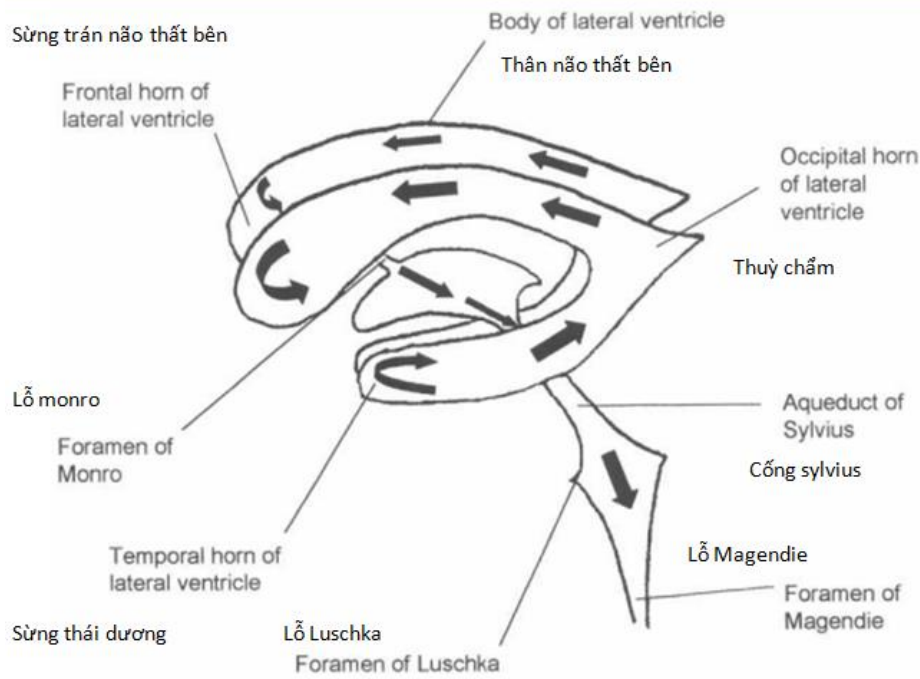


Nguồn cấp máu cho X -> ☹️



C. HỆ THỐNG NÃO THẤT

Hệ thống não thất chứa dịch não tủy (CSF) gồm não thất bên, não thất 3 và não thất 4.



Hướng dòng chảy dịch não tủy



1. nhìn hình chữ X

Cụ thể nhìn vào 2 chân sau của chữ "X" đại diện cho các tế bào khí chũm, để xem chúng có cùng độ dày như nhau ở 2 bên hay không?

Nếu đầu bệnh nhân bị nghiêng vào máy quét CT, các cấu trúc sẽ xuất hiện không đối xứng. Điều này có thể gây không đối xứng rõ ràng giữa các bán cầu não hoặc các cấu trúc khác trên một số hoặc tất cả các lát cắt

2. Đột quy màu đen

Tìm bất kỳ khu vực bất thường màu đen (tối) vì nó có thể là 1 phần não bị nhồi máu (thảo luận trong phần đột quy)

3. Xuất huyết màu trắng

Tìm bất kỳ khu vực bất thường màu trắng (sáng) vì nó có thể là xuất huyết cấp tính trong hệ thống não thất, trong não, hoặc xung quanh nó (được thảo luận trong phần Xuất huyết).

4. bọng não thất và các rãnh

Nhìn vào não thất xem có rộng bất thường không? Nhìn vào các rãnh để xem nó quá lớn hay quá nhỏ

(Được thảo luận trong phần Trần dịch não)

5. Gãy xương

Hãy tìm đường đậm bất thường ở xương trắng (gãy xương) và khí đen bên trong hộp sọ (được thảo luận trong phần chấn thương).

6. Khối

Tìm vị trí khối bất thường (khối u hoặc áp xe) trong não. chắc chắn rằng não không bị đẩy sang một bên vì một khối u hoặc xuất huyết nội sọ.

CỤ THỂ

A. Xuất huyết

CT xuất hiện 1 vùng trắng (xuất huyết cấp tính) tăng đậm độ so với chất xám. Sau một tuần, máu bắt đầu

xuất hiện màu xám như não hoặc hơi đậm hơn so với não. tại thời điểm này, nó được gọi là xuất huyết bán cấp (bằng hoặc giảm đậm độ so với chất xám của não). Sau vài tuần, máu xuất hiện tối hơn nhiều so với chất xám lúc này gọi là xuất huyết mạn tính (giảm đậm độ). Xuất huyết có thể xảy ra trong bốn khu vực trong hộp sọ như trong nhu mô não, dưới nhện, dưới màng cứng hoặc ngoài màng cứng.

1. trong nhu mô não

xuất huyết cấp tính trong nhu mô não có thể dễ nhận ra trên phim CT khi thấy 1 vùng trắng bất thường trong nhu mô não. Xuất huyết nhu mô não thường do tăng huyết áp, chấn thương, u não ác tính hoặc nhồi máu.

2. xuất huyết dưới nhện

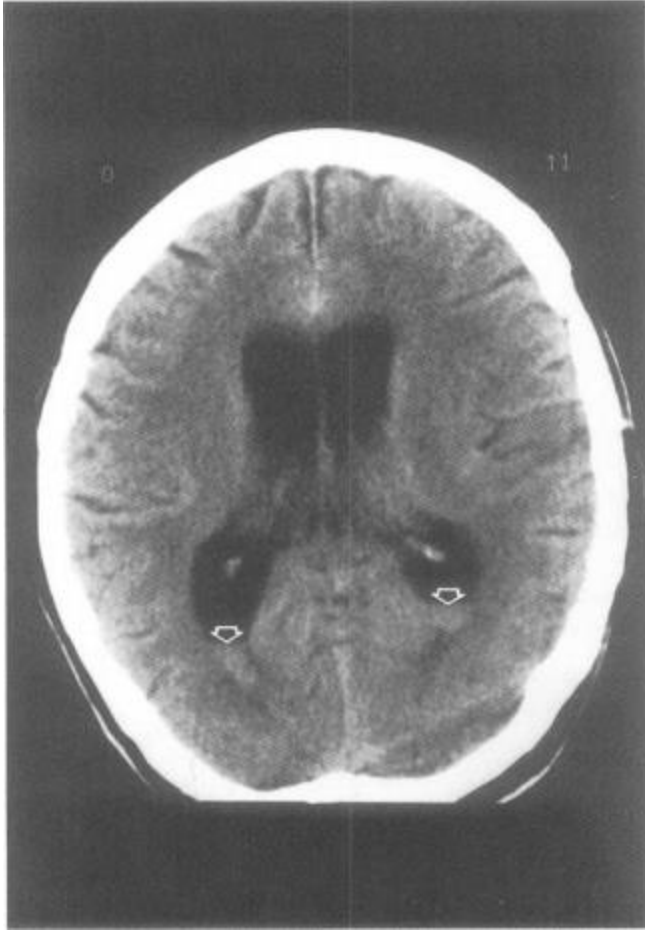
Trên CT scan, 1 vài chỗ của dịch não tủy CSF xuất hiện màu trắng hơn so với màu tối bình thường vì nó trộn lẫn với máu tươi.

Xuất huyết nhìn thấy trong khe Sylvian, hố trên yên bướm (hình.9-13), các bể nền và bể củ não sinh tư (hình.9-6). Cũng có thể xuất huyết trong não thất. Vị trí tốt nhất để kiểm tra xuất huyết não thất là sừng chẩm của não thất bên, nơi máu dồn lại do trọng lực (hình.9-14).

Trong xuất huyết dưới màng nhện, máu xuất hiện trong không gian dưới nhện, nằm giữa màng nuôi và màng nhện. Máu cũng có thể xuất hiện trong hệ thống não thất (xuất huyết não) vì khoang này nối với khoang dưới nhện. xuất huyết dưới nhện thường do vỡ phình mạch hoặc chấn thương.



Hình.9-13: xuất huyết dưới nhện. hình ảnh CT này chụp ở lớp cắt hình sao có màu máu sáng trong bể trên yên bướm (đầu mũi tên lớn) và các khe sylvian (đầu mũi tên nhỏ)

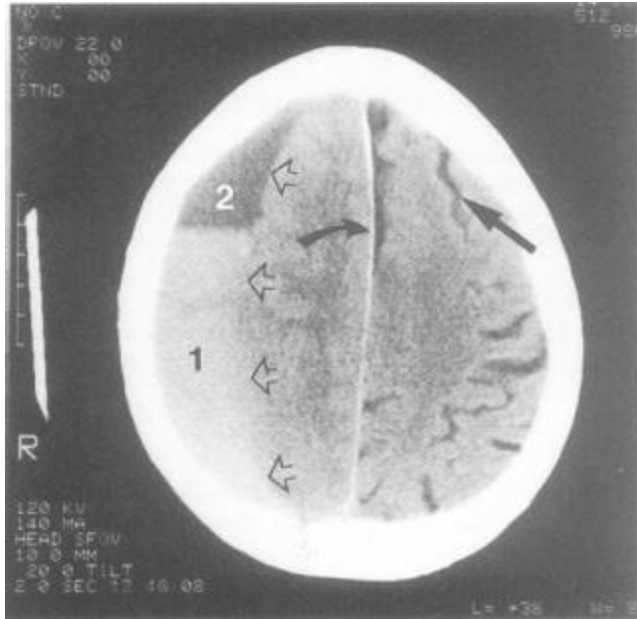


9.14. xuất huyết trong não thất. ở lớp cắt 2 con giun. Vị trí sừng chẩm thấp nhất của não thất bên

3. dưới màng cứng SDH

Sự khác biệt chính giữa SDH và máu tụ ngoài màng cứng có thể được xác định trên phim chụp CT sọ não không tiêm thuốc hoặc dựa trên các tiêu bản giải phẫu bệnh. Máu tụ ngoài màng cứng không chạy qua các khớp, song nó tách màng cứng bởi nó nằm ở khoang ảo giữa màng cứng và xương sọ. Hậu quả của điều này là máu tụ ngoài màng cứng đặc trưng bởi hình ảnh thấu kính hai mặt. SDH có thể chạy qua các khớp, song bị hạn chế bởi tình trạng dính của màng não và vì vậy, biểu hiện điển hình của nó là tổn thương hình lưỡi liềm.

Trên CT scan, hình ảnh này như "trăng lưỡi liềm" sáng giữa não và hộp sọ (hình.9-15) máu nằm giữa màng cứng và màng nhện. nguyên nhân thường do vỡ tĩnh mạch ở bệnh nhân cao tuổi. hiếm khi thấy vỡ sọ nếu có máu tụ dưới màng cứng



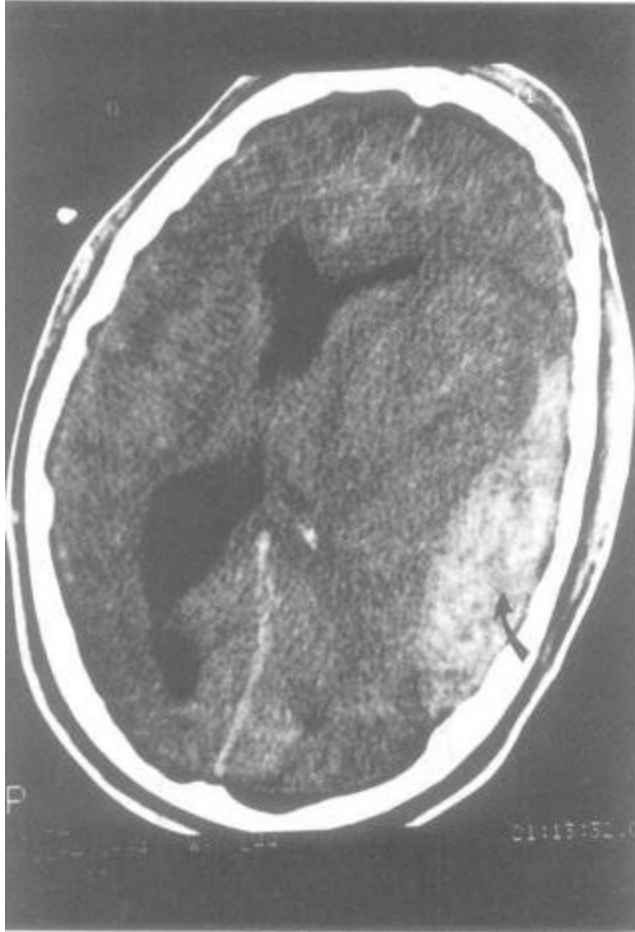
hình.9-15: xuất huyết dưới màng cứng cấp tính và mạn tính. CT này ở lớp cắt hộp cafe, có hình lưỡi liềm

bất thường ở bán cầu não phải của bệnh nhân phù hợp với tụ máu dưới màng cứng (mũi tên trắng). Khu vực sáng của lưỡi liềm là xuất huyết cấp tính (1), trong khi phần tối của máu tụ là xuất huyết mạn tính (2). Đồng thời mất rãnh não ở bên máu tụ, dễ dàng hình dung khi so với bán cầu bên đối diện (thẳng mũi tên đen). Chú ý rằng cũng liềm sáng cũng bị đẩy lệch (mũi tên đen cong).

4. ngoài màng cứng

Trên CT scan máu tụ ngoài màng cứng có hình thấu kính hai mặt lõm màu trắng, nằm giữa não và xương sọ (hình.9-16). thường do vỡ động mạch (đặc biệt là động mạch màng não giữa).

Nó thường do chấn thương kết hợp với vỡ xương sọ.



B. Trauma (3 B)

Trong chấn thương đầu, cần nhớ 3B bao gồm: Bleed (xuất huyết nội sọ), Bruise (Đụng dập não) hoặc Break (gãy xương sọ).

1. Bleed (xuất huyết)

xuất huyết nội sọ thường được kết hợp với chấn thương.

2. Bruises

Trên CT scan, nó là một khu vực giảm tỷ trọng (tối hơn so với mô não). Nó thường xảy ra nhất ở phần trước của thùy thái dương và ở phần dưới của thùy trán.

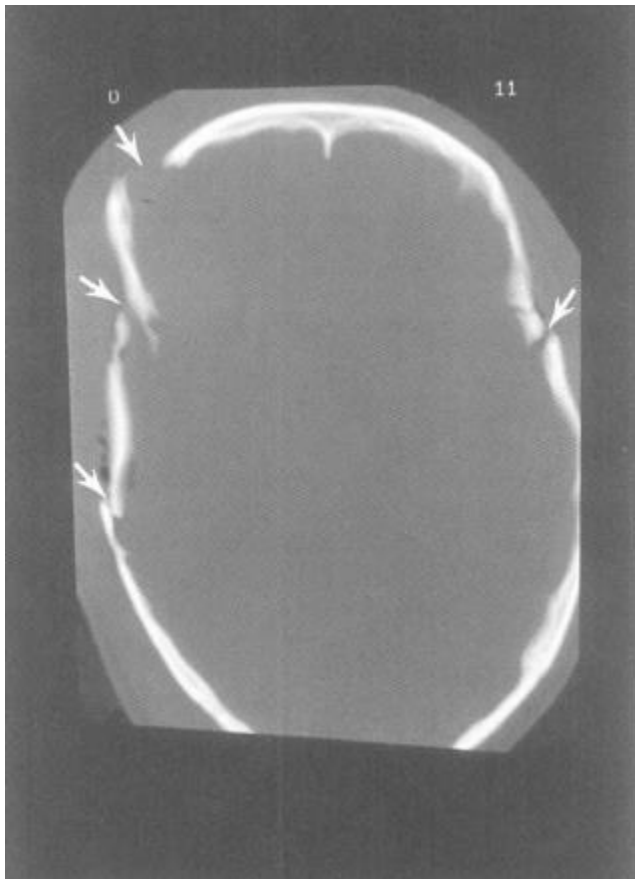
Cũng có thể có màu sáng trong một khu vực thâm tím (xuất huyết do đụng dập).

3. Break (gãy xương)

Nên xem ở "cửa sổ xương." ở cửa sổ xương do xương có tỷ trọng cao trong khi không thể thấy não (hình.9-17).

Gãy xương khi có đường màu tối chạy qua viền sọ màu trắng (hình.9-17). không nên nhầm với đường khớp vì nó đối xứng 2 bên ở cùng 1 vị trí.

gãy xương sọ là một vấn đề đặc biệt vì giải phẫu khu vực này rất phức tạp. Đơn giản, nếu có khí bên trong hộp sọ và không có phẫu thuật thần kinh gần đây có khả năng đã vỡ xương nền sọ.

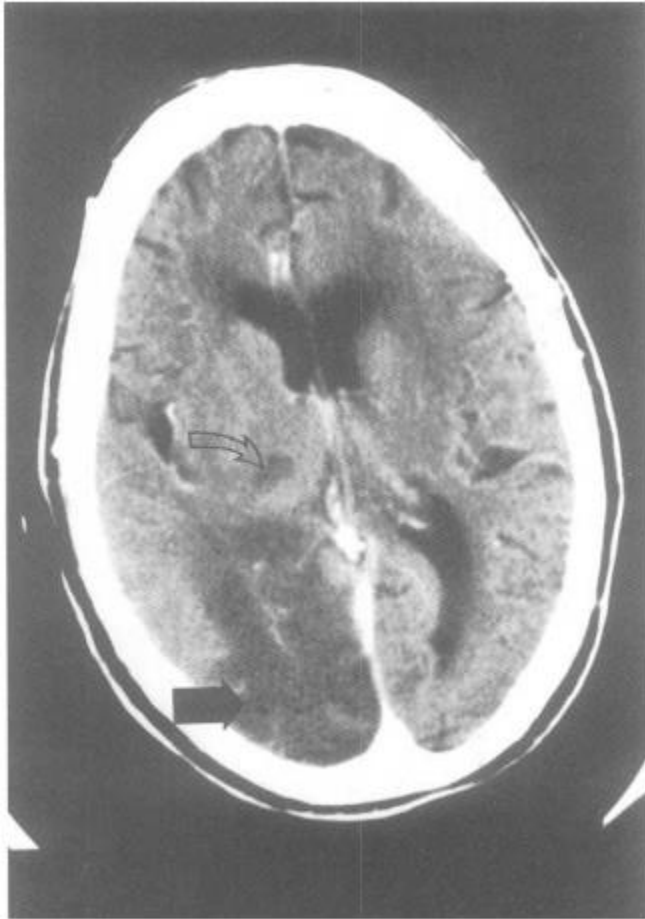


C. Đột quy

1. Thiếu máu cục bộ (tối)

thiếu máu cục bộ có thể xuất hiện bình thường trên phim CT trong 12 giờ đầu tiên. Các biểu hiện đầu tiên của một nhồi máu rất tinh tế, hình ảnh 1 cục màu trắng trong mạch máu, hoặc mất ranh giới chất xám- chất trắng. Sau đó, tiến triển thành hình chữ V tối lan rộng ra đến ranh giới chất xám- trắng (hình.9-18).

Nhồi máu xảy ra khi một vùng não bị thiếu tưới máu và chết. Nguyên nhân của đột quỵ bao gồm xơ vữa động mạch, nghẽn mạch, cung lượng tim thấp và co thắt mạch. nhồi máu có thể rất nhỏ và tròn. Đây là nhồi máu lỗ khuyết và thường nằm sâu trong não (hình.9-18).



9.18. vùng tối bất thường thụỷ chắm – nhồi máu động mạch não sau (mũi tên đen) và nhồi máu lỗ khuyết đồi thị bên phải (mũi tên mờ)

2. xuất huyết cấp (sáng)

Trên CT scan, tổn thương này xuất hiện bất thường với màu sáng trong mô não. Khoảng một phần năm

của bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng đột quỵ là do xuất huyết. Thuốc chống đông và thuốc tan huyết khối có thể được chỉ định dùng trong đột quỵ do thiếu máu cục bộ. Khi dùng cho bệnh nhân

xuất huyết, có thể gây tử vong do đó phải loại trừ đột quỵ do xuất huyết trước khi điều trị cho bệnh nhân