

**Interpreting Chest X-Rays - Illustrated with 100 Cases - Cambridge
University Press – Phiên bản Tiếng Việt**

Đôi lời về cuốn sách

Vì thời gian cũng vội nên mình chưa tổng hợp được đủ 100 case cho các bạn luôn. Bản dịch thì đã có nhưng việc tổng hợp, cắt ghép hình ảnh, xem lại tốn rất nhiều thời gian. Công việc cũng bận nên chưa thể hoàn thiện ngay cho mọi người.

Mình sẽ cố gắng hoàn thiện và gửi các bạn trong thời gian sớm + thêm cuốn Atlas X-ray nổi tiếng.

Trước khi làm cuốn tài liệu này, trước khi tổ chức cho các bạn dịch cuốn tài liệu này mình cũng có tham khảo ý kiến của 1 thầy chuyên về Hô hấp và bệnh phổi – hiện đang là Giảng viên bộ môn Lao phổi Y Hà Nội, công tác tại bệnh viện Phổi Trung Ương. Thầy cũng chia sẻ rất nhiều.

Đọc X-quang nó mang nhiều yếu tố chủ quan, cùng một phim có thể người này đọc như này, người khác đọc khác. Cùng một phim có thể buổi sáng họ đọc như này buổi chiều họ đọc hơi khác đi... Và để giảm bớt yếu tố chủ quan, chỉ có cách là phải luyện đọc nhiều, mỗi phim chúng ta lại rút ra những bài học riêng, tích lũy kiến thức, kinh nghiệm dần dần nó sẽ giảm độ sai lệch đi. Nhưng nếu mới bắt đầu thì chúng ta cũng cần phải có những hình ảnh mẫu – hình ảnh đại thể để luyện tập. Chính vì vậy mình càng cố gắng hoàn thiện cuốn tài liệu này và cả cuốn Atlas X-Ray để giới thiệu đến mọi người làm tài liệu tham khảo.

Mong rằng nó sẽ có ích cho mọi người.

Xin chân thành cảm ơn các thành viên trong Fanpage [Chia sẻ trực tuyến](#) đã trực tiếp tham gia vào việc biên dịch cuốn tài liệu này. Xin được cảm ơn tất cả các thành viên đã luôn ủng hộ, động viên page trong thời gian qua.

Sự ủng hộ của các bạn chính là nguồn động lực để chúng mình thực hiện những công việc này.

Đây chỉ là một phần trong cuốn tài liệu đang trong quá trình hoàn thiện.

Chắc chắn là nó còn có những thiếu sót, rất mong bạn đọc đóng góp thêm cho cuốn tài liệu.

Mọi ý kiến đóng góp xin gửi về địa chỉ mail chiaseykhoa.com@gmail.com

Xin cảm ơn!

Đây là bản Dịch cuốn Giáo trình X-quang nổi tiếng của Đại học Cambride – cuốn sách mang tên: “Interpreting Chest X-Rays - Illustrated with 100 Cases - Cambridge University Press”. Đây là cuốn giáo trình chính thống của Cambride, sách có được bán trên toàn thế giới với giá 82,00\$ giá khuyến mại là 65,60\$. Các bạn có thể xem thêm tại website chính thức của Đại học Cambride tại link: www.cambride.org (Bấm vào đường link để đến địa chỉ chính xác của cuốn sách)

Sách được các thành viên trong Fanpage [Chia sẻ trực tuyến](#) và đã được hiệu đính bởi những bác sĩ chuyên khoa Hô hấp – bệnh Phổi.

Các bạn tham gia dịch đều vì mong muốn hướng tới cộng đồng, chia sẻ không vì mục đích lợi nhuận. Hy vọng rằng cuốn sách này sẽ là tài liệu tham khảo hữu ích với các bạn đồng nghiệp.

Mình sẽ tổng hợp lại những phần chính của cuốn sách để các bạn tham khảo.

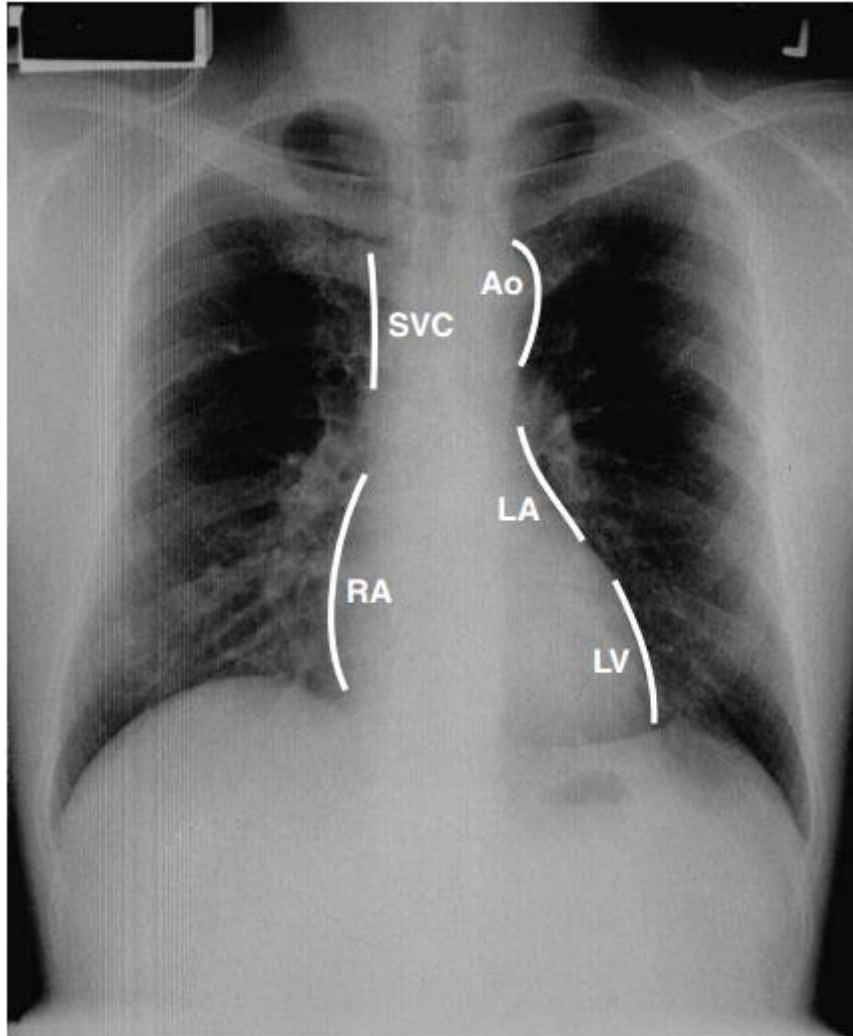
Bản hoàn chỉnh sẽ được cập nhật trên Fanpage [Chia sẻ trực tuyến](#) và trên website <http://chiaseykhoa.com>

Case 1. Viêm phổi



*Bệnh nhân nam 35 tuổi, sốt, ho khạc
đờm mủ 1 tuần nay. Đây là phim XQ
phổi của bệnh nhân*

Chẩn đoán: Viêm thùy dưới phổi P



Trên XQ phổi cho thấy đám mờ tập trung ở thùy dưới phổi phải với phế quản hơi – dấu hiệu của viêm phổi. đây rõ ràng là ở thùy dưới phổi phải bởi cơ hoành bên phải đã bị che mờ. Cùng với đó bờ tim phải cũng bị che mờ. Sự hiện diện của các phế quản hơi gợi ý bệnh lý trong các phế nang. Dịch và máu cũng có thể chiếm lấy các phế nang tương ứng với trường hợp phù phổi và xuất huyết phổi.

Các dấu hiệu hỗ trợ khác cũng cần nhắc đến như tim to, sự đông đặc thùy trên và các đường Kerley B trong phù phổi.

Các chẩn đoán phân biệt với hình ảnh đám mờ tập trung cùng phế quản hơi bao gồm ung thư biểu mô phế quản – phế nang và u lympho. Điều quan trọng là phải theo dõi các phim XQ phổi của bệnh nhân để đảm bảo tất cả các diễn biến của nhiễm khuẩn đều được phát hiện. Quá trình theo dõi có thể mất đến 3 tháng ở người cao tuổi nhưng nhìn chung một số tiến triển thường xảy ra trong vòng 1 tuần. Ranh giới của tim trên phim XQ phổi thẳng được thể hiện trên hình 1.2 (SVC – tĩnh mạch chủ trên, RA- nhĩ phải, AO- cung động mạch chủ, LA – nhĩ trái, LV – thất trái)

Case 2: Tràn khí màng phổi nguyên phát



Chẩn đoán: Tràn khí màng phổi T

*Nam 25 tuổi đau ngực trái đột ngột từ sáng nay.
Đây là phim X-quang ngực của bệnh nhân*

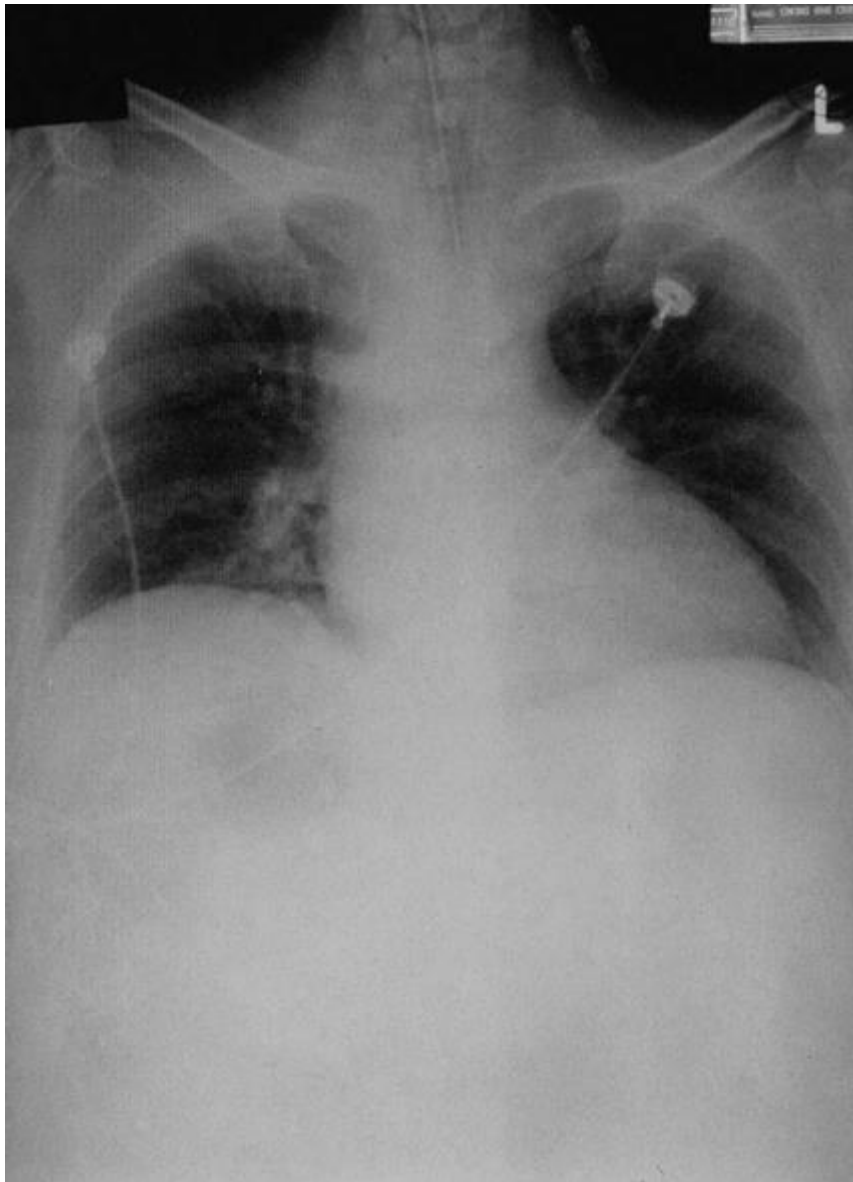


Giải thích:

Trên phim XQ cho thấy lá tạng và lá thành màng phổi tách nhau ra bởi không khí khiến cho khoang màng phổi chứa đầy không khí. Lưu ý không được phép nhầm lá tạng màng phổi với bóng nếp gấp da trên phim chụp tư thế nằm hoặc ở bệnh nhân béo phì. Ngoài ra, các đường nếp gấp da có thể phân biệt được khi nhìn chéo qua thành ngực. Ở bệnh nhân trên các hình ảnh không bình thường của phổi nói lên tình trạng gọi là tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát. Nó hay xảy ra ở bệnh nhân nam trẻ tuổi. Nó ngược lại với tràn khí màng phổi thứ phát xảy ra khi phổi mắc một bệnh nào đó.

VD: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)...Tràn khí màng phổi trên phim chụp đứng thường quan sát thấy ở đỉnh phổi (Xem thêm CASE 60)

Case 3: Áp xe gan vỡ



Bệnh nhân nam 50 tuổi được mang tới phòng cấp cứu với biểu hiện sock và có sốt trong 4 ngày trước đó. Bệnh nhân được đặt ống thở và bắt đầu dùng các thuốc trợ tim. Đây là phim X-quang ngực của bệnh nhân.

Chẩn đoán : Áp xe gan P vỡ

Phim CT của bệnh nhân



Điều quan trọng là nhìn vào “ vùng mù” trên phim XQ để không bỏ sót những dấu hiệu quan trọng. Đó là những vùng dưới cơ hoành, sau tim, rốn và các mô mềm. Phim XQ cho thấy một vùng sáng hơn mật độ của gan. Vùng sáng này không giống với hình ảnh ruột thông thường. Trong bối cảnh lâm sàng này, một chẩn đoán phân biệt cần được xem xét là áp xe gan vỡ. Điều này có thể được khẳng định bằng siêu âm hoặc chụp CT (hình 3.2)

Áp xe gan thường do các vi sinh vật như Klebsiella hoặc Amoebiasis. Tất cả các bệnh nhân nhiễm khuẩn Klebsiella không rõ nguồn gốc nên được làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh ổ bụng để loại trừ áp xe gan.

Case 4: Suy tim sung huyết



Bệnh nhân nam cao tuổi có khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm và khó thở kịch phát về đêm. Đây là XQ ngực của bệnh nhân

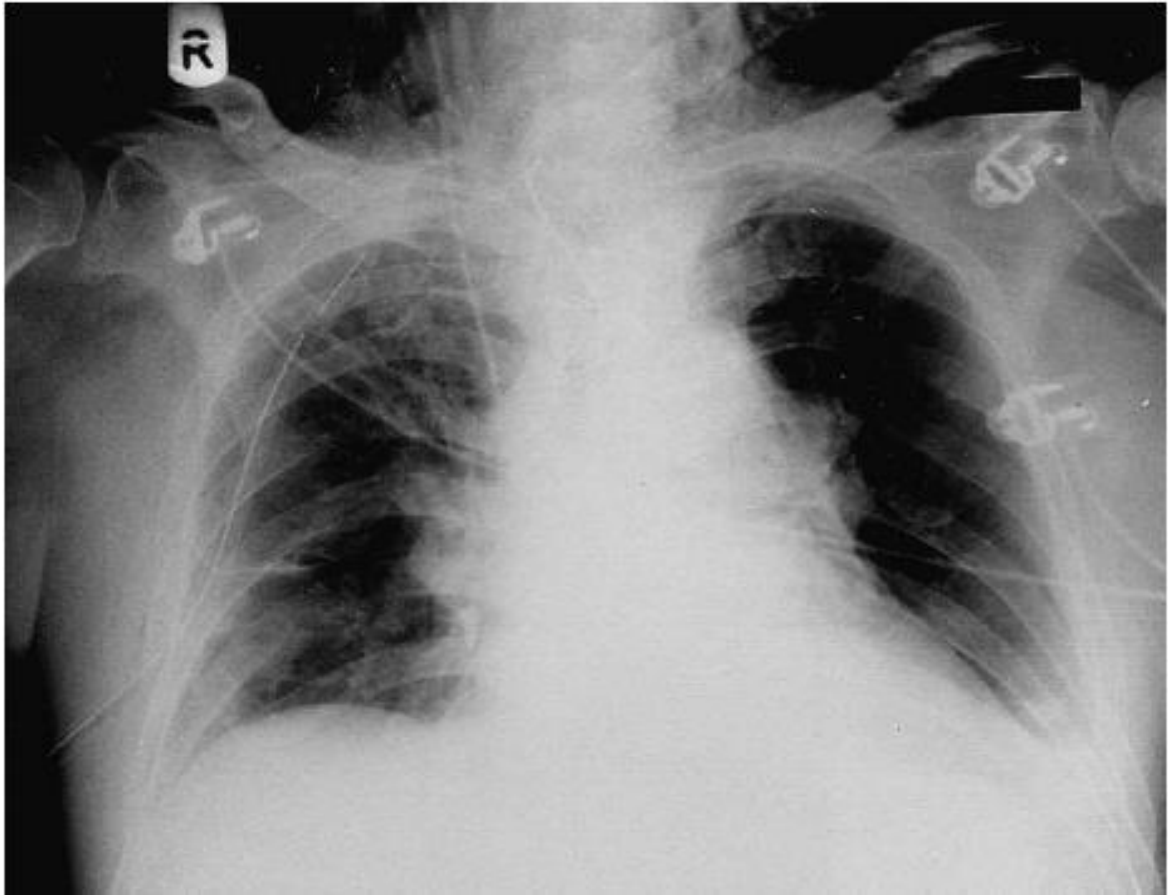
Chẩn đoán: Suy tim sung huyết



[Phim X-quang khác của bệnh nhân này]

Phim XQ cho thấy các triệu chứng kinh điển của suy thất trái như tim to (chỉ số tim ngực trên 50%), các tĩnh mạch thùy trên phổi phân nhánh rõ và các đường Kerley B (biểu thị sự chướng phù của hệ bạch huyết). Ngoài ra còn có bằng chứng của những đường rạch xương ức (thủ thuật) gợi ý phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (CABG) trước đó. Sau khi bệnh nhân dùng lợi tiểu, các thâm nhiễm ở phổi đã không còn. Hình ảnh tràn dịch và máu trên XQ cũng sớm mất đi (trong vài ngày). Ở bệnh nhân này còn thấy hình ảnh một đường xuyên suốt qua tĩnh mạch trung tâm và tĩnh mạch cảnh trong phải.

Case 5: Dị vật thùy dưới phổi phải



Bệnh nhân nam 65 tuổi có biểu hiện sock tim. Bệnh nhân đã được thực hiện phẫu thuật bắc cầu động mạch vành cấp cứu. Quá trình phẫu thuật khá khó khăn. Đây là phim XQ phổi của bệnh nhân được chụp khi chuyển đến trung tâm chăm sóc chuyên sâu.

Các bất thường quan trọng nhất là gì?



Fig. 5.2

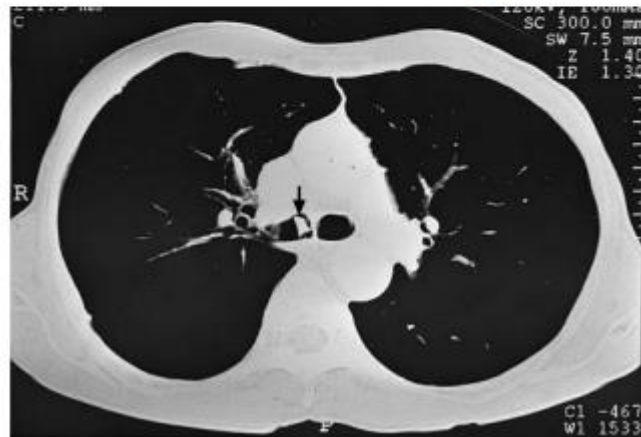
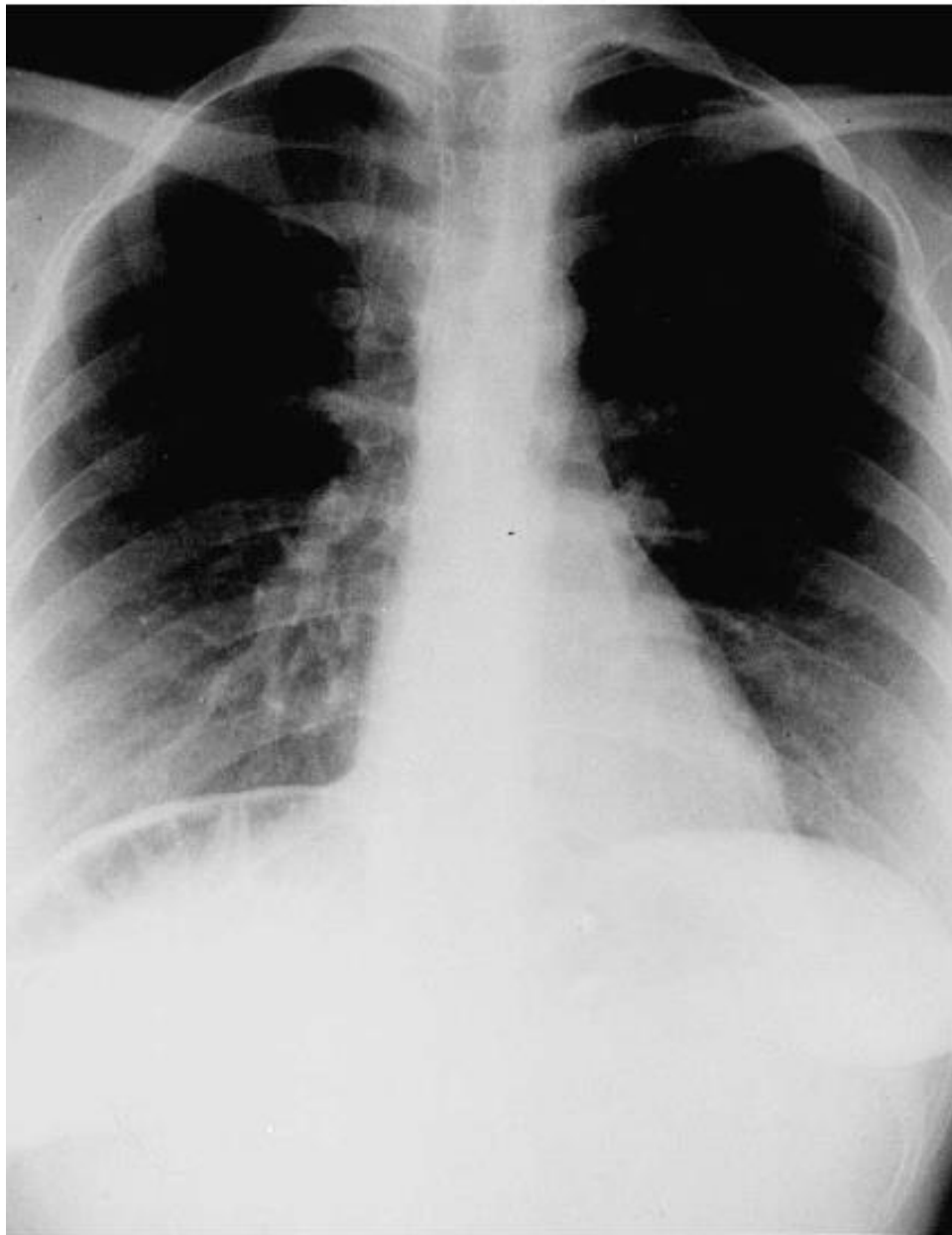


Fig. 5.3

Phim XQ cho thấy một nốt mờ đục ở khu vực dưới phổi phải. Mỗi phế trường trên phim XQ phổi thẳng được chia làm 3 khu vực: khu vực trên là khu nằm trên đường ngang đi qua điểm giữa bờ dưới xương sườn số 2, khu vực giữa thì tiếp nối khu vực trên tới tận đường ngang tương tự kẻ qua xương sườn 4, khu vực còn lại nằm dưới hai khu vực này. Nốt mờ đục này giống với hình ảnh một chiếc răng đã bị rụng ra trong quá trình đặt nội khí quản cấp cứu cho bệnh nhân này. Dị vật ở người lớn không thường xuyên gặp như ở trẻ em. Nó có thể xảy ra âm thầm ở những bệnh nhân bị giảm mật độ xương sườn trước. Trường hợp điển hình dị vật hay rơi vào phế quản gốc phải hơn do phế quản gốc phải ít nằm ngang hơn phế quản gốc trái. Hình ảnh một trường hợp mắc dị vật trên phim CT (hình 5.3). Nội soi phế quản gấp dị vật là phương pháp ban đầu thường được chọn.

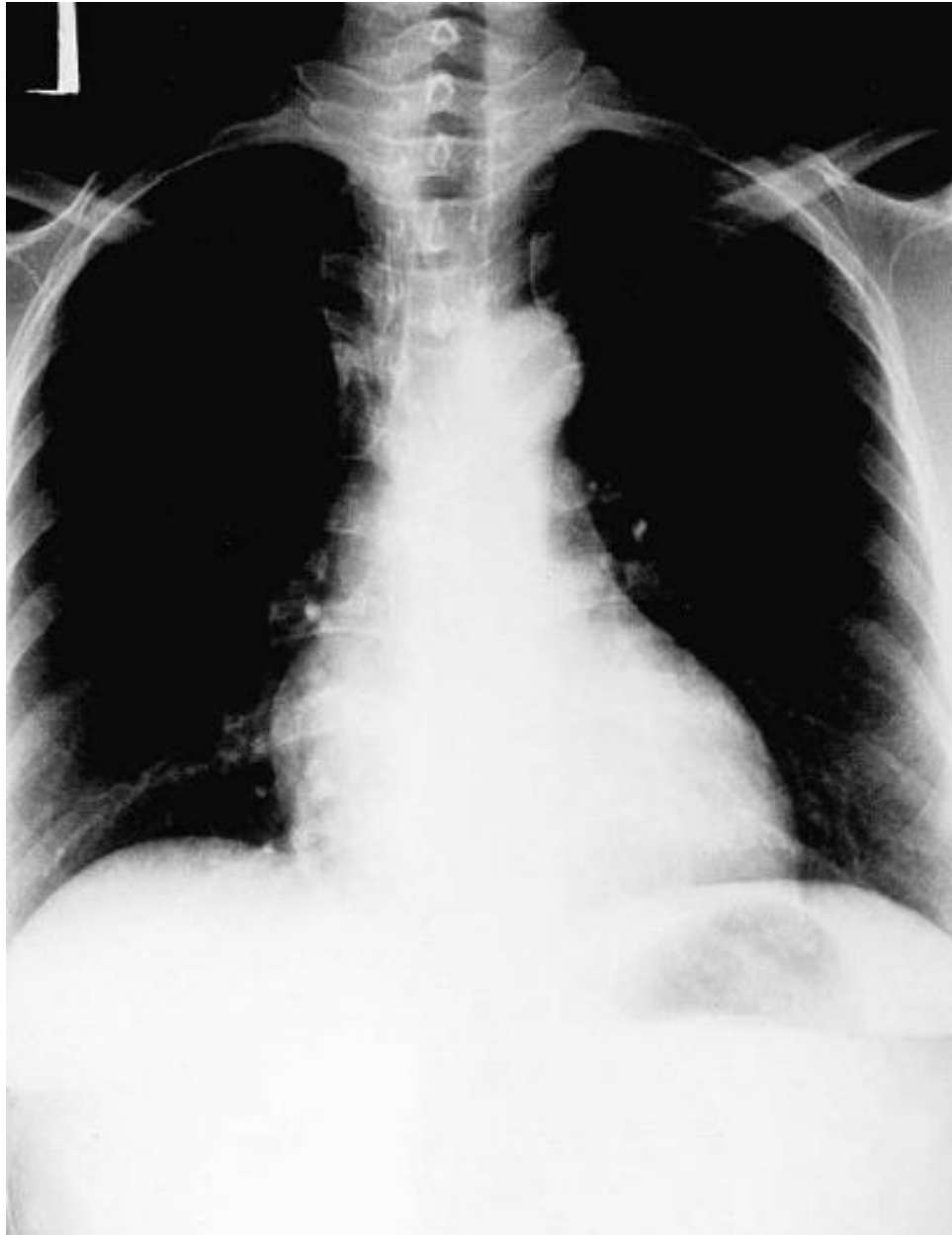
Case 6: Hội chứng Chilaiditi - ĐẠI TRÀNG NGANG ĐI GIỮA CỘ
HOÀNH & GAN – CHILAIIDITI'S SIGN



*Bệnh nhân không biểu hiện triệu chứng gì. Đây là phim
XQ của bệnh nhân. Bất thường ở đây là gì?*

Chilaiditi miêu tả biến thể bình thường này vào năm 1911, nói đến đại tràng ngang nằm xen vào giữa cơ hoành phải và gan. Tỷ lệ của nó rơi vào khoảng 0.025%. Các báo cáo thường xuyên cũng mô tả những bệnh nhân có hội chứng Chilaiditi, những bệnh nhân này thường có những cơn đau bụng liên tục không rõ nguyên nhân đòi hỏi phải mổ bụng để loại trừ các nguyên nhân khác của viêm màng bụng giả như loét thủng, ruột thừa vỡ. Sự tạo hõm (dấu hiệu của góc đại tràng) trong hình ảnh XQ của ruột là triệu chứng quan trọng để chẩn đoán hội chứng Chilaiditi.

Case 7: Thùy Azygous

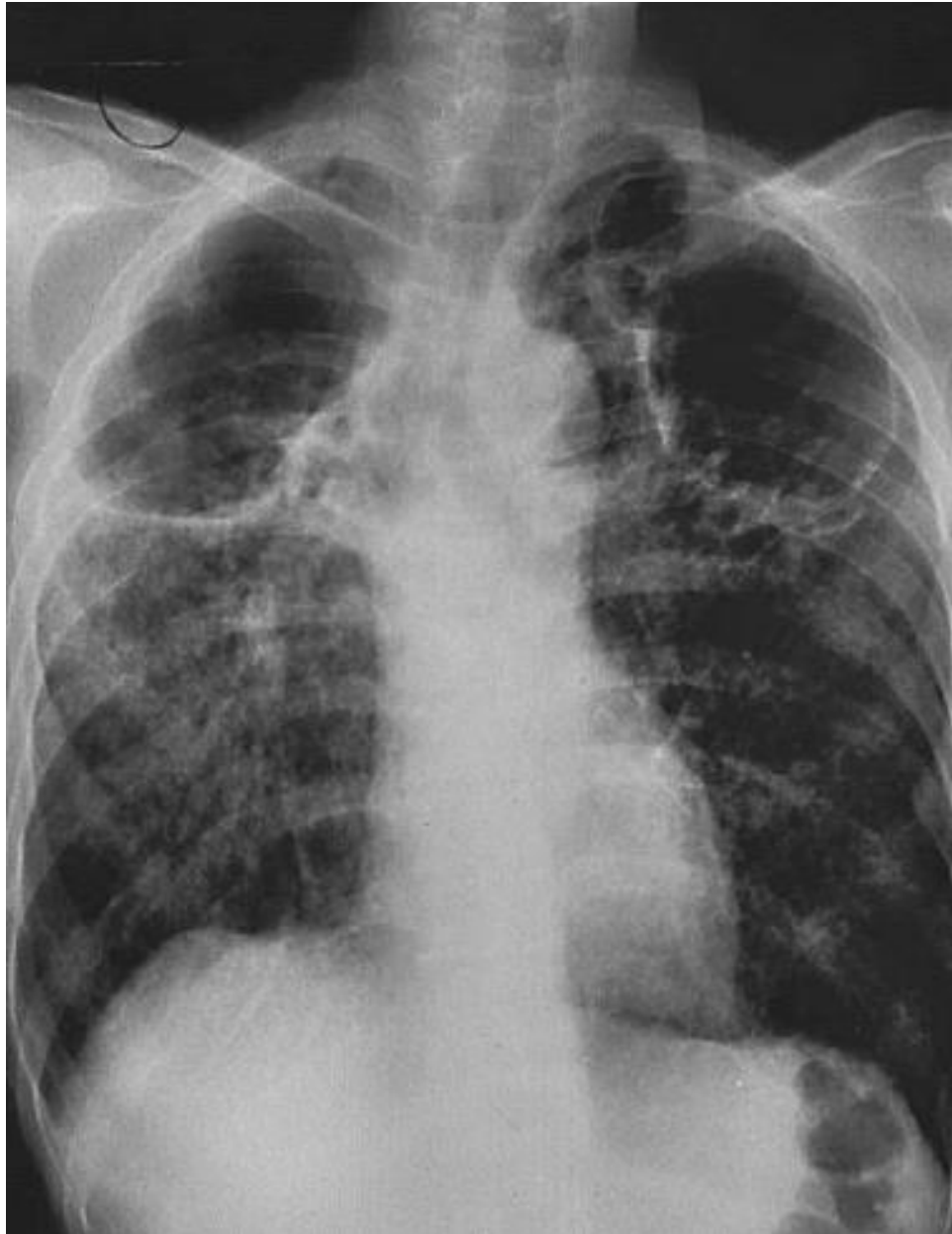


*Bệnh nhân không biểu hiện triệu
chứng. Chụp X-quang kiểm
tra. Đây là hình ảnh XQ*



Tồn tại một vùng tỉ trọng mà phần cong của nó tiếp xúc với trung thất trên phải với một hình trũng có tỉ trọng thấp hơn nằm tại nơi thấp nhất của nó (hình ảnh tĩnh mạch đơn). Thùy đơn là một biến thể bình thường trên phim XQ có thể gặp với tỉ lệ lên tới 0.4%. Đây là một biến đổi bẩm sinh tạo nên một thùy phụ tại thùy trên phổi phải. Hình ‘’ khe’’ được tạo ra do sự lộn vào trong của tĩnh mạch đơn và điều này không có ý nghĩa trên lâm sàng.

Case 8: Lao phổi thể hoạt động – Lao tiến triển với hình ảnh Hang ở 2 đỉnh phổi

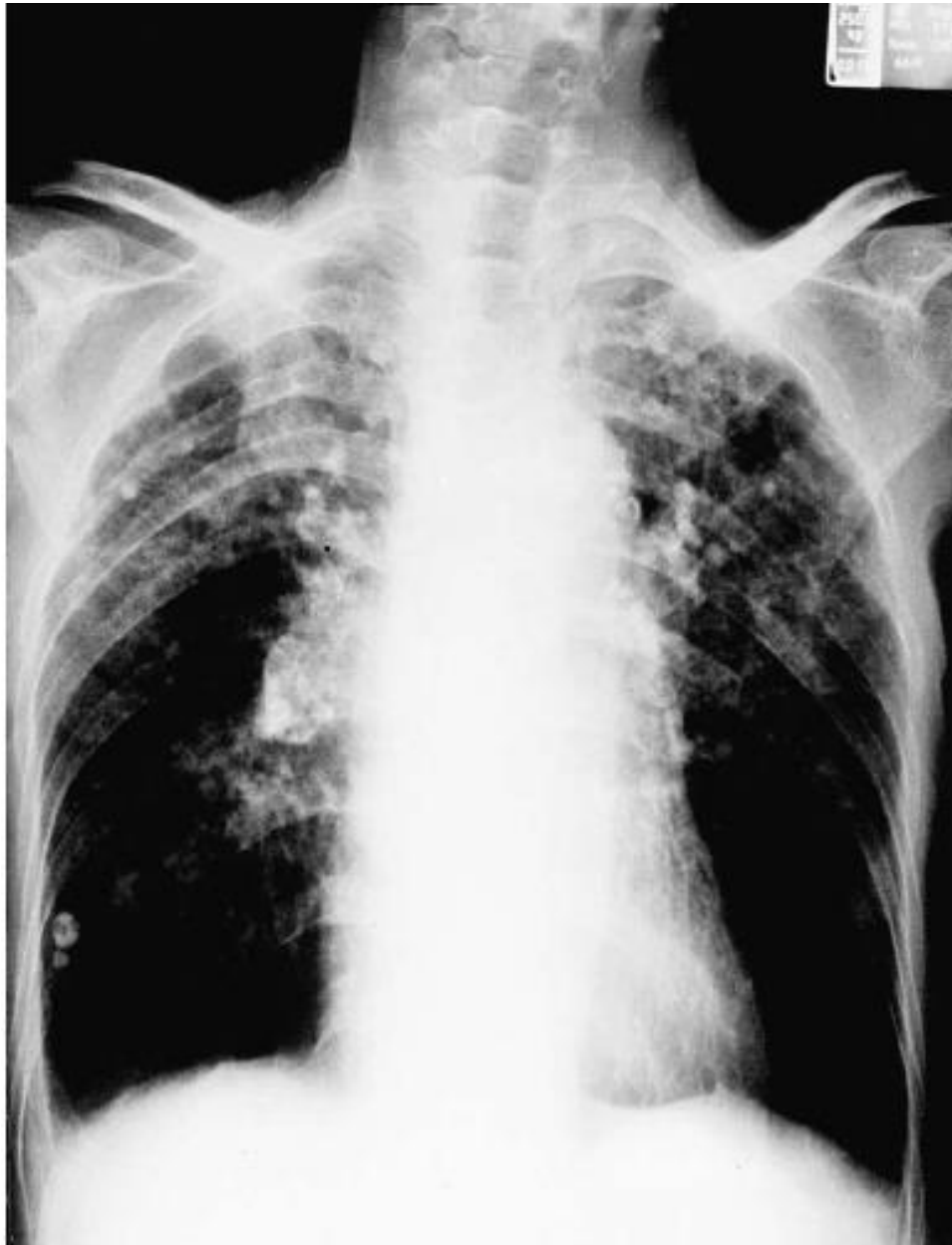


Bệnh nhân nam 80 tuổi bị sốt, ho, ho ra máu và sút cân. Đây là phim XQ phổi của bệnh nhân (hình 8.1). Chẩn đoán là gì?

Phim XQ cho thấy thùy trên 2 bên phổi thâm nhiễm chứa những “hang” gợi ý lao phổi hoạt động. Nhìn chung những hang có thành mỏng (5 mm) có xu hướng lây nhiễm còn khi hang có thành dày hơn (10 mm) thì cần chẩn đoán phân biệt với ung thư biểu mô tế bào vảy của phổi. Bệnh lao có xu hướng gây đau ở thùy trên và các phân thùy đỉnh của thùy dưới. Tuy nhiên, ở thùy trên các phân thùy trước lại hiếm khi bị đau. Chẩn đoán xác định bằng cách lấy đờm nhuộm fluorochrome hoặc Zeil Nielson để soi trực tiếp hoặc nuôi cấy trong môi trường Lowenstein Jensen. Bệnh thùy phổi có hang đặc biệt mẫn cảm với đờm bọt dương tính với BK và đây là một nguồn lây nhiễm lao.

Chẩn đoán phân biệt khác của tổn thương phổi có hạn bao gồm các trường hợp nhiễm khuẩn Staphylococcus, Klebsiella, vi khuẩn kỵ khí và các nguyên nhân không nhiễm khuẩn như ung thư biểu mô tế bào vảy của phổi, nhồi máu phổi, bệnh u hạt Wegener và các u dạng thấp

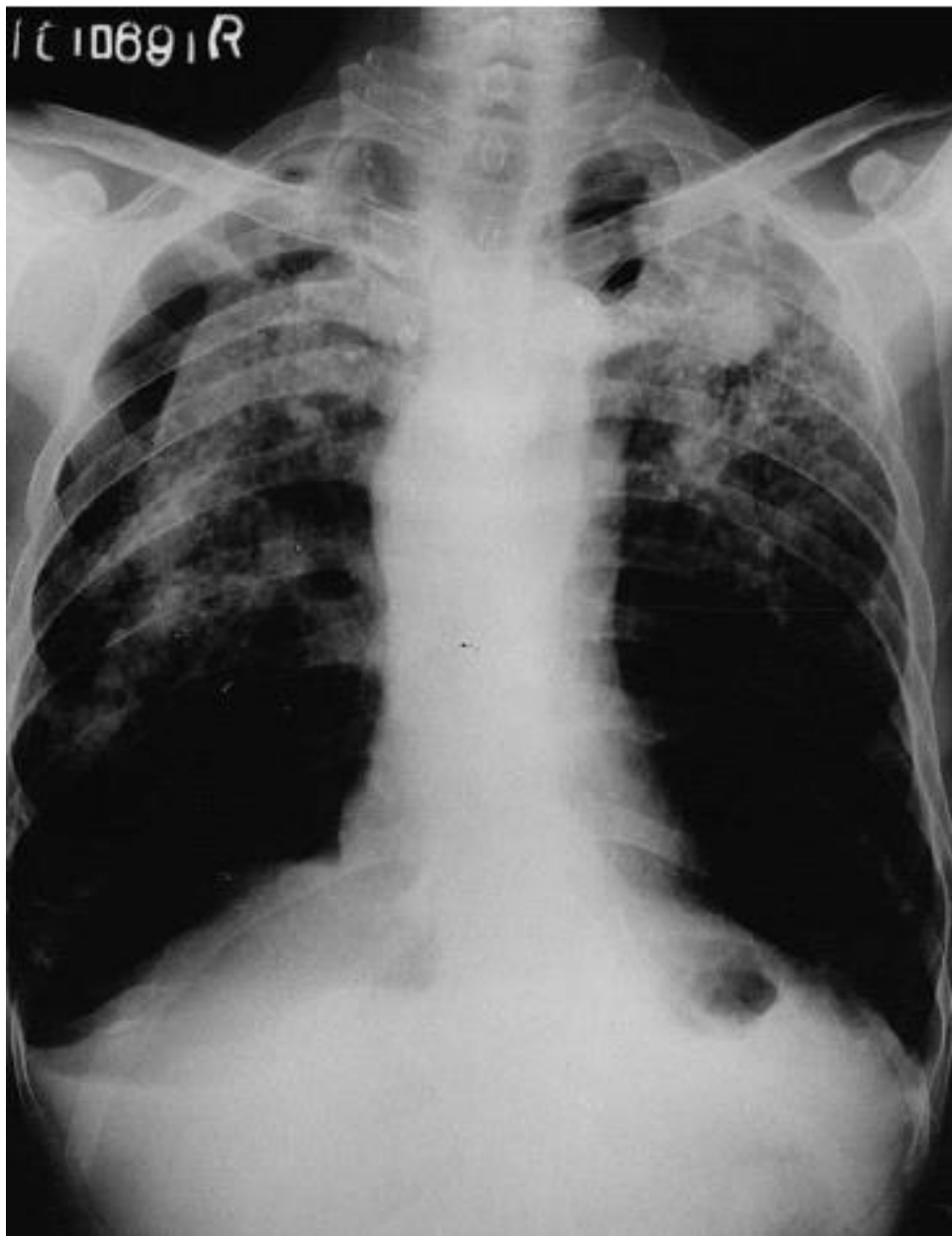
CASE 9: Bệnh bụi phổi Silic



Bệnh nhân nam 80 tuổi đang làm việc tại mỏ khai thác cát đá. Bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng gì. Đây là phim XQ phổi của bệnh nhân (hình 9.1). Chẩn đoán là gì?

Phim XQ phổi cho thấy có sự thâm nhiễm 2 bên phổi và các nốt vôi hóa ở thùy trên cả 2 phổi. Các chẩn đoán khác nhau của thâm nhiễm thùy trên bao gồm bụi phổi silic, bệnh lao và viêm cột sống dinh khớp. Ngoài ra, ở đây chúng ta còn thấy hình ảnh vôi hóa vỏ trứng của các rốn hạch bạch huyết. Hình ảnh vôi hóa vỏ trứng cùng các nốt vôi hóa thùy trên là triệu chứng điển hình của bệnh bụi phổi Silic. Các chẩn đoán phân biệt của vôi hóa vỏ trứng bao gồm bệnh saccoid, u lympho hodkin đang được xạ trị, bệnh bụi phổi của công nhân ở mỏ than đá.

CASE 10: TKMP (P) + Xơ phổi tiến triển / Silicosis



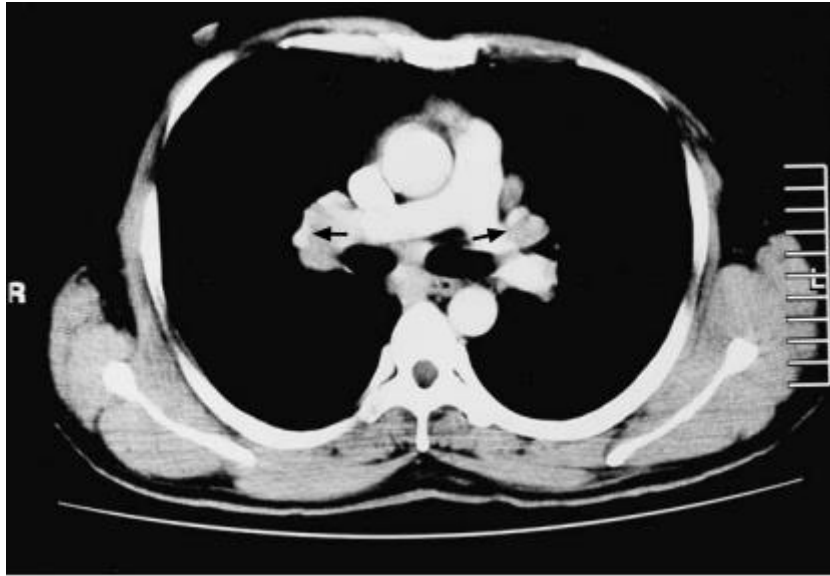
Bệnh nhân nam 80 tuổi với biểu hiện đau ngực bên phải và khó thở. Tiền sử khó thở khi gắng sức đã lâu. Đây là phim XQ phổi (hình 10.1)

XQ phổi của bệnh nhân cho thấy có tràn khí màng phổi phải. Ngoài ra còn có các nốt mờ lan tỏa 2 bên phổi (kích thước 2-10 mm) có thể là do ung thư tuyến di căn, bụi phổi Silic, bệnh nấm Histoplasma lan tỏa hoặc bệnh thủy đậu. Trong bệnh bụi phổi Silic một số nốt có thể hợp lại thành đám trong thùy trên gọi là xơ hóa tiến triển mạnh. Bệnh nhân bị bụi phổi Silic dễ mắc các bệnh như lao phổi và khi đó các phim XQ phổi seri để so sánh là rất hữu ích.

CASE 11: Hạch Lympho rôn phổi 2 bên do



Phim X-quang



Lát cắt trên phim CT của bệnh nhân

Bệnh nhân nam 40 tuổi gốc châu Phi không biểu hiện triệu chứng và có phim XQ thường quy như hình 11.1. Chẩn đoán có thể là gì?

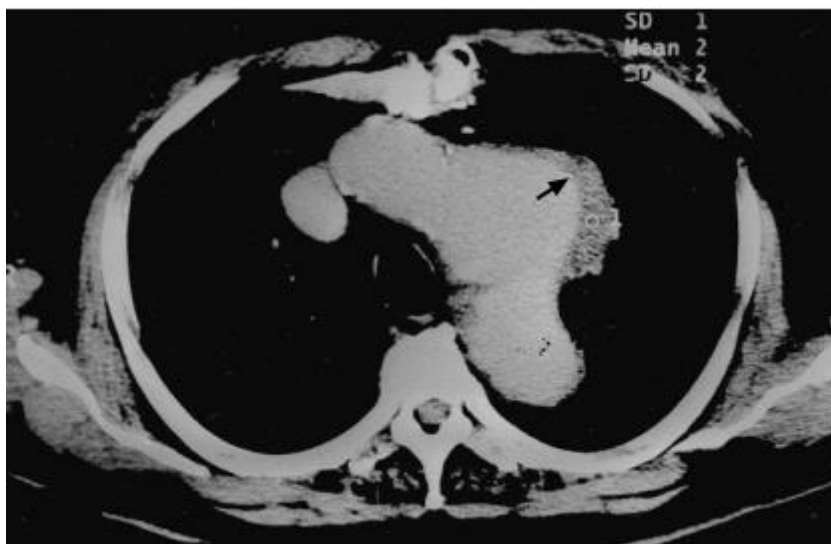
XQ cho thấy sự đối xứng, mở rộng của rốn phổi và hạch bạch huyết trung thất. CT (hình 11.2) giúp khẳng định dấu hiệu này. Nó là biểu hiện điển hình của bệnh sarcoid. Các chẩn đoán phân biệt cần nhắc tới là u lympho và bệnh lao nhưng ở các bệnh này các hạch sẽ không đối xứng. Soi phế quản và sinh thiết phổi qua phế quản (tỉ lệ dương tính khoảng 60%) giúp chẩn đoán u hoại tử không đồng đặc và các trường hợp nuôi cấy vi khuẩn lao và nấm âm tính. Sinh thiết nhánh phế quản sau mù có thể cho tỉ lệ cao hơn (khoảng 20%) so với các phương pháp khác nhưng tiêu chuẩn vàng vẫn là nội soi trung thất. Tỉ lệ mắc bệnh này ở người gốc châu Phi cao hơn 10 lần so với người da trắng.

CASE 12: Phình tách động mạch chủ ngực



Bệnh nhân nam 60 tuổi được đưa tới phòng cấp cứu sau khi bị đau ngực đột ngột. đây là XQ phổi của bệnh nhân (hình 12.1). Chẩn đoán là gì?

Phim XQ phổi cho thấy sự giãn rộng của trung thất trên và thấy rõ một khối ở ngay bên dưới, tiếp giáp với quai động mạch chủ. Trong hoàn cảnh lâm sàng này, phẫu tích quai động mạch chủ được loại trừ.



Lát cắt trên phim CT của bệnh nhân

Phim CT ngực của bệnh nhân đã cho thấy sự hiện diện của dấu hiệu hình ảnh động mạch tại cung động mạch chủ với huyết khối.

CASE 13: Tràn khí màng phổi 2 bên do thủng ổ loét dạ dày tá tràng.

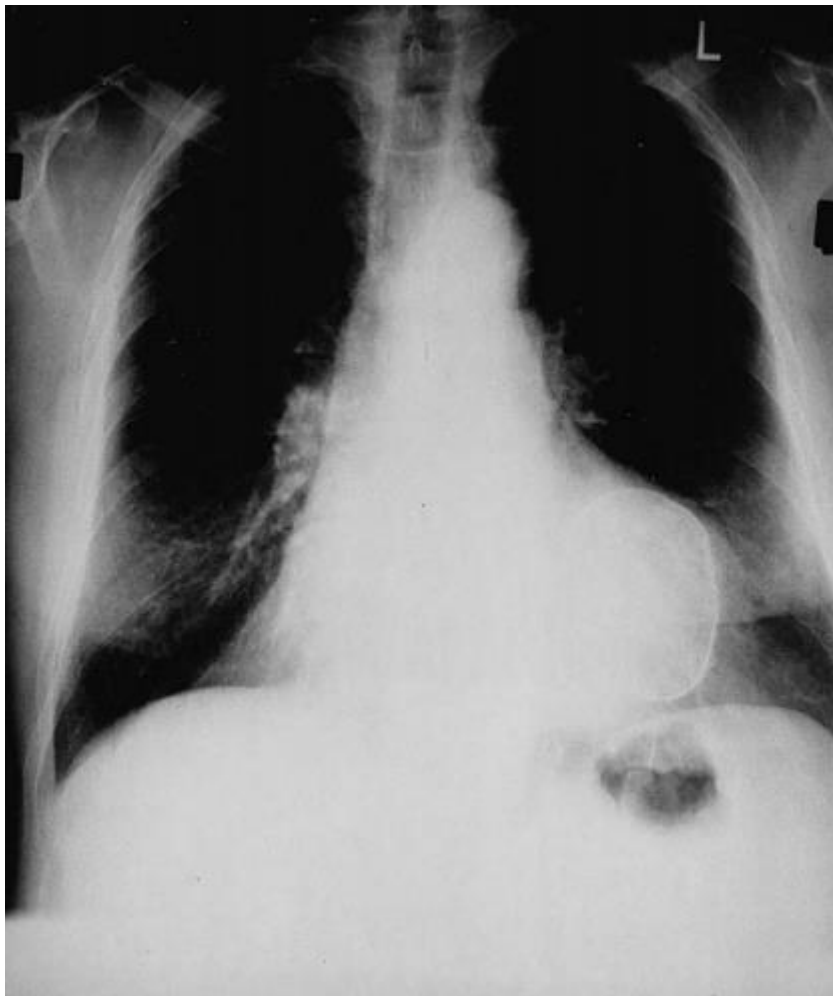
Nam 80 tuổi, tiền căn COPD, đau thượng vị đột ngột + khó thở. KMĐM thấy toan chuyển hóa



Người đàn ông 80 tuổi này là một người nghiện thuốc lá đang mắc COPD. Hiện tại bệnh nhân có biểu hiện đau thượng vị và khó thở ngày càng tăng. Xét nghiệm khí máu động mạch cho thấy nhiễm toan chuyển hóa cấp tính. Đây là phim XQ phổi của bệnh nhân (hình 13.1). Sự bất thường nhất ở đây là gì?

Phim XQ phổi cho thấy có khí tự do ở dưới cơ hoành phải, bên cạnh đó vòm hoành được đẩy lên cao hơn. Các khả năng có thể xảy ra là loét dạ dày tá tràng thủng hoặc u ác tính đường tiêu hóa hoặc bệnh nhân mới được nội soi/ mổ ổ bụng, lọc màng bụng. Cần chụp XQ tư thế đứng để khí tự do có thể tập trung trên cùng ổ bụng (dưới vòm hoành). Bơm 200ml không khí vào dạ dày qua ống thông mũi dạ dày trước khi chụp giúp chẩn đoán tốt hơn đặc biệt ở những trường hợp nghi ngờ.

CASE 14: Vô hóa phình thất trái



Phim X-quang Ngực thẳng



Phim phổi chụp nghiêng

Bệnh nhân nam 75 tuổi có tiền sử nhồi máu cơ tim vào viện vì nhịp nhanh thất. Đây là các phim XQ phổi thẳng và nghiêng của bệnh nhân (hình 14.1, 14.2)

Phim XQ thẳng và nghiêng đều cho thấy một khối tử trọng hình cung trong khu vực thất trái. Đây là hình ảnh điển hình của phình thất trái vô hóa, thường xảy ra thứ phát sau nhồi máu cơ tim. Phương pháp điều trị có thể áp dụng là phẫu thuật cắt bỏ khối phình.

CASE 15: U giả do tràn dịch màng phổi 2 bên + Suy tim + Rãnh liên thùy bé, có vách ngăn



Bệnh nhân nam 60 tuổi có biểu hiện khó thở khi gắng sức, khi nằm, khó thở kịch phát về đêm và hai mắt cá chân bị đau. Đây là phim XQ phổi của bệnh nhân (hình 15.1). Bất thường ở đây là gì và đưa ra chế độ theo dõi, chăm sóc tiếp tục cho bệnh nhân.

Phim XQ phổi cho thấy bằng chứng kinh điển của suy tim xung huyết với chứng tim to sự phân nhánh của tĩnh mạch thùy trên phổi và tràn dịch màng phổi 2 bên. Ngoài ra còn có một khối hình trứng nằm ở vùng giữa bên phải và có vẻ như liên quan đến khoang liên sườn. Đây là hình ảnh điển hình của một

giả u tràn dịch màng phổi có vách ngăn làm giãn các khoang liên sườn. Điều trị thích hợp sẽ bao gồm lợi tiểu và điều trị suy tim. Một tuần sau điều trị chụp lại XQ có thể thấy u đã biến mất (hình 15.2).



Phim của bệnh nhân sau 1 tuần điều trị

CASE 16: Tràn khí trung thất + Tràn khí dưới da



Bệnh nhân nam 30 tuổi được đưa đến phòng cấp cứu vì đau ngực cấp tính. Đây là phim XQ phổi của bệnh nhân (hình 16.1). Bất thường ở đây là gì?

Phim XQ phổi cho thấy có khí tự do trong trung thất và các mô dưới da nền cổ (hình 16.2). Khí trong trung thất có thể bị gây ra bởi sự mất toàn vẹn của phổi, các đường dẫn khí lớn và thực quản. Các nguyên nhân như chấn thương do tai nạn trước đó (chấn thương kín khi lồng ngực va vào đầu tay lái của xe gắn) hoặc tai biến do dụng cụ thiết bị điều trị (như nội soi) cần được nghi tới. Sự nhiễm khuẩn của các vi khuẩn sinh khí từ khoang miệng và cổ lan xuống cũng có thể gây ra viêm trung thất và dẫn tới tình trạng tràn khí trung thất như đã nói ở trên.

CASE 17: Nam 80 tuổi, tiền căn lao, ho máu lượng lớn đã đặt nội khí quản

Chẩn đoán: U nấm thùy trên phổi phải



Bệnh nhân nam 80 tuổi với biểu hiện ho ra máu dữ dội và đã được đặt nội khí quản. Bệnh nhân có tiền sử là đang điều trị lao nhiều năm trở lại đây. Đây là phim XQ ngực của bệnh nhân (hình 17.1)

Phim XQ lồng ngực cho thấy 1 khối tròn như quả bóng với một cái khoang bên trong (hình liềm chứa khí) là dấu hiệu đặc trưng của 1 u nấm (còn gọi là aspergilloma). Một phim XQ nghiêng có thể cho biết rõ hơn vị trí thương tổn của khối tròn này. Trong điều kiện nhất định 1 trong các khoang sẵn có hay được tạo ra sẽ trở thành nơi trú ngụ của nấm, thường là do nấm *Aspergillus fumigatus*. Bệnh phổi có hang có thể thứ phát do các bệnh gây xơ

phổi như lao phổi trước đó, bệnh saccit hay viêm cột sống dính khớp. Ho ra máu ồ ạt có thể xảy ra và chập mạch phế quản với embolotherapy (1 phương pháp chủ động gây tắc 1 động mạch để kiểm soát hoặc ngăn chặn chảy máu) được tạm trì hoãn. Phẫu thuật cắt bỏ giúp loại bỏ hoàn toàn nhưng có thể dẫn đến dò phế quản – mây phổi. Tuy nhiên, thật không may là hầu hết bệnh nhân đều có dự trữ phổi không đủ để cho phép phẫu thuật.

CASE 18: Giãn mao mạch – Dị dạng Động – Tĩnh mạch Phổi (hay Osler – wober – Rendu Disease)

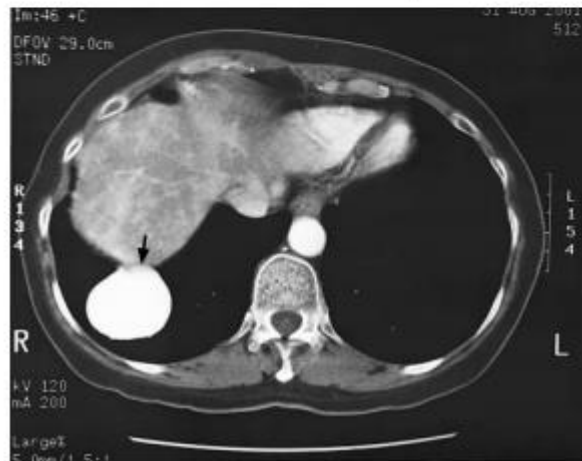


Phim X-quang ngực thẳng



Fig. 18.2

Fig. 18.3



Bệnh nhân nữ 68 tuổi bị chảy máu cam thường xuyên. Đây là XQ lồng ngực của bệnh nhân (hình 18.1). Chẩn đoán là gì?

Phim XQ lồng ngực cho thấy có 1 khối ở vùng dưới phổi phải. Khối có bờ khá mịn và có 2 mạch (động mạch và tĩnh mạch) dẫn đến khối này. Chụp CT cho thấy khối này có độ tương phản khá rõ ràng so với vùng xung quanh khẳng định sự hiện diện của dị dạng động tĩnh mạch phổi (pAVM). Bệnh này di truyền theo alen trội. Các biểu hiện khác của bệnh bao gồm ở các cơ quan như da, mũi (chảy máu cam), hệ thống tiêu hóa (chảy máu tiêu hóa và bệnh thiếu máu). Thuyên tắc ngược có thể xảy ra dẫn tới tai biến mạch não và ap-xe não. Chụp mạch phổi và chủ động gây tắc mạch để cầm máu (embolotherapy) được khuyến cáo nếu pAVM > 2mm.

CASE 19: Khí phế thũng - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)



Bệnh nhân nữ 80 tuổi có tiền sử khó thở khi gắng sức 5 năm nay và hút khoảng 100 gói thuốc/năm. XQ của bệnh nhân (hình 19.1). Chẩn đoán ở đây là gì?

Trên phim XQ lồng ngực của COPD thường thể hiện hình ảnh của các “bẫy khí”. Các dấu hiệu khác như: các xương sườn nằm ngang, phổi giãn căng (thông thường, xương sườn số 6 bên phải chia đôi vòm hoành phải), phổi tăng sáng, các mạch phổi co nhỏ đối xứng 2 bên, tim hình giọt nước, cơ hoành hạ thấp và mất mất độ cong. Nguyên nhân phổ biến của COPD là hút thuốc lá. Tuy nhiên thiếu men $\alpha 1$ – antitrysin cũng có thể gây ra khí phế thũng. Cần tìm ra sự thiếu hụt enzym $\alpha 1$ - antitrysin ,nhất là ở những bệnh nhân COPD trẻ tuổi (< 45 tuổi) hoặc chứng minh ưu thế cơ bản trên XQ phổi.

P/s: Ở Việt Nam thì tỷ lệ nữ mắc COPD là rất thấp. Do phụ nữ Việt ít hút thuốc lá, thuốc lào, không như các bác nam giới.

Các bạn đọc đến đây thì cũng cố gắng hạn chế thuốc lá thuốc lào nhé.

CASE 20: Chèn ép tim do tràn dịch màng ngoài tim

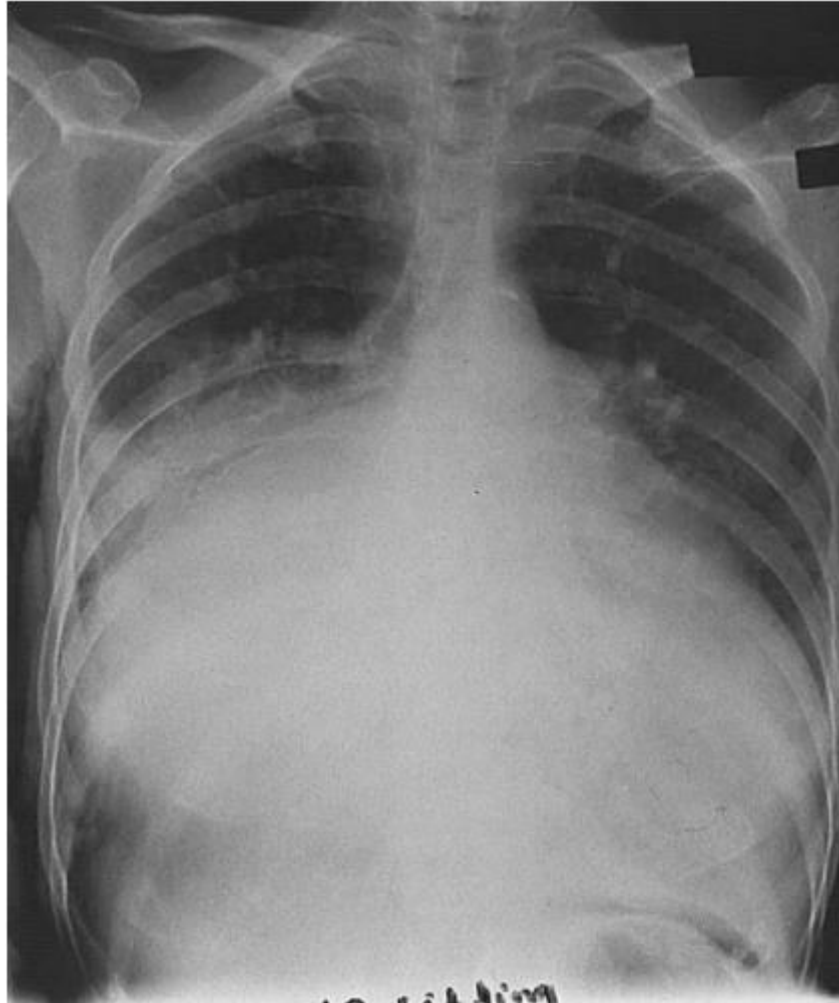


Bệnh nhân nam 55 tuổi bị sock. Gần đây bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư không thể mổ. Khám lâm sàng thấy tĩnh mạch cổ nổi to và tiếng tim bị nghẹt lại. Đây là phim XQ lồng ngực của bệnh nhân (hình 20.1). Chẩn đoán là gì?

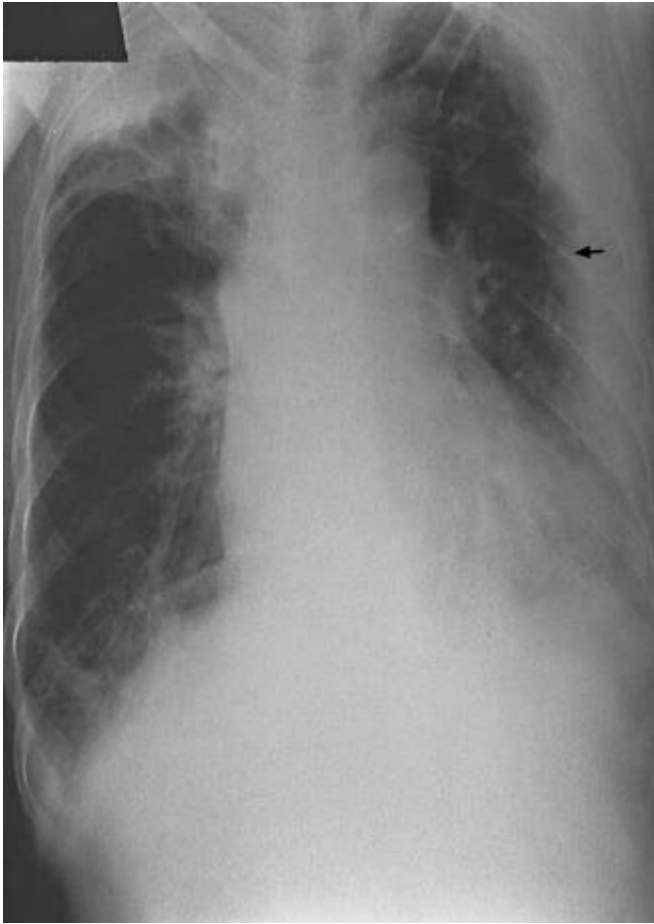
Beck đã mô tả về tổ hợp 3 triệu chứng: hạ huyết áp, tiếng tim bị bóp nghẹt, áp lực tĩnh mạch cảnh tăng cao do chèn ép tim do tràn dịch màng ngoài tim. Chọc dò màng ngoài tim được thực hiện ngay lập tức nhằm cứu sống bệnh nhân. Nguyên nhân phổ biến của tràn dịch màng ngoài tim bao gồm: khối u ác tính, suy tim xung huyết, bệnh lao, lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng Dressler, tăng ure huyết (uremia). Trên phim XQ cho thấy hình ảnh tim bị

giãn rộng thành một hình cầu lớn điển hình của tràn dịch màng ngoài tim nặng. Ngoài ra còn thấy một khối trong phổi phải phù hợp với một ung thư phổi nguyên phát

CASE 21: Suy tim giai đoạn cuối



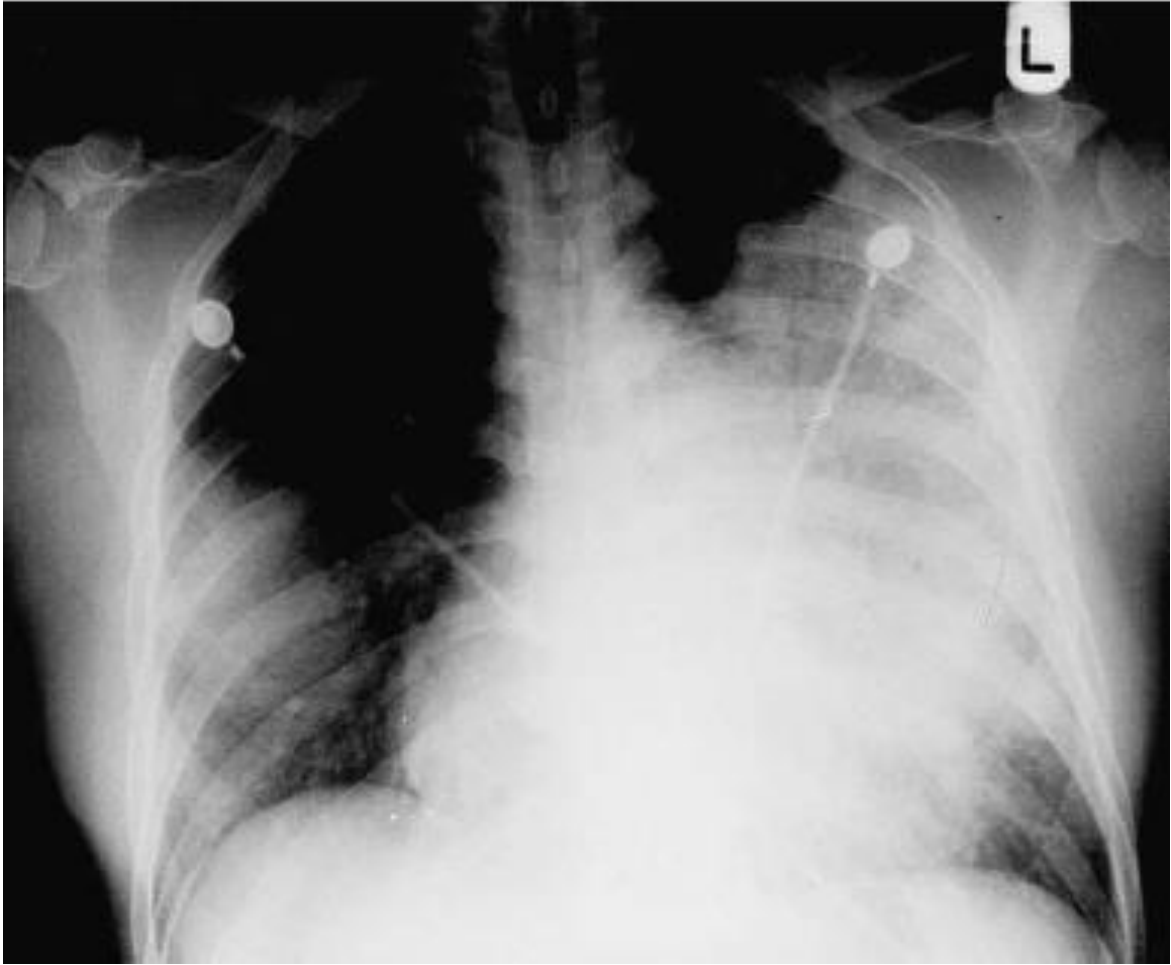
Đây là hình ảnh X-quang ngực của bệnh nhân nam, 65 tuổi, đã có tiền sử lâu dài bị khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm và phù mắt cá chân hai bên. Có nên tiến hành chọc dò màng phổi ở bệnh nhân này không?



TIM QUÁ TO DO BỆNH LÝ VAN TIM GIAI ĐOẠN CUỐI

Hình ảnh X-quang ngực cho thấy hình ảnh bóng tim quá to (chỉ số tim ngực bình thường là nhỏ hơn 0.5). Cả 2 góc sườn hoành đều tăng sáng vì phổi được thông khí, không giống như bệnh nhân đang có tình trạng tràn dịch màng phổi. Carina bị rộng ra cho thấy tâm nhĩ trái to ra vì bệnh lý van 2 lá nghiêm trọng. Vì vậy không nên chọc dò màng phổi ở bệnh nhân này. Cách đơn giản để xác định có tràn dịch màng phổi hay không là chụp phim X-quang ngực khi bệnh nhân nằm nghiêng một bên. Dịch chảy tự do sẽ có hình ảnh xếp lớp (hình 21.2). Tuy nhiên, nếu không thấy có sự xếp lớp như vậy thì cũng không loại trừ là không có dịch màng phổi vì có thể dịch bị khu trú bởi tình trạng mũ màng phổi.

CASE 22: VIÊM PHỔI NẶNG



Đây là hình ảnh X-quang ngực của một phụ nữ 75 tuổi bị suy hô hấp cấp. Bệnh nhân bị sốt, ho và đàm có mủ đã 2 tuần nay. Chẩn đoán là gì?

Phim X-quang ngực thấy có hình ảnh những đám mờ cùng với khí phế quản đờ ở cả hai phế trường. Đó là hình ảnh đặc trưng của viêm phổi nặng nhiều thùy. Các tác nhân điển hình là *Streptococcus pneumoniae*, *Legionella*, Vi khuẩn Gram âm như *Klebsiella* và *Pseudomonas aeruginosa*. Ở Đông Nam Á, còn có thể gặp *Burholderia pseudomallei* (gây ra bệnh Melioidosis, còn được gọi là bệnh Whitmore). Việc điều trị đòi hỏi phối hợp các kháng sinh ngoài đường tiêu hóa, thường sử dụng beta lactams cộng với macrolide hoặc fluoroquinolone. Tiên lượng bệnh không chỉ phụ thuộc vào mức độ biểu hiện bệnh mà còn phụ thuộc tuổi, sự phối hợp bệnh, chẳng hạn như ung thư, tim mạch, gan, thận, và đột quỵ. Viêm phổi ở bệnh nhân này đã được xác định là do *Legionella*.

CASE 23: Viêm phổi kẽ do *Pneumocystis carinii* (PCP)



Đây là hình ảnh X-quang ngực của bệnh nhân nam, 30 tuổi, bị ho, khó thở và sụt cân trong khoảng 4 tháng nay. Chẩn đoán gần đúng nhất là gì? Dấu hiệu nào có ích nhất?

X-quang ngực cho thấy hình ảnh thâm nhiễm và hình ảnh khí phế quản đồ 2 bên rốn phổi. Kích thước tim bình thường. Không có đường Kerley B hoặc dấu hiệu của sự phân bố mạch máu ở thùy trên. Tất cả đều là dấu hiệu đặc trưng của PCP. PCP là bệnh lý nhiễm trùng cơ hội đe dọa cuộc sống bệnh nhân HIV thường thấy nhất. Nhiễm nấm Candida ở miệng cũng là nhiễm trùng cơ hội thường thấy ở bệnh nhân HIV. Nhiễm nấm Candida ở miệng có thể được tìm thấy ở những bệnh nhân trẻ tuổi bị viêm phổi, và đó cũng là dấu hiệu cho thấy sự thiếu hụt tế bào miễn dịch lympho T. PCP có thể được chẩn đoán bằng cách

cảm ứng đờm hoặc rửa phế quản phế nang. Lưu ý rằng có khoảng 10% bệnh nhân PCP có hình ảnh X-quang bình thường.

CASE 24: U khí quản do carcinoma (Ung thư biểu mô) nang dạng tuyến + Hạch rốn phổi 2 bên



Đây là hình ảnh X-quang của một phụ nữ trung niên không hút thuốc lá, gần đây đã được chẩn đoán, điều trị hen suyễn và có đáp ứng chút ít. Chẩn đoán gì trên X-quang này?

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán hen suyễn nên được chụp phim X-quang ngực. Thêm vào đó là để tìm kiếm hình ảnh tràn khí màng phổi và thâm nhiễm phổi thoáng qua, và cũng nên chú ý đến hình ảnh khí quản trên phim. Bất kỳ sự tắc nghẽn nào đối với đường thở lớn cũng đều có thể tạo nên tiếng khò khè (wheeze). Nếu sự tắc nghẽn ở đoạn cao, đó là đường dẫn khí trên ngực (thượng thanh môn, thanh môn, hạ thanh môn), sẽ nghe được tiếng rít

(stridor), xảy ra trong thì hít vào. Trái ngược lại là ran ngáy xuất hiện kinh điển trong thì thở ra và là do sự tắc nghẽn các đường dẫn khí nhỏ. Phim X-quang này cho thấy một chỗ phình ra ở thành bên khí quản đoạn giữa do một khối u gây ra (hình 24.2). Đó có thể là carcinoma tế bào vảy, di căn, carcinoma dạng nhày, carcinoma nang dạng tuyến, u tuyến nội tiết thần kinh (carcinoid).

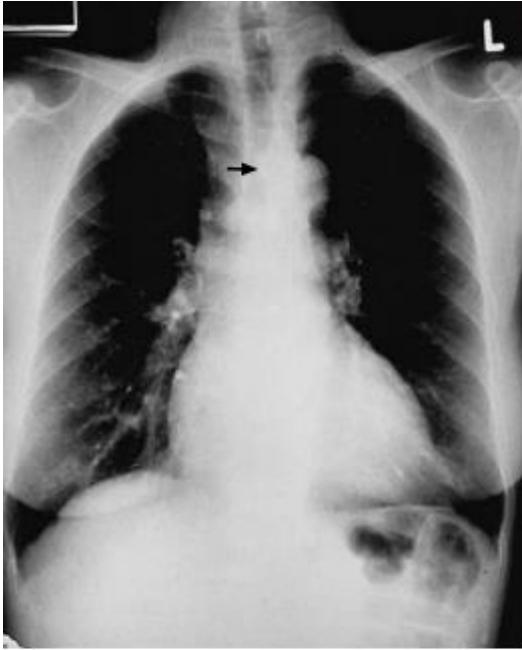


Fig. 24.2

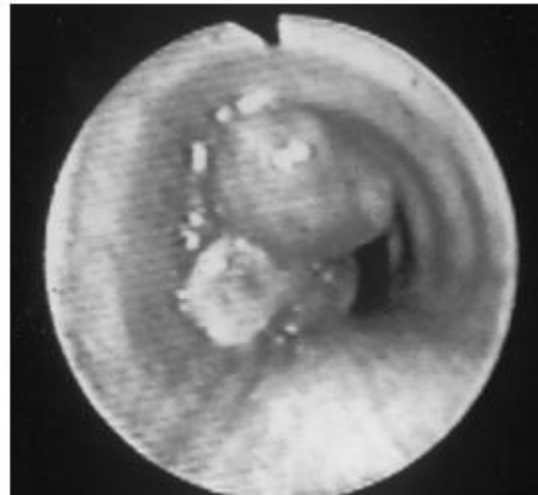


Fig. 24.3

Nội soi phế quản bằng ống mềm ở bệnh nhân này cho thấy một khối u ở đoạn giữa khí quản (hình 24.3) và kết quả sinh thiết là ung thư biểu mô nang dạng tuyến (mức độ ác tính thấp).

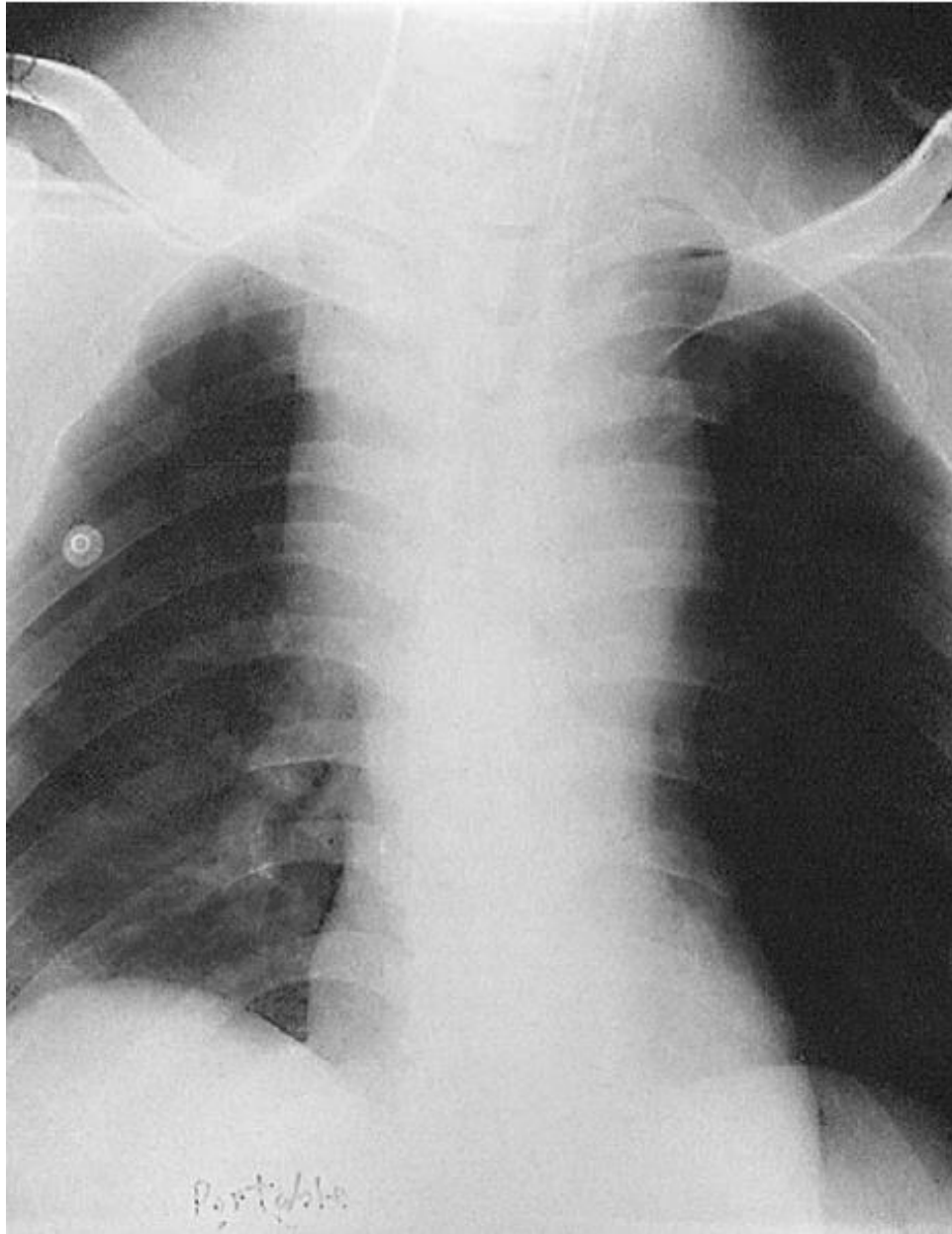
CASE 25: Sonde dạ dày ở vị trí bất thường



Đây là hình ảnh X-quang ngực thường quy của một bệnh nhân ở khoa ICU bị viêm phổi sặc. Kể tên những bất thường rõ ràng nhất.

Đầu sonde dạ dày đúng ra phải được nhìn thấy trong bóng hơi dạ dày. Nhưng trong trường hợp này, sonde dạ dày lại cuộn lại ở tâm vị thực quản và kết thúc ngược lên ở đoạn giữa thực quản (hình 25.2). Khi cho bệnh nhân ăn có thể sẽ gây ra hậu quả chết người. Phim X-quang ngực cho thấy có sự thâm nhiễm ở thùy dưới phổi phải, vị trí đặc thù cho viêm phổi sặc.

CASE 26: Catheter tĩnh mạch trung tâm bên phải ở vị trí bất thường



Đây là hình ảnh X-quang ngực thường quy ở bệnh nhân sau khi được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm ở hạ đòn.

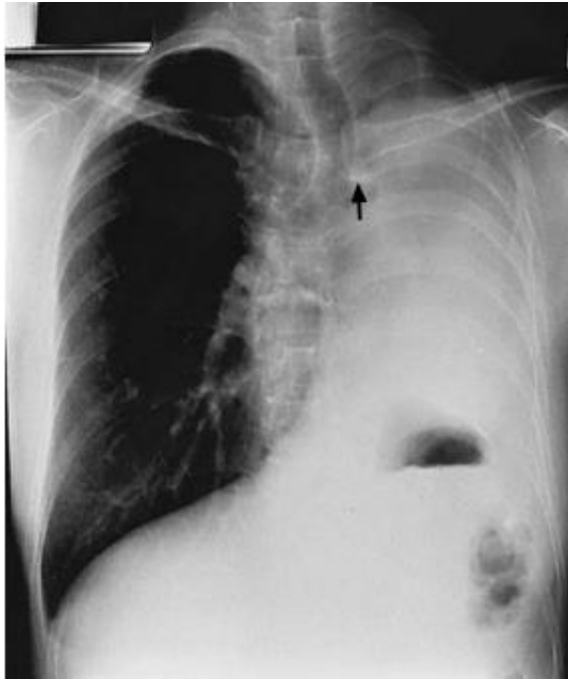
Có thể thấy rất rõ sự bất thường đó là đầu ống catheter tĩnh mạch trung tâm ở hạ đòn phải uốn ngược lên trên về phía tĩnh mạch cảnh trong thay vì phải đi thẳng xuống dưới hướng về tĩnh mạch chủ trên. Thêm vào đó là thấy có sự sưng nề mô mềm ở vùng cổ bên phải và sự phình rộng của trung thất trên. Bệnh nhân này đã từng có bệnh lý đông máu nghiêm trọng và sự cố gắng luôn catheter tĩnh mạch trung tâm đã gây ra khối máu tụ ở cổ rồi lan xuống phía dưới gây nên khối máu tụ ở trung thất. Vì vậy bệnh nhân cần được đặt nội khí quản để bảo đảm đường thở.

CASE 27: Đã cắt phổi trái



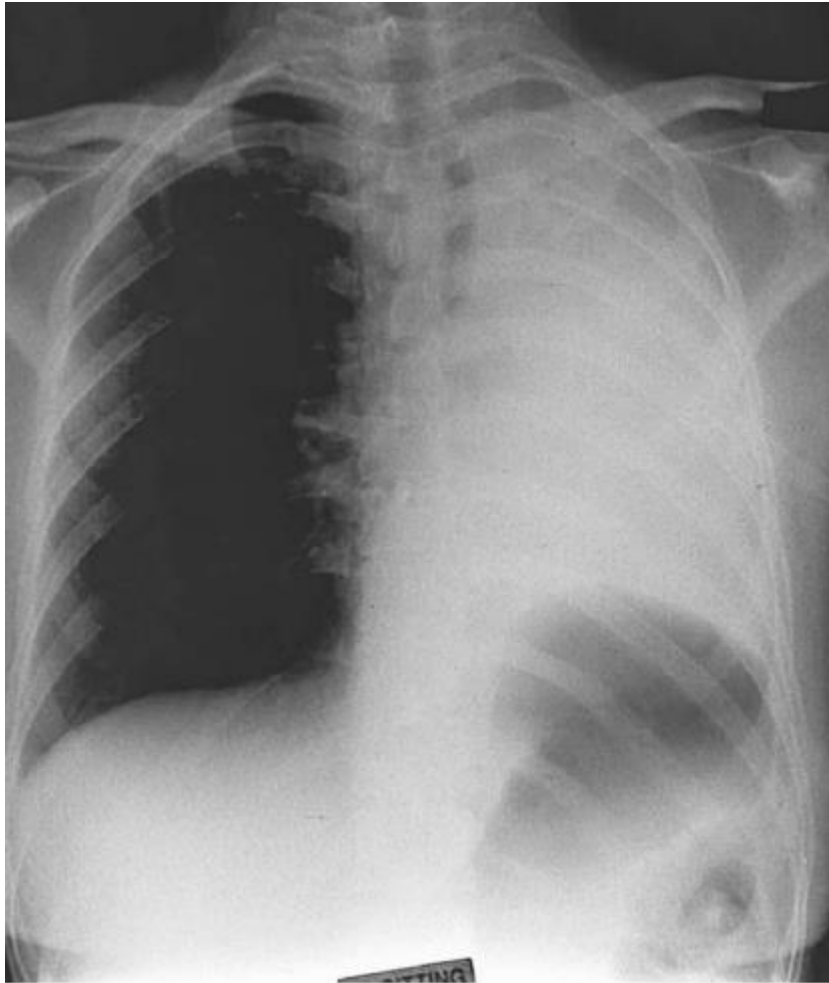
Đây là hình ảnh X-quang ngực của một bệnh nhân không có triệu chứng bệnh nhưng có tiền sử mổ ngực trước.

Trên X-quang ngực có hình ảnh trắng xóa đồng nhất toàn bộ lồng ngực trái. Cần chẩn đoán phân biệt đó là xẹp phổi trái hay là phổi trái đã được cắt bỏ trước đây rồi. Sự nâng lên của bóng hơi dạ dày và sự lệch sang phải của trung thất đã loại trừ tình huống tràn dịch màng phổi trái. Sự hiện diện của những cái ghim phẫu thuật ở bên ngực trái và vùng lân cận của phế quản gốc trái cho thấy rất có thể đây là hình ảnh của phổi trái đã bị cắt (hình 27.2).



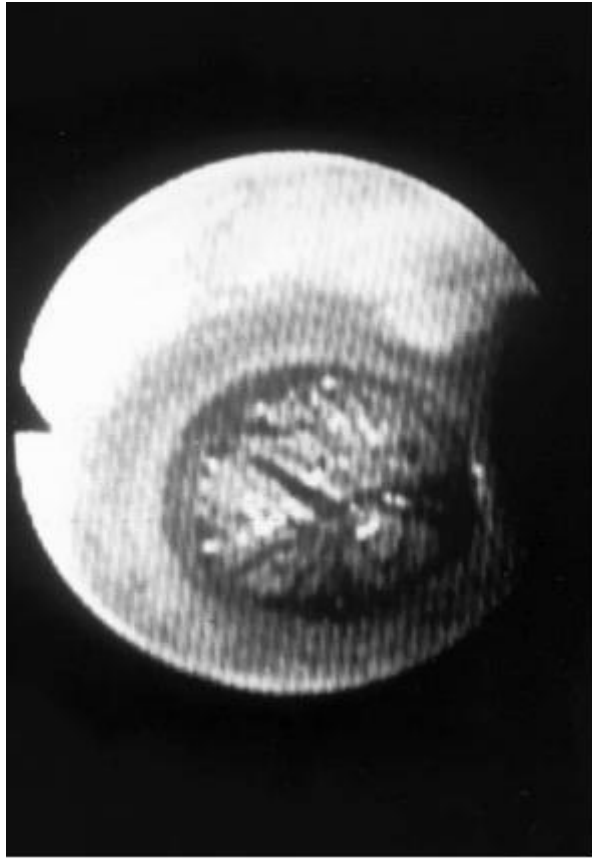
Hình 27.2

CASE 28: Xẹp phổi trái do u bít tắc phế quản gốc trái



Đây là hình ảnh X-quang ngực của bệnh nhân mới xảy ra khó thở và ho ra máu gần đây. Chẩn đoán X-quang ở bệnh nhân này là gì?

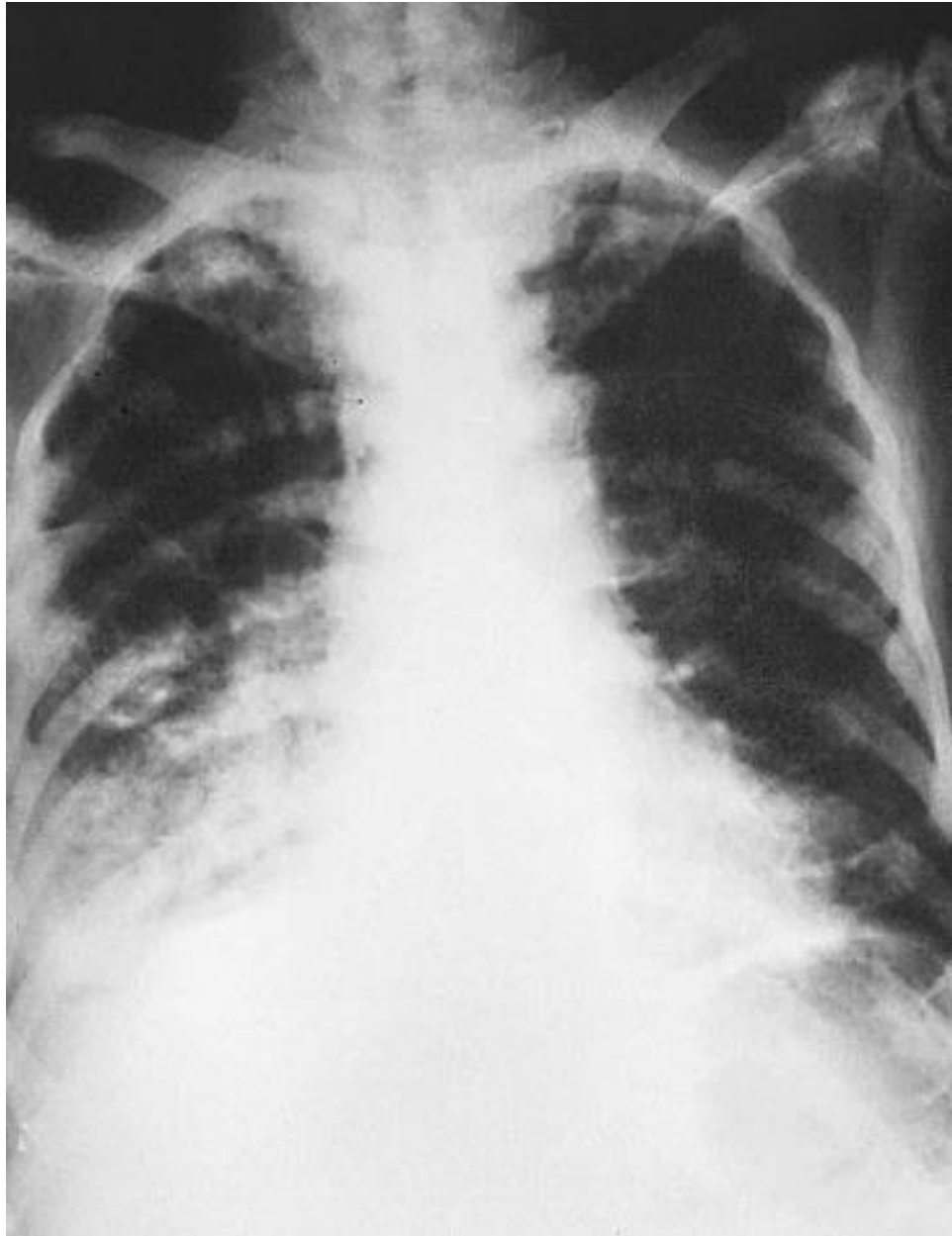
Xem lại case 27. Trên X-quang ngực có hình ảnh trắng xóa đồng nhất toàn bộ lồng ngực trái. Trong trường hợp này, có sự giảm thể tích phổi trái cùng với sự lệch trung thất về bên trái, sự co rút của khung sườn trái và sự nâng lên của cơ hoành trái. Nội soi bằng ống soi mềm cho thấy gần như phế quản gốc trái bị bít tắc bởi một khối u (ung thư biểu mô dạng nhày, hình 28.2).



Hình 28.2

Khối u đã được cắt bỏ bằng laser và phục hồi lại sự thông khí cho phổi trái.

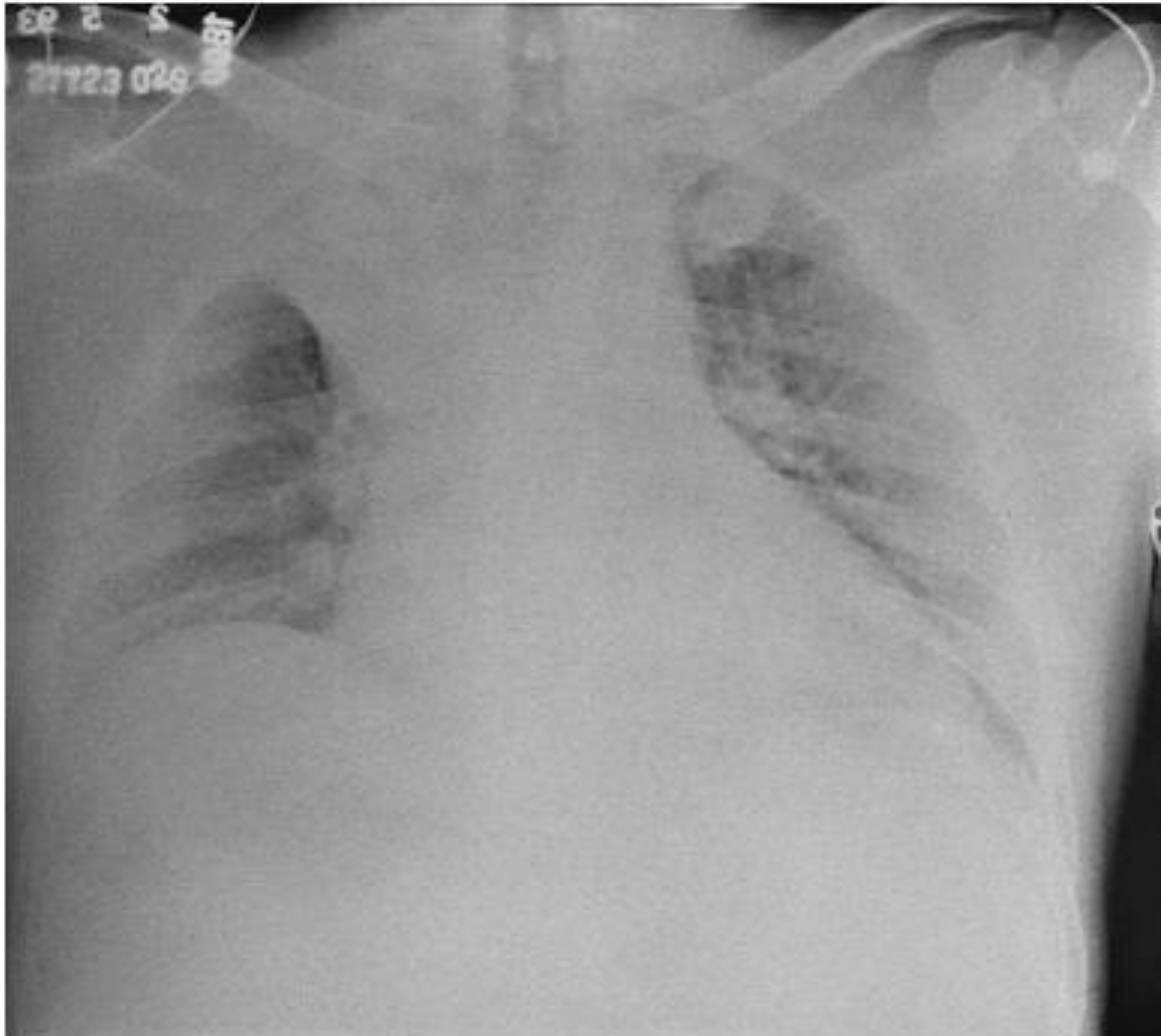
CASE 29: Di căn xương + Viêm phổi hít thùy dưới phổi phải



Một người đàn ông cao tuổi gần đây bị sụt cân và thấy đau xương. Trên phim X-quang ngực thấy rõ nhất những bất thường nào? Liệt kê các chẩn đoán phân biệt có thể có.

Tăng độ dày và sự loang lổ của xương vì có sự di căn từ ung thư biểu mô tuyến tiền liệt. Chẩn đoán phân biệt là bệnh Paget hoặc là bệnh nhiễm fluoro. Ung thư vú hoặc lymphoma cũng có thể gây ra biểu hiện tương tự. X-quang ngực cho thấy có tràn dịch thùy dưới phổi phải, viêm phổi sặc, thường gặp ở ung thư giai đoạn cuối.

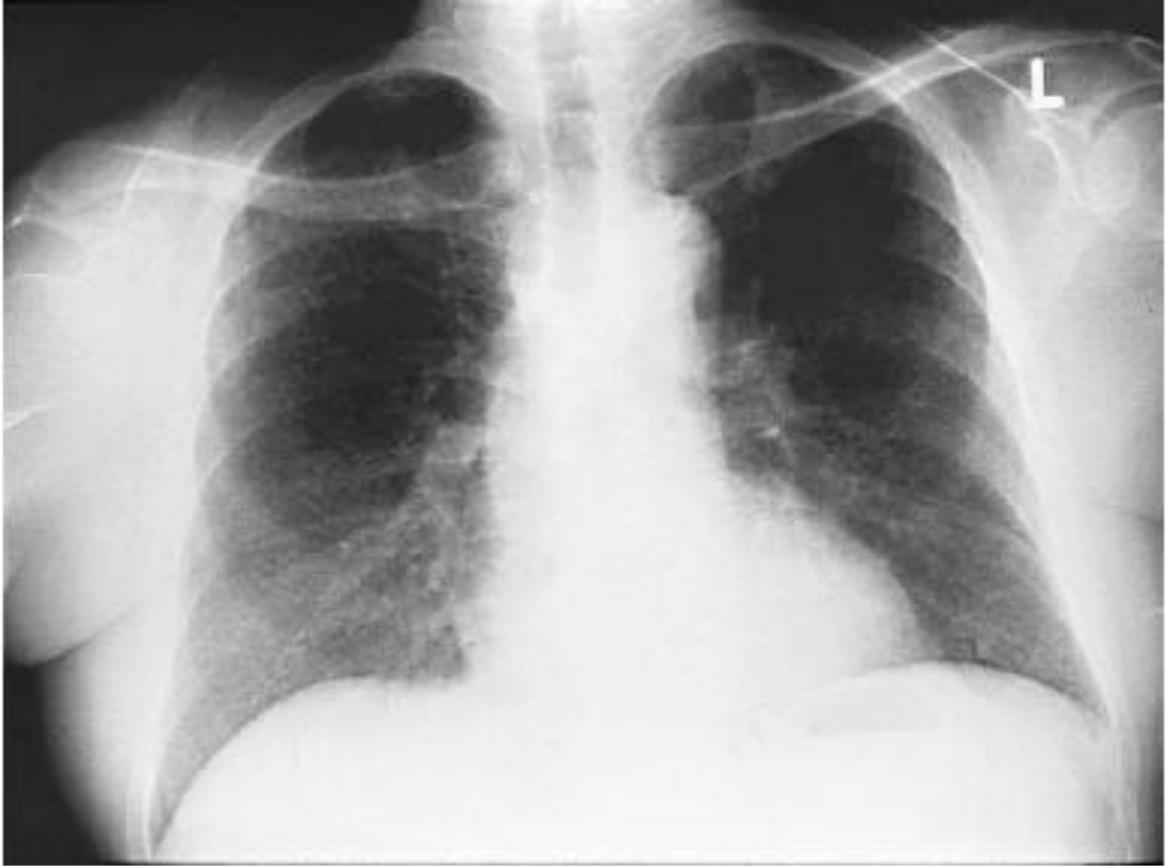
CASE 30: Xẹp thùy trên phổi phải – Dấu hiệu “CHỮ S VÀNG” - (GOLDEN’S S SIGN) .



Một người đàn ông cao tuổi gần đây có ho ra máu. Liệt kê những dấu hiệu X-quang.

Có sự tăng đậm độ đồng nhất ở vùng trên bên phổi phải và sự nâng lên của rãnh ngang (rãnh liên thùy bé – transverse fissure). Thay vì rãnh ngang là một đường thẳng thì ở đây rãnh bị lồi lên ở giữa tạo nên hình chữ S. Golden đã mô tả dấu hiệu này và giải thích rằng thùy trên phổi bị xẹp do một cái khối ở rốn phổi phải và điều đó giải thích cho hình ảnh lồi lên ở giữa của rãnh ngang.

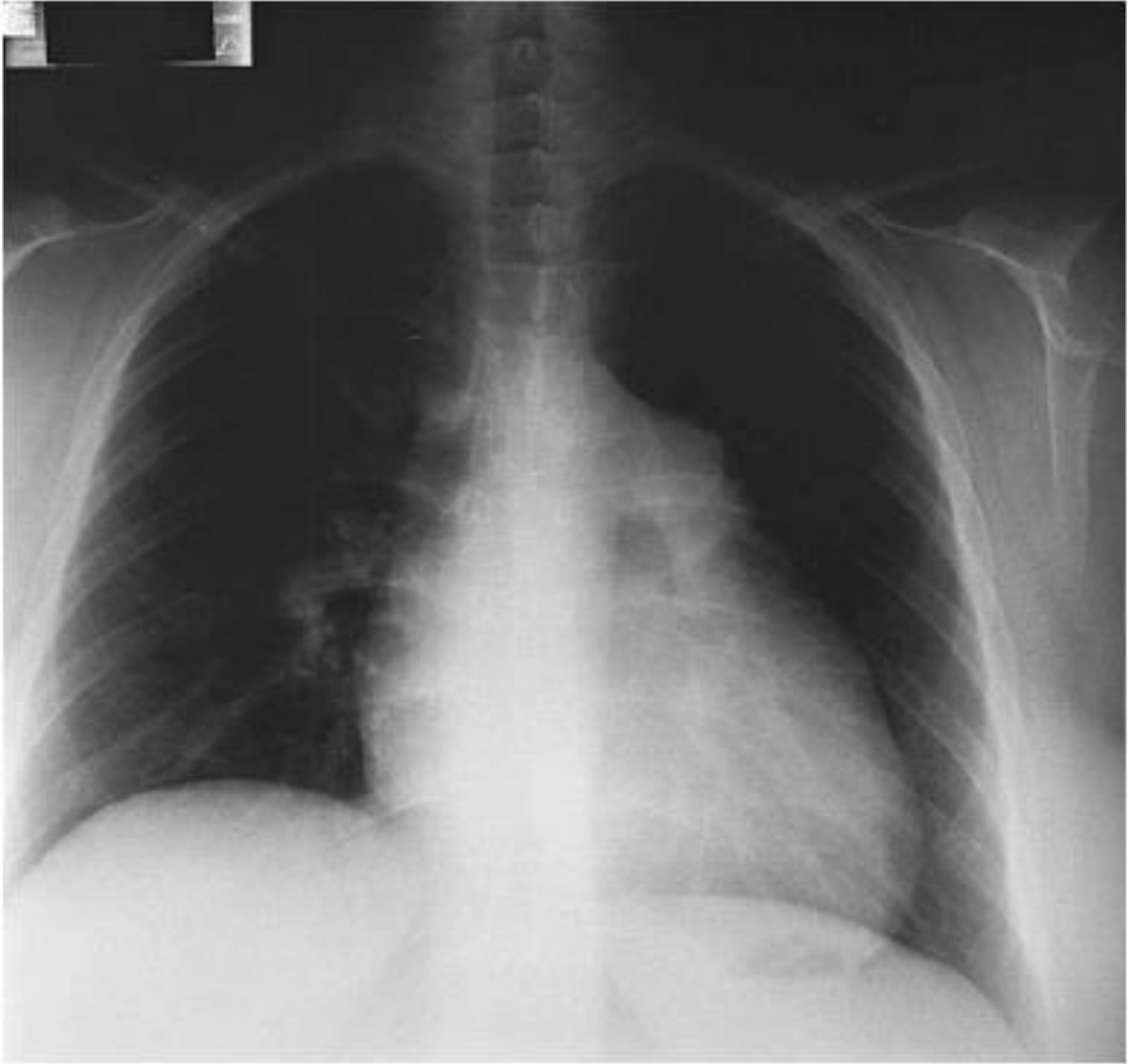
CASE 31: Lao kê



Bệnh nhân đái tháo đường bị sốt kéo dài không rõ nguyên nhân. Mô tả những bất thường trên X-quang ngực.

X-quang ngực cho thấy những hạt kê lan tỏa khắp hai phế trường (đường kính dưới 2mm) do lao kê. Những chẩn đoán phân biệt có thể là nhiễm thủy đậu trước đây, nhiễm nấm Histoplasma và bệnh bụi phổi silic. Khai thác bệnh sử có đi đến những vùng dịch tễ hoặc bệnh sử nghề nghiệp sẽ giúp phân biệt được các nguyên nhân gây ra. Một nguyên nhân hiếm gặp cũng có thể cho hình ảnh X-quang như trên là bệnh vi sợi phế nang.

CASE 32: Tăng áp động mạch phổi nguyên phát



Mô tả hình ảnh X-quang ngực của một bệnh nhân nữ 25 tuổi bị mệt và khó thở trong mấy năm qua.

Bệnh nhân này có đầy đủ những đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang đặc trưng ở một bệnh nhân có tăng áp động mạch phổi nguyên phát. Động mạch phổi to ra cùng với sự to ra của buồng nhĩ phải. Bình thường đường kính động mạch phổi phải đoạn xuống nhỏ hơn 16mm đối với nam và nhỏ hơn 15mm đối với nữ. Cả hai phế trường “sạch” và thể tích phổi bình thường thì không thể nào gây ra bệnh phổi cũng như tăng áp động mạch phổi. Nguyên nhân khác cũng nên được loại bỏ là bệnh tim bẩm sinh và nghẽn tắc động mạch phổi mạn tính do huyết khối.

CASE 33: Vỡ động mạch chủ do chấn thương – gãy xương sườn



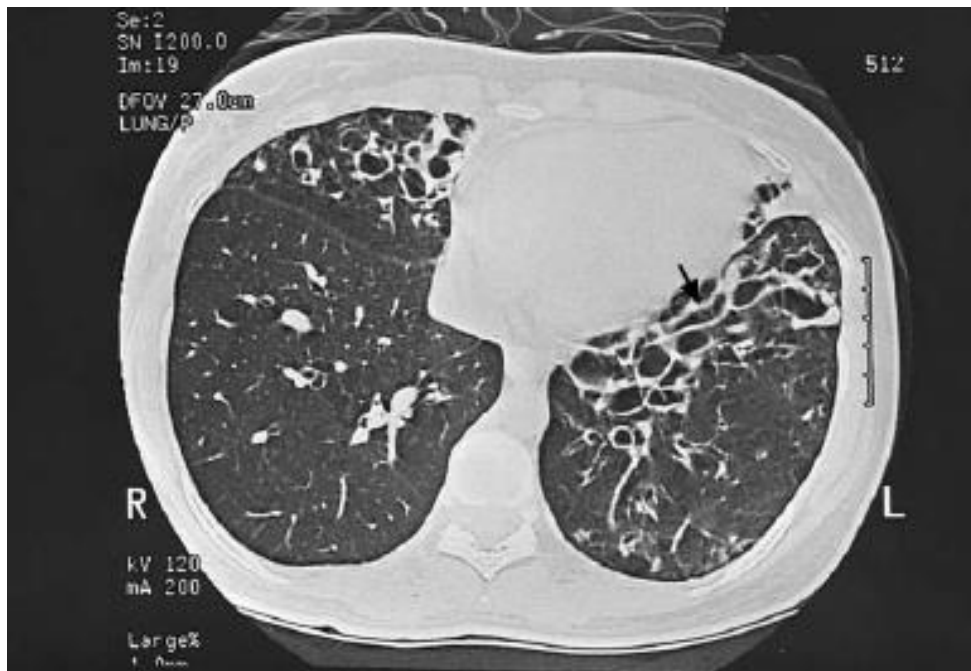
Đây là hình ảnh X-quang của một bệnh nhân nam trung niên đang lái xe thì bị một xe khác tông vào từ phía sau làm ông ta đau nhức nhối ở ngực.

Hình ảnh X-quang cho thấy sự rộng ra của trung thất trên, sự mất đi cung động mạch chủ và sự xóa đi của sỏ động mạch chủ-phổi. Có hình ảnh mũ đỉnh trái, đó là do máu ở trung thất dò xuống khoang màng phổi trái. Khí quản bị đẩy lệch sang phải và phế quản góc trái bị đẩy xuống. Xương sườn thứ 5 và thứ 6 bên trái bị gãy. Đôi khi còn có tràn máu màng phổi trái. Đó là những đặc điểm đặc trưng của vỡ động mạch chủ do chấn thương, thường xảy ra ở phía ngoài của dây chằng động mạch.

CASE 34: Giãn phế quản thùy dưới 2 bên



Phim X-quang ngực thẳng



Lát cắt phim CT của bệnh nhân

Chẩn đoán gì cho bệnh nhân nữ trung niên bị ho mạn tính nhiều năm nay?

Hình ảnh X-quang cho thấy có sự thâm nhiễm đặc biệt ở thùy giữa phổi phải và thùy dưới phổi trái. Hình ảnh “vòng nhẫn” và “đường ray” cho thấy sự giãn và sự dày lên của đường thở. Việc tìm lại những tấm phim X-quang đã được chụp trước đây sẽ cho thấy được tình trạng bệnh mạn tính này. Một cách chẩn đoán giãn phế quản được chấp nhận đó là cắt lớp vi tính ngực độ phân giải cao với những lát cắt rất mỏng (1-2mm) cho thấy sự giãn đường thở ở thùy dưới phổi trái. Chụp X-quang phế quản ngày nay rất ít sử dụng.

CASE 35: Nốt đơn độc thùy trên phổi phải



Phim X-quang Ngực thẳng



Lát cắt phim CT ngực của bệnh nhân

Mô tả những bất thường trên X-quang ngực ở bệnh nhân trung niên có hút thuốc lá và không có triệu chứng bệnh.

X-quang ngực cho thấy một nốt đơn độc 1.5cm ở thùy trên phổi trái (hình 35.2). Nốt phổi đơn độc được mô tả là một cái nốt đơn độc (đường kính dưới 4cm) được bao quanh bởi nhu mô phổi bình thường. Các chẩn đoán phân biệt có thể là giả nốt (như mụn thịt, bóng núm vú, tổn thương xương), ung thư phổi nguyên phát, di căn đơn độc, u hạt, dị dạng động tĩnh mạch, giả u, hamartomas. Ở bệnh nhân này, hình ảnh X-quang ngực cách đây một năm không thấy có bóng mờ. Cắt lớp vi tính ngực cho thấy nốt đơn độc này không bị vôi hóa và rìa có gai cho thấy khả năng ác tính cao. Mở ngực và sinh thiết phổi cho kết quả ung thư phổi giai đoạn 1 (ung thư tế bào tuyến)