



Bài giảng hình ảnh lồng ngực cho kỳ thi nội trú quốc gia Pháp

Bài 6: U phổi và Trung thất

Tác giả: Pr. Charles-Hugo Marquette

Nhóm dịch: Ths. Trương Thành Kiên,

Hạ Thị Phương K37

Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Đám mờ bên trong lồng ngực – Những câu hỏi nào cần đặt ra?

Câu hỏi : Đó có phải một ung thư không?

- Câu trả lời cho câu hỏi này dựa trên:
 1. Sự phối hợp với lâm sàng
 2. Hình ảnh học
 3. Bằng chứng mô bệnh học
- Câu trả lời được cung cấp bởi hình ảnh học:
 - Đám mờ ở nhu mô
 - Nó có thực sự là một đám mờ ở nhu mô phổi hay không?
 - Nó có đơn độc (cách biệt) hay không?
 - Hình thái thế nào? Tốc độ tăng trưởng thế nào?
 - Hạch bạch huyết bất thường liên quan?
 - Đặc điểm chuyển hóa của nó ?
 - Đám mờ ở trung thất
 - Nó được xác định ở đâu trong trung thất?

Đám mờ nhu mô: Nó thực sự là một nốt hay một khối không?

Những đám mờ ở phổi không phải dạng nốt đôi khi có thể bị nhầm lẫn với các nốt.

Mặt phẳng cắt ngang một hình mờ dạng ống trên XQ sẽ được hình chiếu dạng nốt trên CTscan.

VD: Nốt mờ (mũi tên trắng) có thể là phế quản bị lắp đầy hoặc mạch máu phổi bình thường hay bệnh lý, nhìn trên lát cắt ngang (CT ngực).

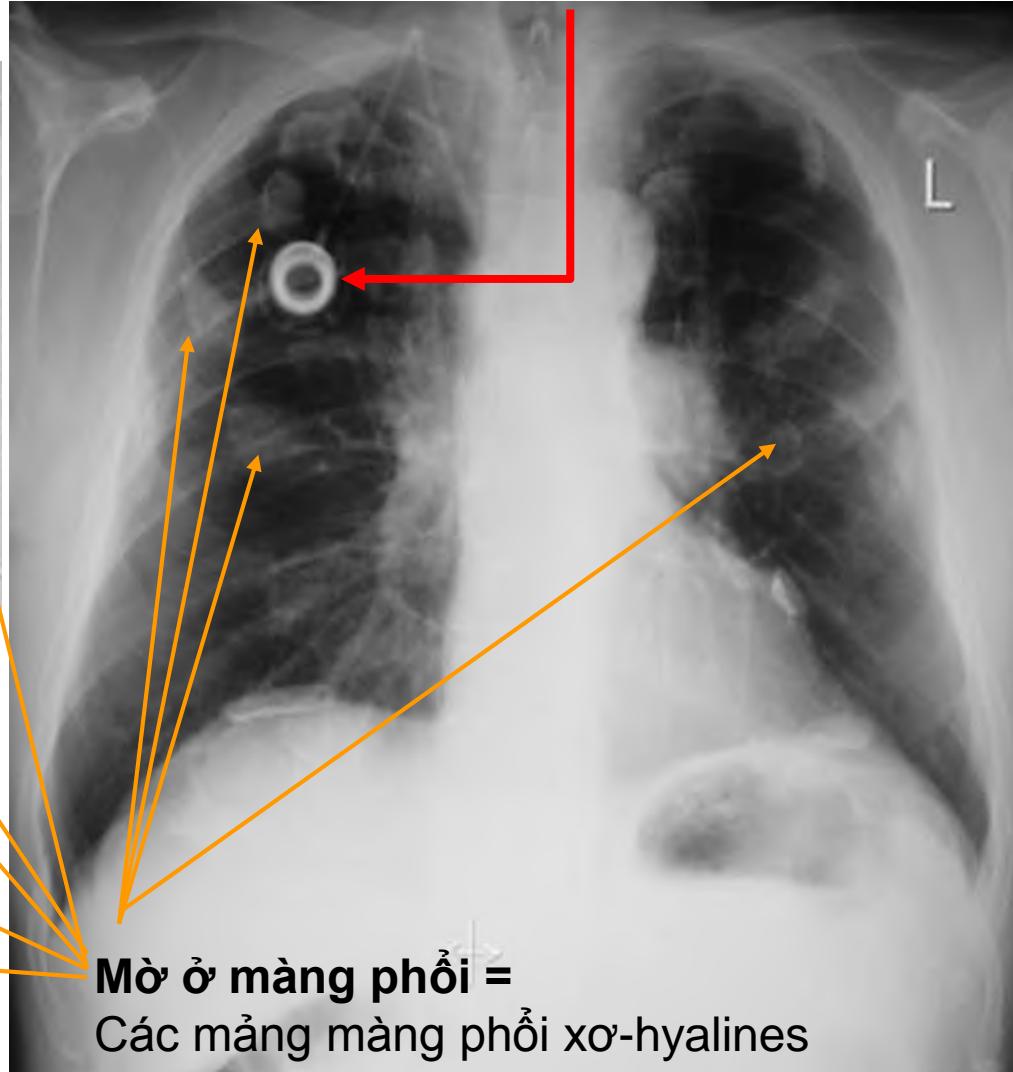
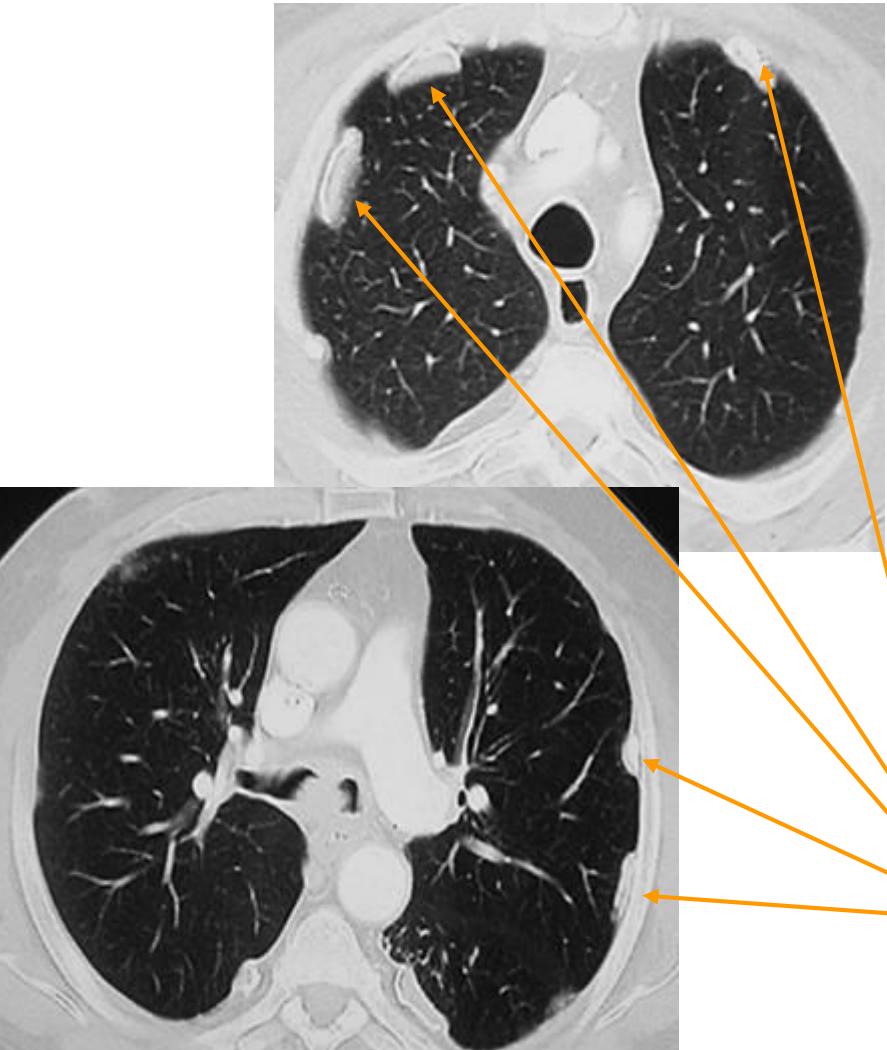


Đám mờ của nhu mô: Nó có ở trong nhu mô không?

Mờ dạng nốt không
nằm trong nhu mô

Mờ đục (mũi tên đỏ)

Hộp để điều trị hóa chất,
được đặt dưới da



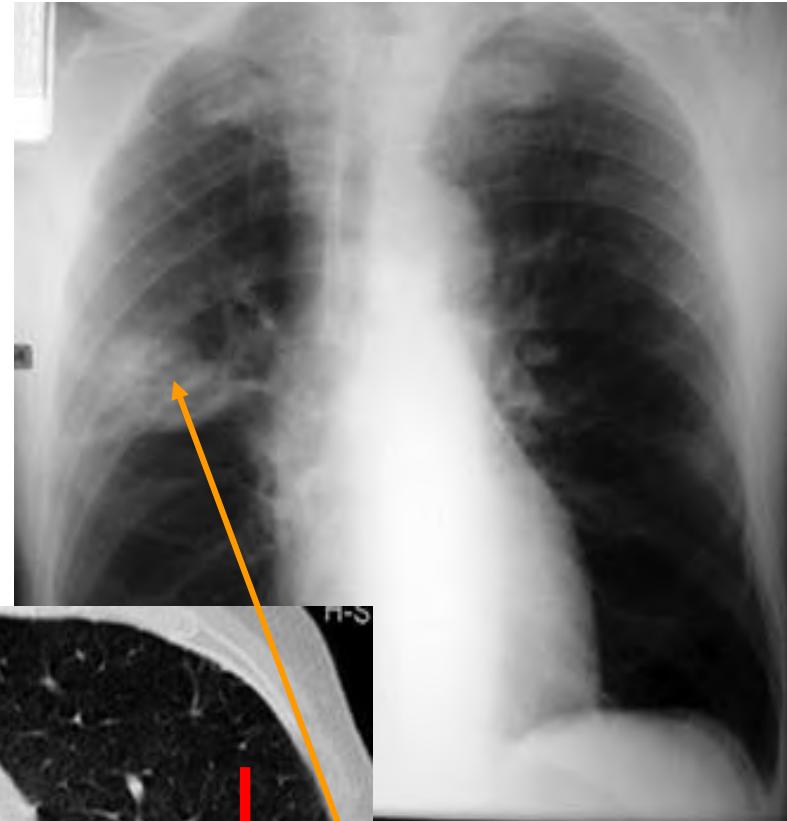
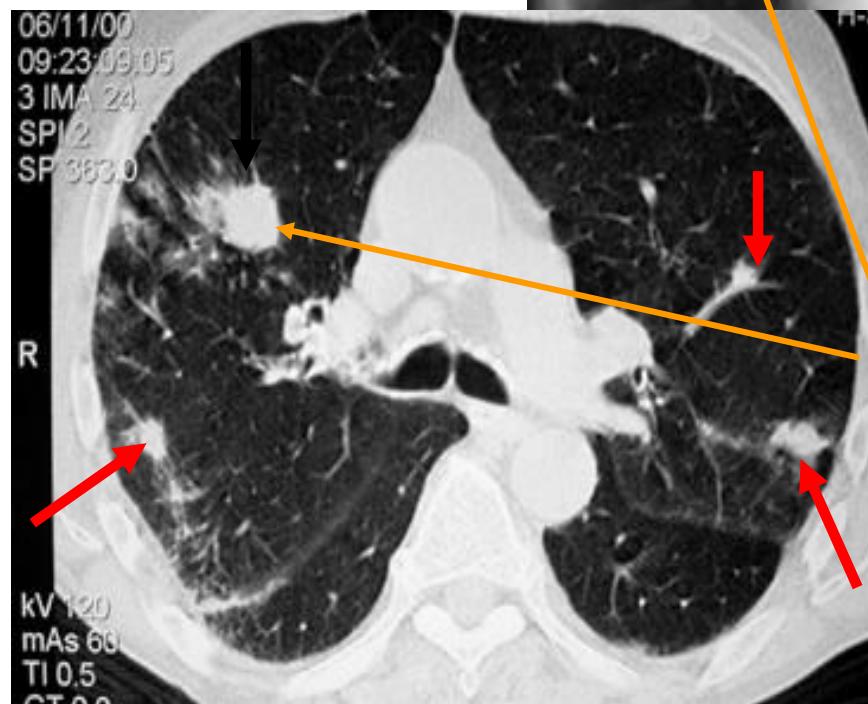
Mờ ở màng phổi =
Các mảng màng phổi xơ-hyalines

Đám mờ của nhu mô phổi: nó có tách biệt hay không?

Các đám mờ có thể xuất hiện tách biệt trên Xquang ngực.

Cách duy nhất để xác định được đặc điểm của các đám mờ này là chụp CT ngực.

CT ngực sẽ làm rõ ràng đặc điểm đám mờ đó và các tổn thương khác (mũi tên đỏ).

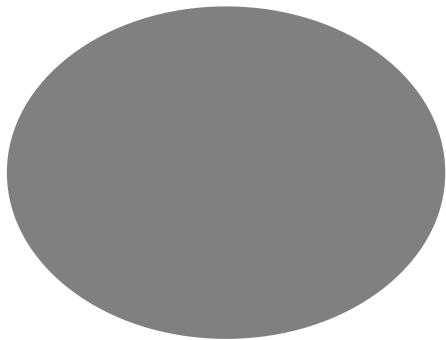


Đám mờ đục bên cạnh rốn phổi phải có vẻ tách biệt trên Xquang

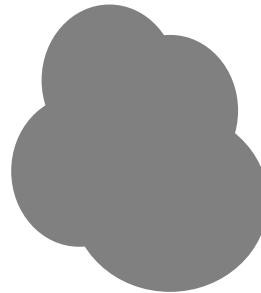
Các hình thái đám mờ ở nhu mô

Đây là 1 điểm rất quan trọng vì thoát nhìn, ta có thể đánh giá đó là một khối rất có khả năng ác tính hoặc ta chưa biết nó là gì cần khảo sát thêm hay để theo dõi thêm.

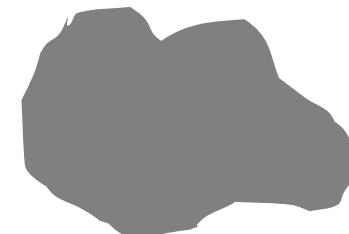
Đường viền đều nhẵn hay nham nhở?



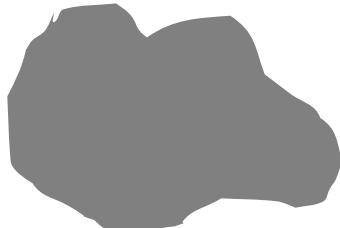
Đều, nhẵn



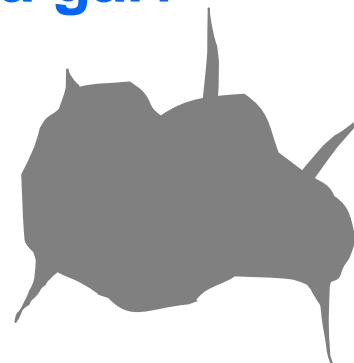
Nham nhở



Tua gai hay không tua gai?



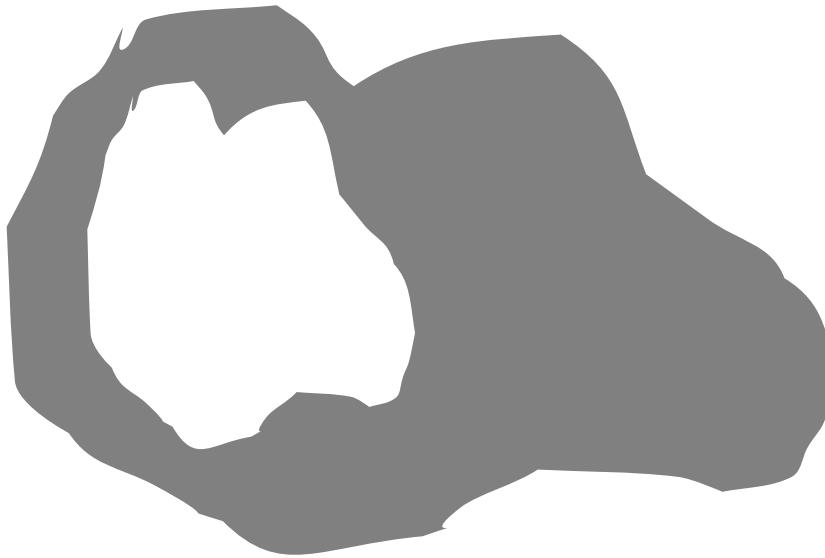
Nham nhở ko tua gai



Tua gai

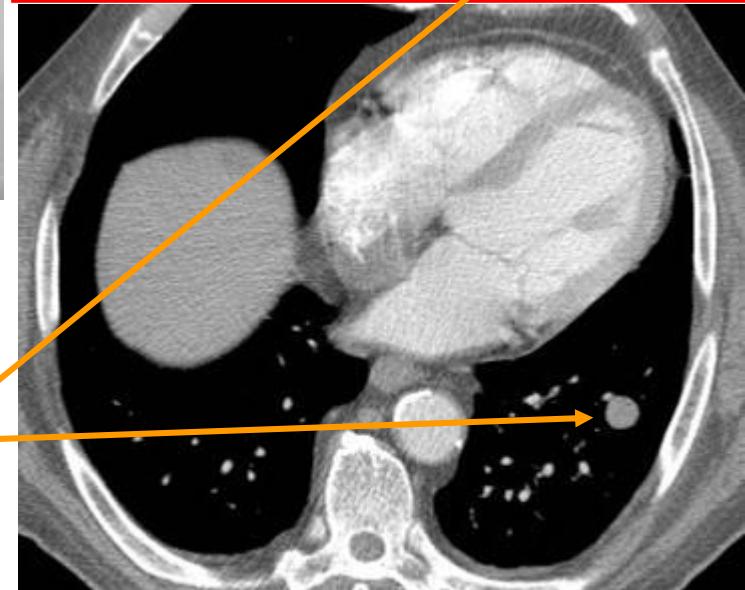
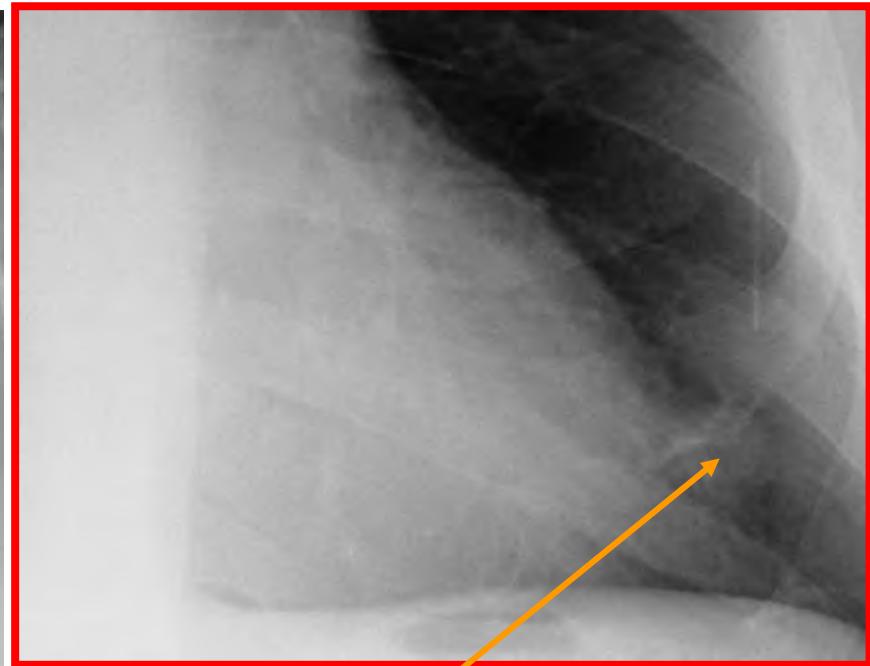
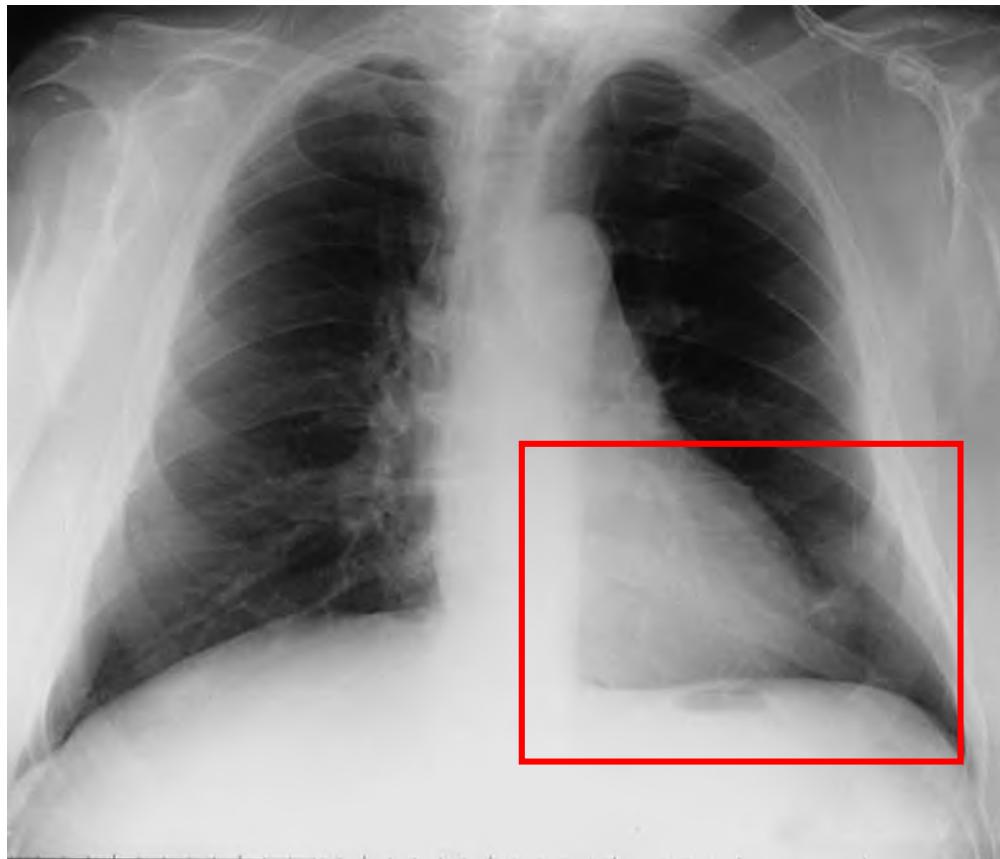
Hình tua gai biểu hiện sự xâm lấn của khối u dọc theo đường mạch bạch huyết

Hình thái đám mờ ở nhu mô



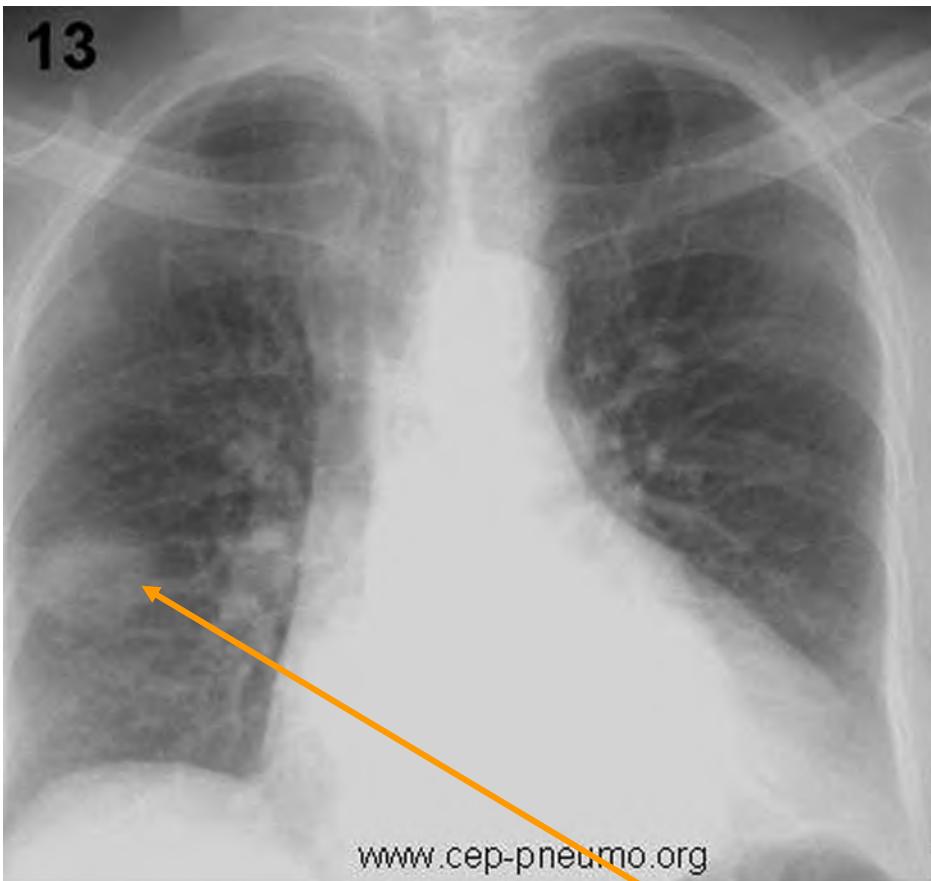
Đám mờ có bờ nhám nhở tạo hang

Khối u và những quá trình nhiễm khuẩn có xu hướng hoại tử tự nhiên. Chất hoại tử thoát ra khỏi đường hô hấp, để lại khoảng trống trong vùng tổn thương được gọi là **hang**. Hang của một khối, với thành dày, lệch tâm, là một luận chứng của sự ác tính.



Nốt mờ bờ đều nhẵn ở thùy
dưới phổi T

13

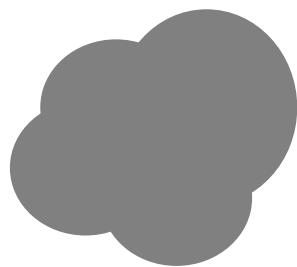


14

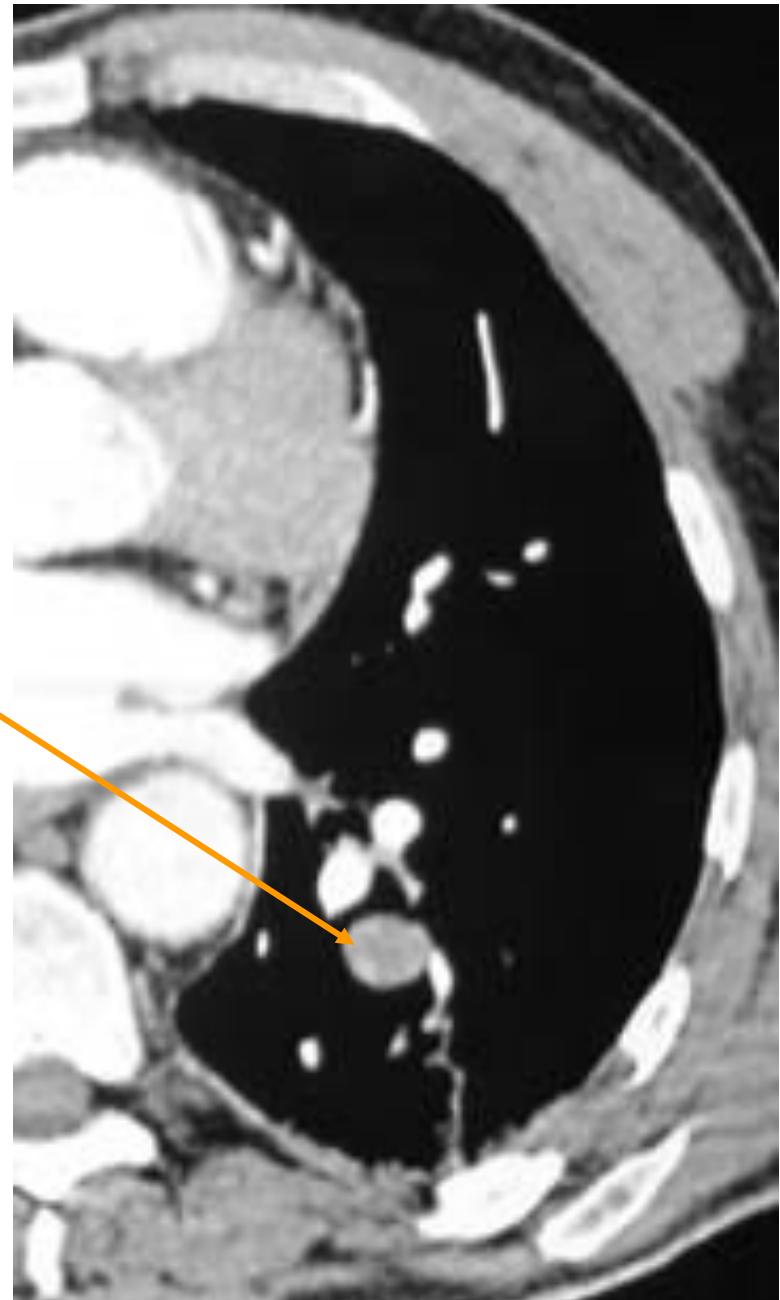
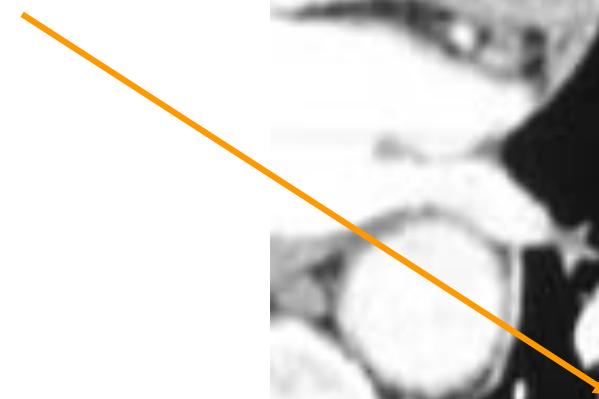


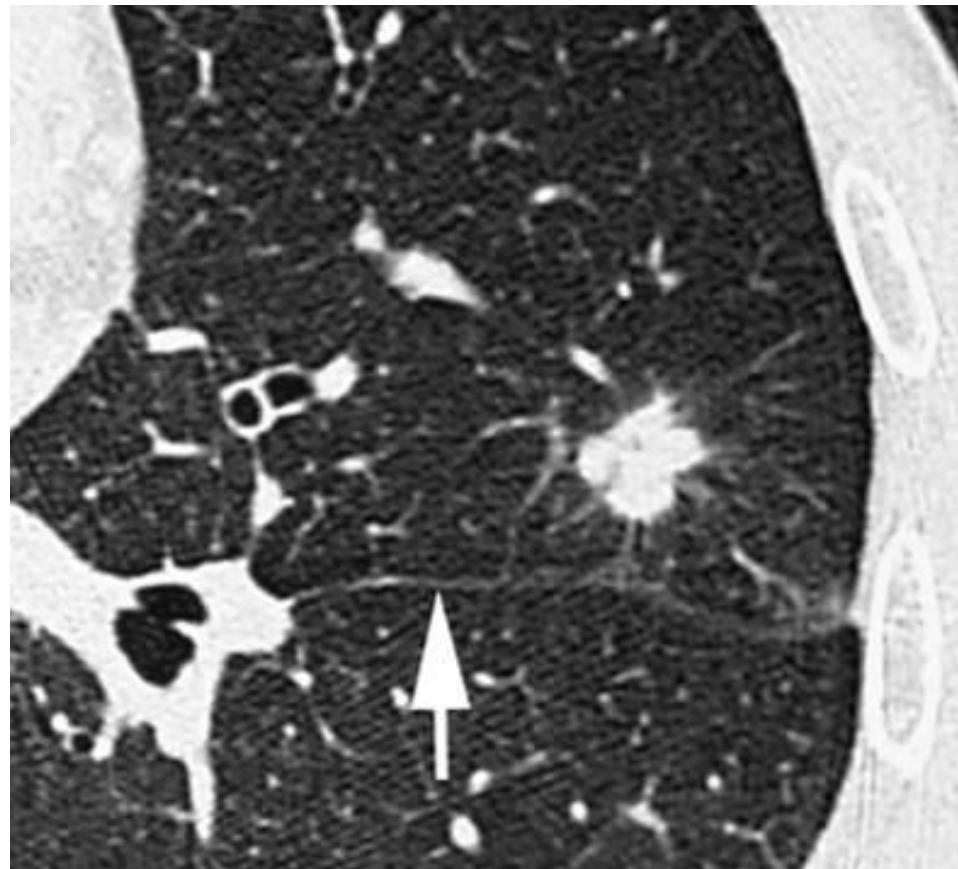
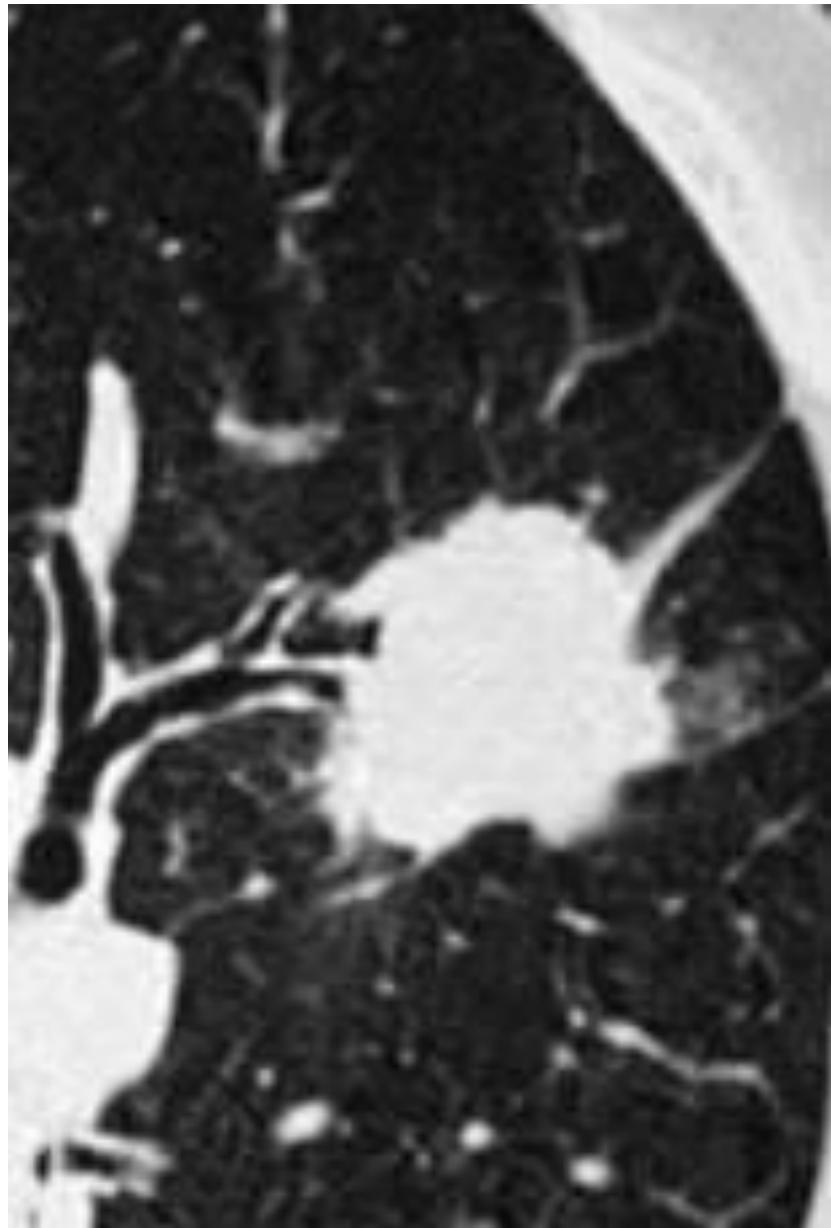
Khối mờ bờ đều nhẵn thùy dưới phổi P

Khối mờ bờ nham nhở
(đa cung) thùy trên
phổi T



Nốt mờ bờ đều nhẵn thùy dưới
phổi T



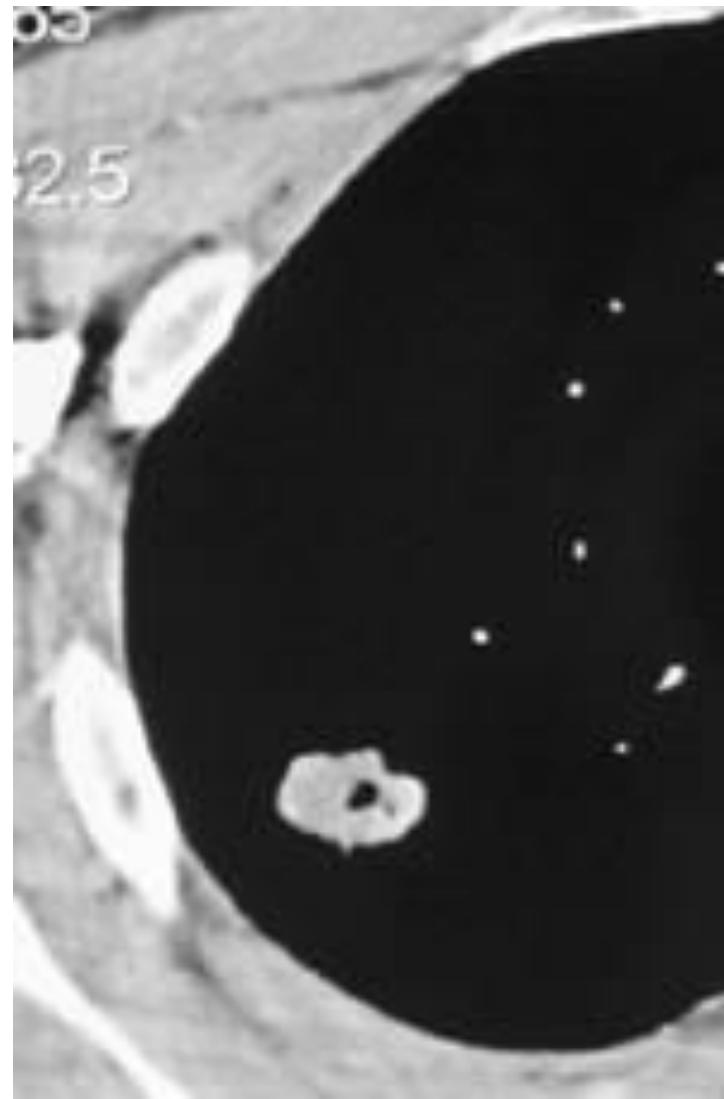
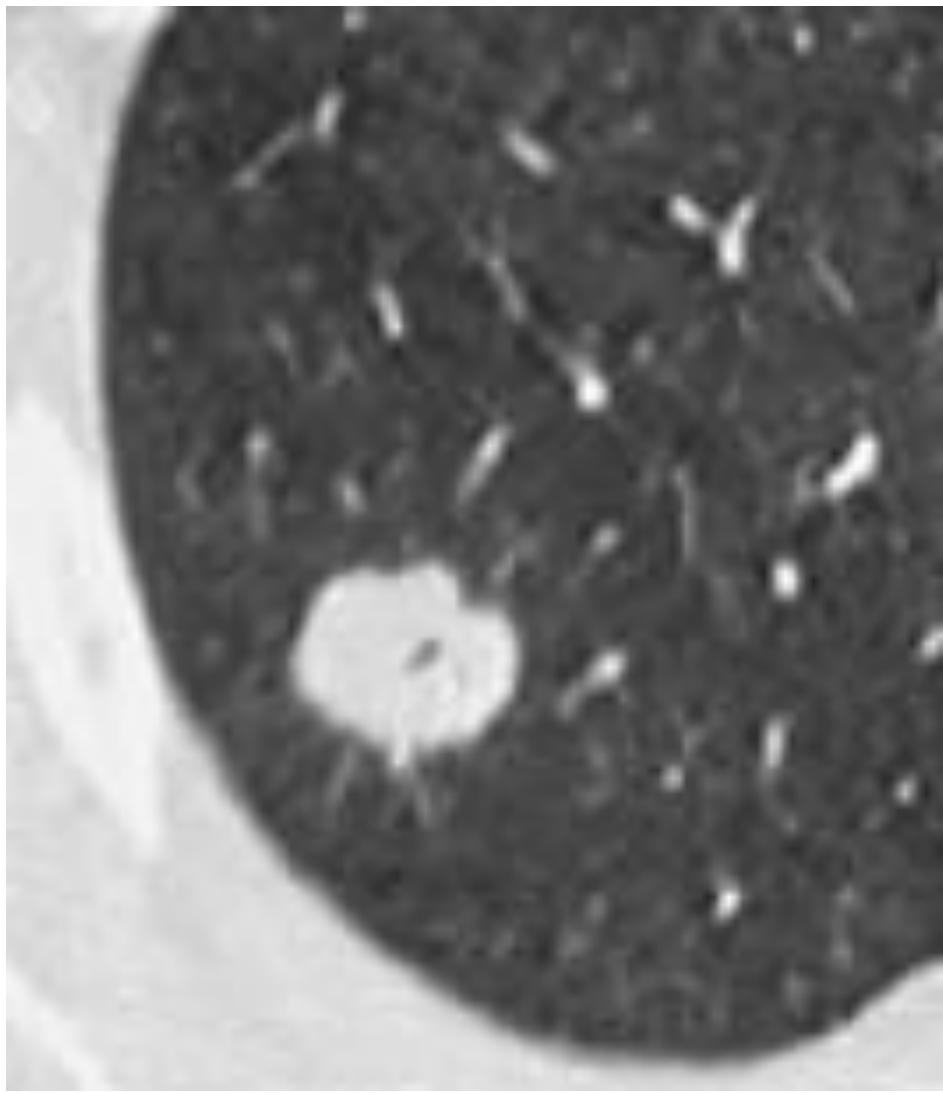


Khối mờ bờ nham nhỏ có tua gai
(ở 2 bệnh nhân khác nhau)



www.cep-pneumo.org

Đám mờ bờ nham nhở, tua gai, trong tạo hang (hang thành dày)



Khối mờ bờ không đều trong tạo hang ở phổi P

Kích thước đám mờ ở nhu mô:

Một nguyên tắc cơ bản: càng to thì càng ác tính (ung thư)

Trong thực hành, tất cả tổn thương > 2 cm \Rightarrow nghi ngờ

Định nghĩa

KT

Hạt kê

< 3 mm

Nốt nhỏ

< 6 mm

Nốt

$6 - 10$ mm

Nốt to

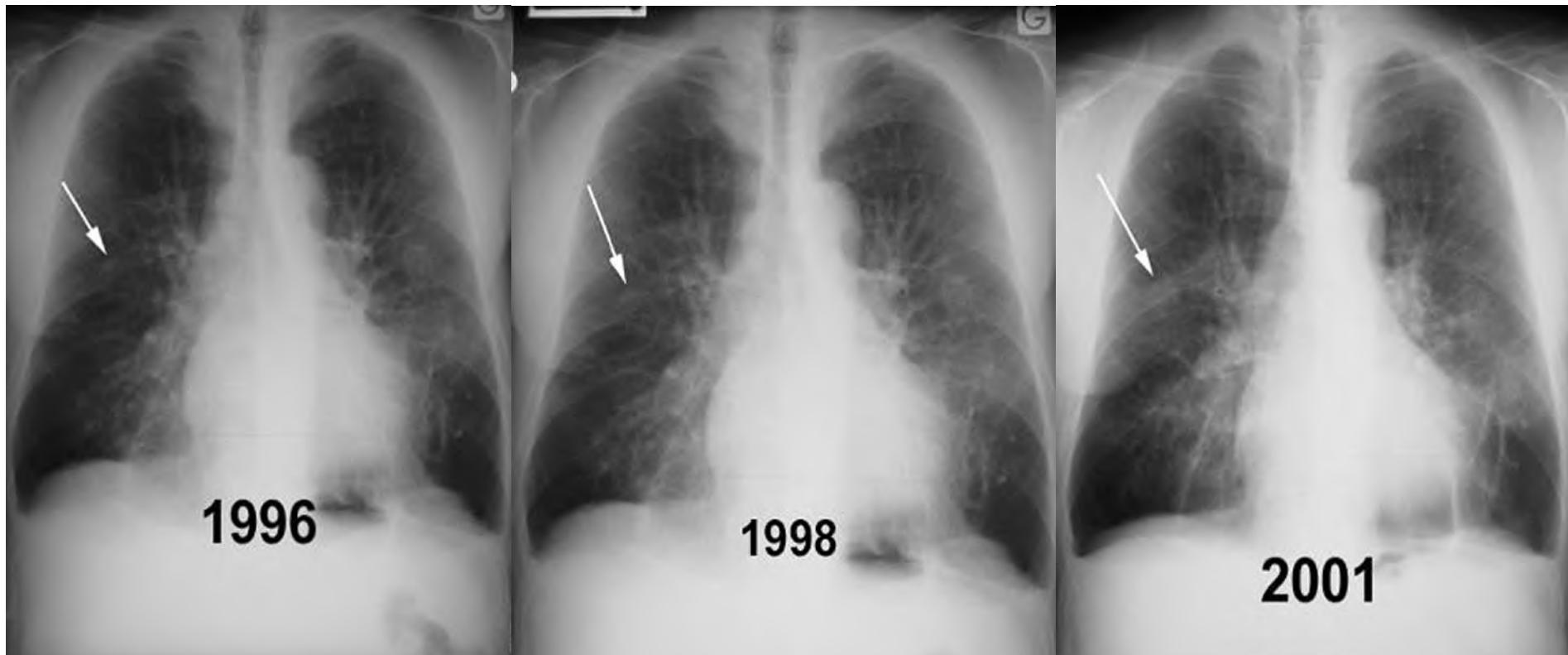
$10 - 30$ mm

Khối

> 3 cm

Lịch sử đám mờ ở nhu mô

Đây có phải nốt mờ mới xuất hiện (đánh giá qua các phim chụp trước đây)?



Tốc độ tăng trưởng (thời gian nhân đôi kích thước) ?



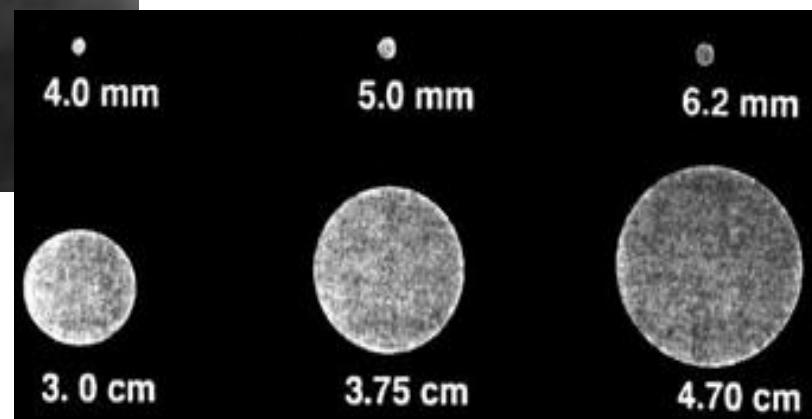
2007



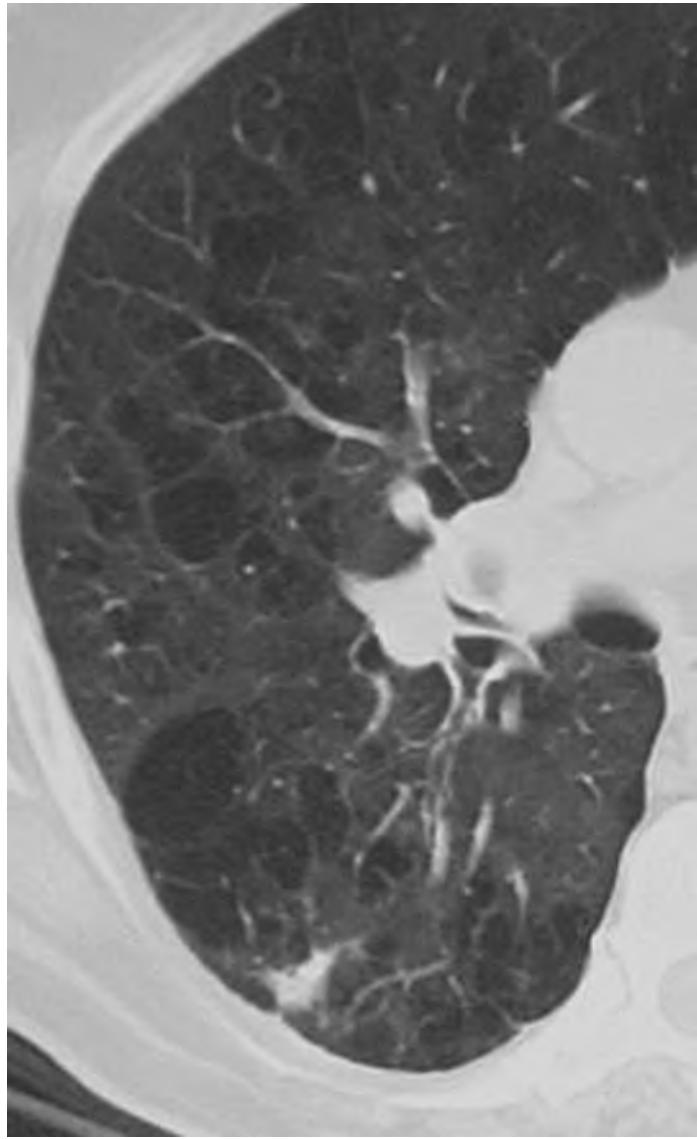
2011

Quá trình hình thành

Tiến triển ?



CHÚ Ý trường hợp không có phim cũ để so sánh, mà ở BN có đám mờ nghi ngờ thì coi đây như một tổn thương mới.



Tổn thương nhỏ không đặc hiệu

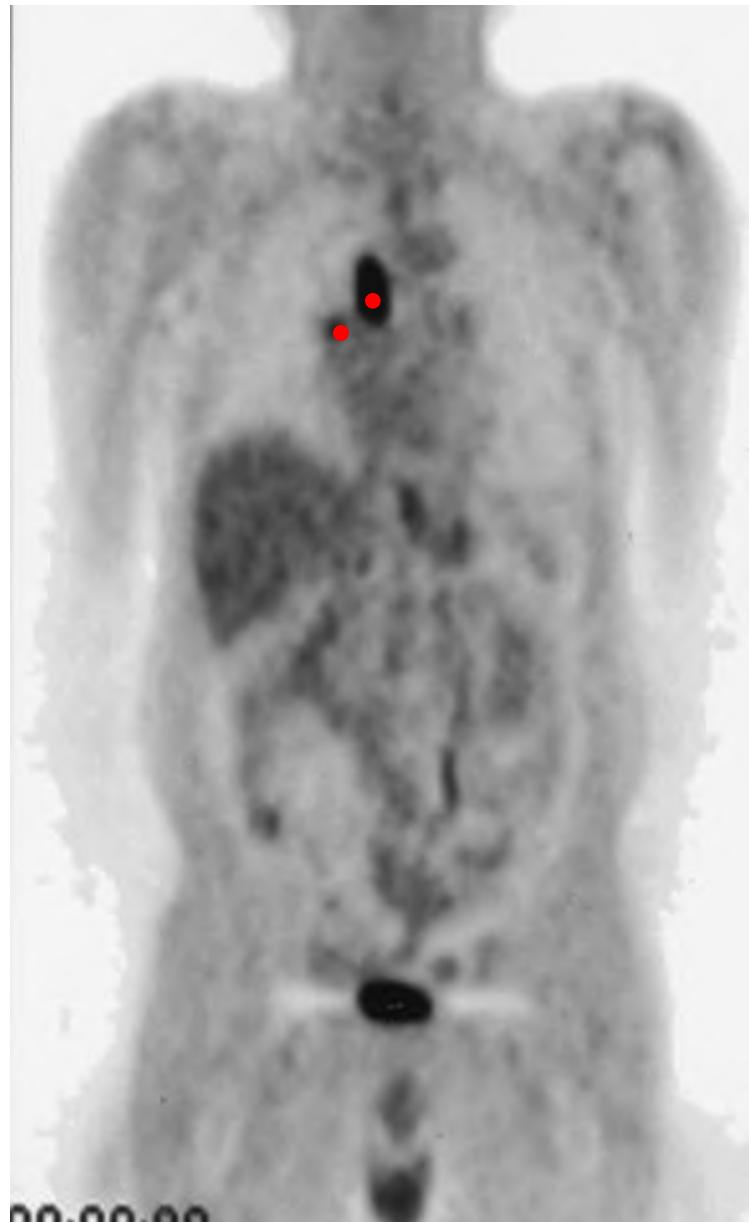


1 năm sau: tổn thương to lên,
xuất hiện tua gai

Đám mờ của nhu mô: sự trao đổi chất

Chụp phóng xạ hạt nhân (PET CT)

- Dựa vào hình ảnh tăng chuyển hóa,
- Sử dụng các chất nền như acid amin hoặc glucose.
- Chất phóng xạ hay được sử dụng nhất là ^{18}FDG
- Tăng chuyển hóa và tích tụ ^{18}FDG trong các tế bào ung thư (nhưng không đặc hiệu)



Đám mờ của nhu mô: Những hạn chế của PET CT

PET CT có giá trị dự đoán âm tính tuyệt vời: một tổn thương không tăng chuyển hóa thì không phải ung thư

3 ngoại lệ cho nguyên tắc này:

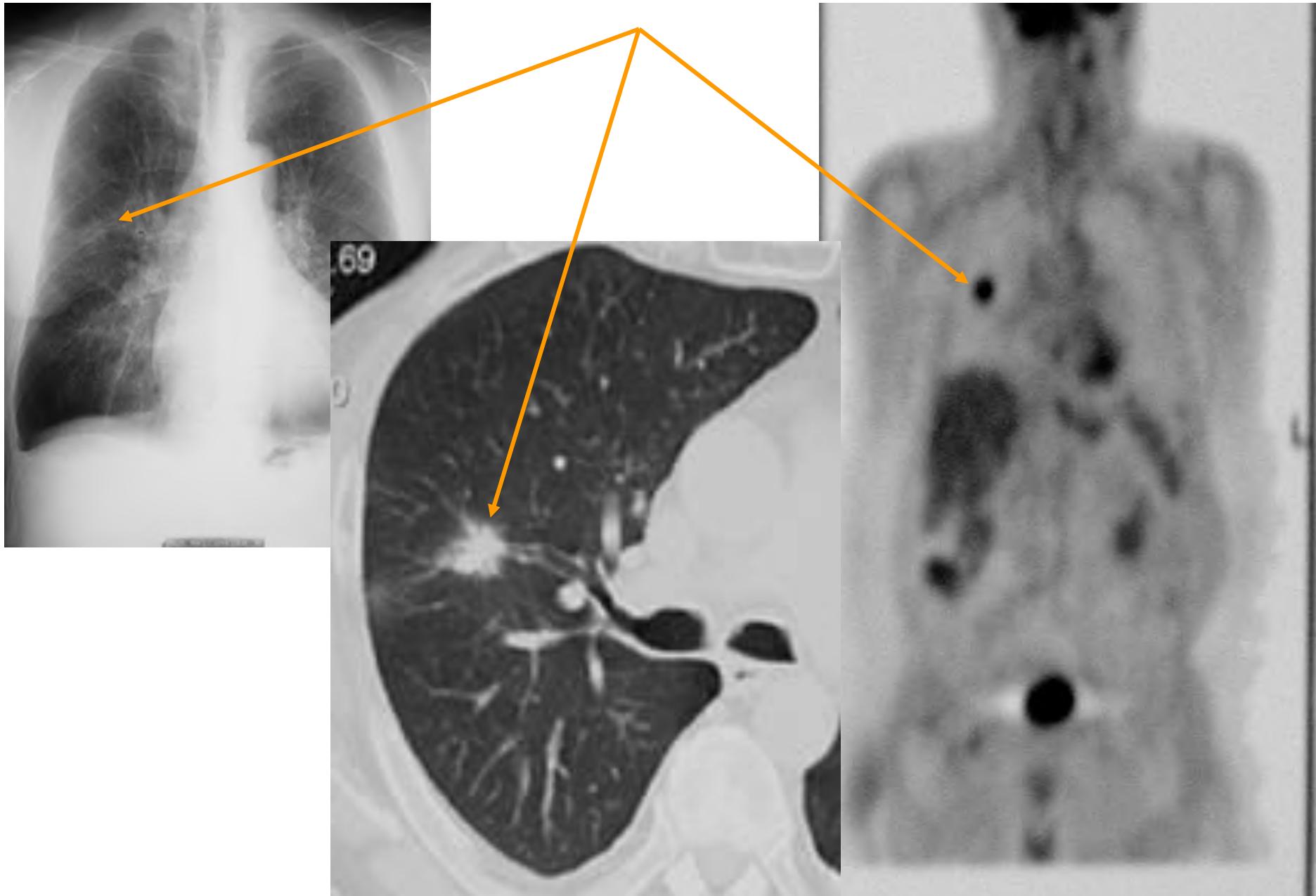
1. Với khối u nhỏ(< 1 cm)
2. Với tổn thương dạng kính mờ (có thể tương ứng với ung thư biểu mô tiểu phế quản- phế nang)
3. Với BN đái tháo đường không kiểm soát (vì đó là sự chuyển hóa đường mà ta nghiên cứu trong PET CT)

PET CT có giá trị dự đoán dương tính rất kém: một tổn thương tăng chuyển hóa không phải lúc nào cũng là ung thư.

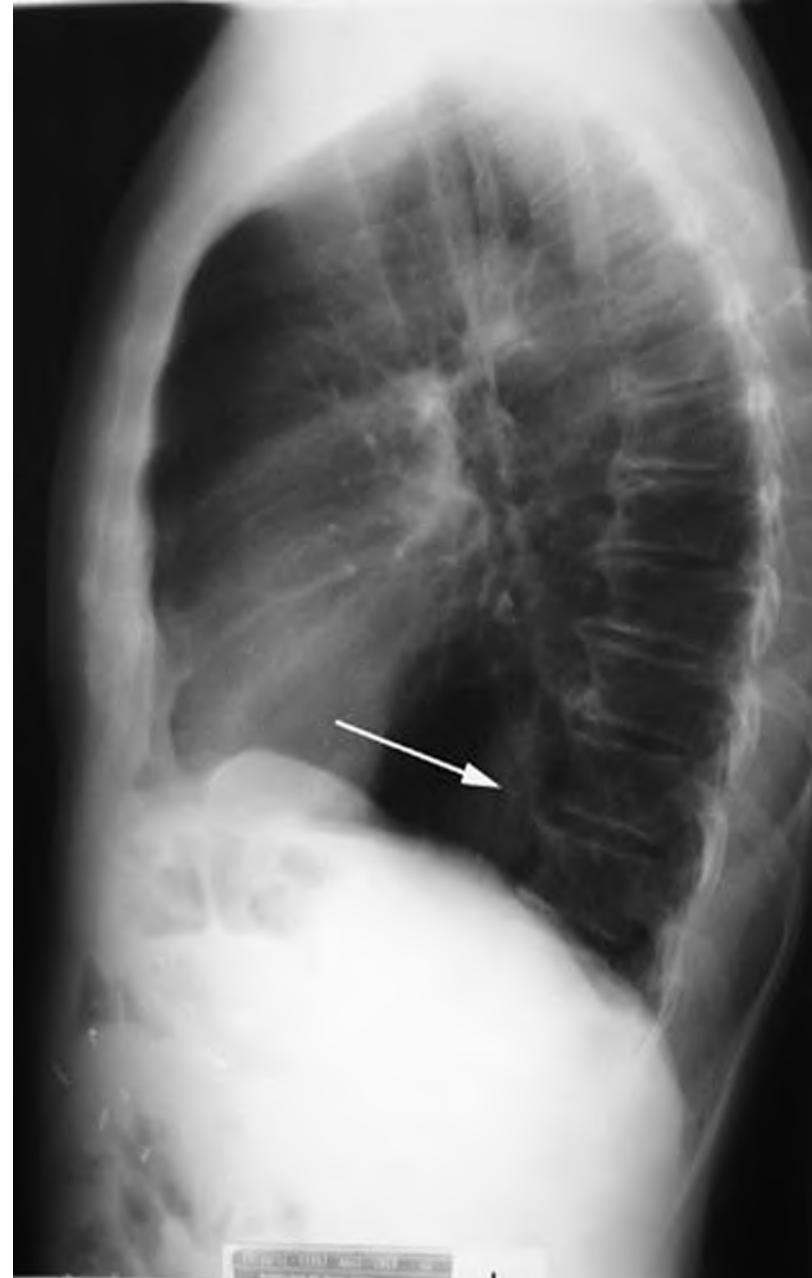
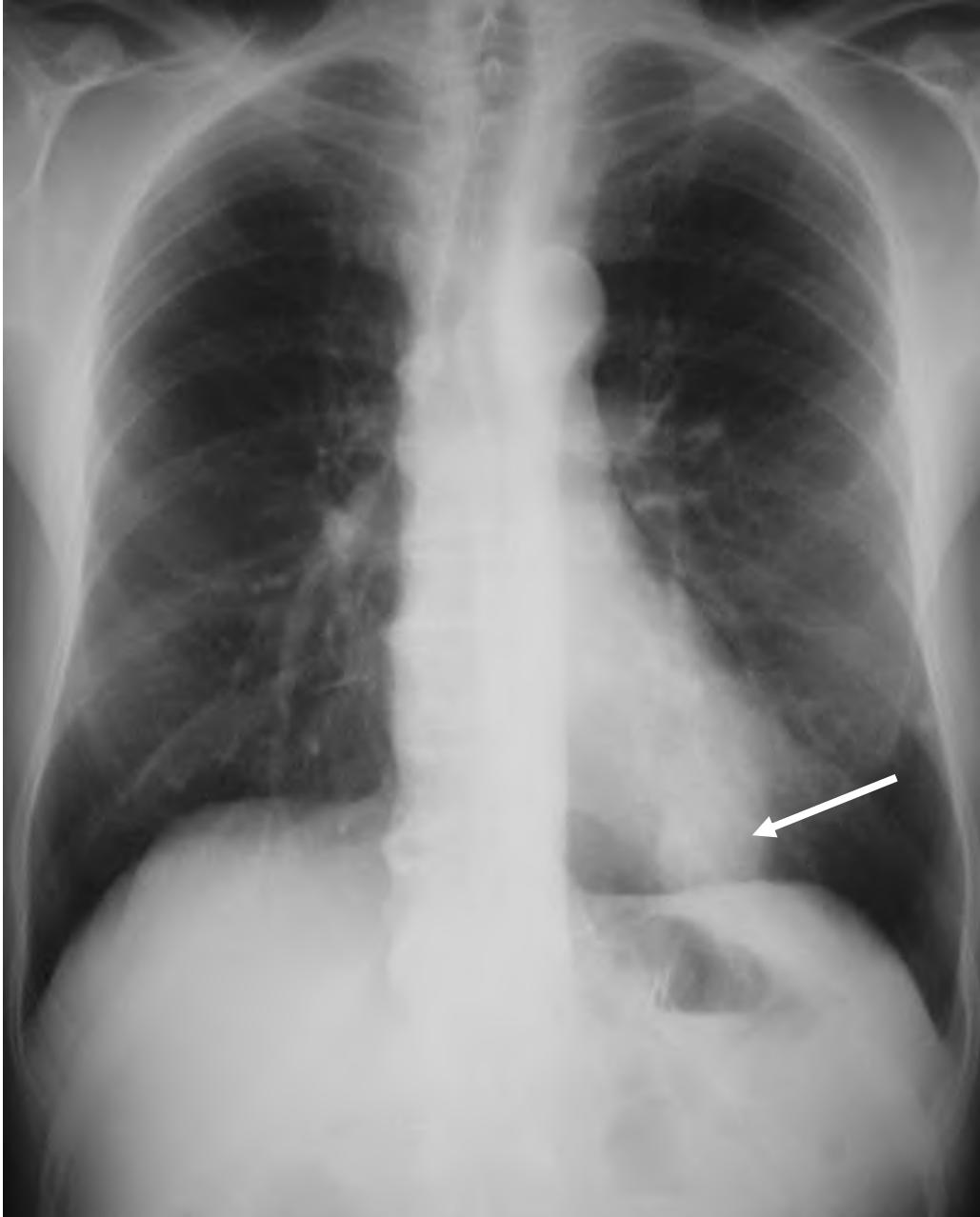
- Tổn thương nhiễm trùng (vd: lao) hoặc tổn thương viêm (vd: u hạt) cho kết quả dương tính giả trên PET CT



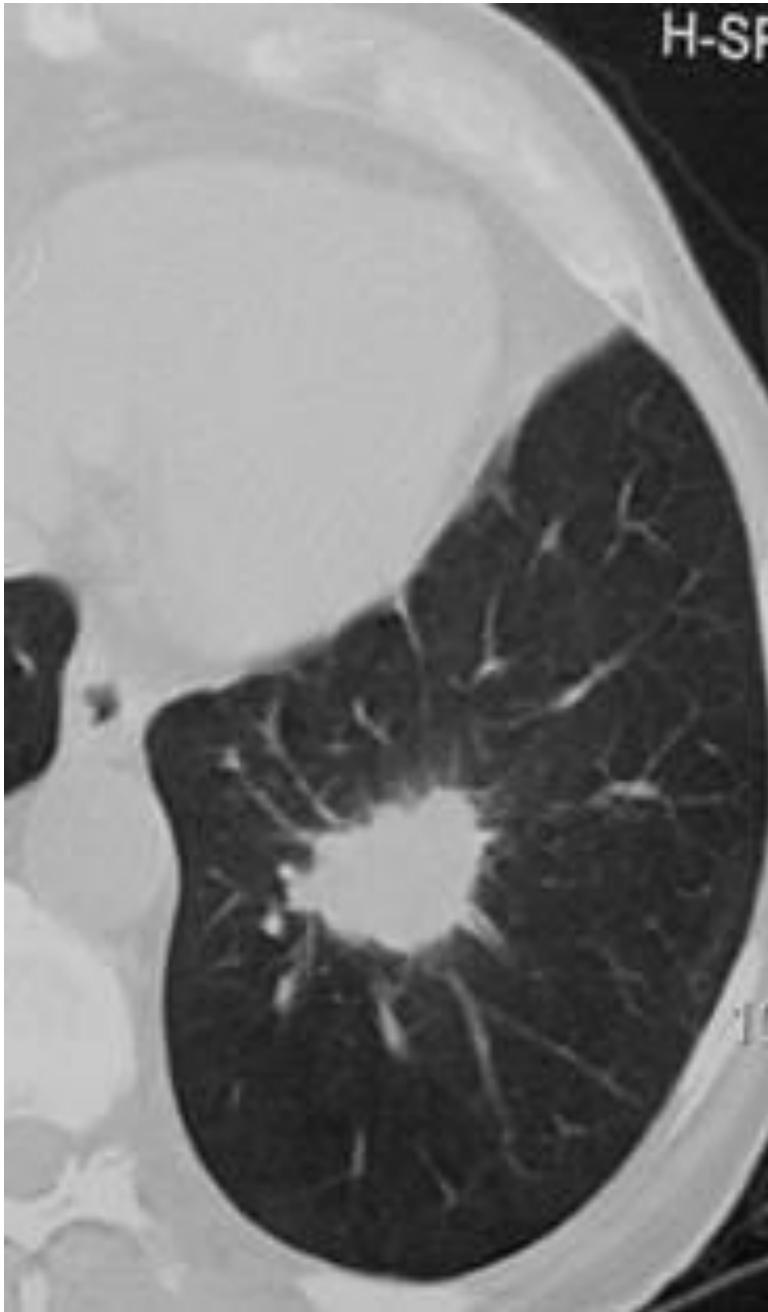
Khối u thùy trên phổi phải, bờ nhám nhở (tua gai), tăng chuyển hóa trên PET



PET (VD 2: Đám mờ đáy phổi T)



Trên CT thấy khối đông đặc bờ nhám nhở có tua gai và tăng chuyển hóa trên PET CT



Đám mờ của nhu mô

Trường hợp đặc biệt: ung thư biểu mô phế quản phế nang

Dạng đặc biệt của ung thư đặc trưng bởi sự lấp đầy phế nang bằng các tế bào u và tôn trọng cấu trúc của phổi



20

Tổn thương kính mờ



Tổn thương đông đặc,
có phế quản hơi

Đóng góp của hình ảnh trong chẩn đoán bước đầu những nốt mờ ở phổi

- Khả năng 1 nốt mờ ở phổi là ung thư phụ thuộc vào hình ảnh:
 - Kích thước
 - > 2 cm
 - Tốc độ phát triển nhanh
 - Hình dạng
 - Bờ đều, nhẵn, muộn hơn bờ nham nhở có tua gai.
 - Tạo hang
 - Vị trí
 - Thùy trên > các thùy khác
 - Tính chất chuyển hóa
 - Tăng chuyển hóa khi chụp PET CT với chất đánh dấu FDG

Tiếp cận ban đầu với đám mờ của nhu mô phổi

■ Khả năng là ung thư cao:

- Kích thước nốt lớn (>2 cm)
- Gặp ở thùy trên
- Tốc độ phát triển nhanh
- Bờ nham nhở
- Bắt thuốc mạnh trên CT có tiêm cản quang
- PET CT : tăng chuyển hóa FDG
- Đàn ông trên 50 tuổi
- Người hút trên 30 bao.năm
- Ho ra máu



Cần xác
định chẩn
đoán ngay

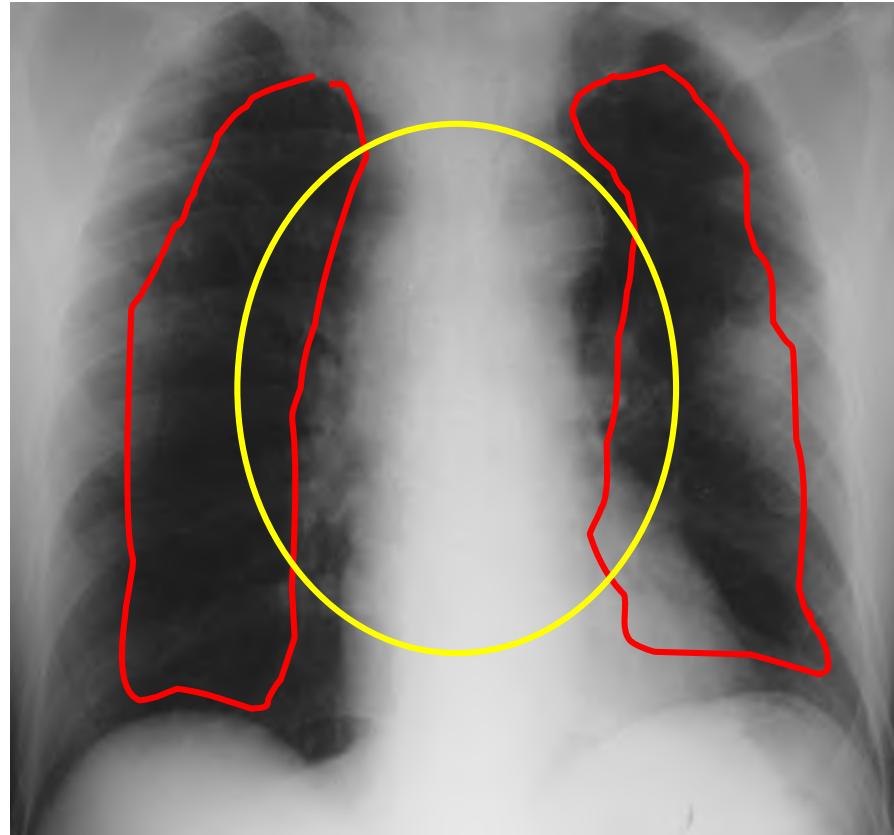
■ Khả năng là ung thư thấp :

- Nốt mờ KT nhỏ
- Xquang tổn thương ổn định trên 12 tháng
- Bờ đều nhẵn, rõ nét
- PET CT: không hoặc ít chuyển hóa với FDG
- Gặp ở phụ nữ trẻ không hút thuốc
- Hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng

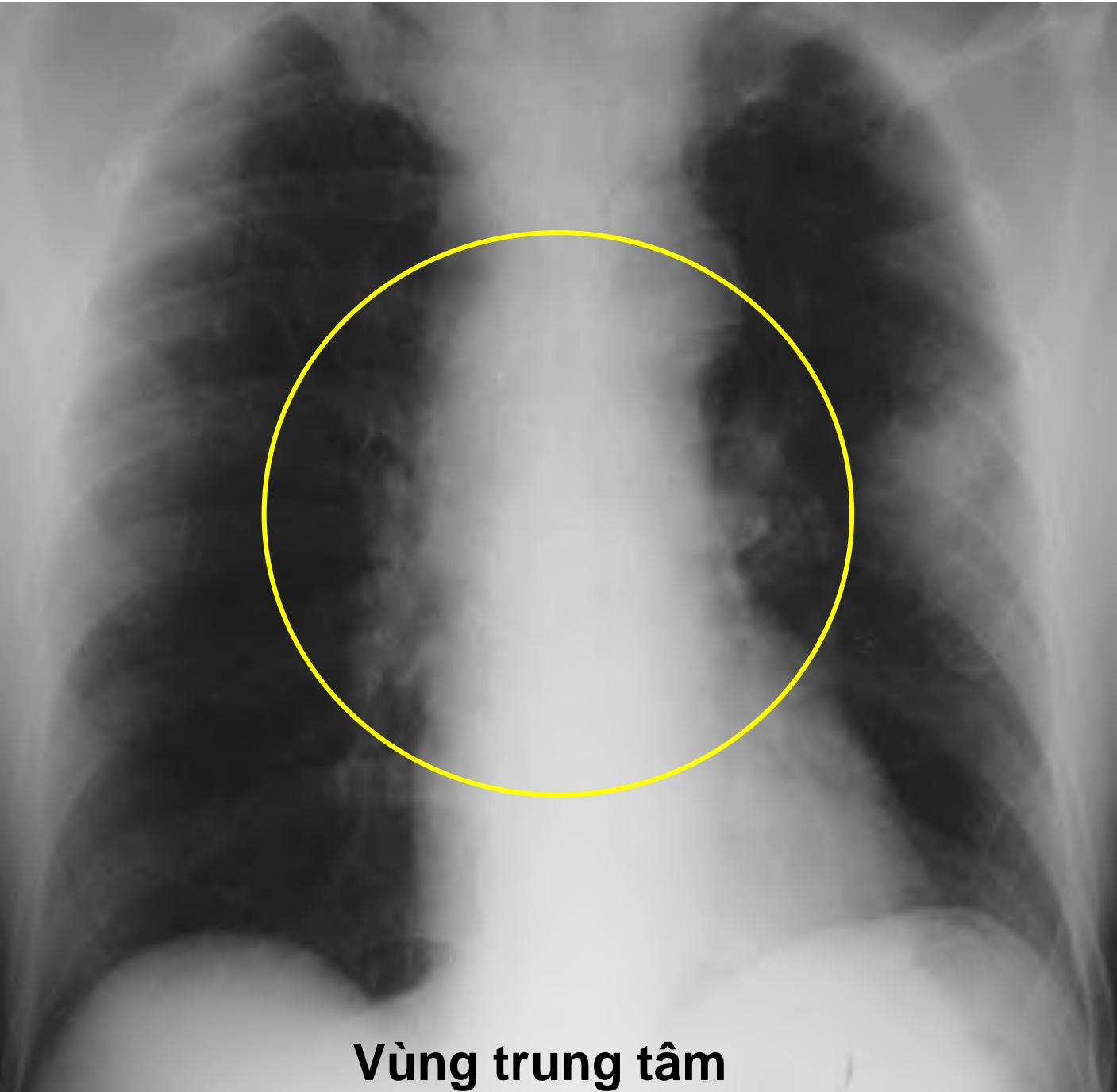


Theo dõi

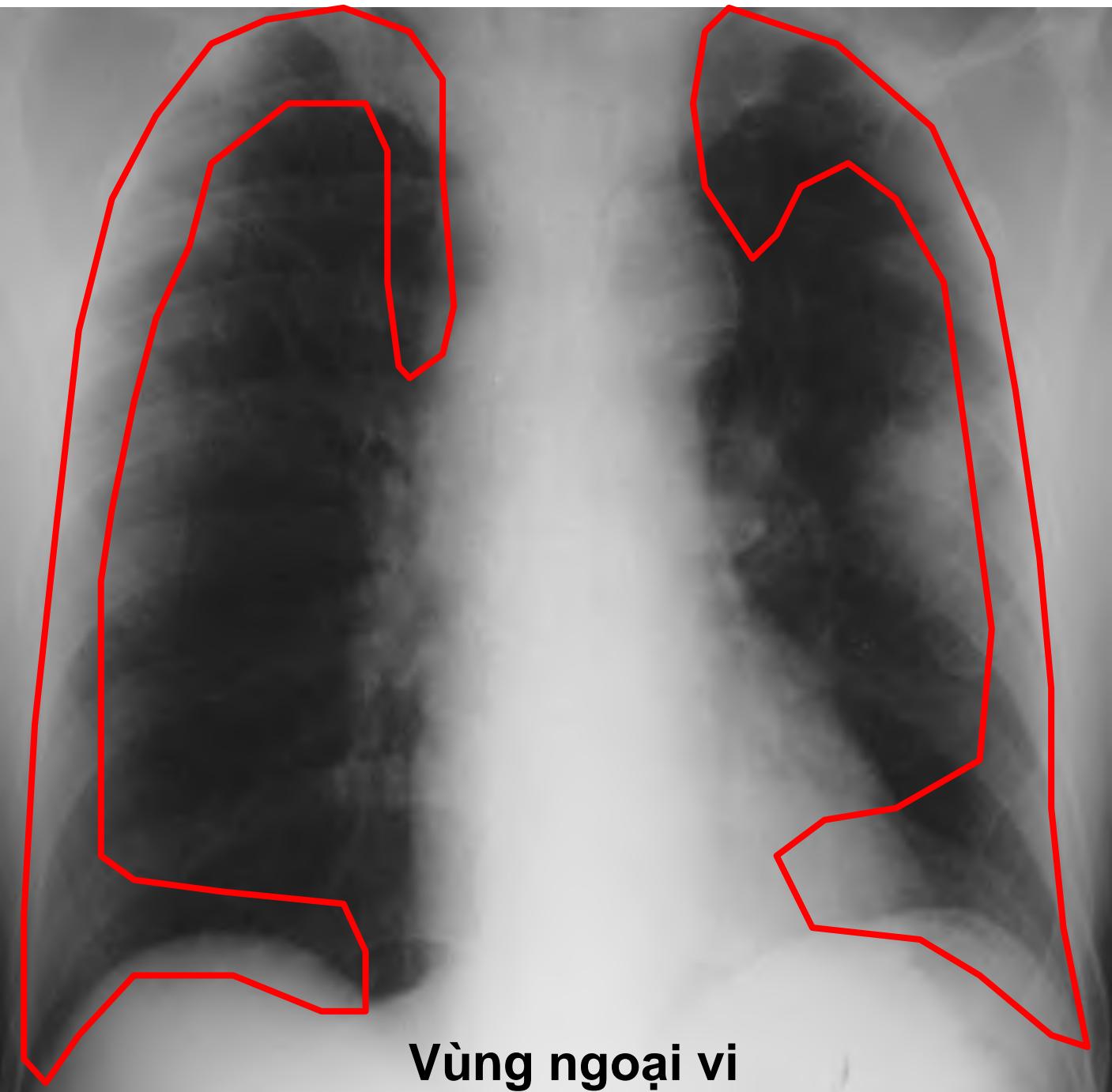
Tiếp cận chẩn đoán các đám mờ của nhu mô



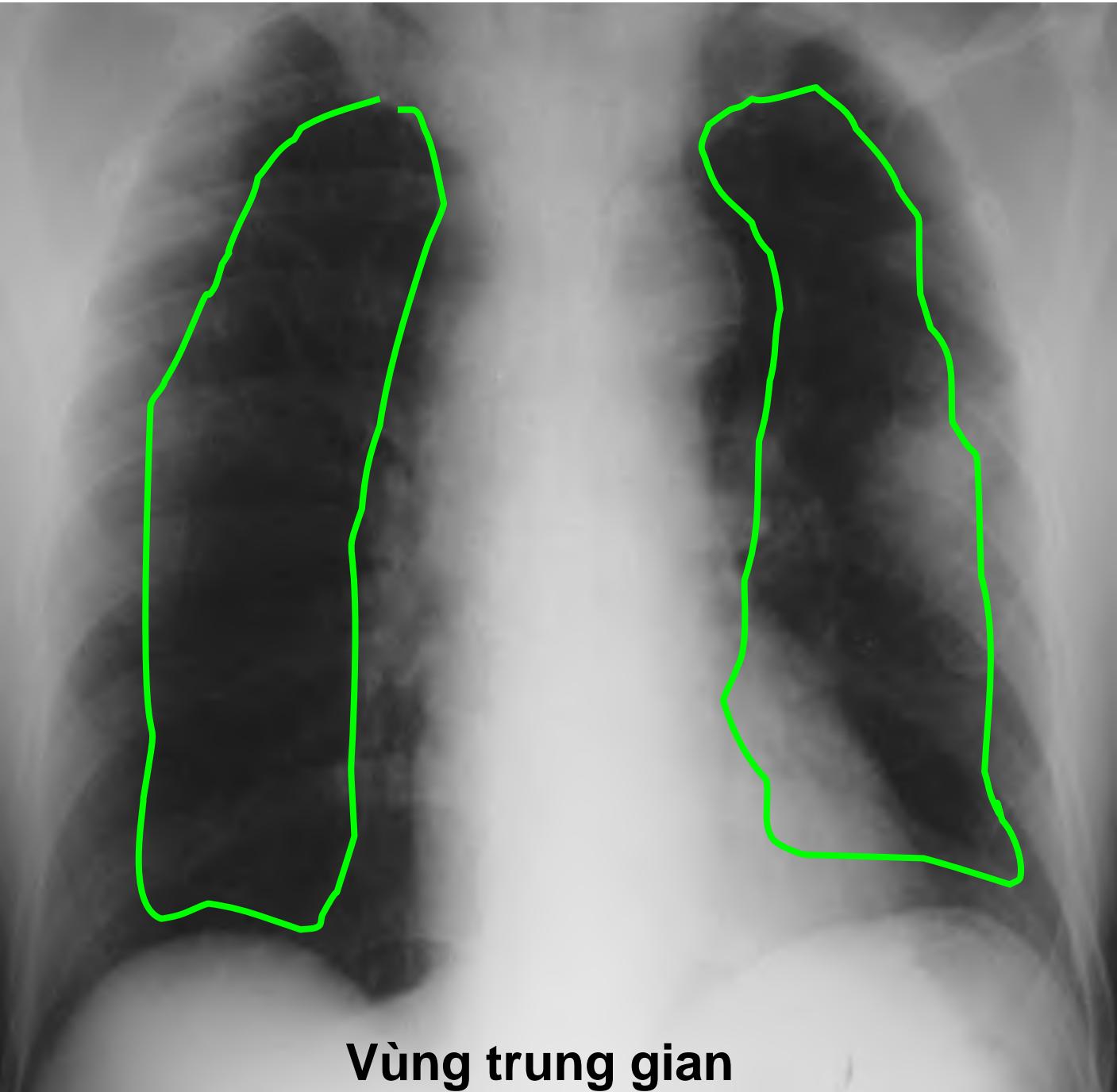
Ta chia thành các vị trí: trung tâm/ trung gian/ ngoại vi



Vùng trung tâm



Vùng ngoại vi

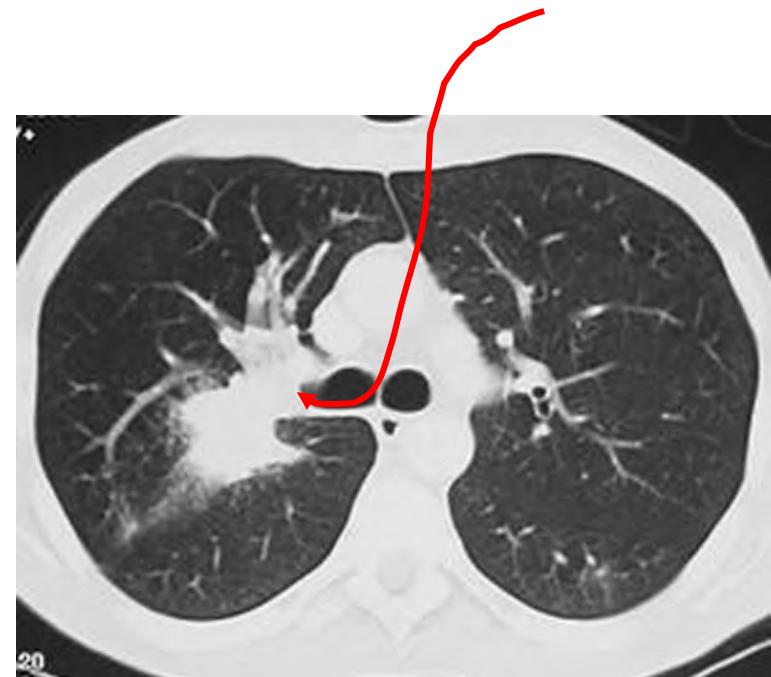
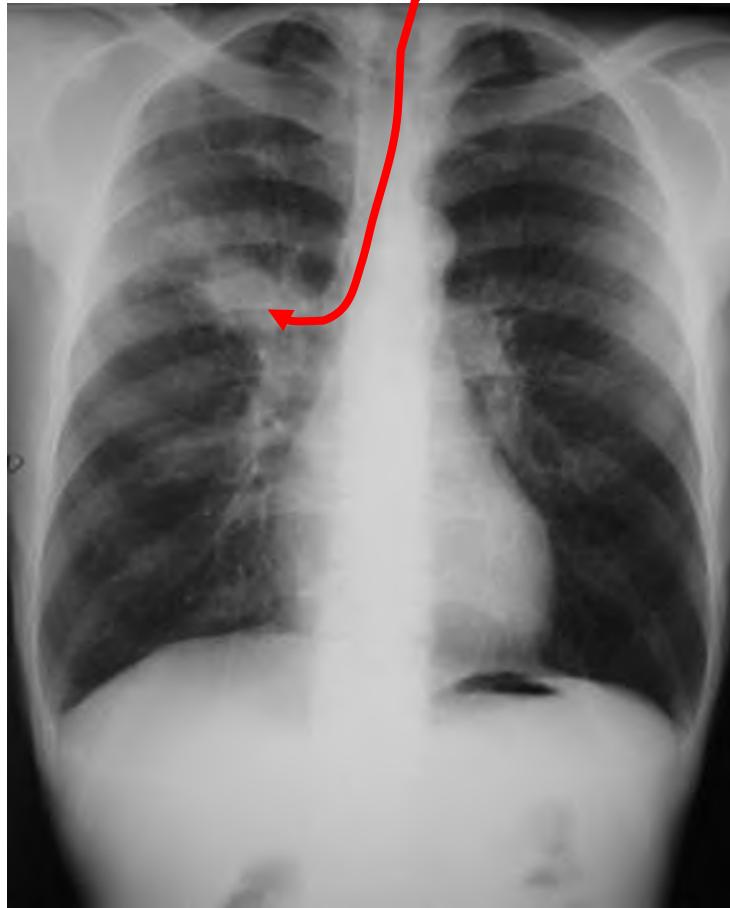


Vùng trung gian

Những tổn thương ở trung tâm

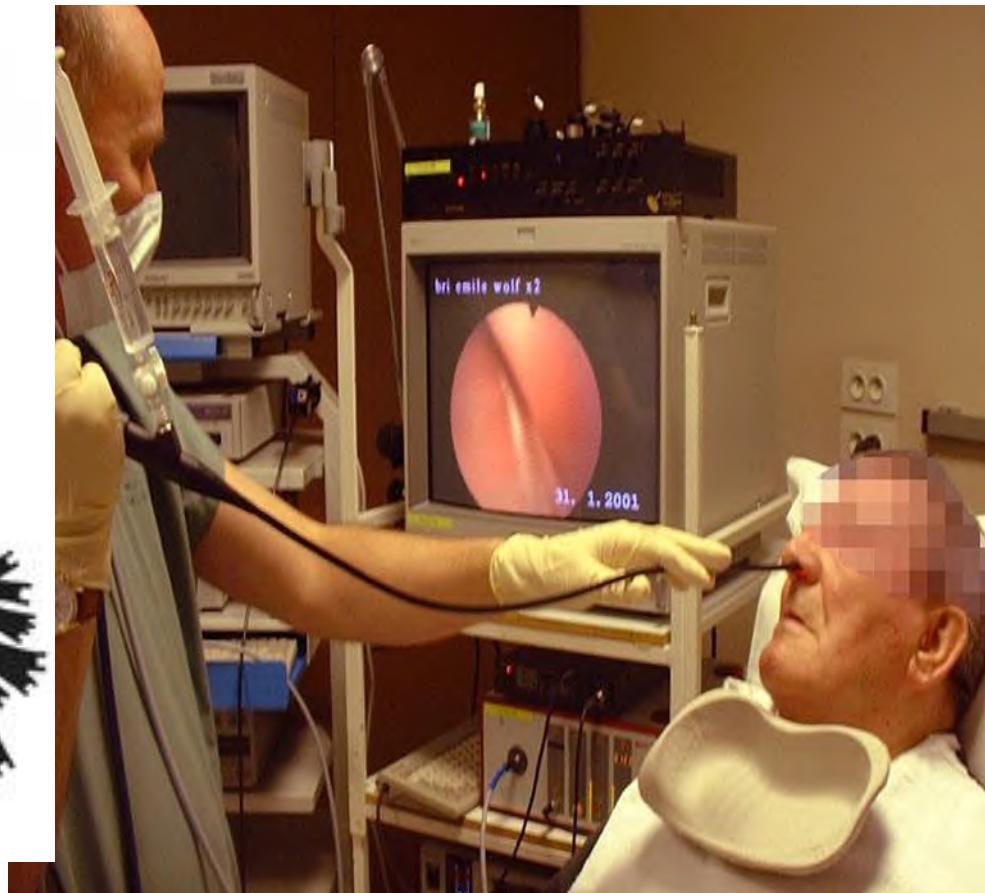
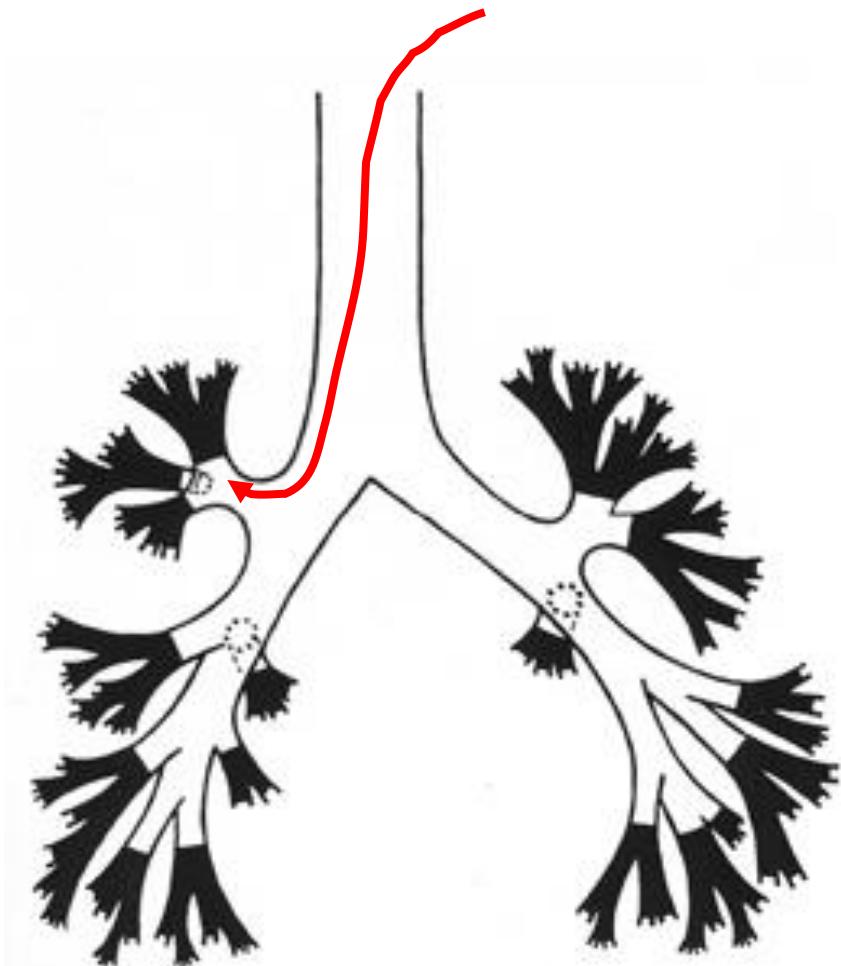
Nội soi phế quản:

- Là XN cần nghĩ đến đầu tiên
- Có lợi hơn 82 %



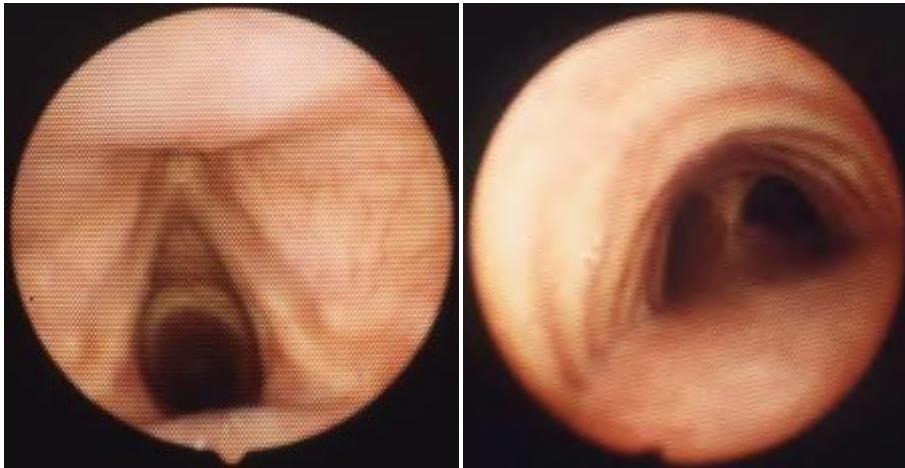
Những tổn thương ở trung tâm

- Phương pháp nội soi phế quản



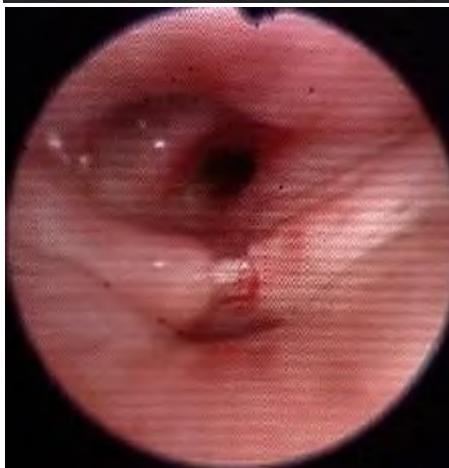
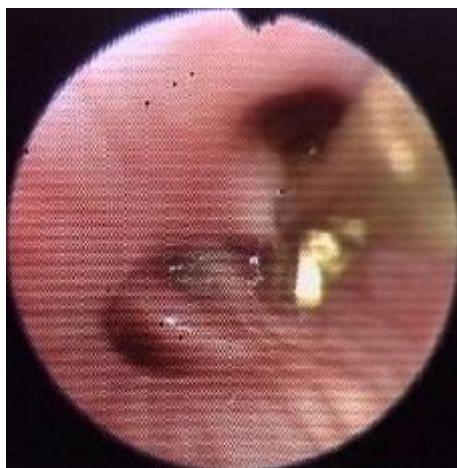
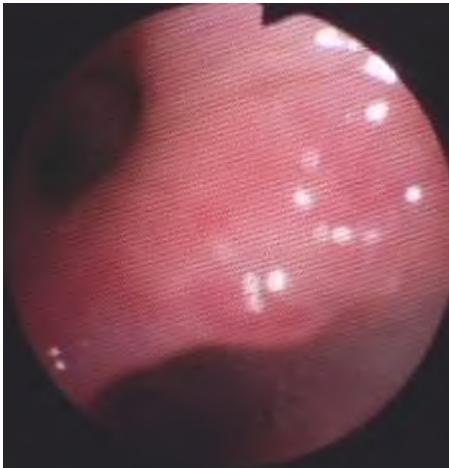
Nội soi phế quản

- Thăm dò đến tận phân nhánh phụ của cây phế quản
- Tìm kiếm bất thường đại thể của niêm mạc khí phế quản



Nội soi phế quản (bronchoscopie)

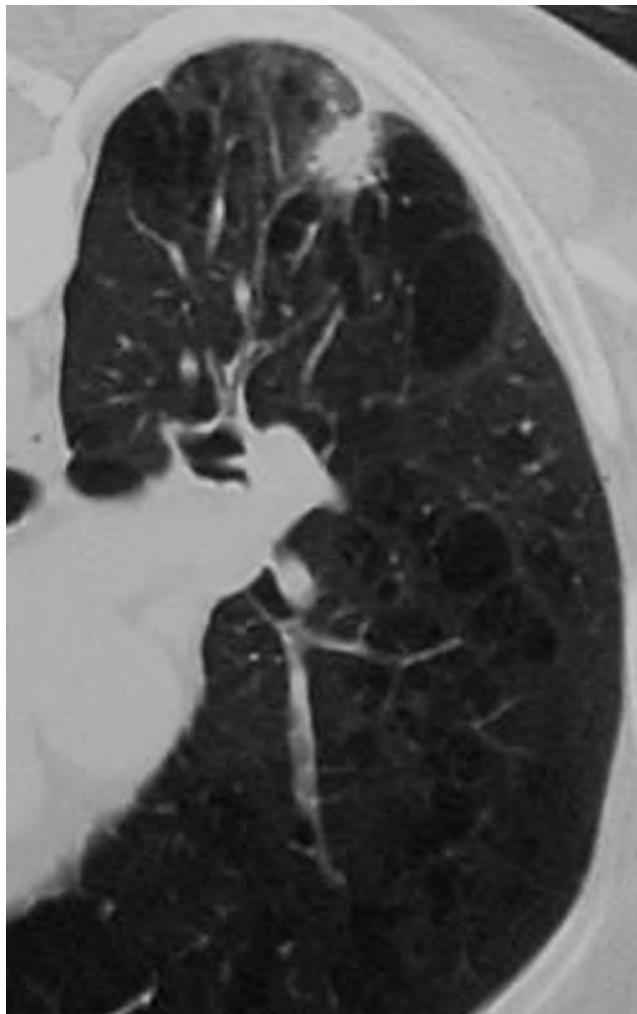
- Sinh thiết kiểm tra các tổn thương nhìn thấy



Tổn thương ở ngoại vi

Sinh thiết xuyên thành ngực

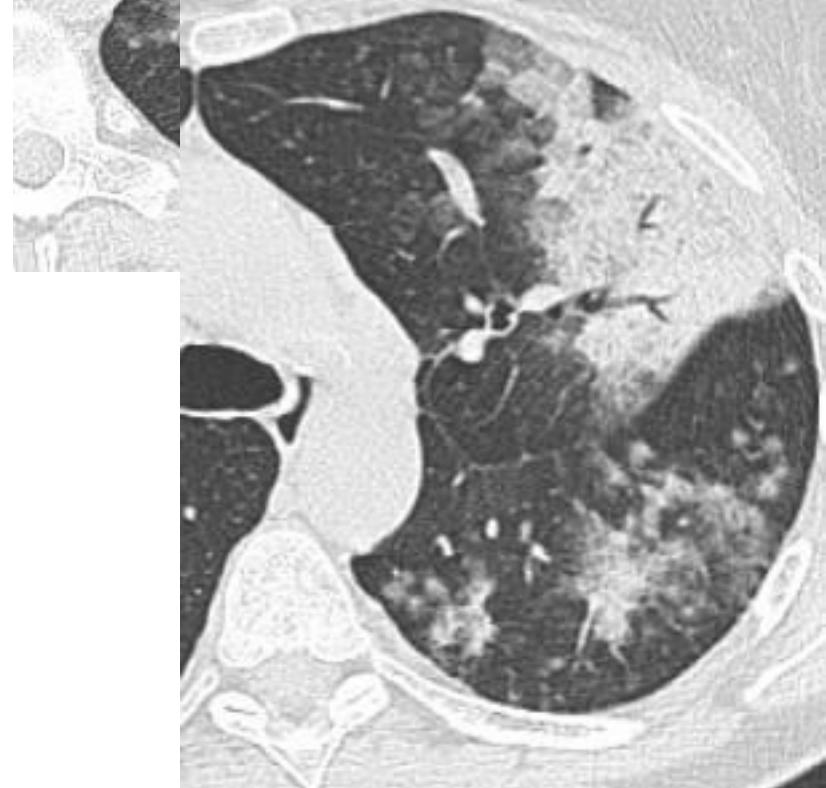
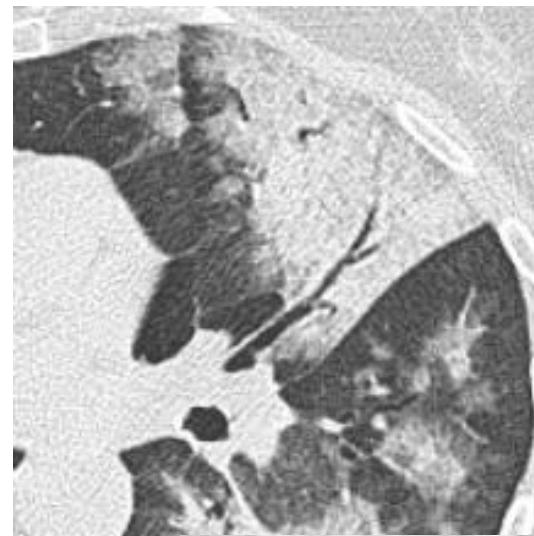
- Dưới hướng dẫn của CT scanner
- Là XN cần nghĩ đến đầu tiên



Sinh thiết xuyên thành



Đối với trường hợp đặc biệt ung thư biểu mô tiểu phế quản- phế nang: **Rửa phế quản để chẩn đoán**



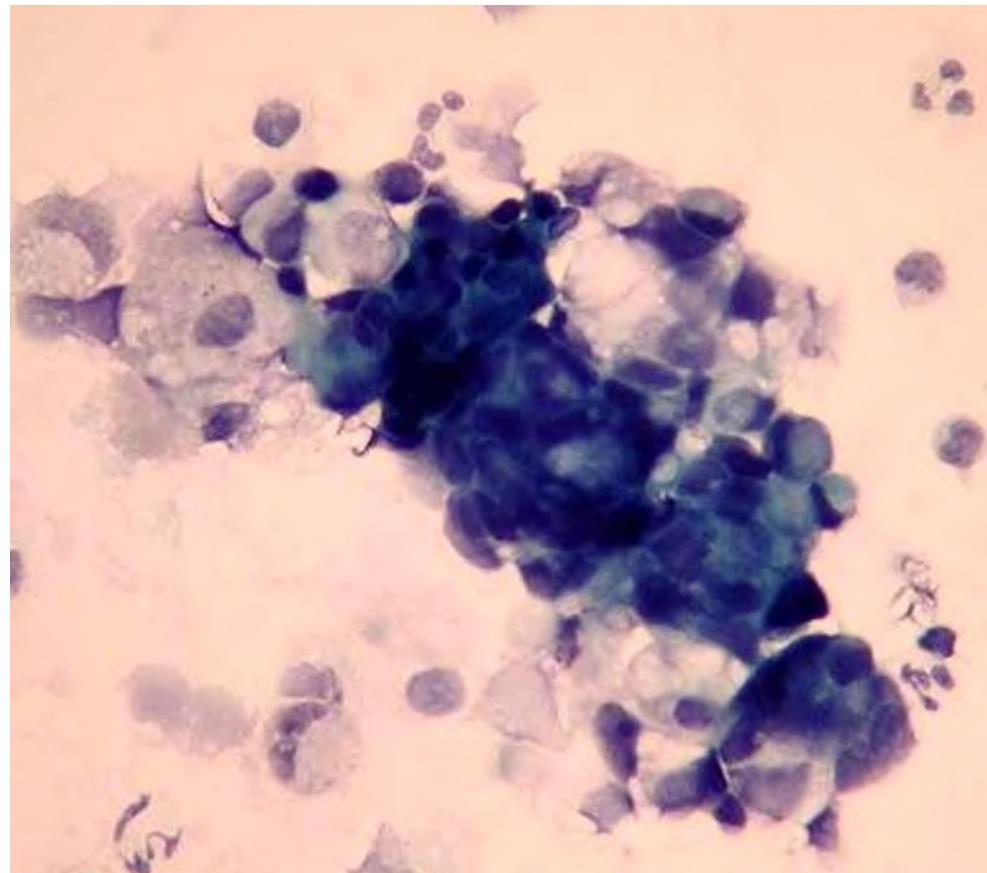
Rửa phế quản-phế nang

Đối với trường hợp đặc biệt ung thư biểu mô tiểu phế quản- phế nang



Rửa phế quản

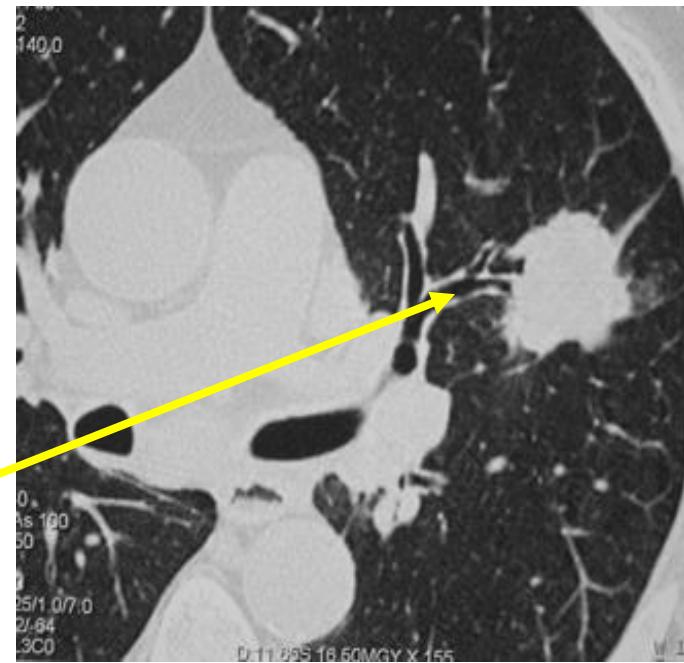
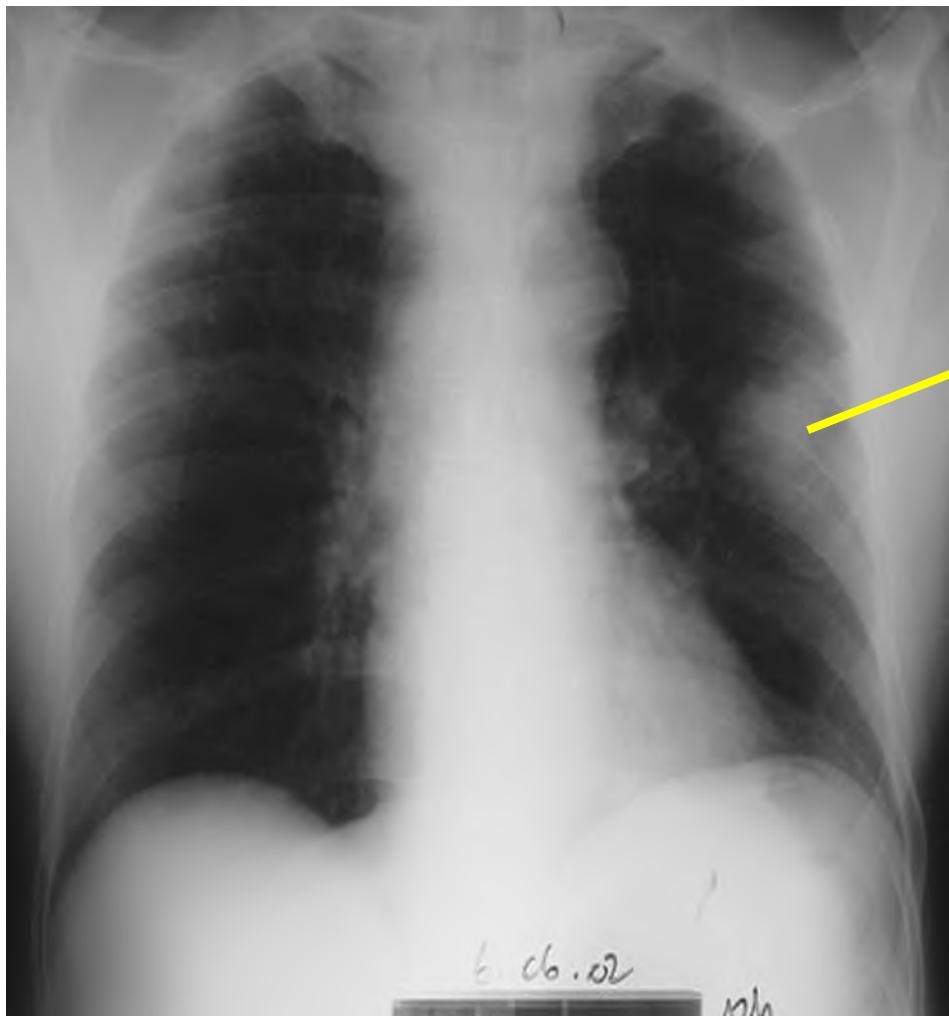
Đối với trường hợp đặc biệt ung thư biểu mô tiếu phế quản- phế nang



Với những tổn thương vùng trung gian

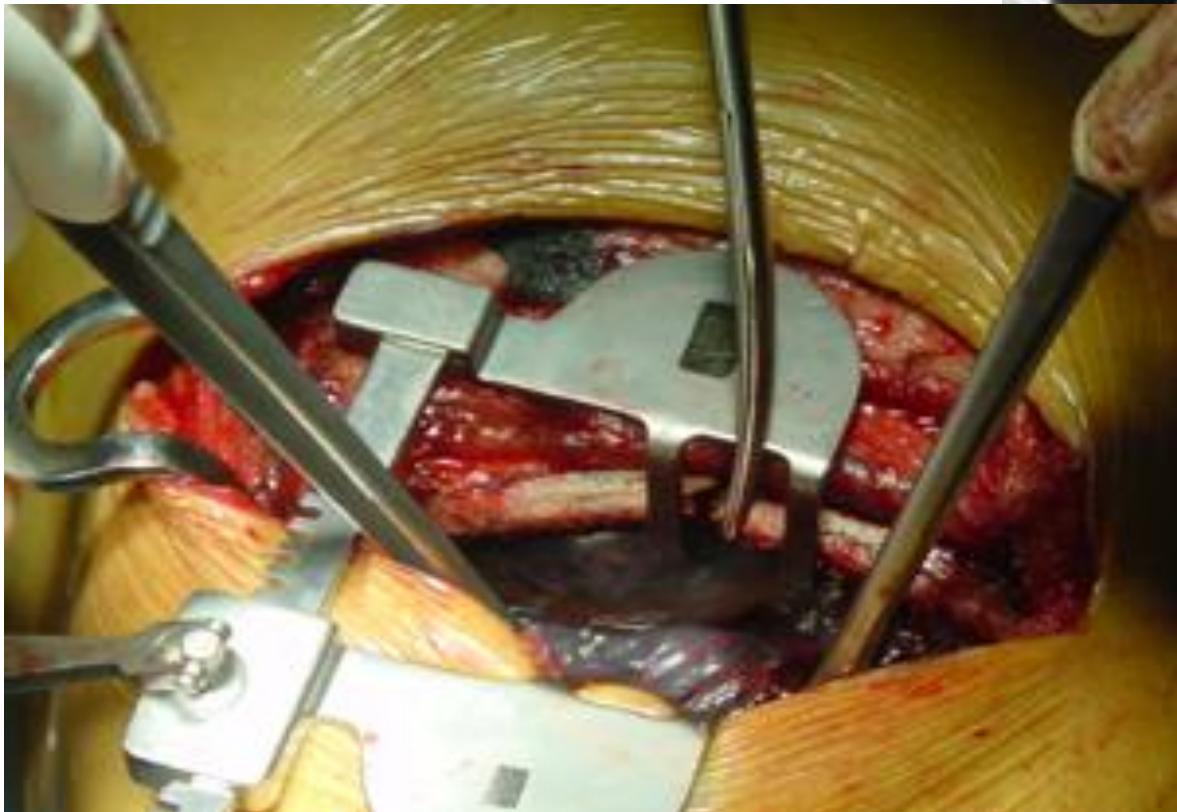
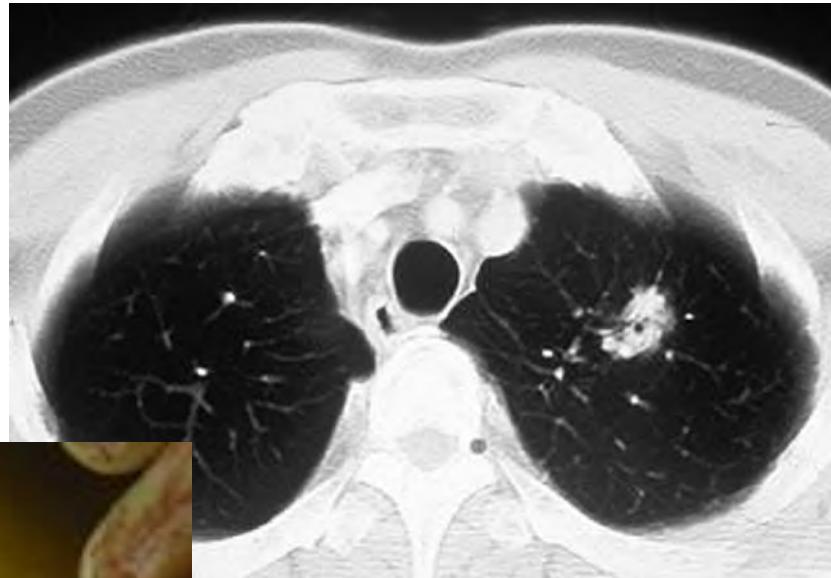
Nội soi phế quản: làm trước tiên

- Nếu không đóng góp được gì cho chẩn đoán thì sinh thiết xuyên thành



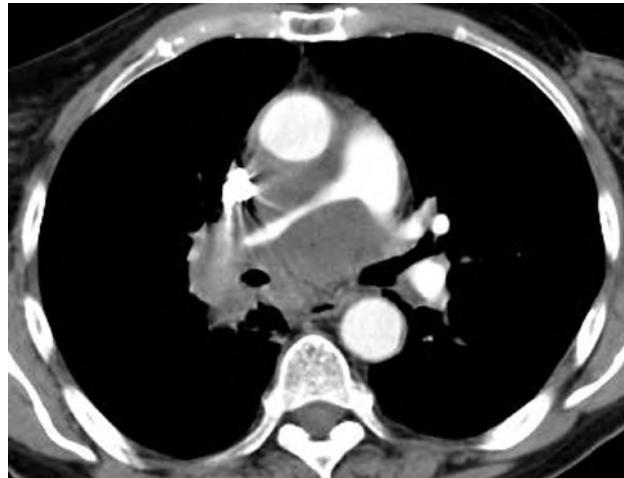
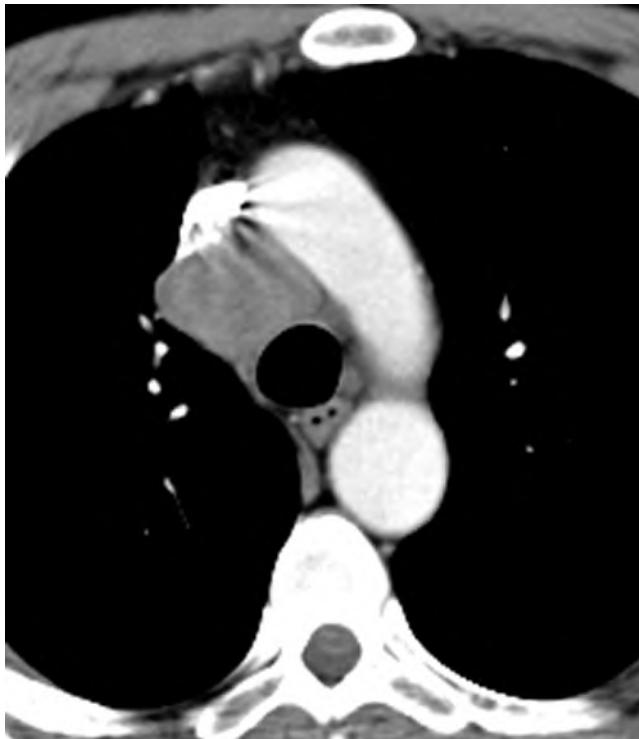
Phẫu thuật lồng ngực

- Cho kết quả xn giải phẫu bệnh nhanh
- Là phương án cuối cùng
- Với các tổn thương không thể tiếp cận bằng các phương pháp khác
- Với tình trạng BN có thể phẫu thuật

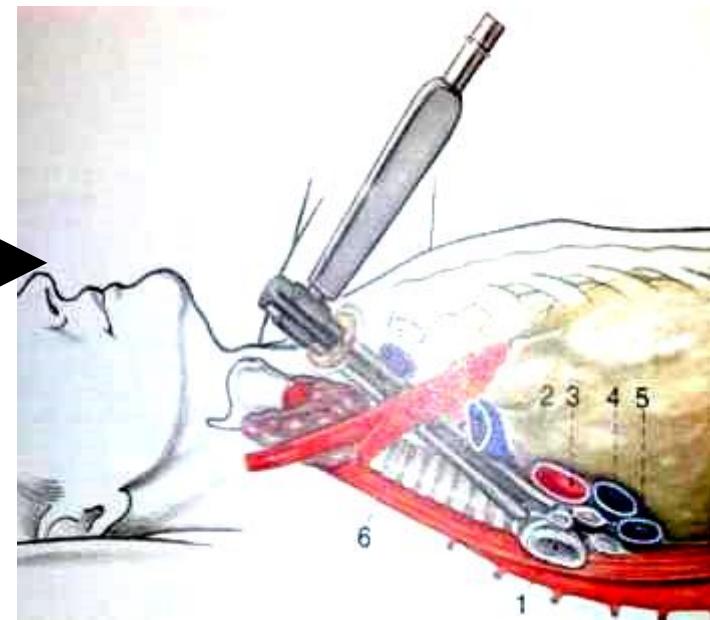


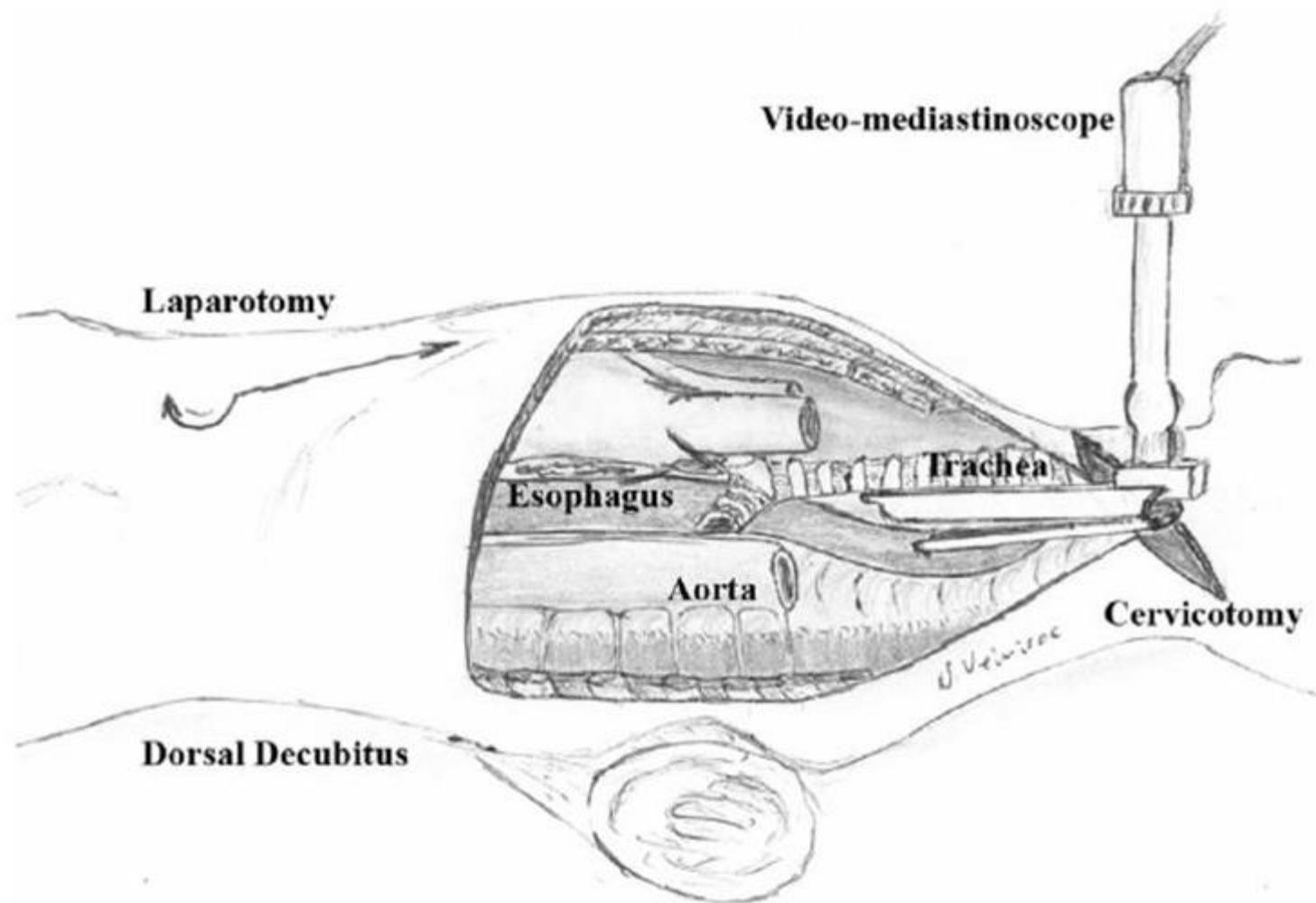
Hạch trung thất có thể tiếp cận được?

Rõ ràng, nếu chúng ta thấy một hạch ở cạnh khí quản có thể đề cập tới các kỹ thuật chẩn đoán sau



1. Médiaستinoscopie (nội soi trung thất)



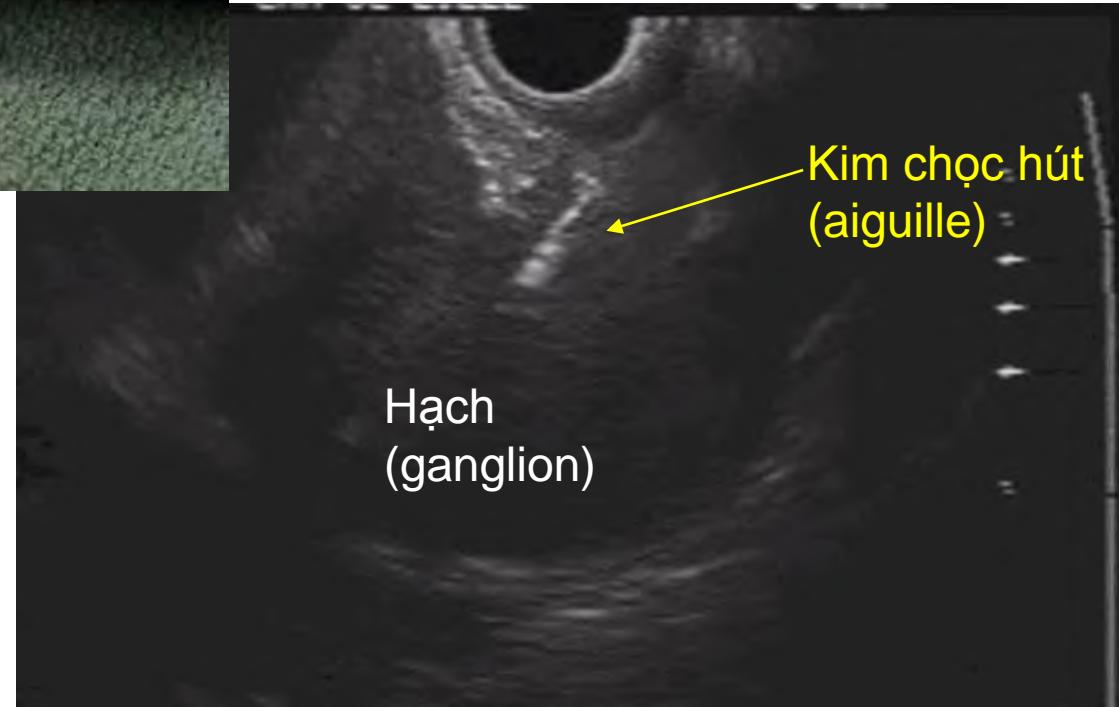


Nội soi trung thất

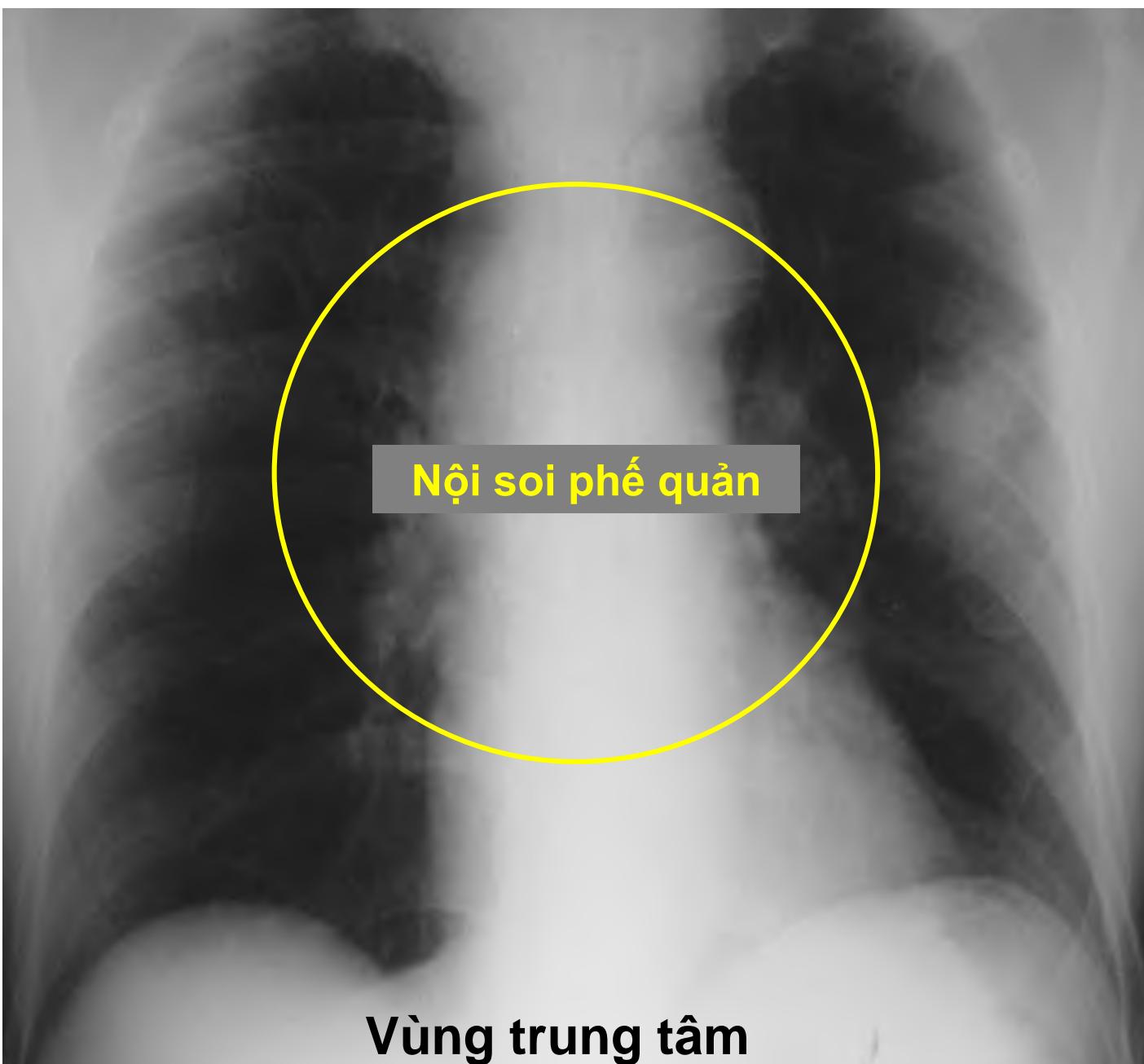
2. Chọc hút hạch xuyên khí quản bằng kim qua phương pháp nội soi phế quản - « Chọc hút mù »



3. Chọc hút hạch xuyên khí quản bằng kim qua nội soi phế quản – dưới hướng dẫn của siêu âm

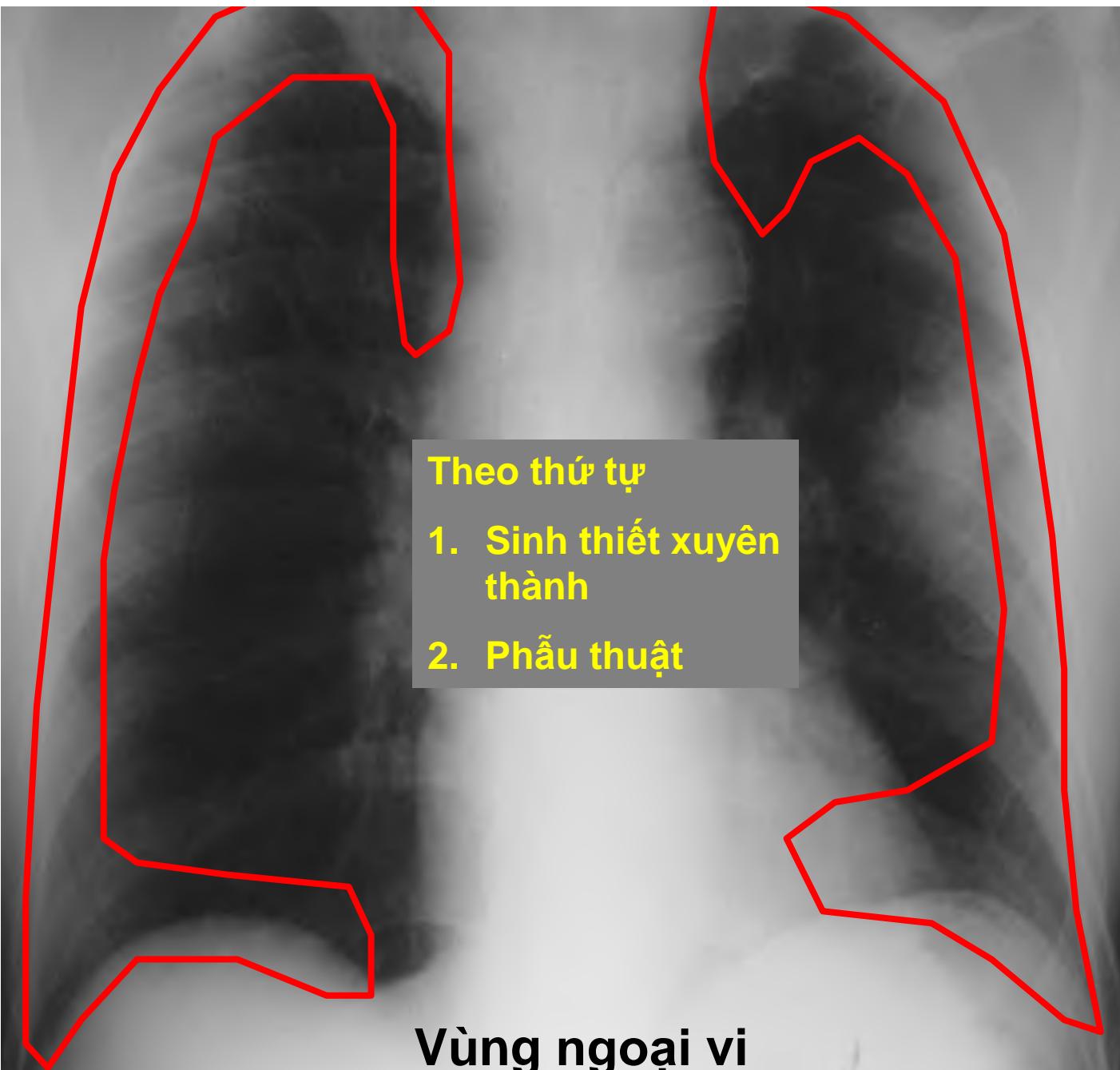


Tiếp cận chẩn đoán dựa vào vị trí

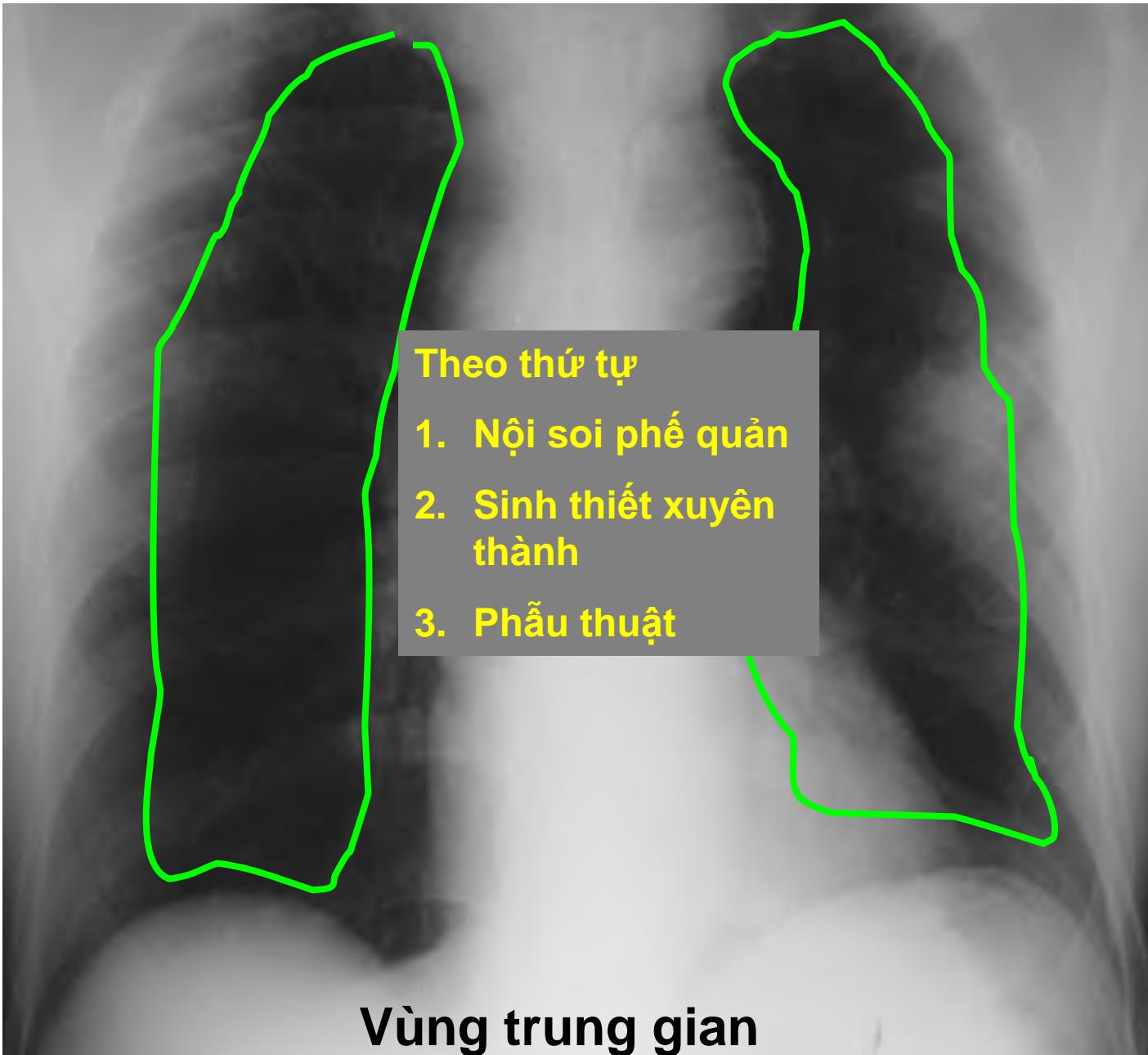


Vùng trung tâm

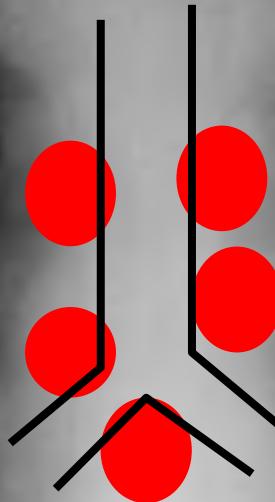
Tiếp cận chẩn đoán dựa vào vị trí



Tiếp cận chẩn đoán dựa vào vị trí



Tiếp cận chẩn đoán dựa vào vị trí



Theo thứ tự

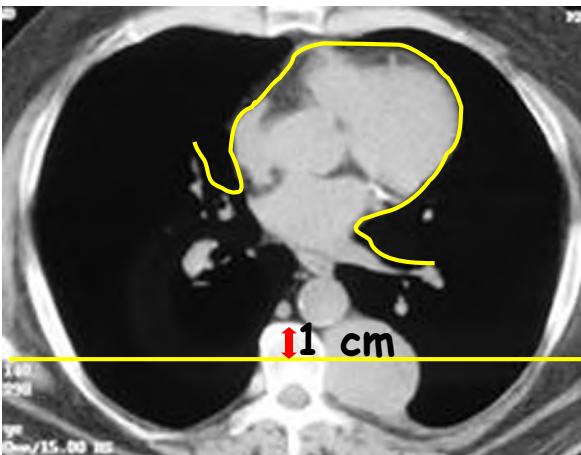
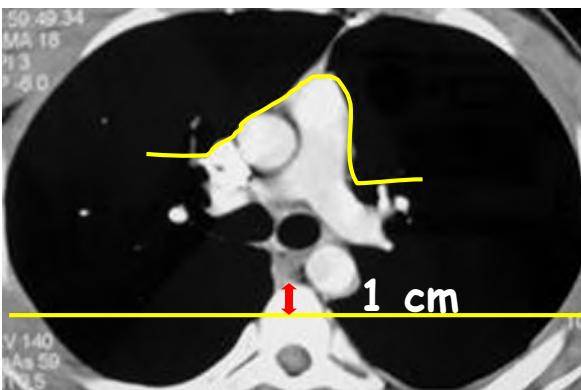
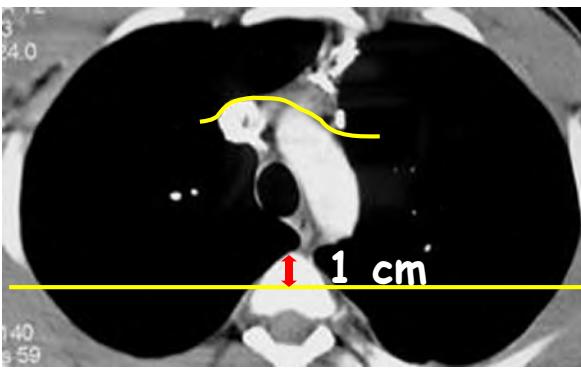
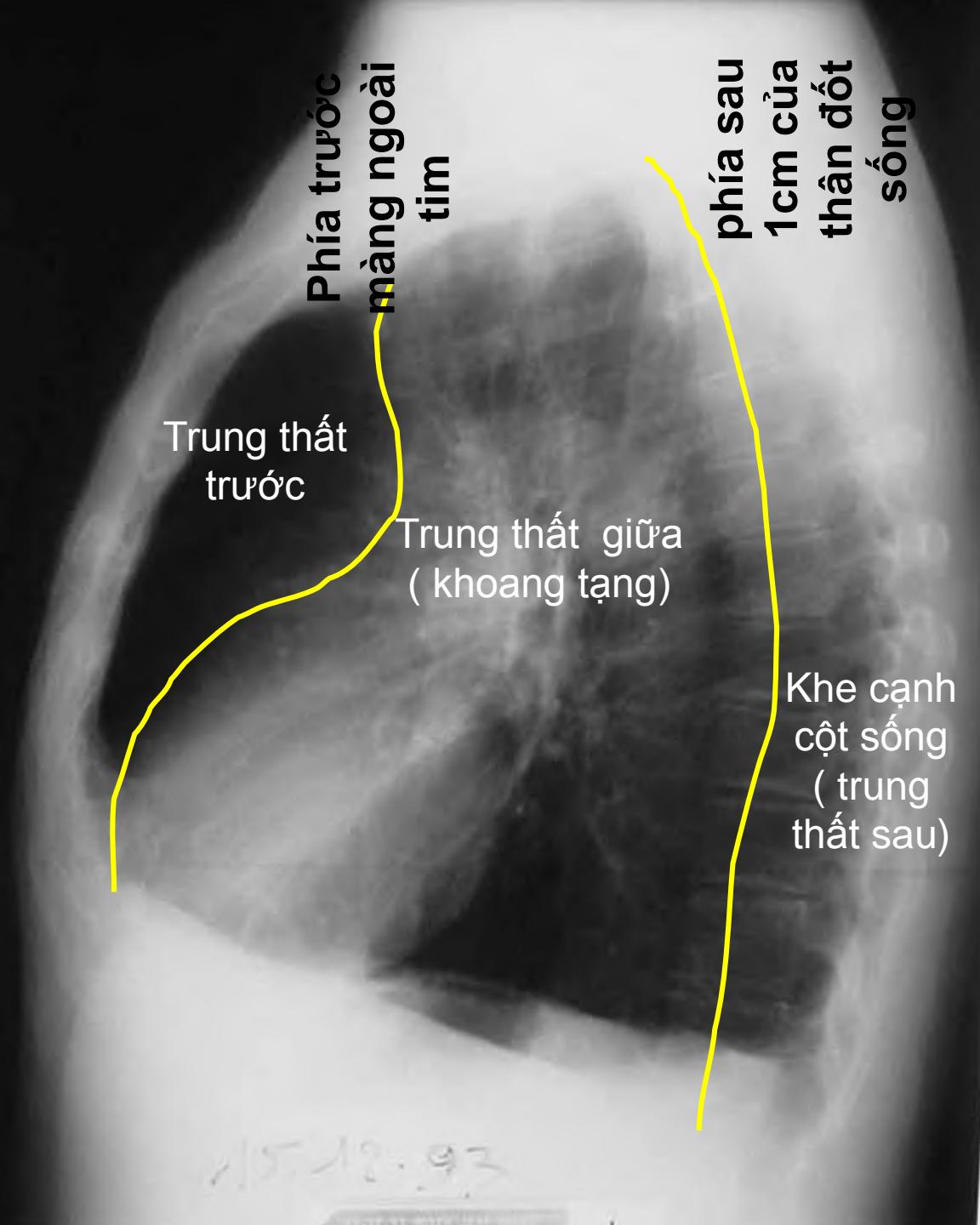
1. Nội soi phế quản + Chọc hút hạch
2. Nội soi trung thất

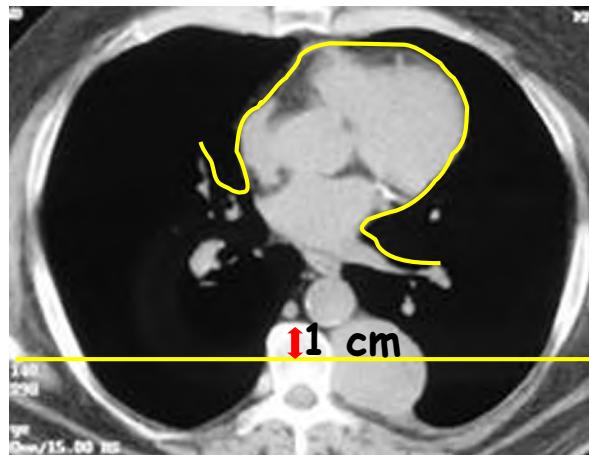
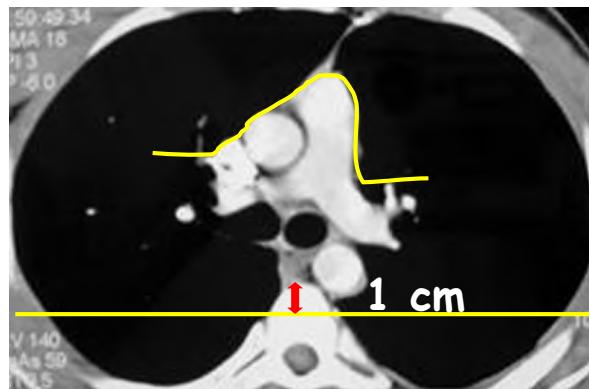
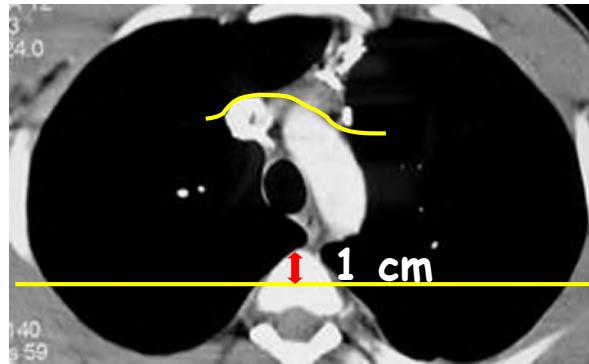
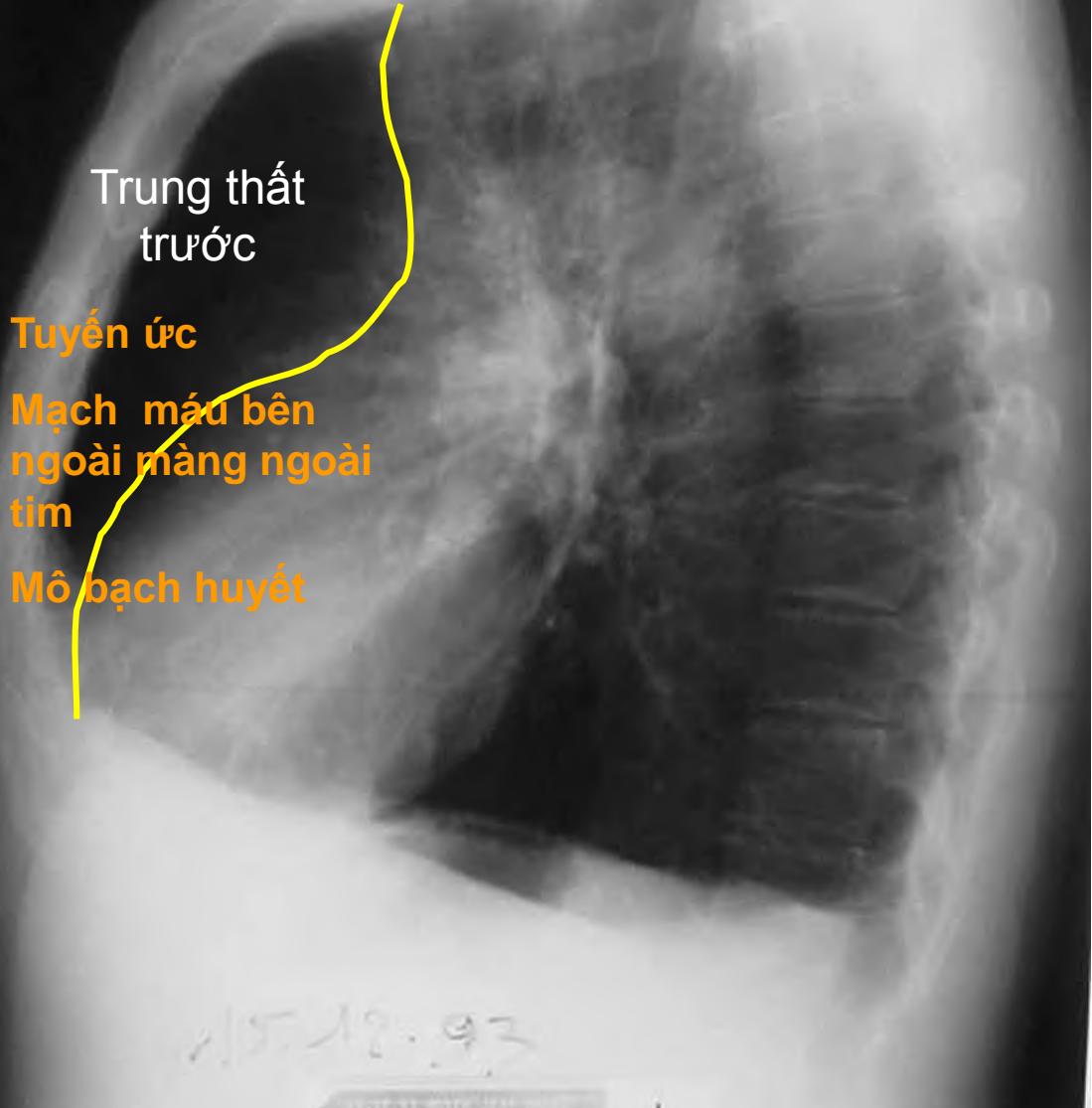
Nếu hạch to cạnh khí quản

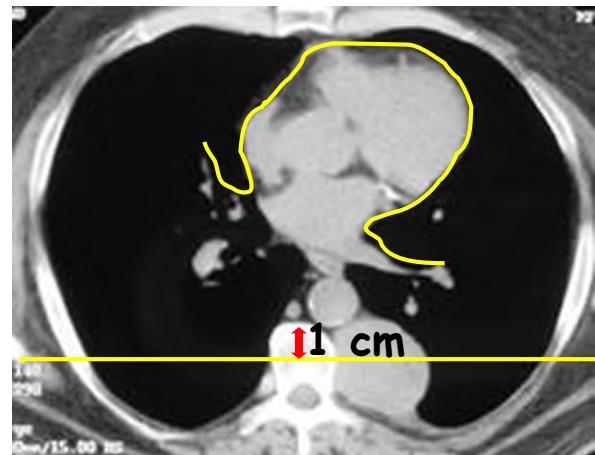
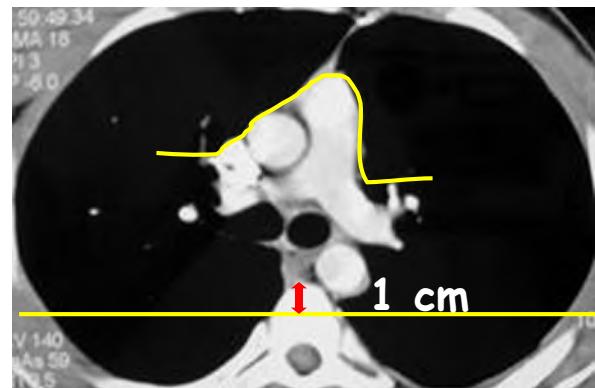
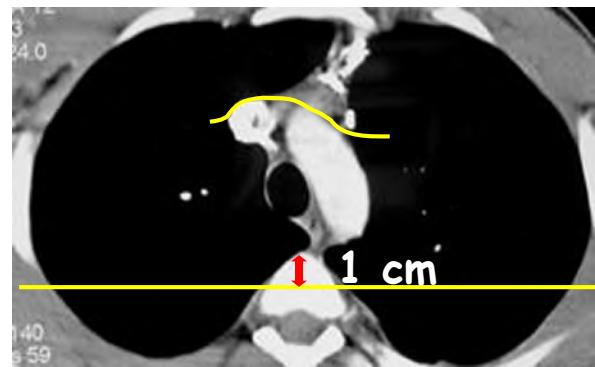
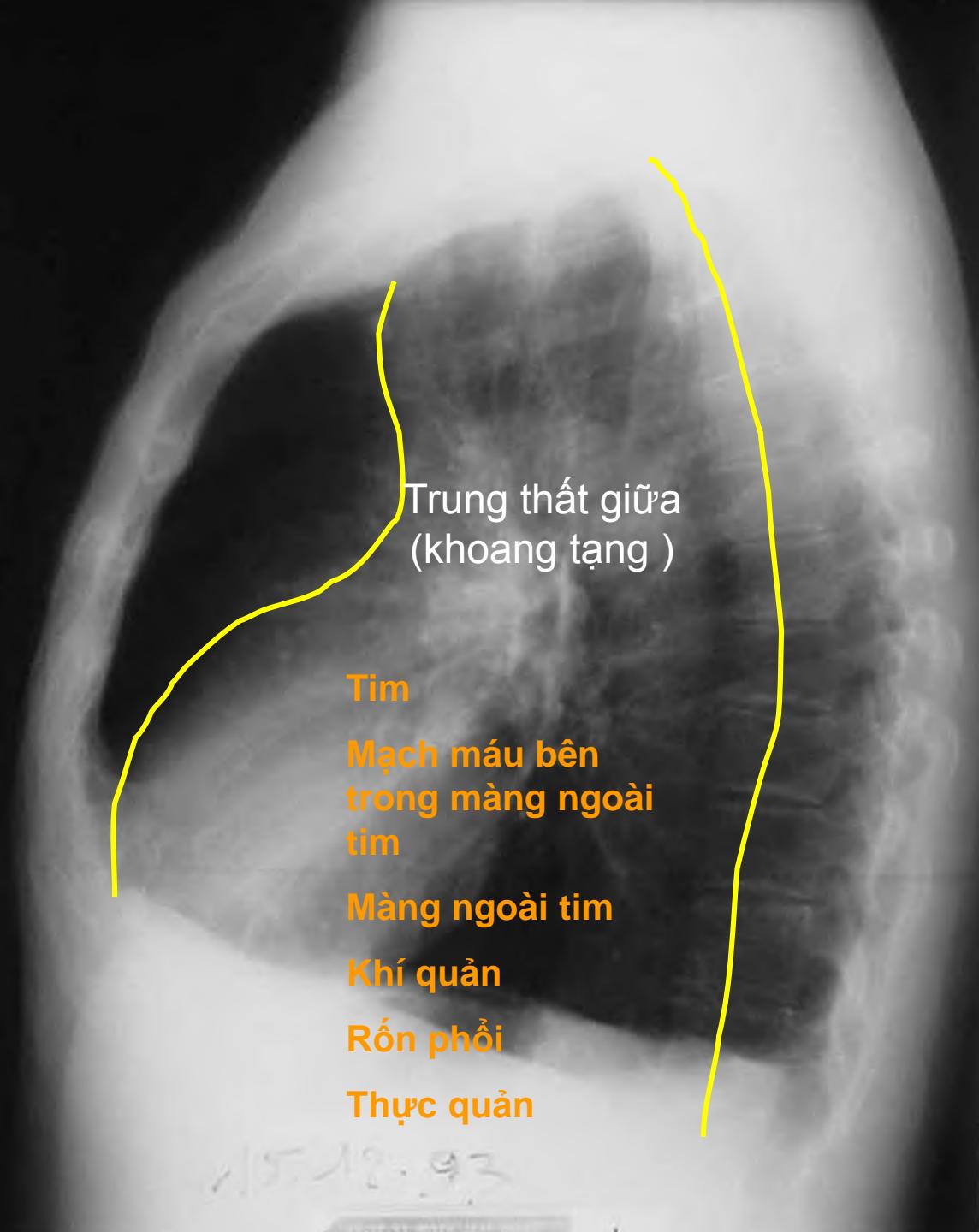
Khối u trung thất – câu hỏi cần đặt ra

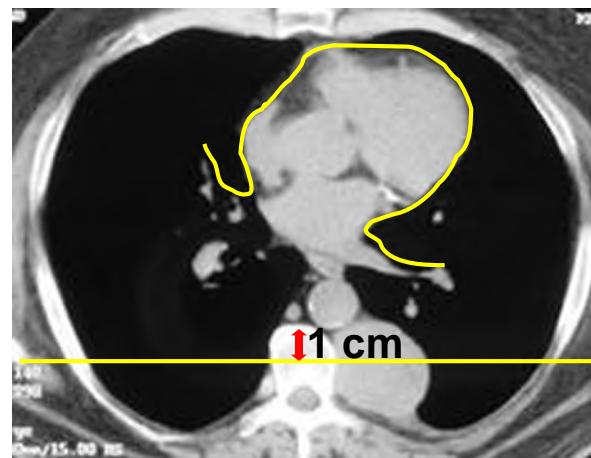
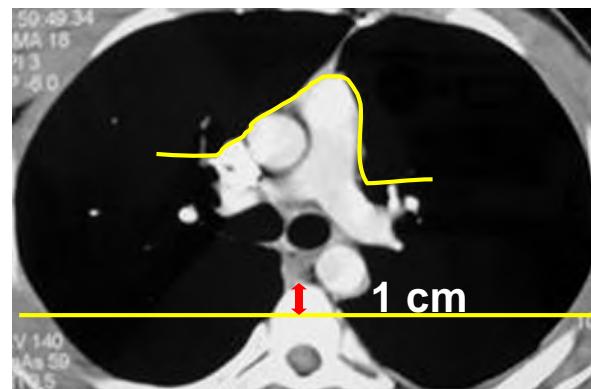
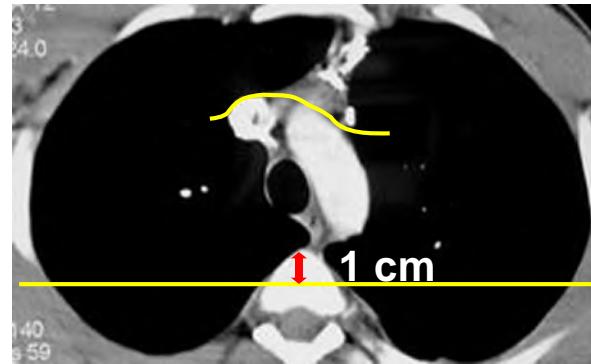
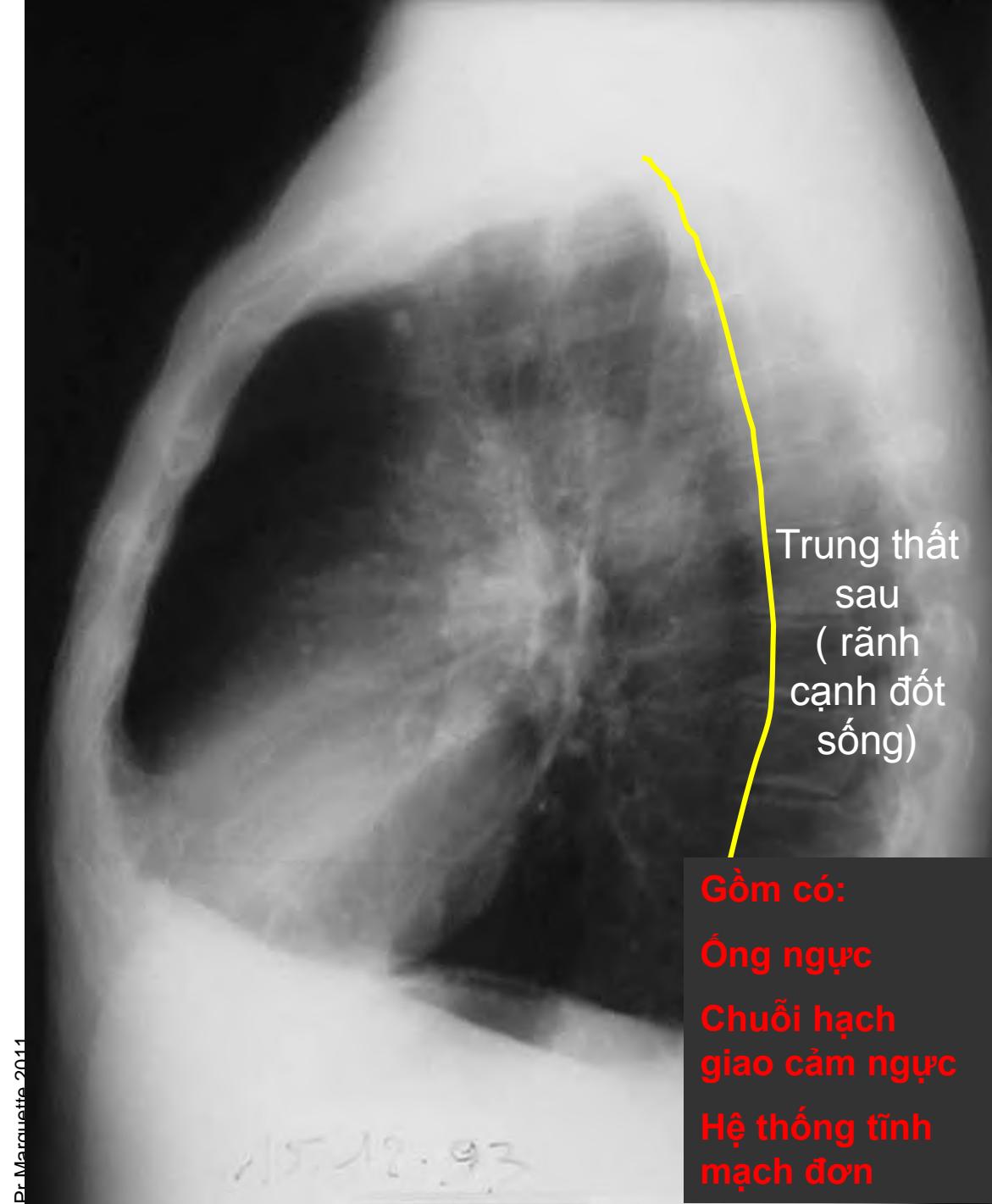
Câu hỏi : đây có phải ung thư ?

- Để trả lời cho câu hỏi trên cần :
 1. Le contexte clinique: sự phối hợp với lâm sàng
 2. L'imagerie: hình ảnh học
 3. La preuve histologique: bằng chứng mô bệnh học
- Các yếu tố trả lời dựa trên hình ảnh
 - Vị trí tổn thương là một yếu tố quan trọng giúp định hướng chẩn đoán
 - Do đó, bạn cần phải biết vị trí của nó ở đâu trong trung thất
 - Và nhớ các cơ quan nằm trong các khoang khác nhau của trung thất









	Trung thất trước	Trung thất giữa	Trung thất sau
Cấu trúc bình thường	<ul style="list-style-type: none"> · Tuyến ức · ĐM chủ bên ngoài màng ngoài tim · Mô bạch huyết 	<ul style="list-style-type: none"> · Tim · Mạch máu lớn bên trong màng ngoài tim. · Màng ngoài tim · Khí quản · Rốn phổi · Thực quản · Dây TK phế vị 	<ul style="list-style-type: none"> · Ông ngực · Chuỗi hạch giao cảm ngực · Hệ thống tĩnh mạch đơn
Khối ác tính	<ul style="list-style-type: none"> · U tuyến ức · U tế bào mầm · Nang dạng bì (dermoid cyst)/ ác tính 	<ul style="list-style-type: none"> · U lympho (ADP) · Ung thư (ADP) 	<ul style="list-style-type: none"> · U nguyên bào thần kinh
Khối lành tính	<ul style="list-style-type: none"> · Bướu cổ trong lồng ngực · Phình ĐM chủ lên và phình quai ĐMC · U mỡ hoặc kén mỡ màng ngoài tim - Kén màng phổi-màng tim · Thoát vị hoành qua khe Larrey 	<ul style="list-style-type: none"> · U hạt (ADP) · Lao (ADP) · U nang phế quản · Viêm phổi (ADP) · Thoát vị qua khe thực quản · HC thực quản giãn to 	<ul style="list-style-type: none"> · U tế bào schwann · U xơ thần kinh · Phình ĐM chủ xuống

Trân trọng cảm ơn



Những khái niệm giải phẫu Xquang Phổi cơ bản

Tài liệu cho kỳ thi nội trú Pháp

Pr Charles-Hugo Marquette

Pr Bernard Padovani

Dịch: Ths. Trương Thành Kiên

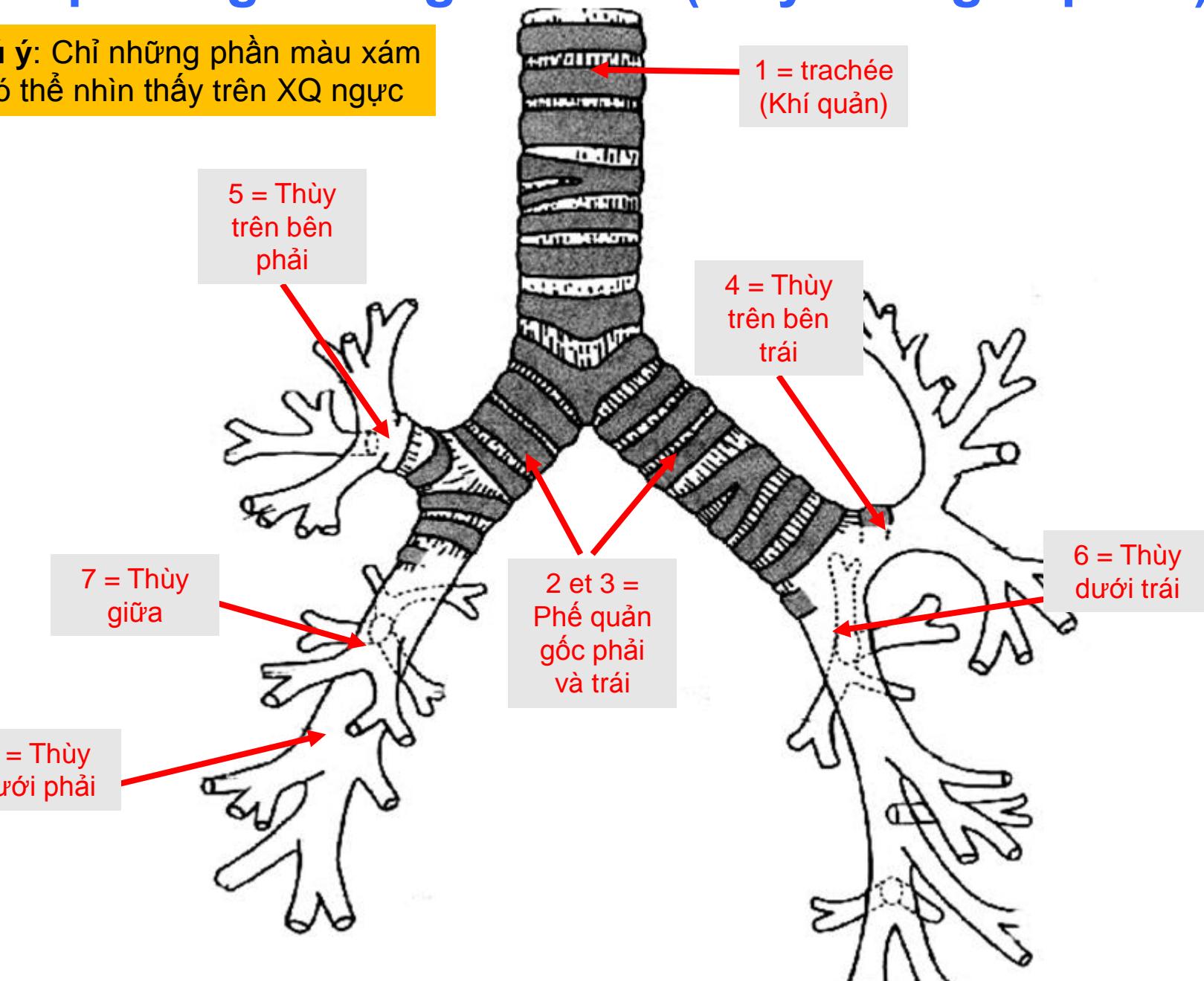
Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

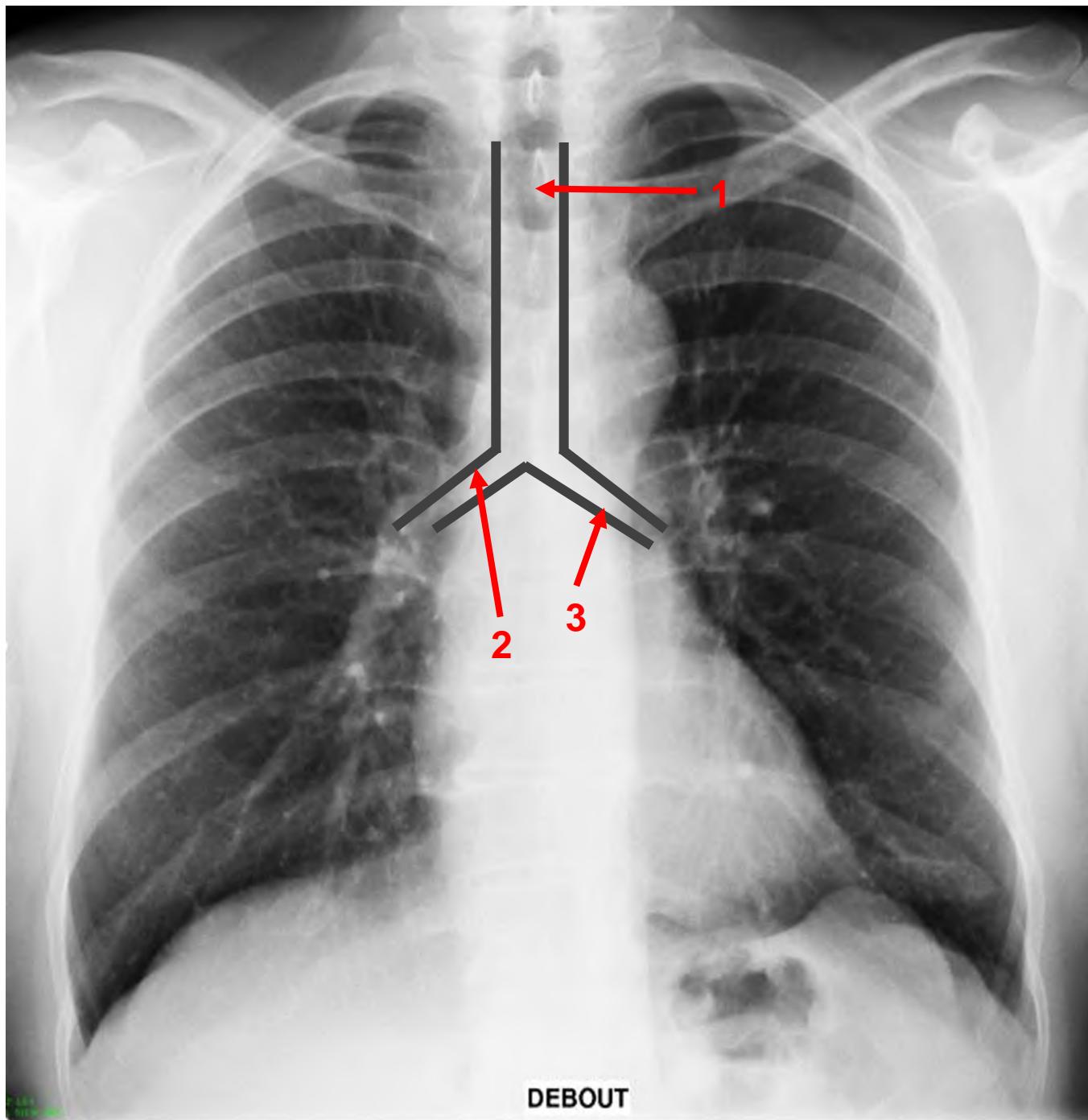
**De quoi est composé le poumon ?
Phổi bao gồm những thành phần
gì?**

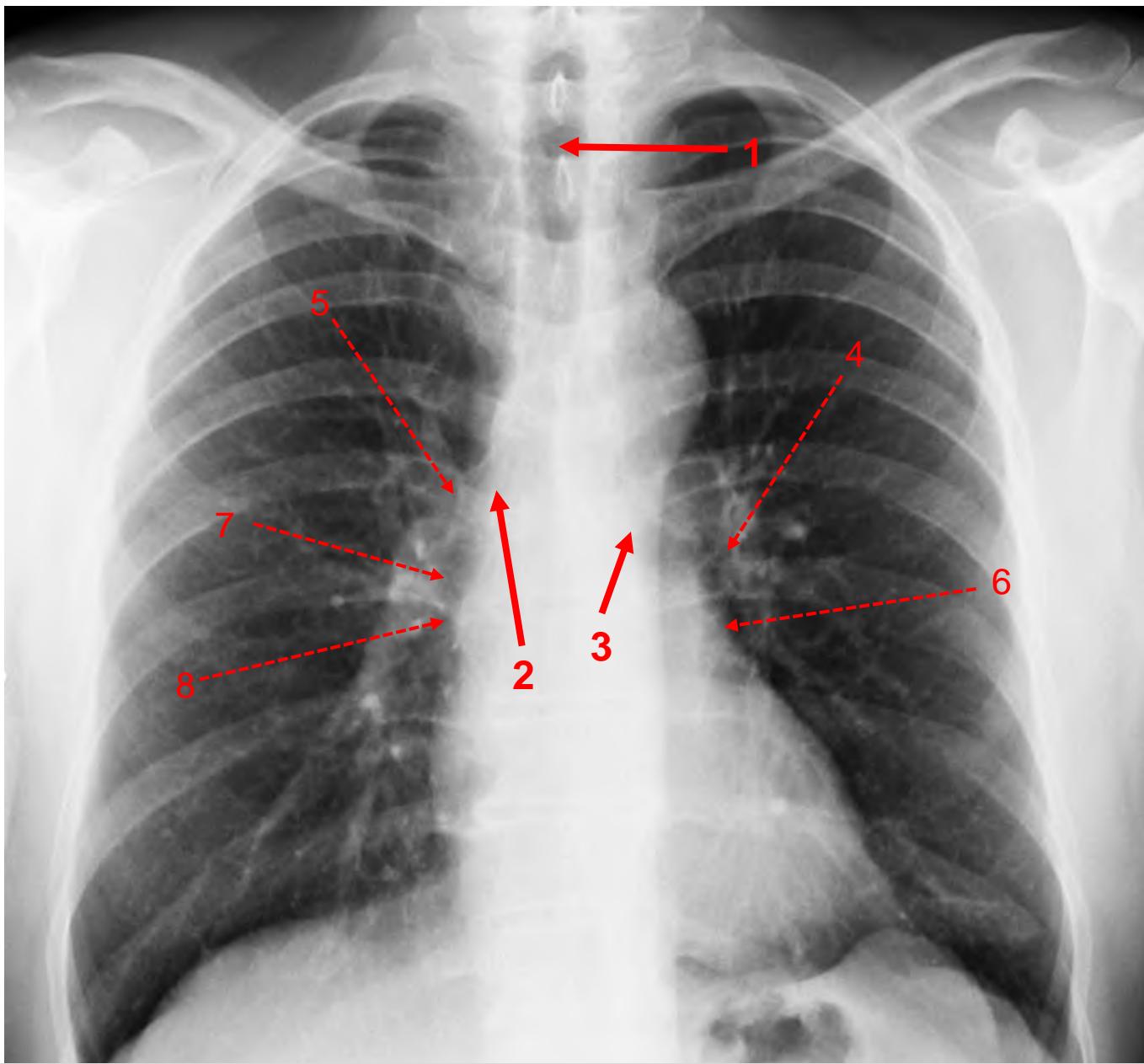
**Những đường dẫn khí
Những mạch máu
Nhu mô phổi và những phế nang
Mô liên kết chống đỡ**

Hệ thống đường dẫn khí (Quy ước giải phẫu)

Chú ý: Chỉ những phần màu xám là có thể nhìn thấy trên XQ ngực

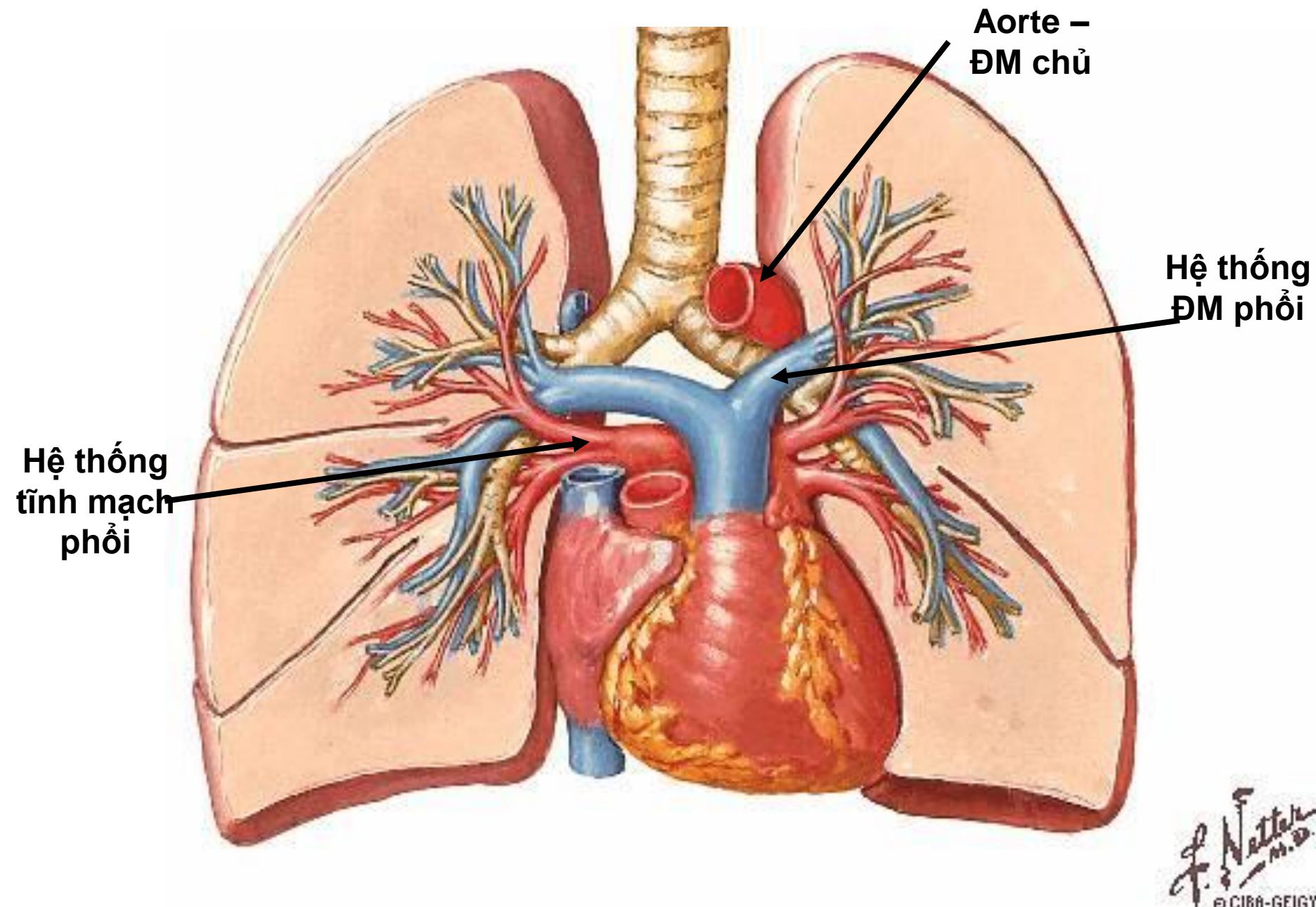


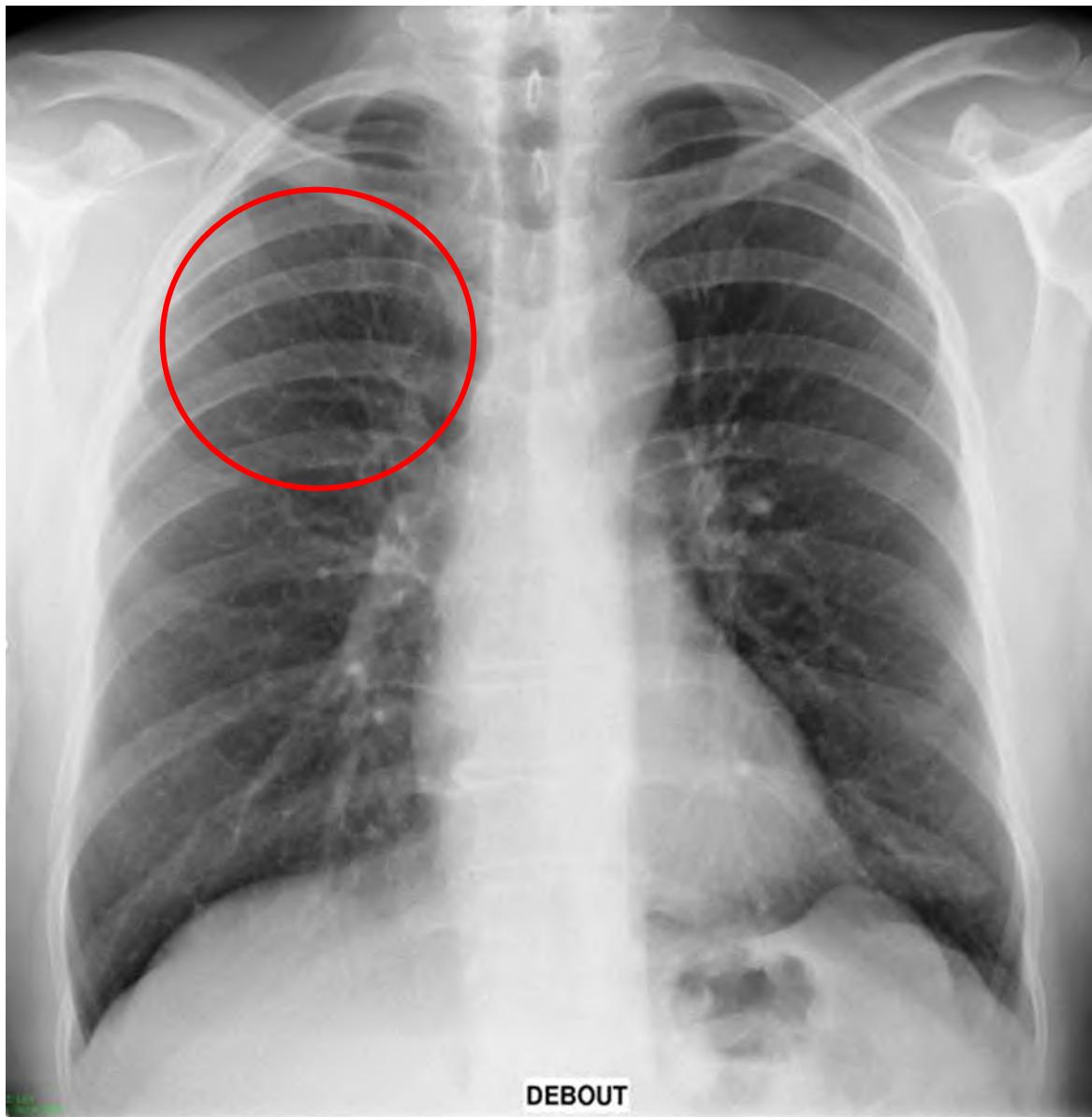




Những cấu trúc giải phẫu của 4 và 6 được chỉ rõ trong trường hợp này vì trong thực tế chúng ta không thực sự nhìn rõ nó.

Les vaisseaux – Những mạch máu





Trong nhu mô phổi những cấu trúc giải phẫu mà chúng ta nhìn thấy ở tình trạng bình thường là các mạch máu:

1. Các ĐM phổi và các nhánh phân chia của nó
2. Các tĩnh mạch phổi

Phế quản (Trừ các phế quản gốc) và **những mô liên kết chống đỡ** không thấy trên XQ trong tình trạng bình thường

Le parenchyme et les alvéoles

Nhu mô phổi và các phế nang



Mật độ của nhu mô phổi liên quan đến sự hiện diện của các mạch máu:

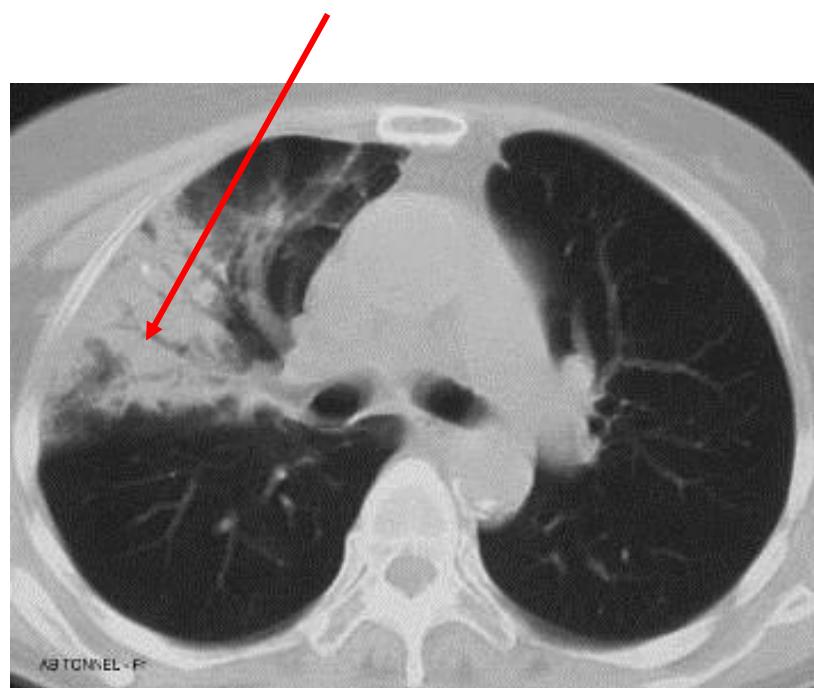
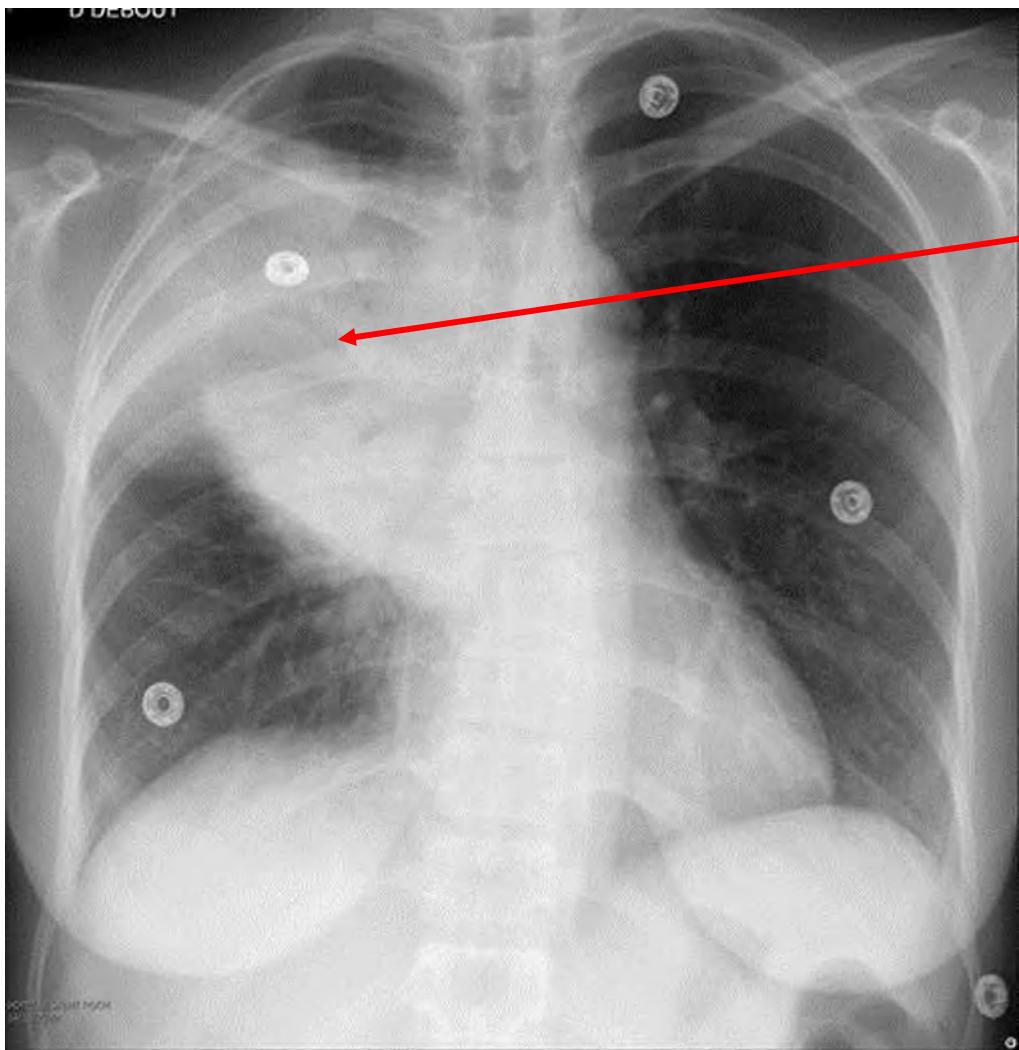
1. TM phổi
2. ĐM phổi
3. Mao mạch phổi

Trong thực hành chúng ta thấy **nhu mô phổi** rõ hơn khi:

- Nó bị đặc lại (Ví dụ các phế nang bị lấp đầy bởi dịch)
- Hoặc khi phổi bị co lại (Trong tràn khí màng phổi) - thấy xuất hiện khí trong khoang màng phổi

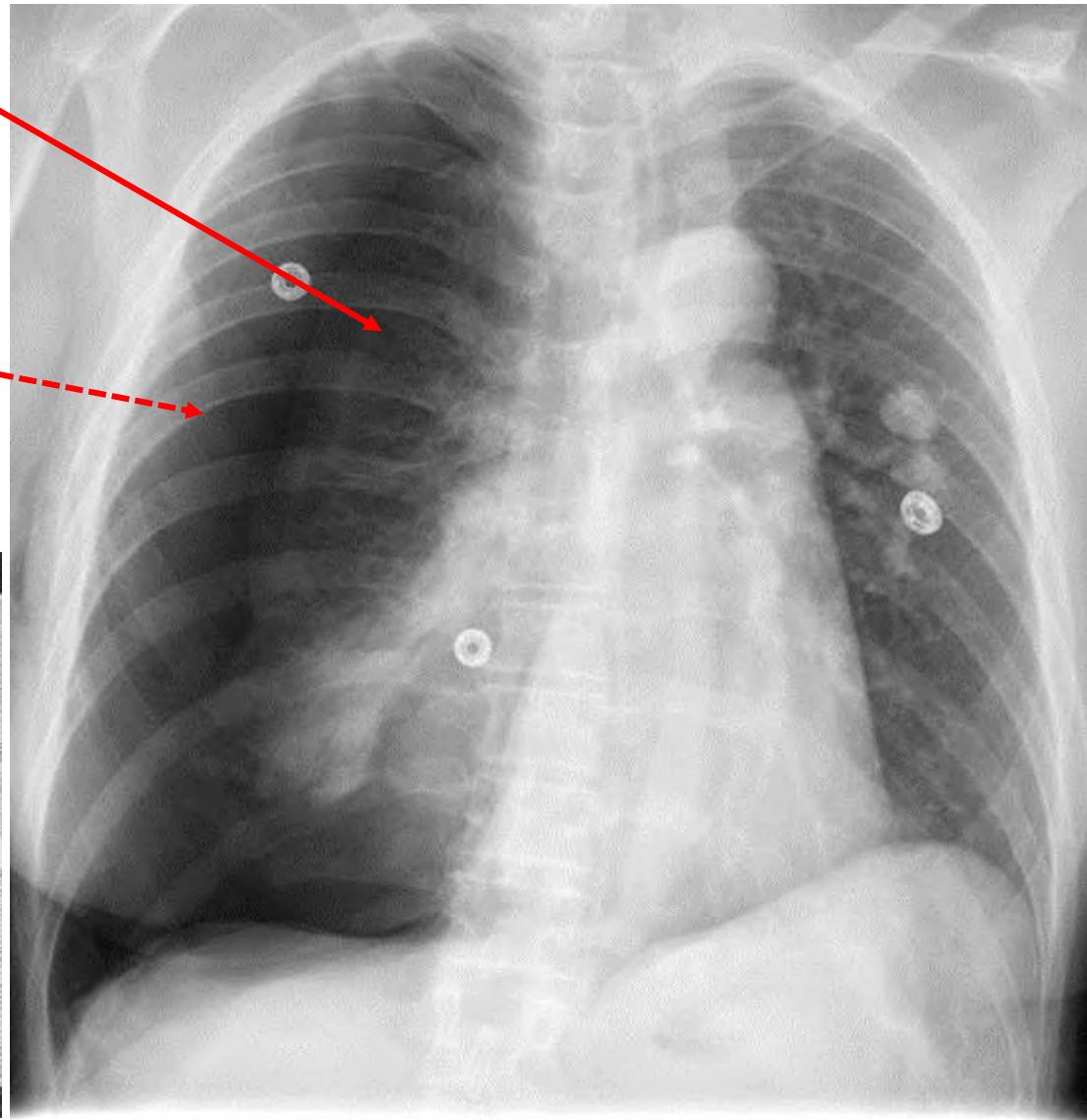
**Viêm phổi thùy trên bên
Phải:** Nhu mô phổi thùy
trên bên phải bị đặc lại vì
những phế nang bị lấp đầy
bởi mủ.

Ngoài ra ta còn thấy hình
ảnh phế quản hơi.



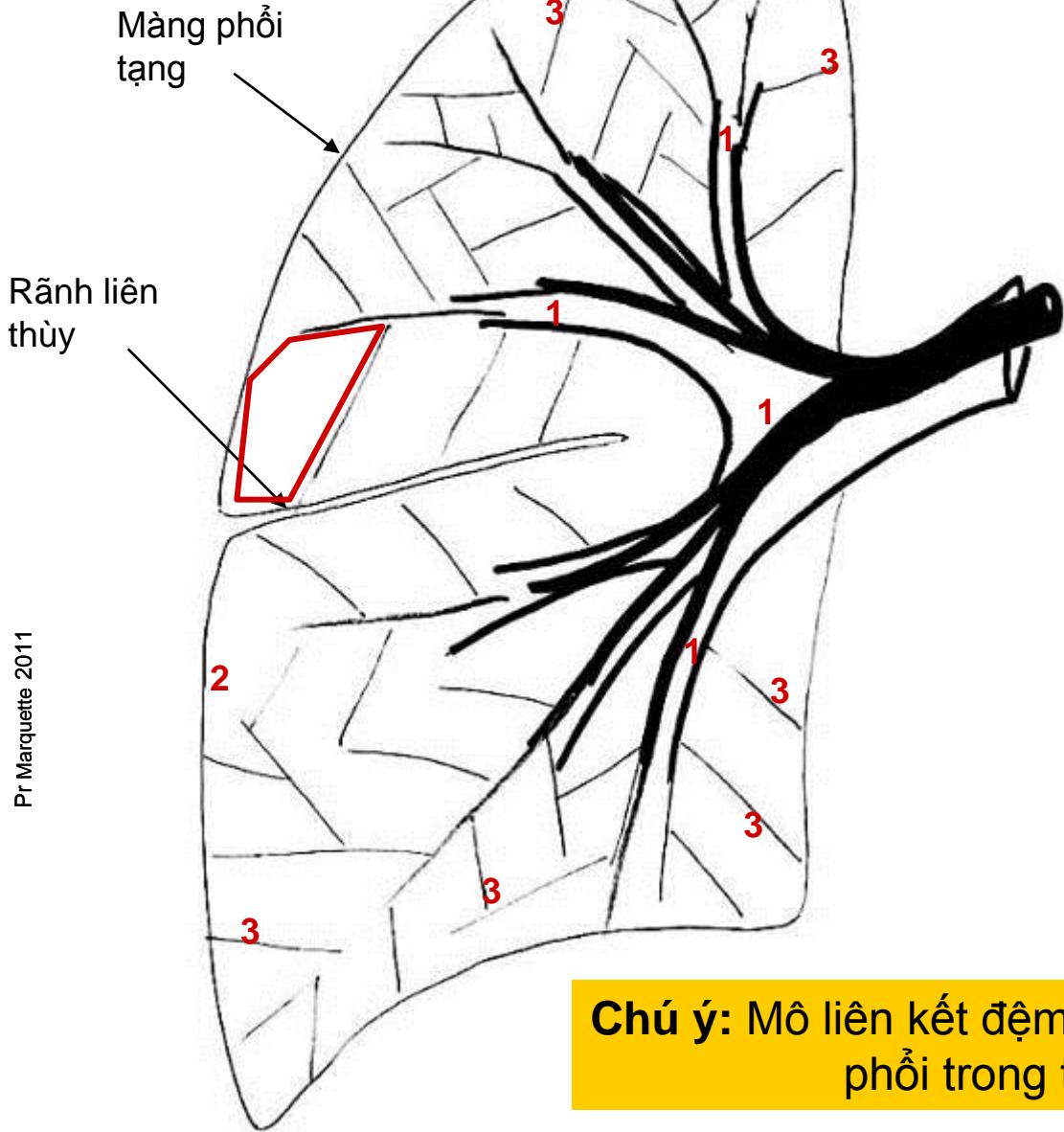
Phổi phải bị co lại

Khí trong khoang
màng phổi =
pneumothorax



Le tissu conjonctif de soutien

Mô liên kết chống đỡ



Nó được hợp thành từ:

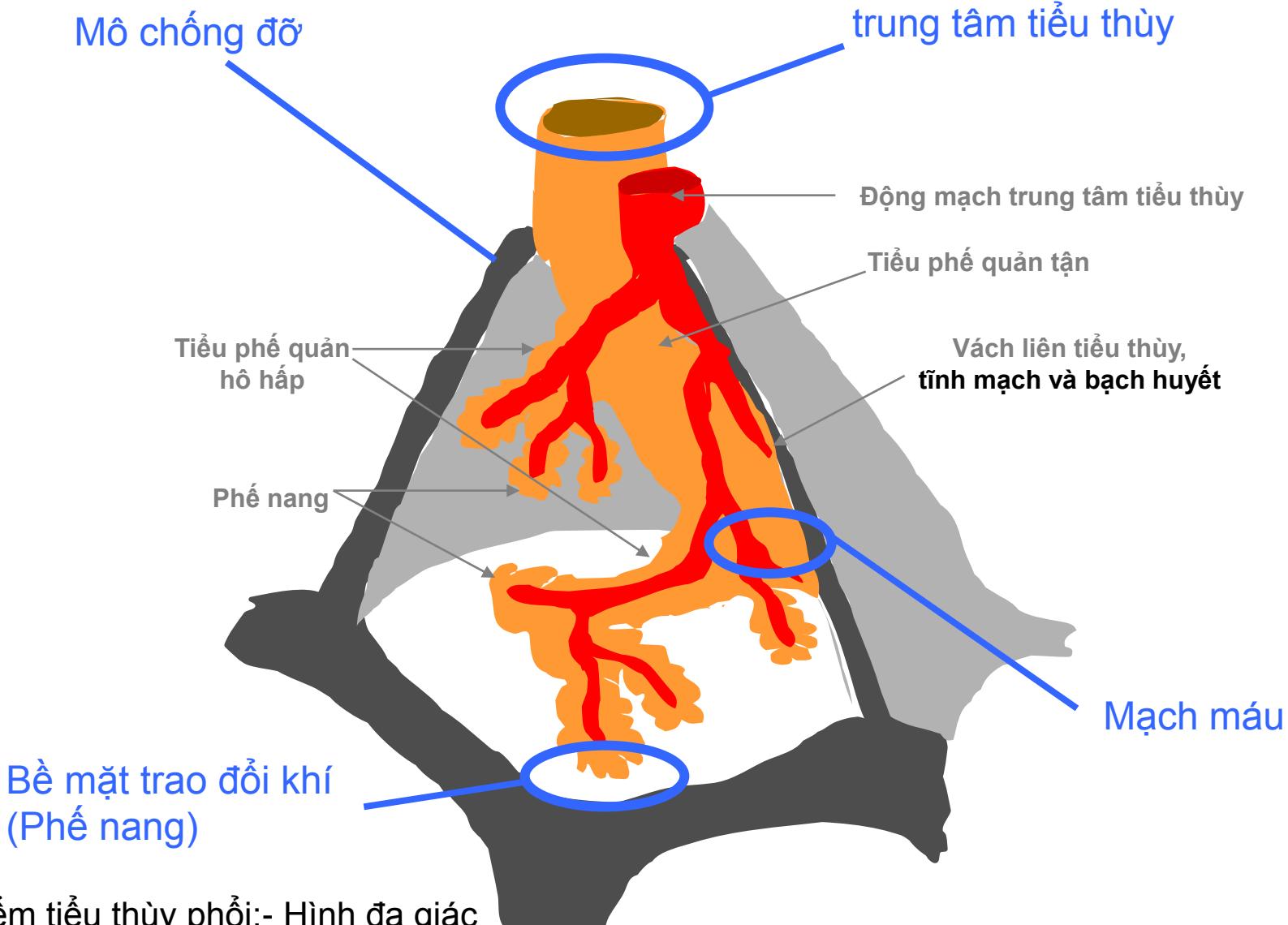
1. **Mô đệm quanh phế quản-mạch máu**
 - Bao gồm cả các mạch bạch huyết
2. **Mô dưới màng phổi**
 - Bao gồm cả mạch bạch huyết
3. **Vách liên tiểu thùy**
 - Tách riêng các tiểu thùy với nhau
 - Bao gồm cả hạch bạch huyết và tĩnh mạch gian tiểu thùy

=> Khoảng chiếm bởi 1
tiểu thùy phổi

Chú ý: Mô liên kết đậm không nhìn thấy được trên XQ
phổi trong tình trạng bình thường

Tiểu thùy phổi

Còn gọi tiểu thùy thứ cấp Miller

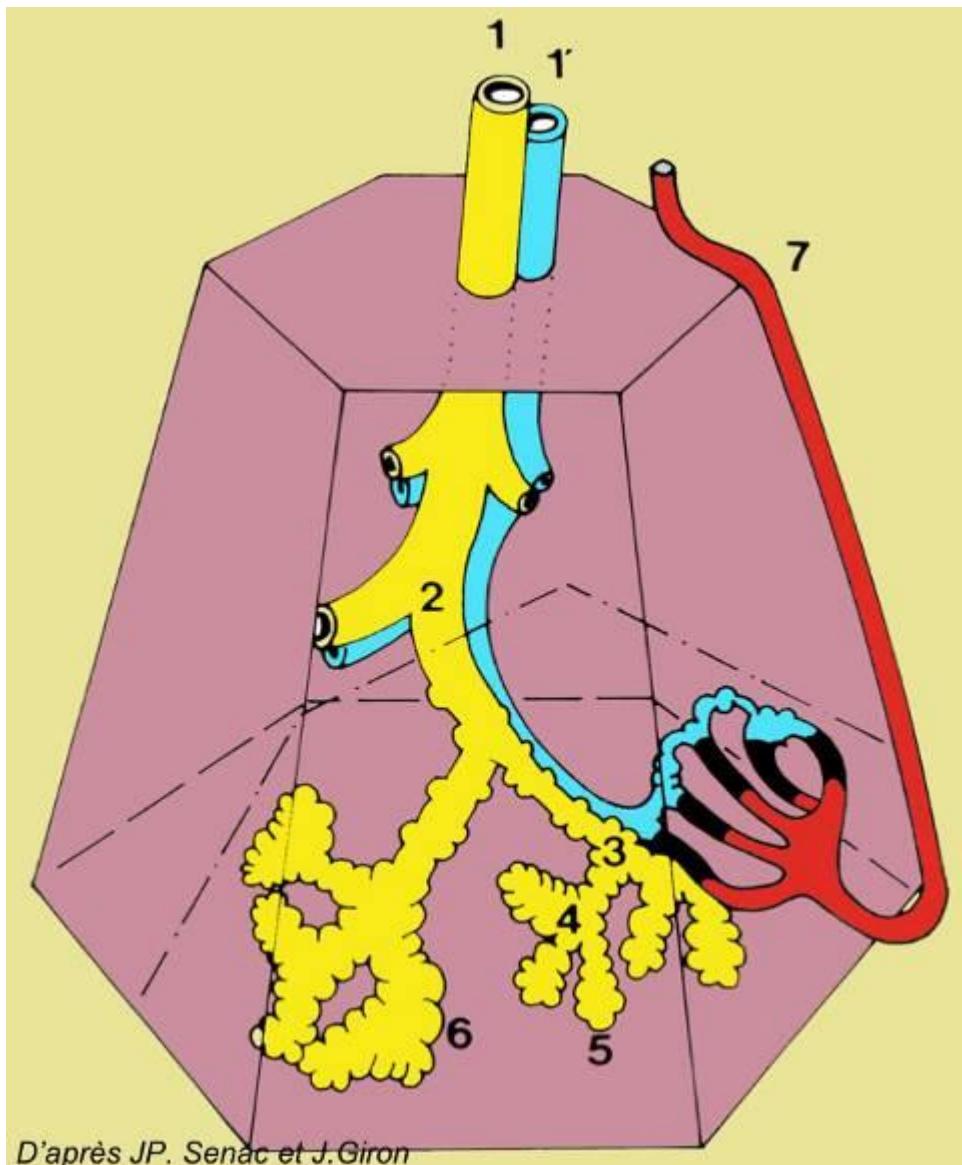


Đặc điểm tiểu thùy phổi:- Hình đa giác

- Bao gồm 3 đến 5 đơn vị hô hấp cuối (hay chùm phế nang(PN))
- Mỗi chùm PN phụ thuộc vào một tiểu phế quản tận cái mà sẽ trở thành tiểu phế quản hô hấp.

Tiểu thùy phổi

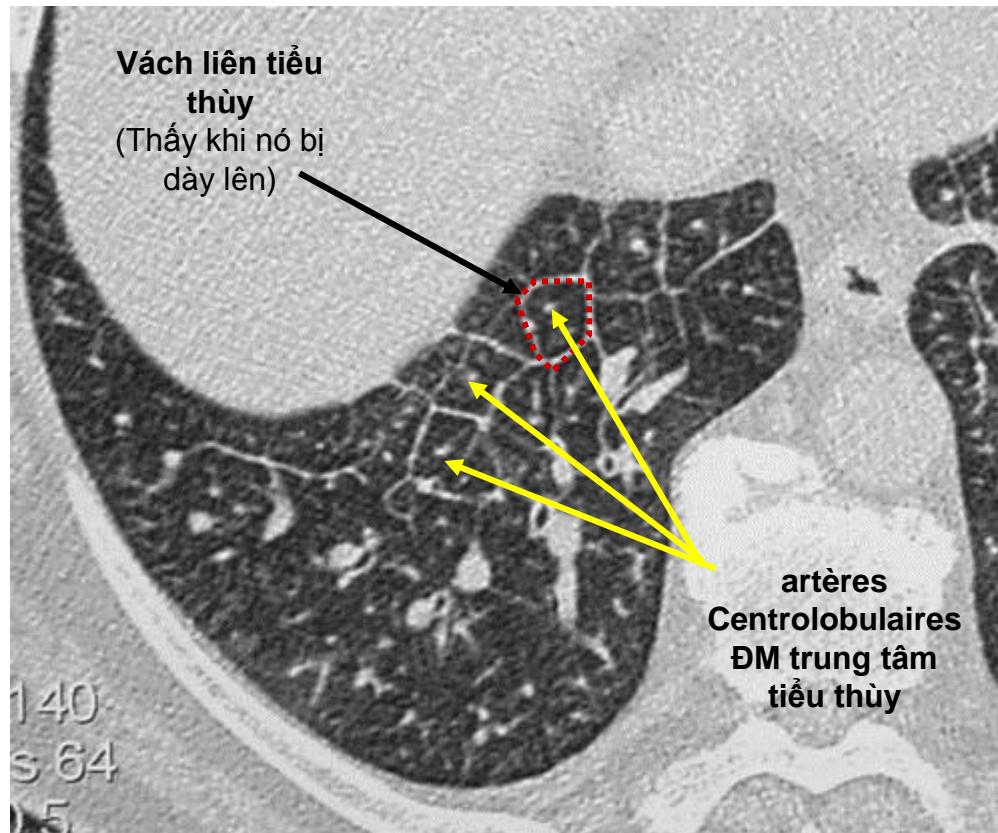
encore appelé lobule secondaire de Miller



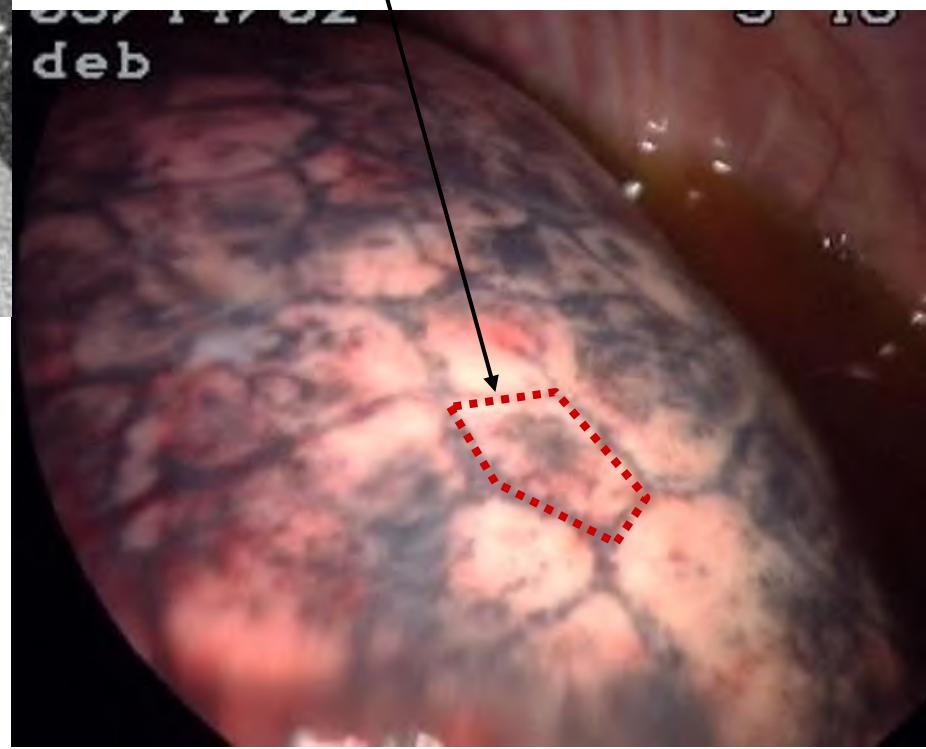
- 1 Tiểu PQ trung tâm tiểu thùy
- 2 Tiểu phế quản tận
- 1' ĐM trung tâm tiểu thùy
- 3 Tiểu phế quản hô hấp
- 4-5-6 phế nang
- 7 Tĩnh mạch phổi

lobule pulmonaire (Tiểu thùy phổi)

Dưới CT scan, chúng ta có thể thấy vách liên tiểu thùy khi nó bị dày lên.



Vách liên tiểu thùy
(Được thấy khi nó
được « xăm » bởi bụi)

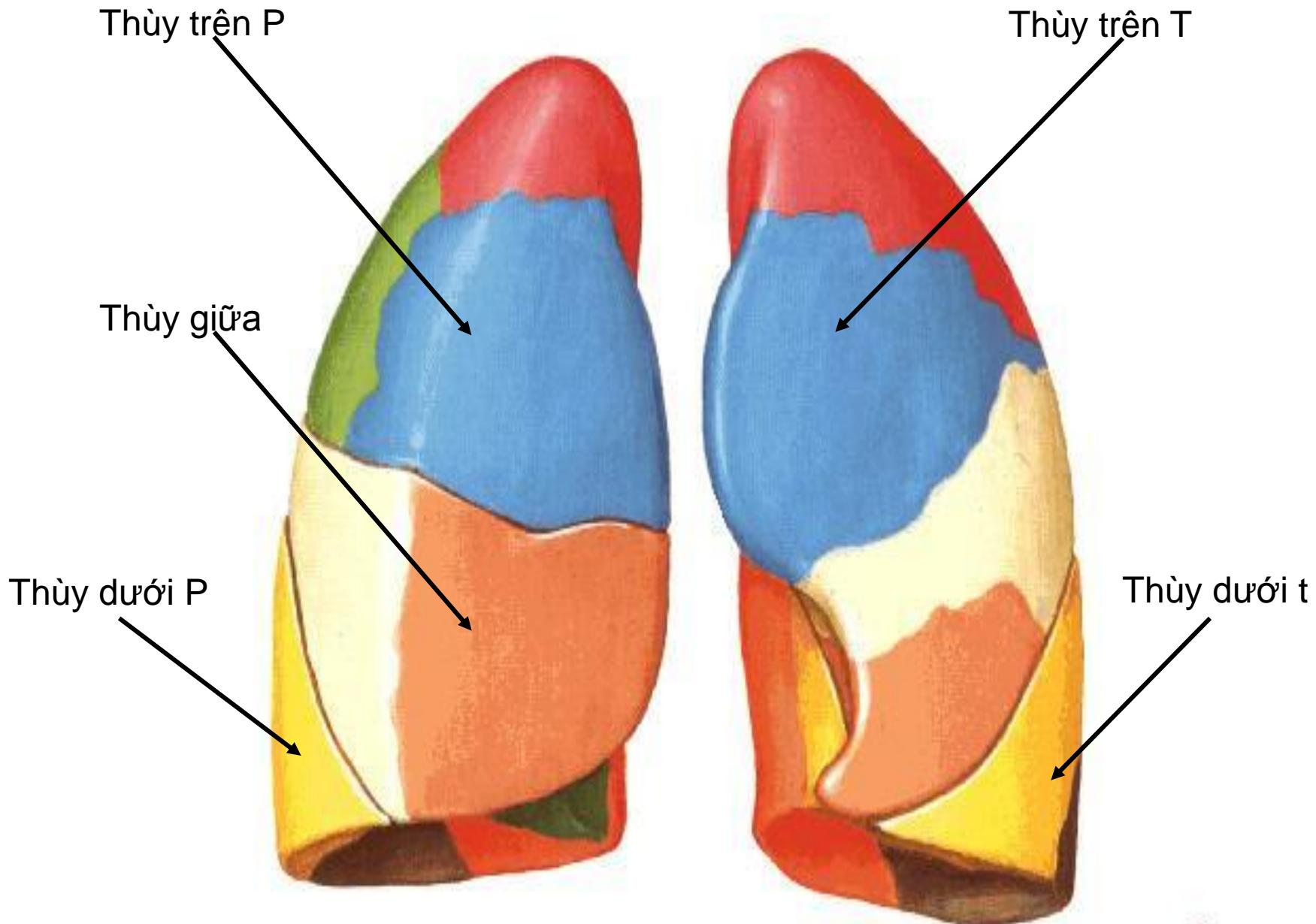


Trong nội soi lồng ngực, ta có thể thấy rõ vách liên tiểu thùy trên bề mặt phổi khi những mạch bạch huyết ở đây được « xăm » bởi bụi.

Những cấu trúc giải phẫu mà ta có thể xác định được trên XQ phổi hoặc trên CT scan trong tình trạng bình thường

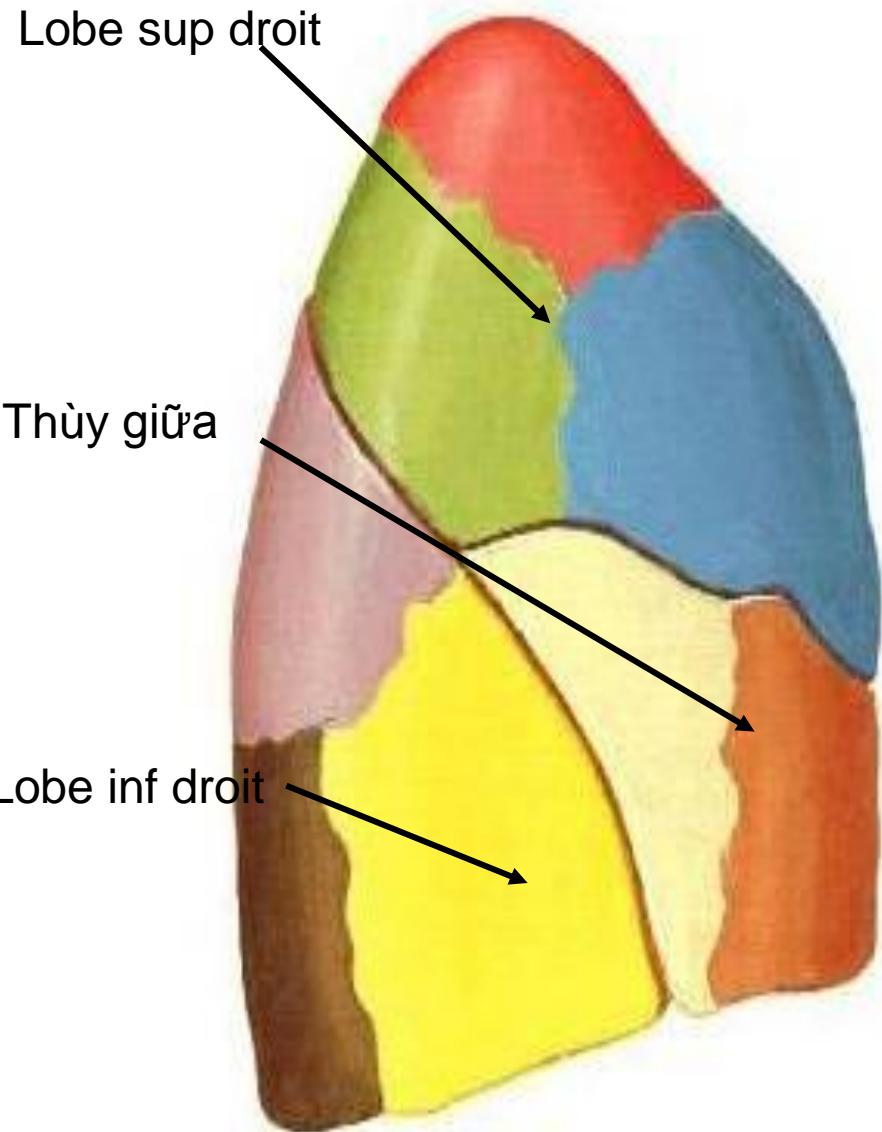
Les lobes pulmonaires de face

Các thùy phổi nhìn mặt trước

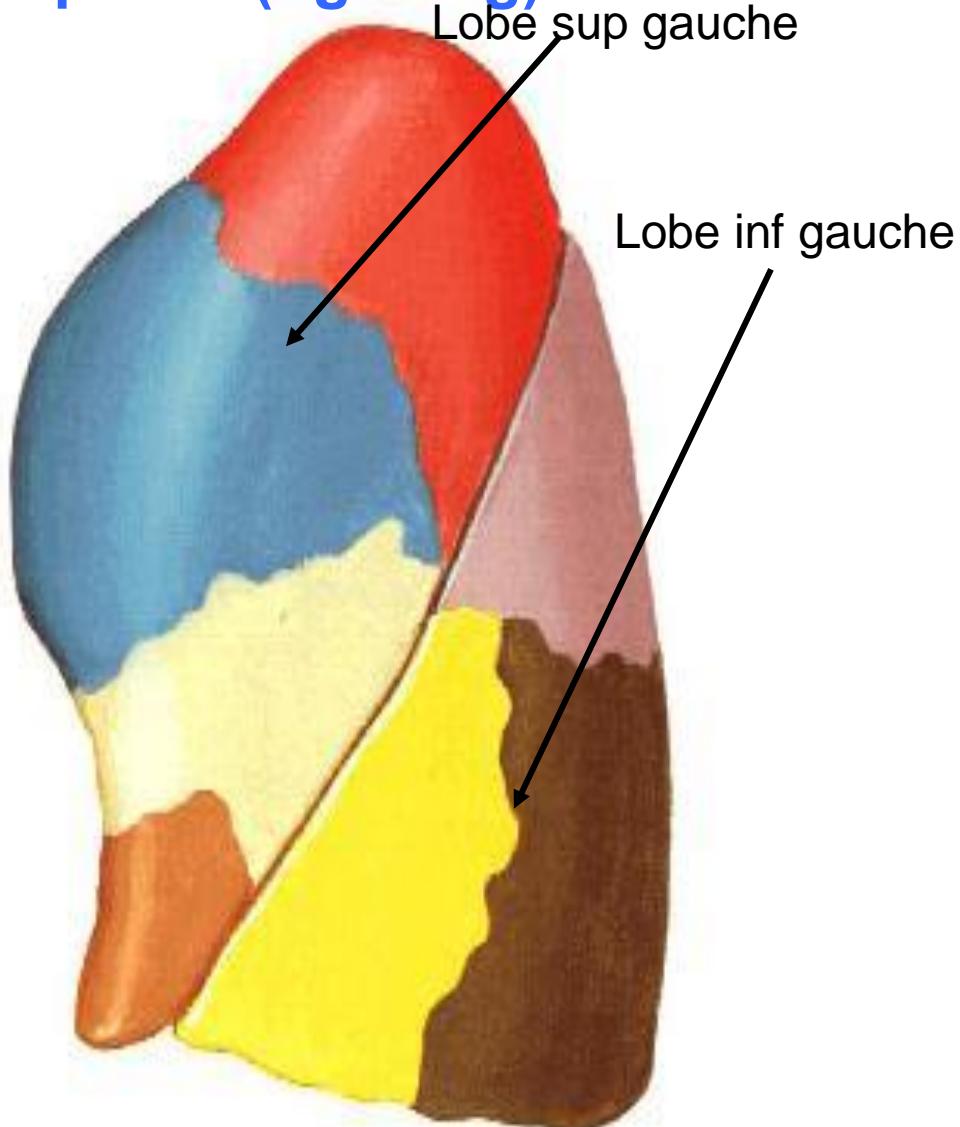


Les lobes pulmonaires de profil

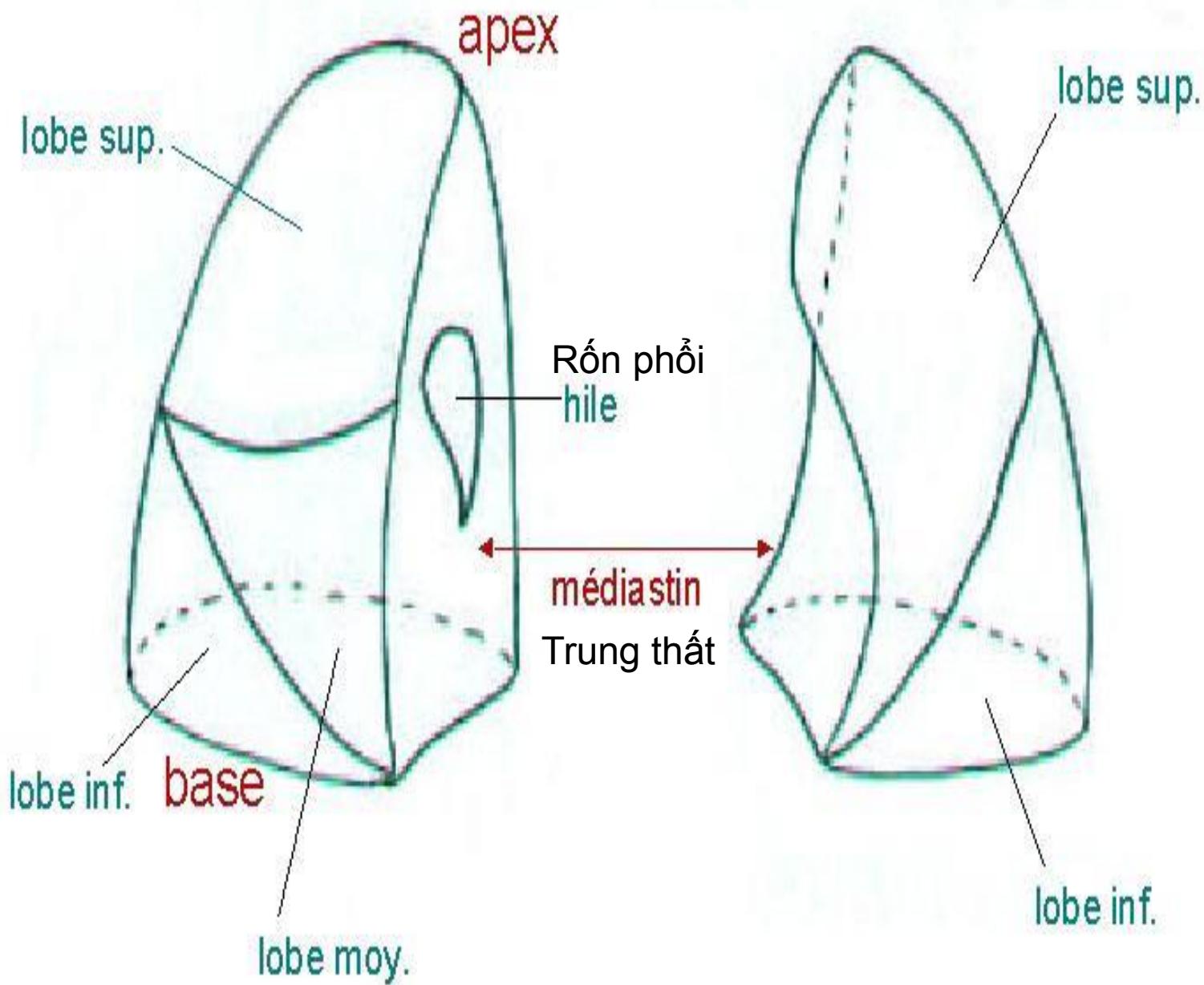
Các thùy phổi nhìn mặt bên (nghiêng)



Phổi phải nhìn mặt ngoài

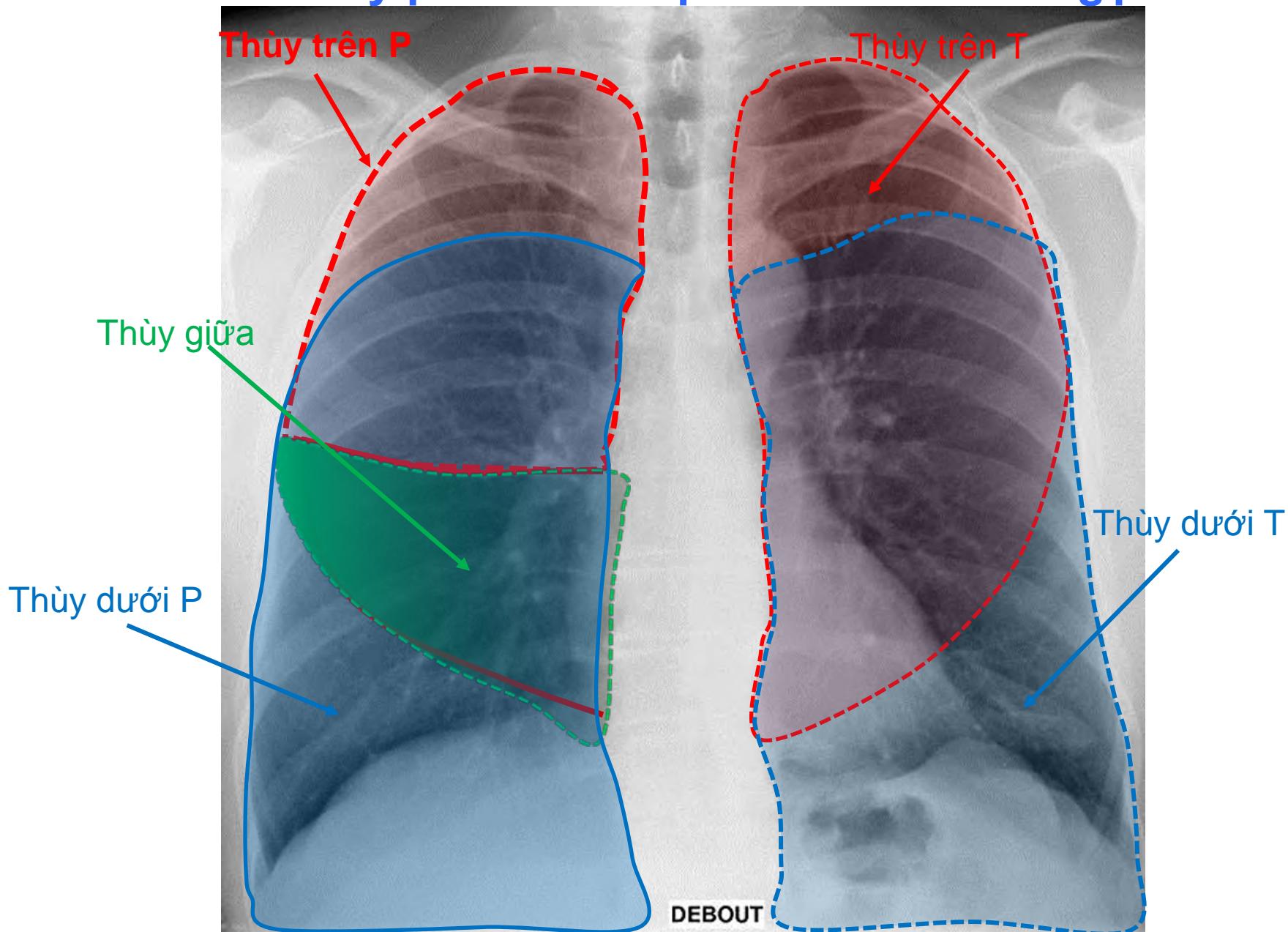


Phổi trái nhìn mặt ngoài



Les lobes de face sur la radio de thorax

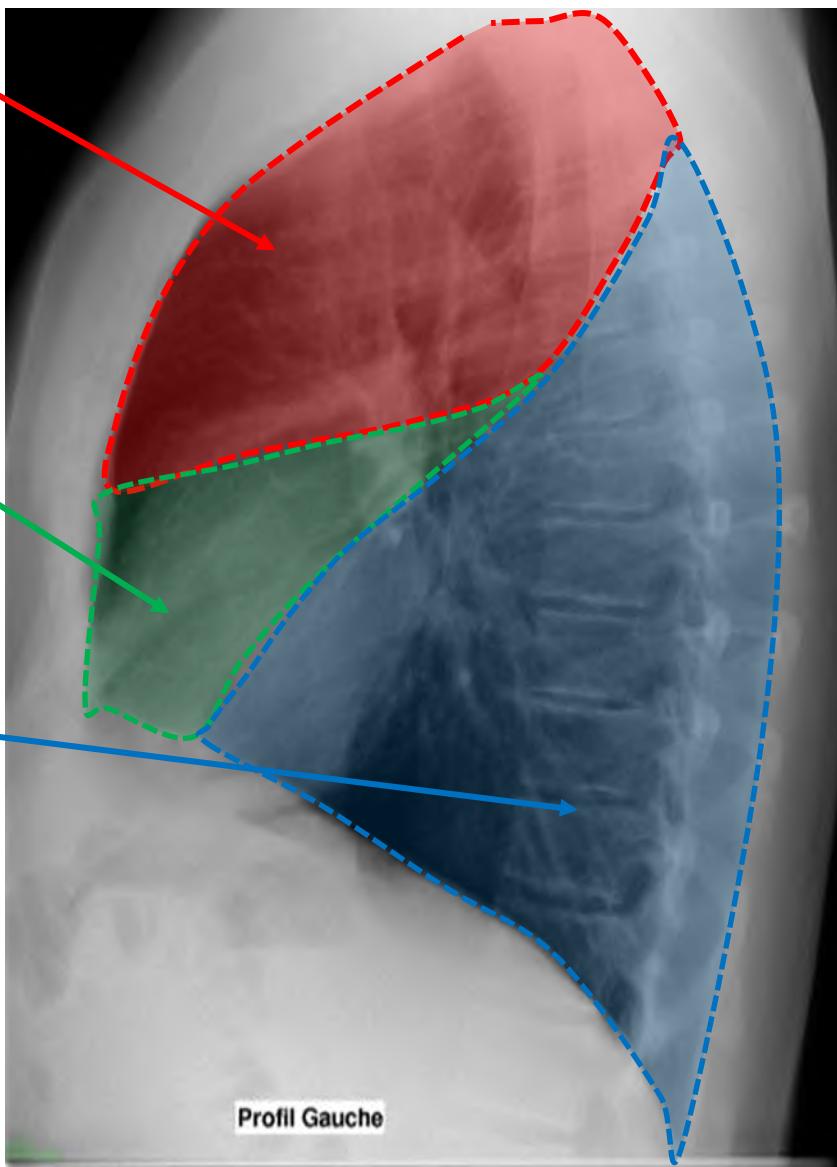
Các thùy phổi nhìn mặt trước trên XQ ngực



Les lobes de profil sur la radio de thorax

Các thùy phổi nhìn nghiêng trên XQ ngực

Lobe sup droit



Lobe moyen

Lobe inf droit

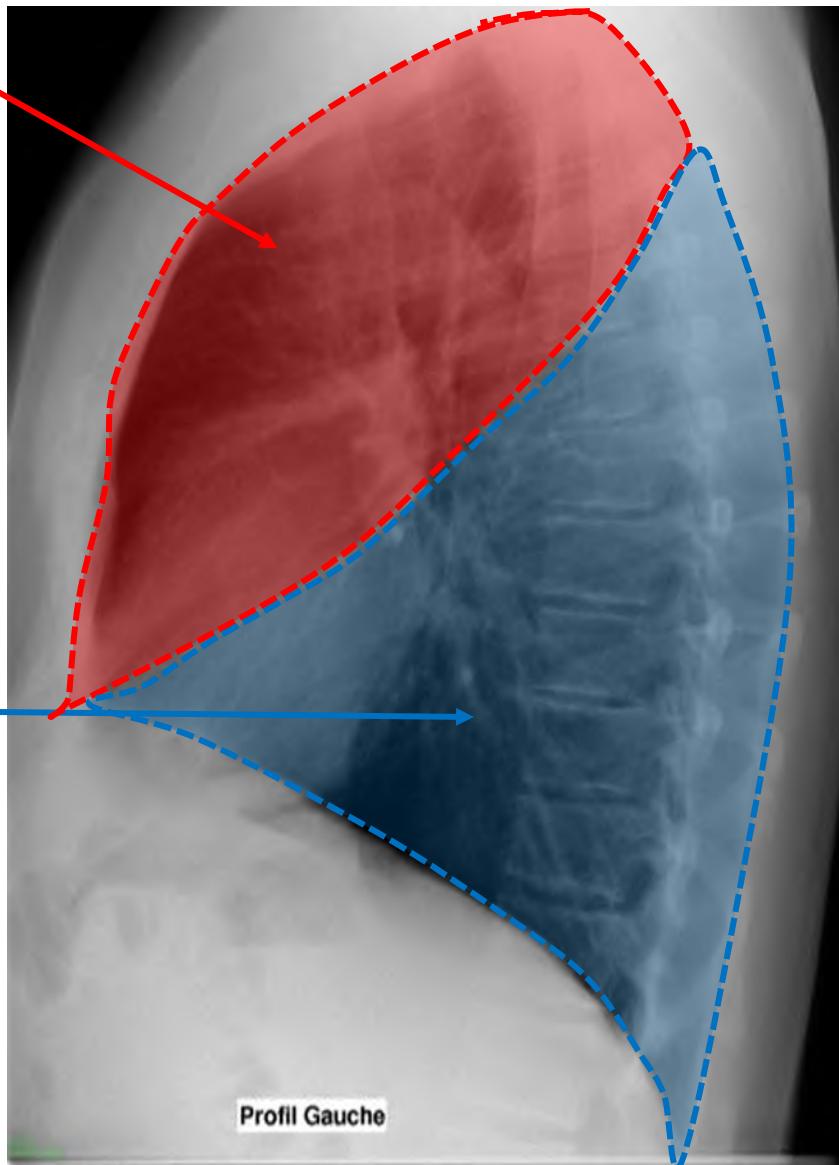
Les lobes de profil sur la radio de thorax

Lobe sup gauche

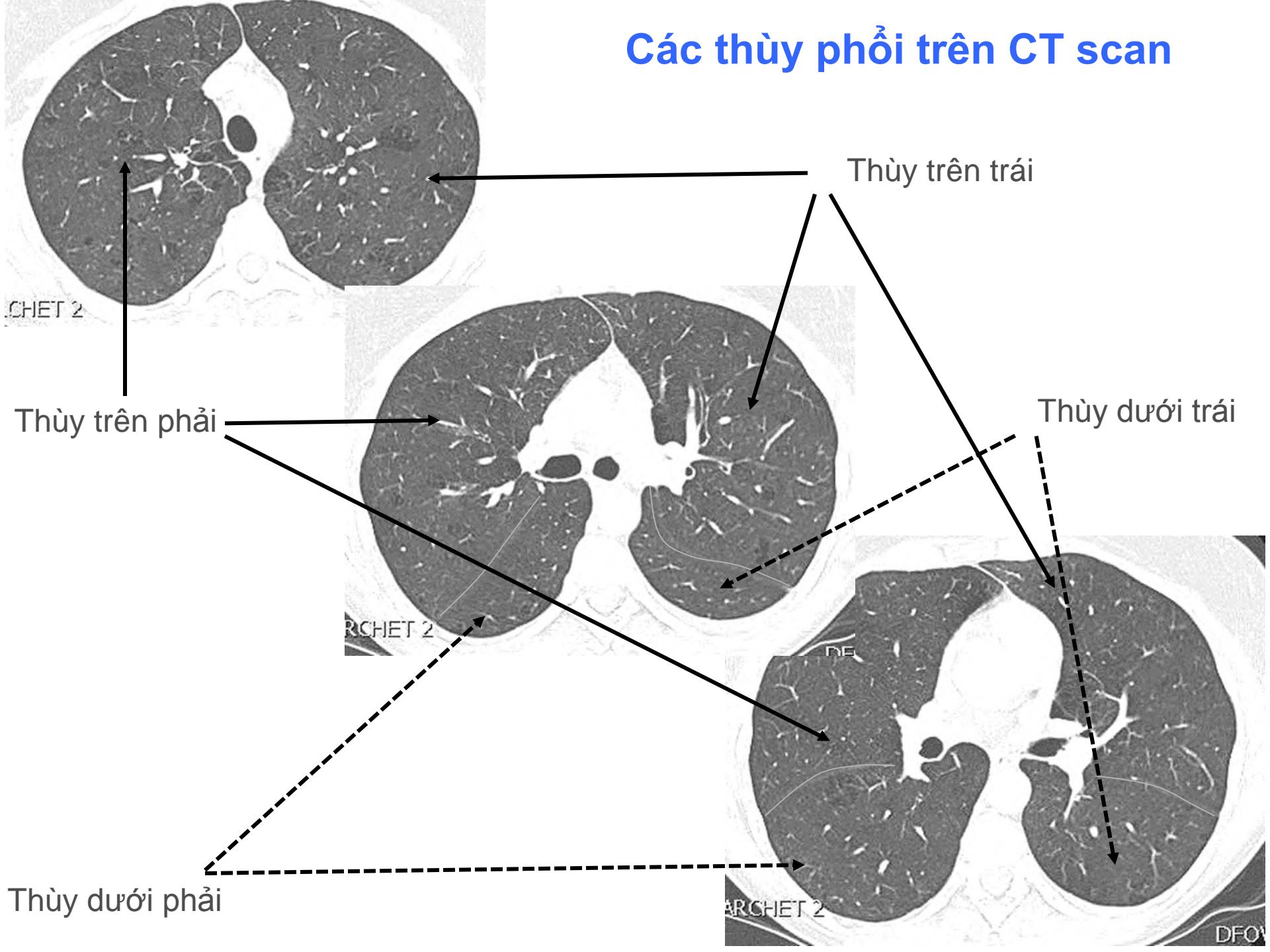
Thùy trên trái

Lobe inf gauche

Thùy dưới trái



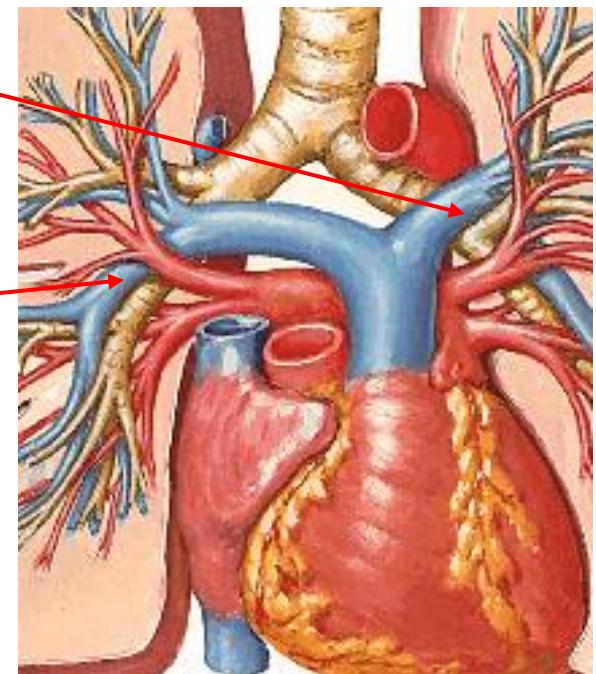
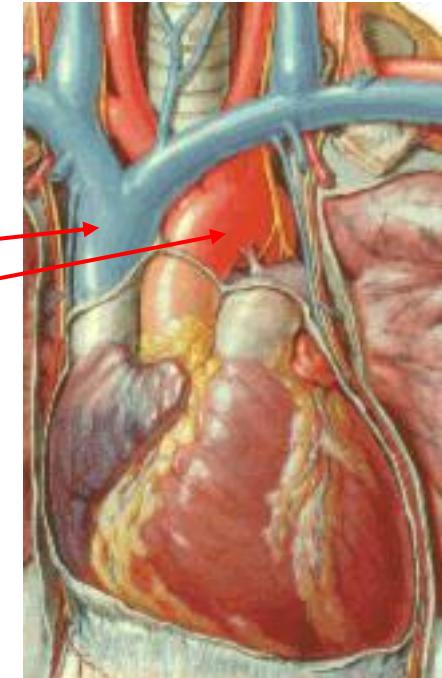
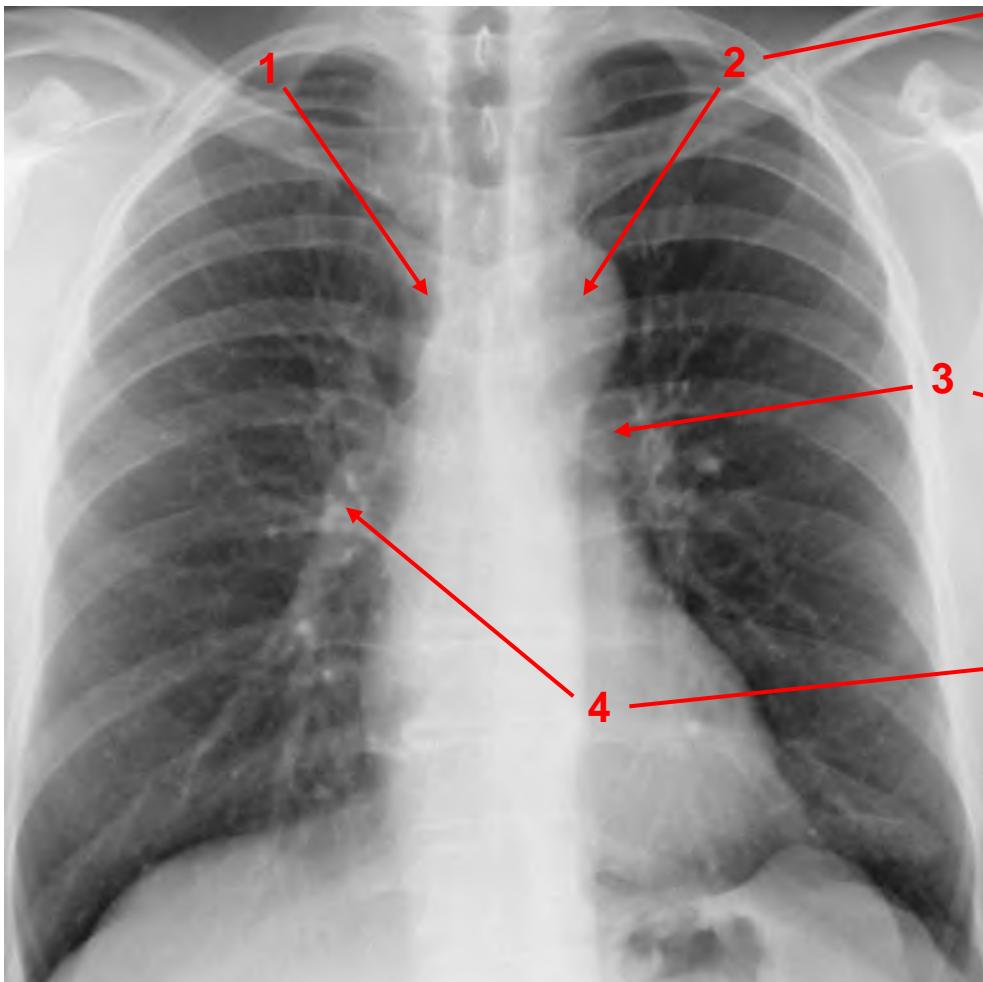
Các thùy phổi trên CT scan



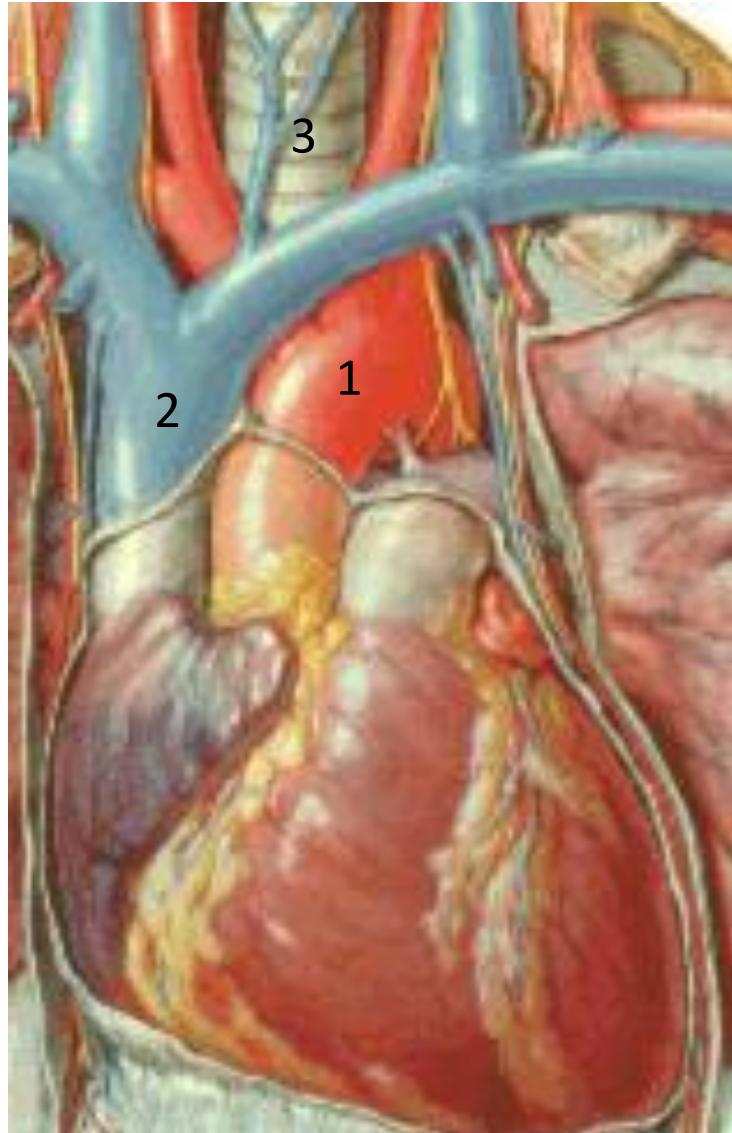
Những mạch máu lớn

Xác định trên XQ ngực:

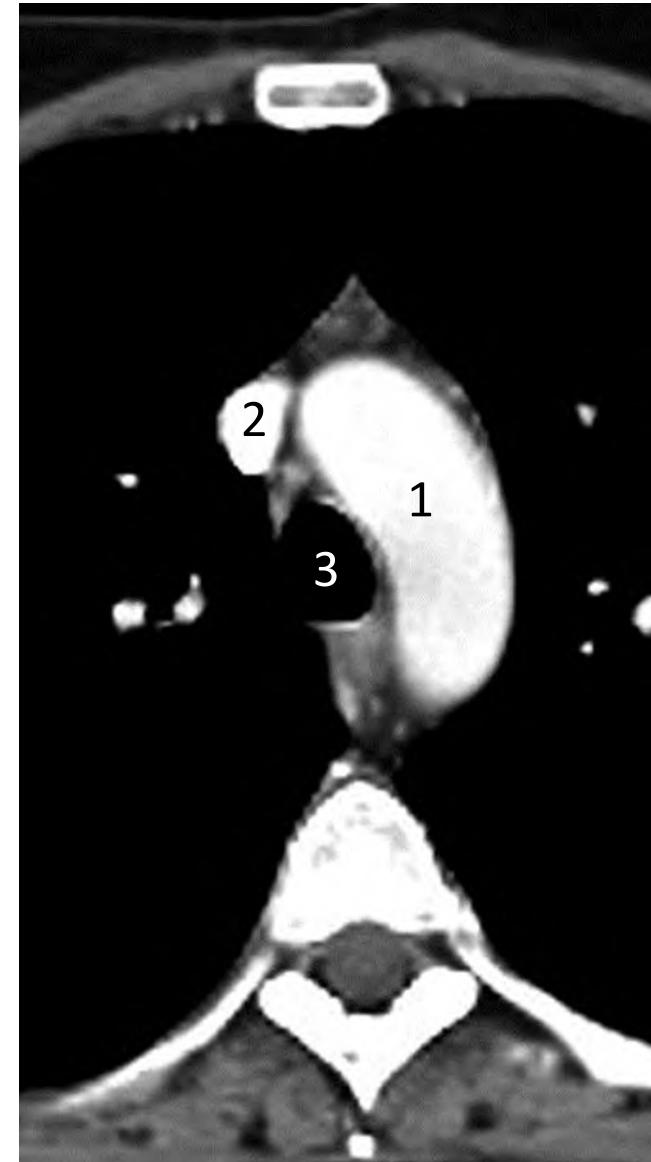
1. Tĩnh mạch chủ trên
2. Quai động mạch chủ
3. Động mạch phổi trái
4. Nhánh gian thùy của ĐM phổi phải



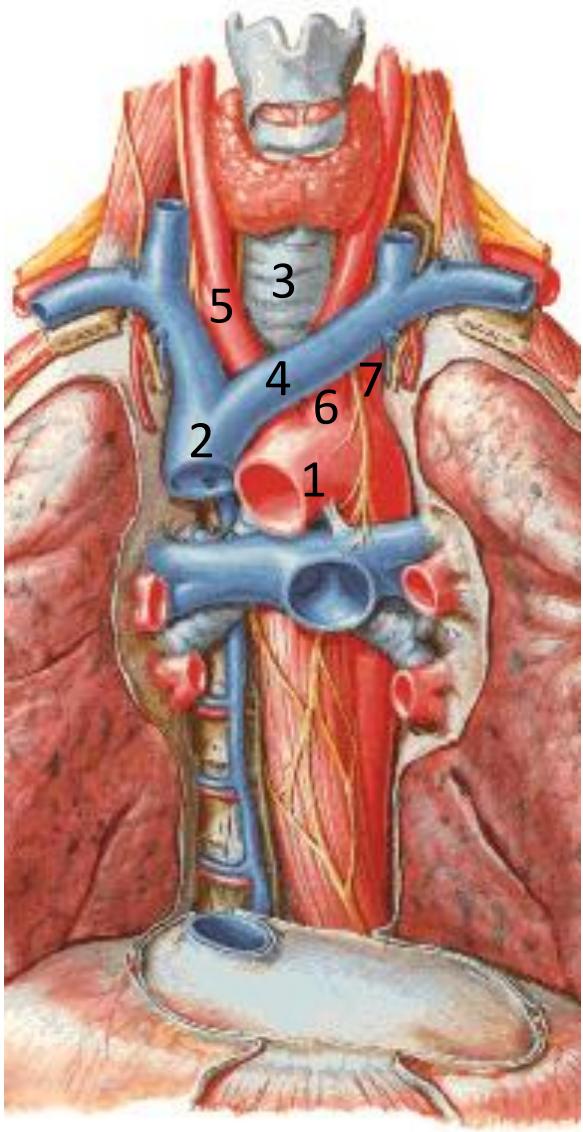
Để xác định vị trí trung thất=> **Cần xác định vị trí mặt cắt cơ bản** là mặt cắt qua quai động mạch chủ và tĩnh mạch chủ trên, sau đó đi ngược lên trên từng lát cắt một



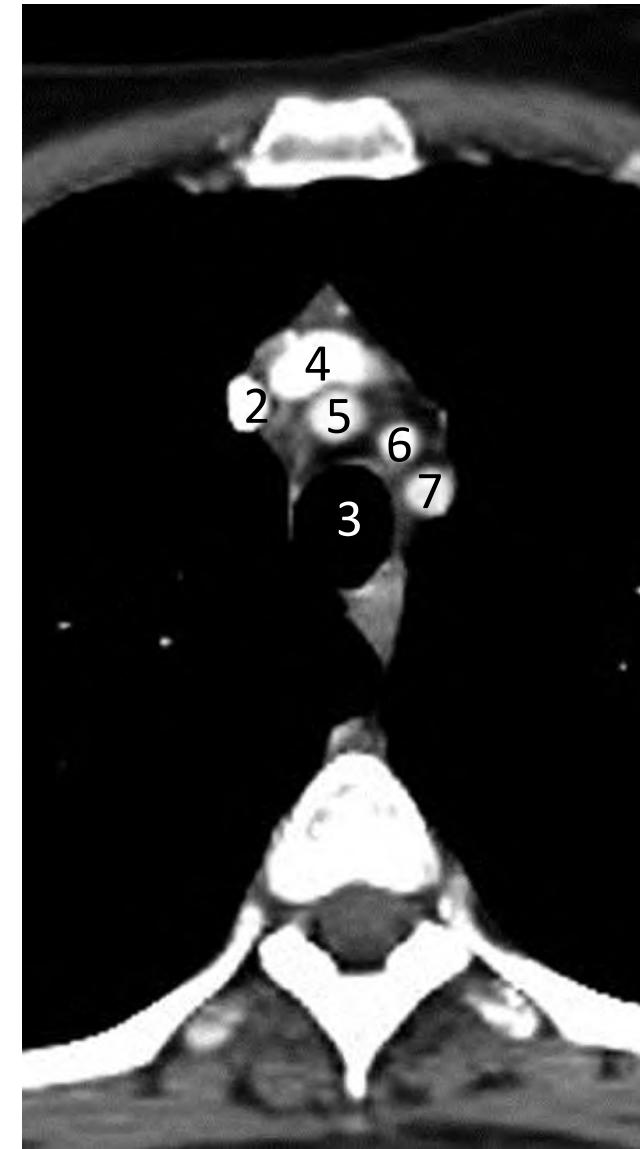
1. Quai ĐM chủ
2. TM chủ trên
3. Khí quản



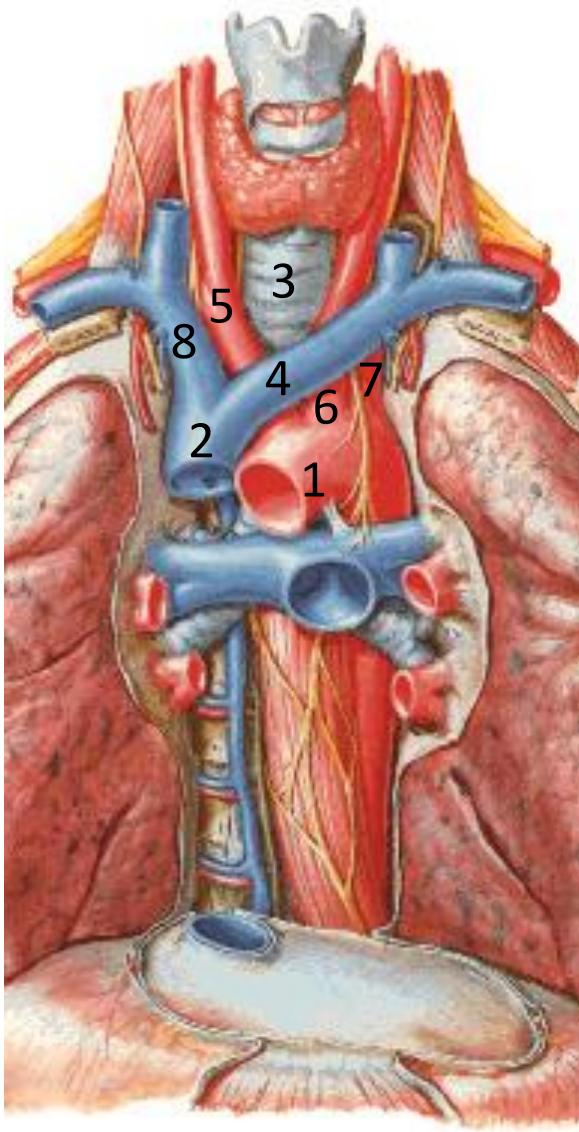
Cao hơn một vài lát cắt so với mặt cắt cơ bản



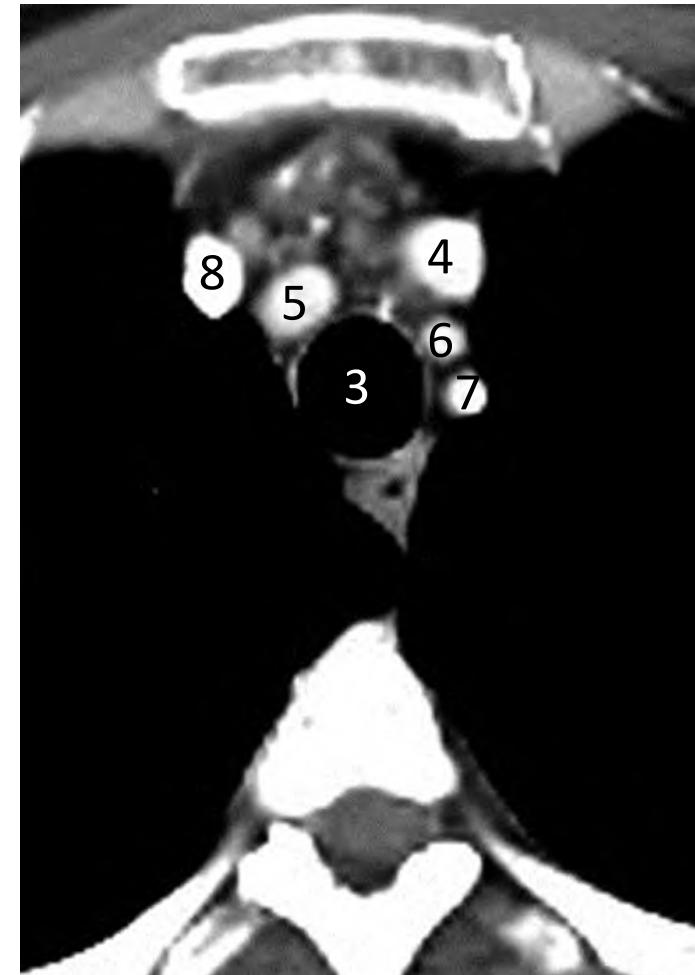
1. ĐM chủ
2. TM chủ trên
3. Khí quản
4. Thân TM cánh tay đầu trái
5. Thân ĐM cánh tay đầu phải
6. ĐM cánh gốc trái
7. ĐM dưới đòn trái



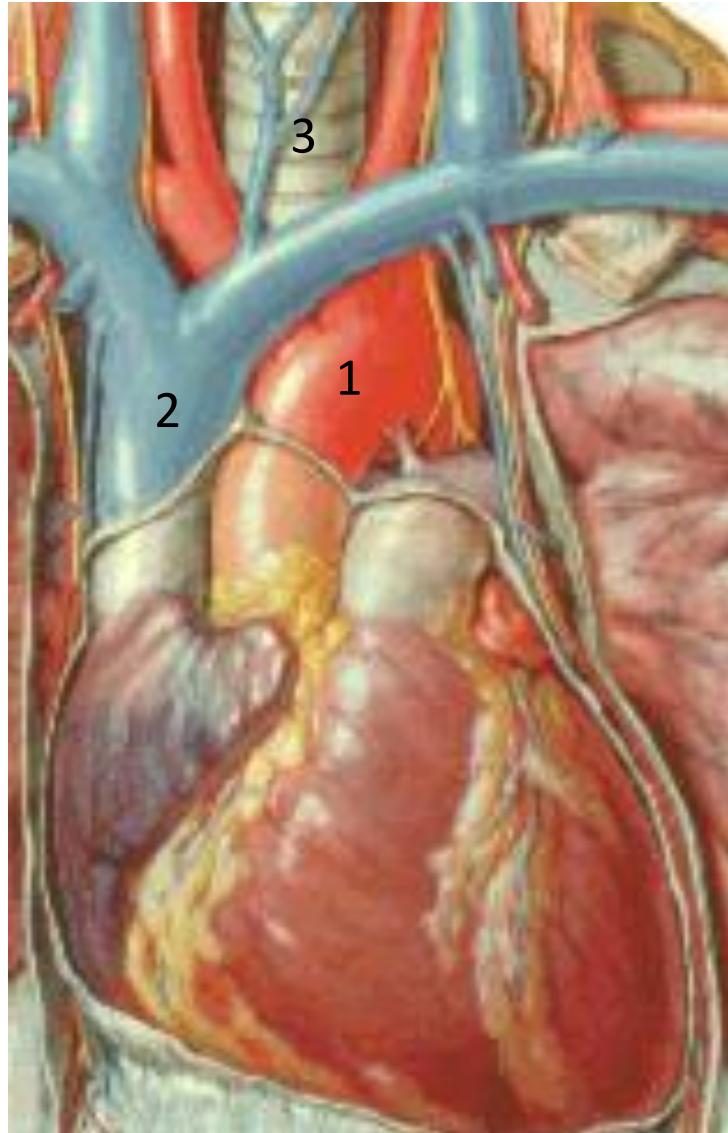
Cao hơn một lát cắt so với lát cắt trước



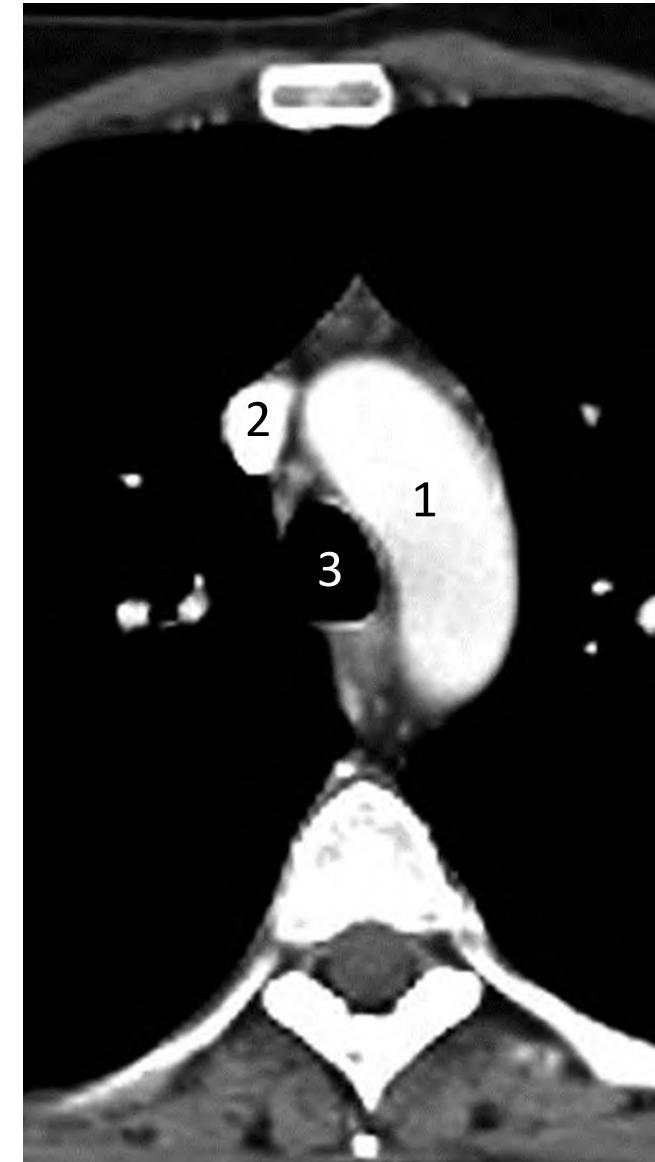
1. ĐM chủ
2. TM chủ trên
3. Khí quản
4. Thân TM cánh tay đầu trái
5. Thân ĐM cánh tay đầu phải
6. ĐM cánh gốc trái
7. ĐM dưới đòn trái
8. Thân TM cánh tay đầu phải



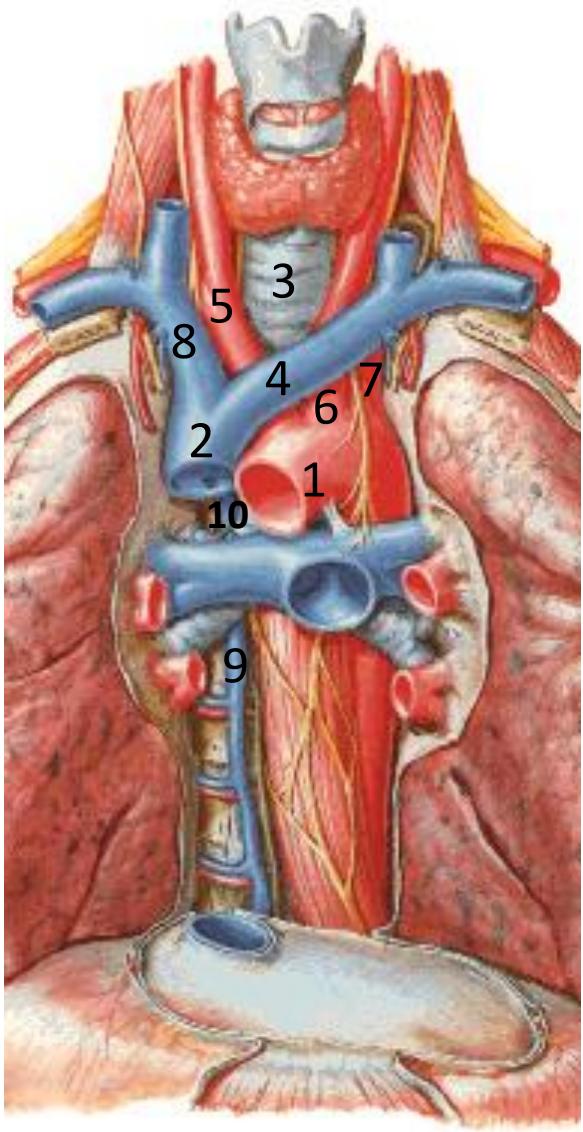
Từ mặt cắt cơ sở mà qua ĐM chủ và TM chủ trên, sau đó đi xuống dưới từng lát cắt một.



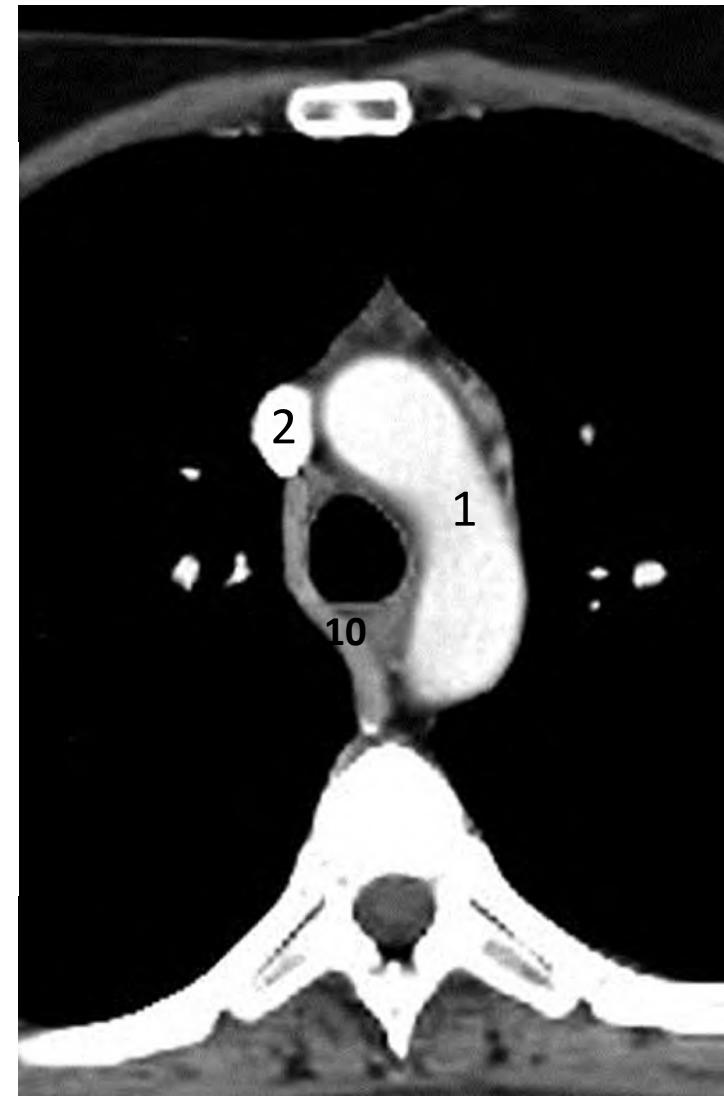
1. Quai ĐM chủ
2. TM chủ trên
3. Khí quản



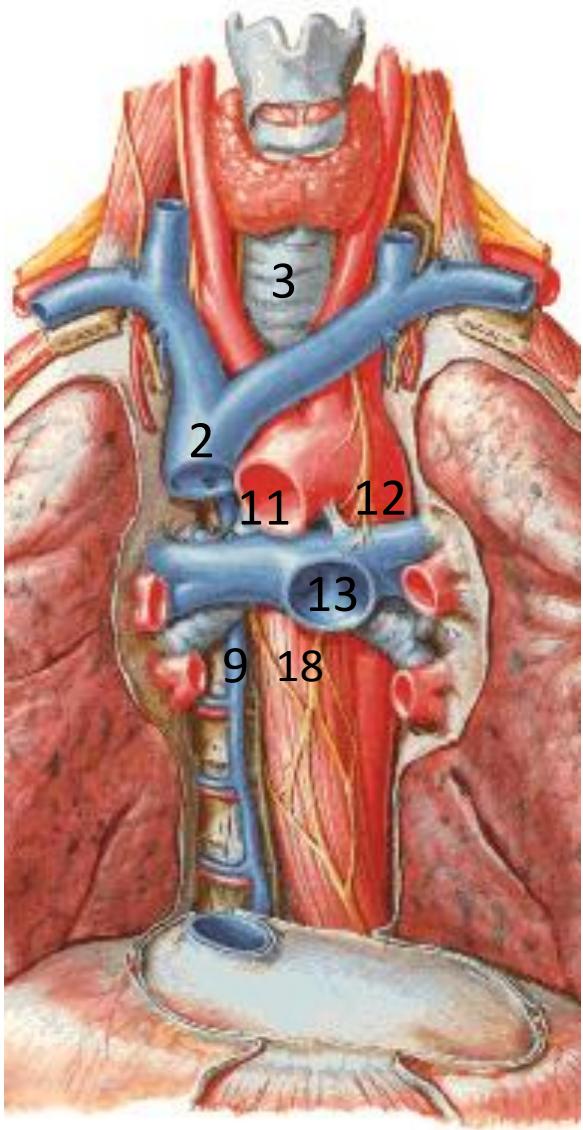
Một vài lát cắt thấp hơn



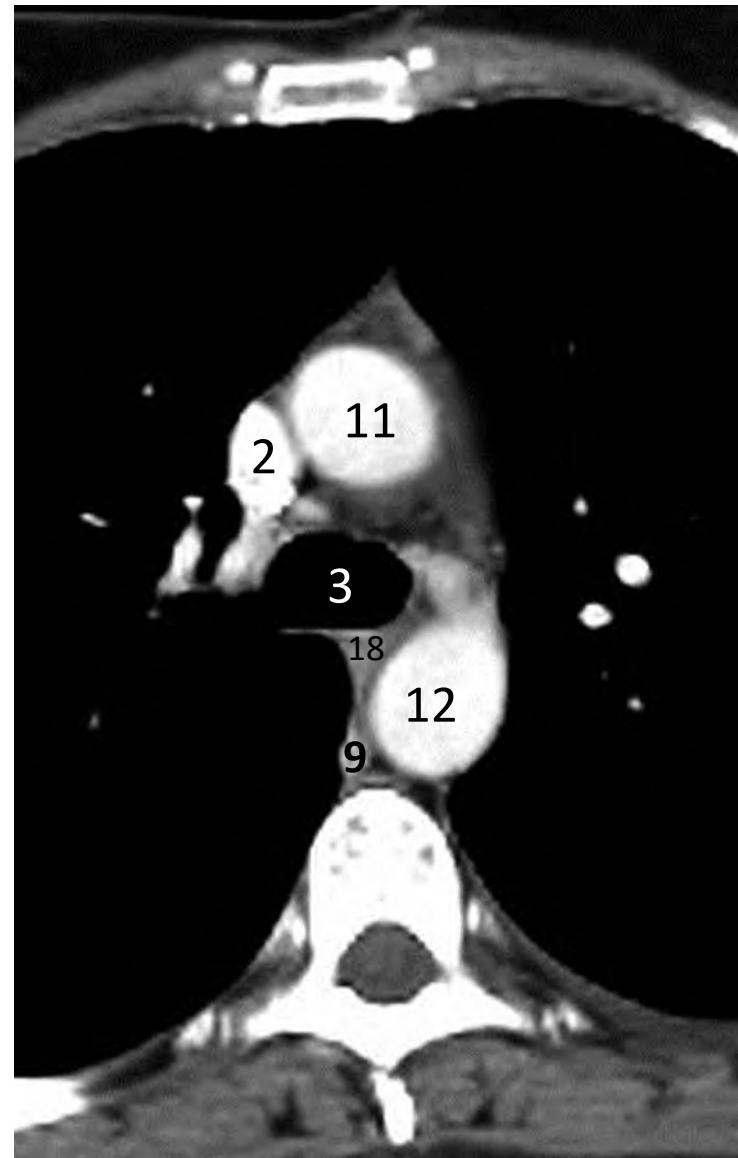
1. Quai ĐM chủ
2. TM chủ trên
3. Khí quản
4. Thân TM cánh tay-dầu trái
5. Thân ĐM cánh tay đầu phải
6. ĐM cánh gốc trái
7. ĐM dưới đòn trái
8. Thân TM cánh tay- đầu phải
9. TM đơn
10. Quai tĩnh mạch đơn



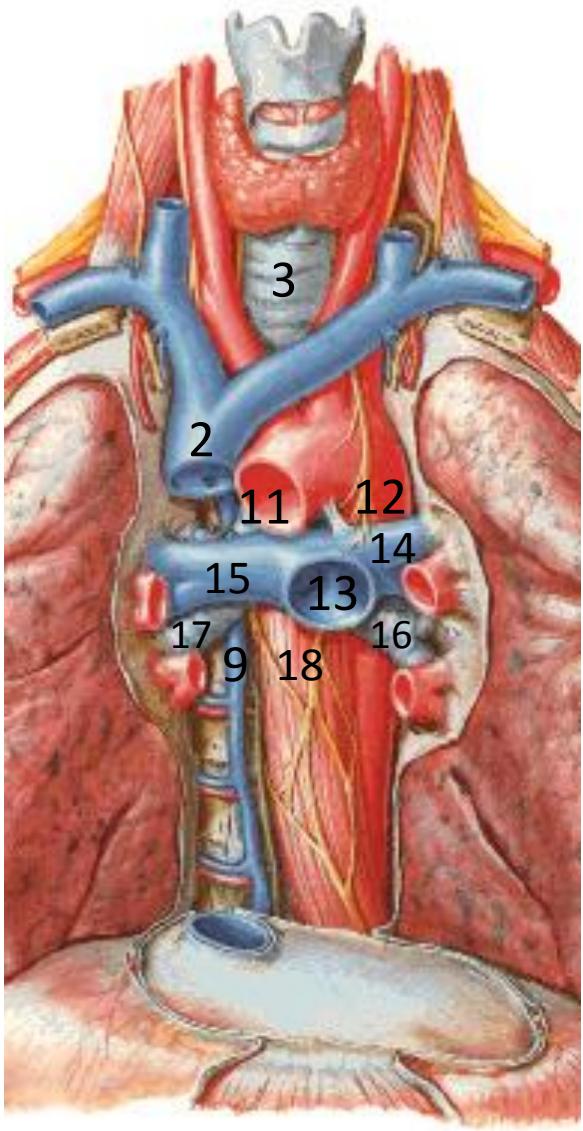
Lát cắt thấp hơn



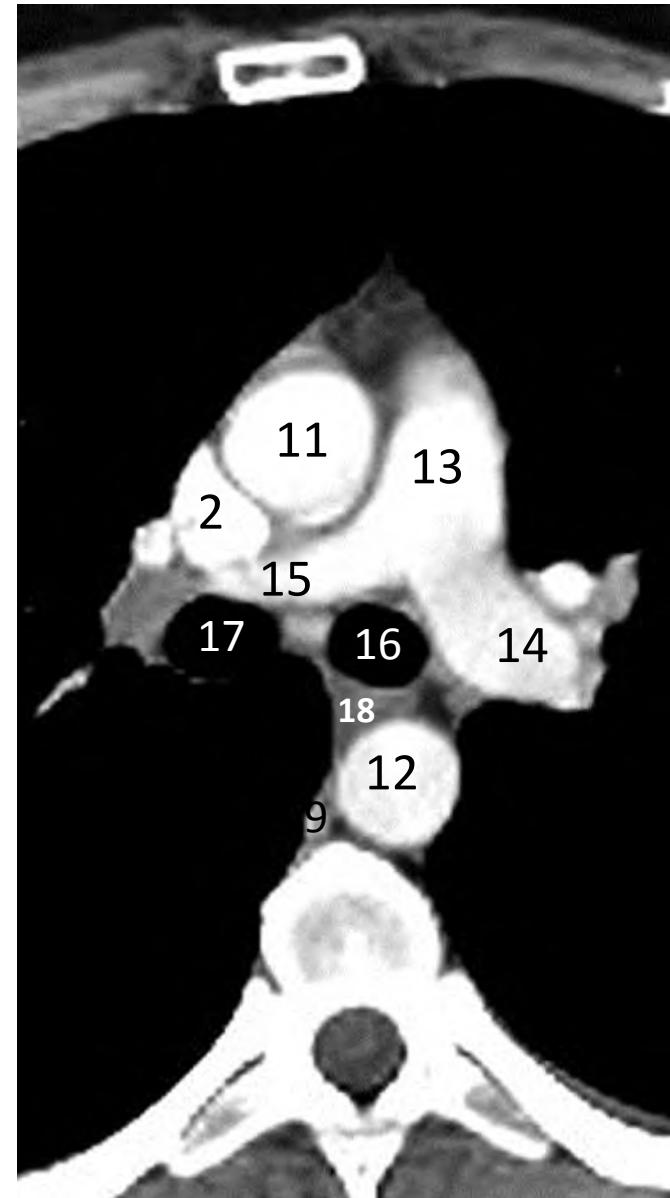
- 2. TM chủ trên
- 3. Khí quản
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9. TM đơn
- 10.
- 11. ĐM chủ ngực đoạn lên
- 12. ĐM chủ ngực đoạn xuống
- 13. Thân ĐM phổi



Quelques pas plus bas – lắt cắt thấp hơn nữa

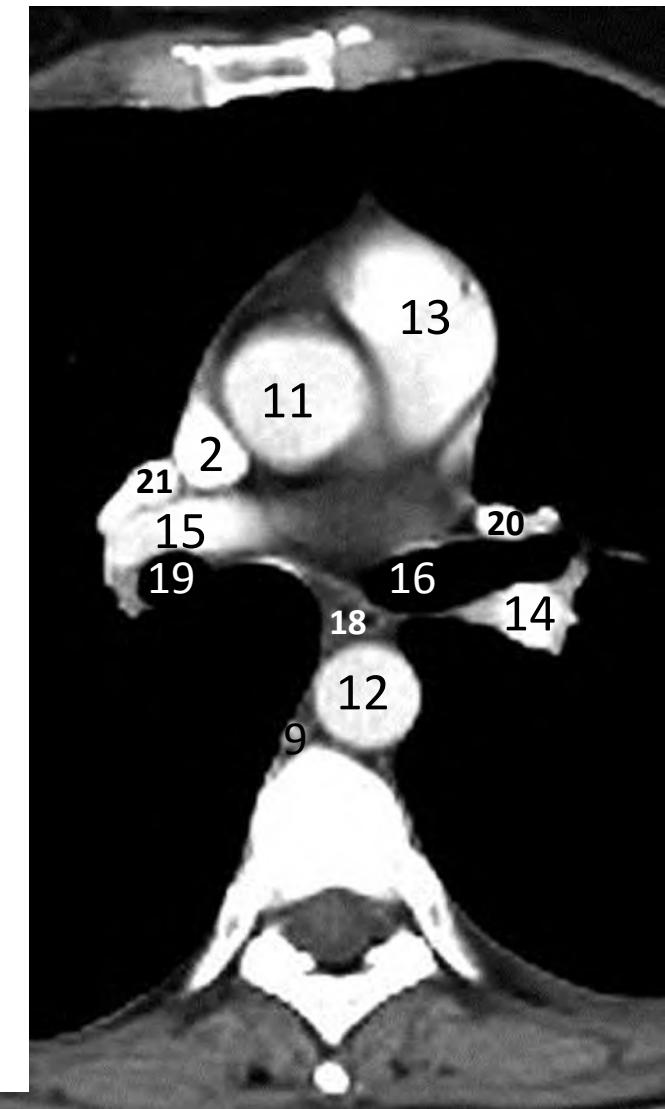
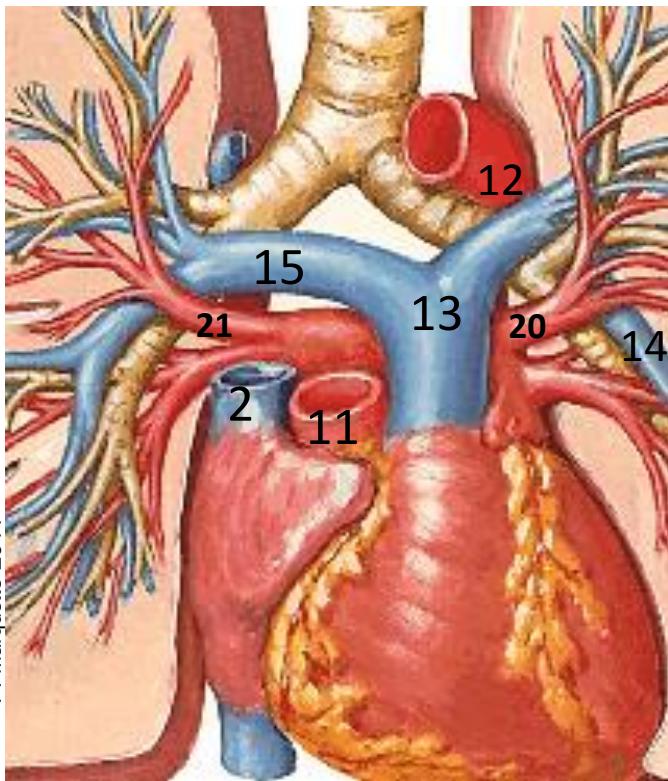


- 2. TM chủ trên
- 3. Khí quản
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9. TM đơn
- 10.
- 11.ĐM chủ đoạn lên
- 12.ĐM chủ đoạn xuống
- 13.Thân ĐM phổi
- 14.ĐM phổi trái
- 15.ĐM phổi phải
- 16.PQ gốc trái
- 17.PQ gốc phải
- 18.Thực quản

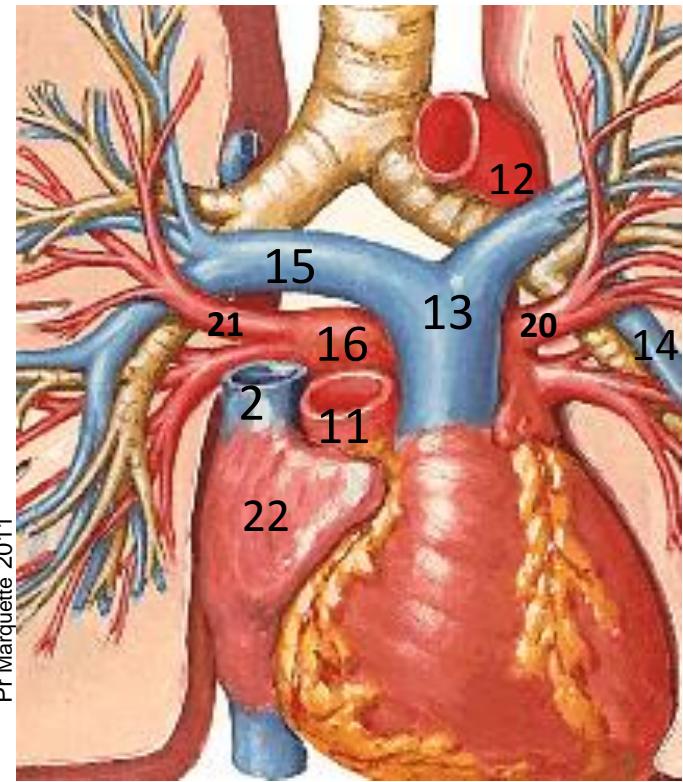


Quelques pas plus bas – Lát cắt thấp hơn nữa

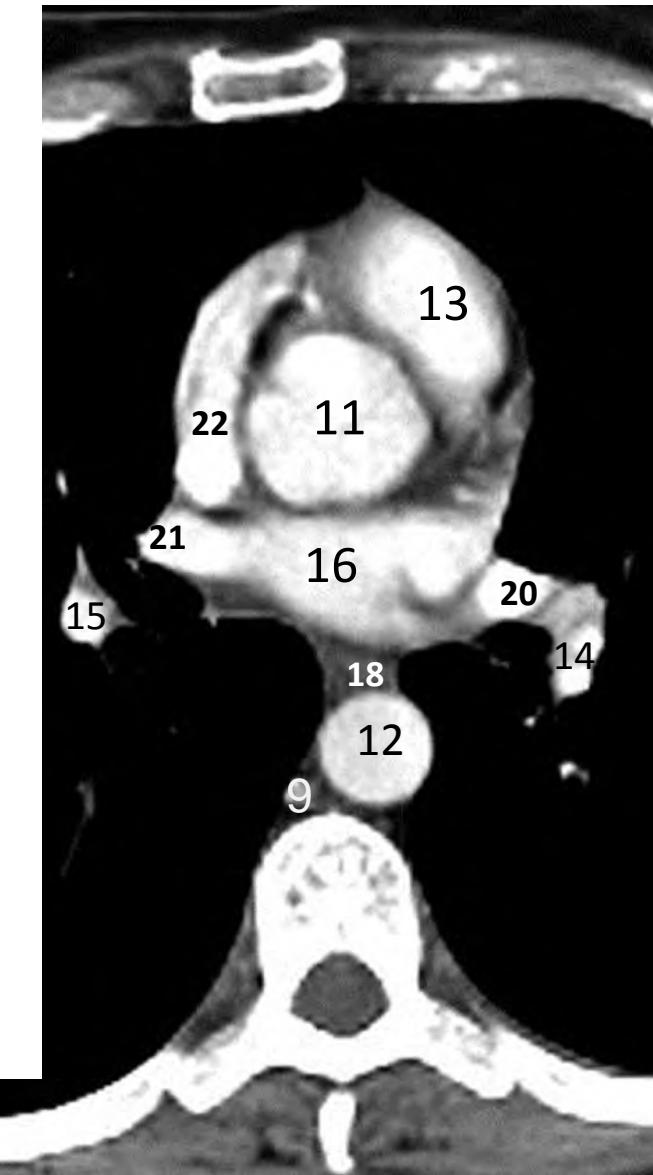
- 2. TM chủ trên
- 9. TM đơn
- 10.
- 11.ĐM chủ đoạn lên
- 12.ĐM chủ đoạn xuống
- 13.Thân ĐM phổi
- 14.ĐM phổi trái
- 15.ĐM phổi phải
- 16.PQ gốc trái
- 17.PQ gốc phải
- 18.Thực quản
- 19.Thân PQ trung gian P
- 20.TM phổi trên bên trái
- 21.TM phổi trên bên phải



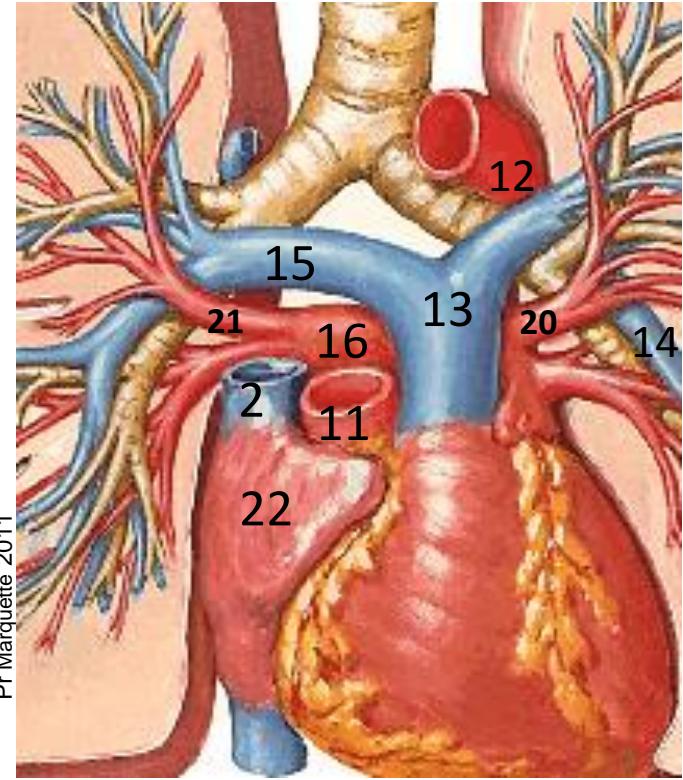
Quelques pas plus bas – Lát cắt thấp hơn nữa



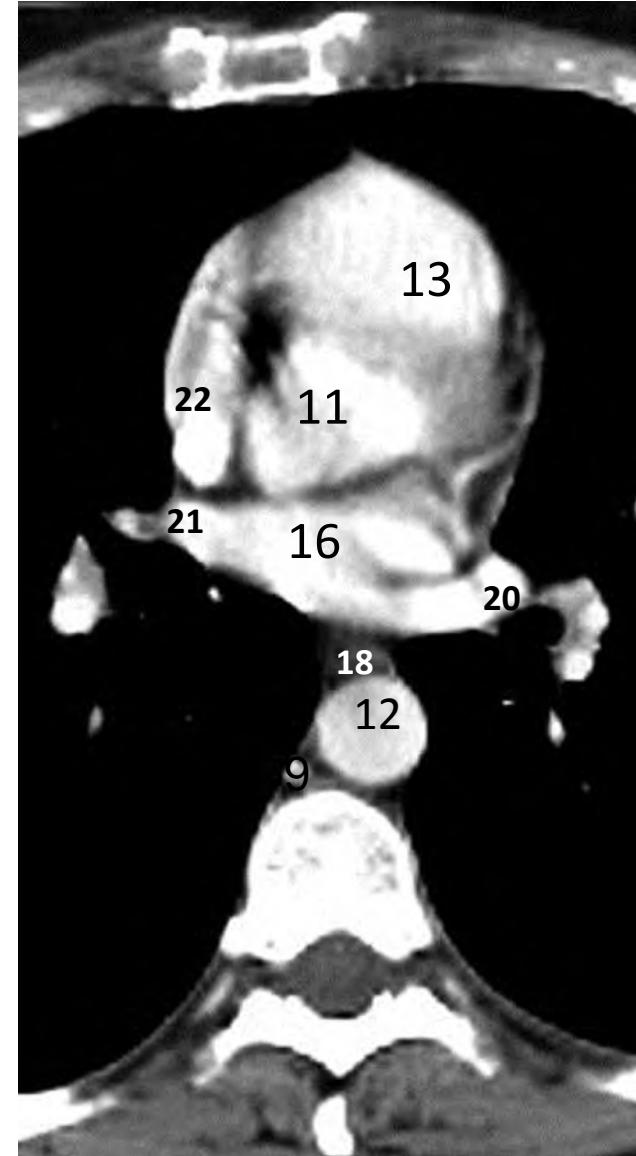
2. TM chủ trên
9. Tĩnh mạch đơn
- 10.
- 11.ĐM chủ ngực đoạn lên
- 12.ĐM chủ ngực đoạn xuống
- 13.Thân ĐM phổi
- 14.ĐM phổi trái
- 15.ĐM phổi phải
16. Tâm nhĩ trái
- 17.
- 18.Thực quản
- 19.
- 20.TM phổi trên bên trái
- 21.TM phổi trên bên phải
- 22.Tâm nhĩ phải



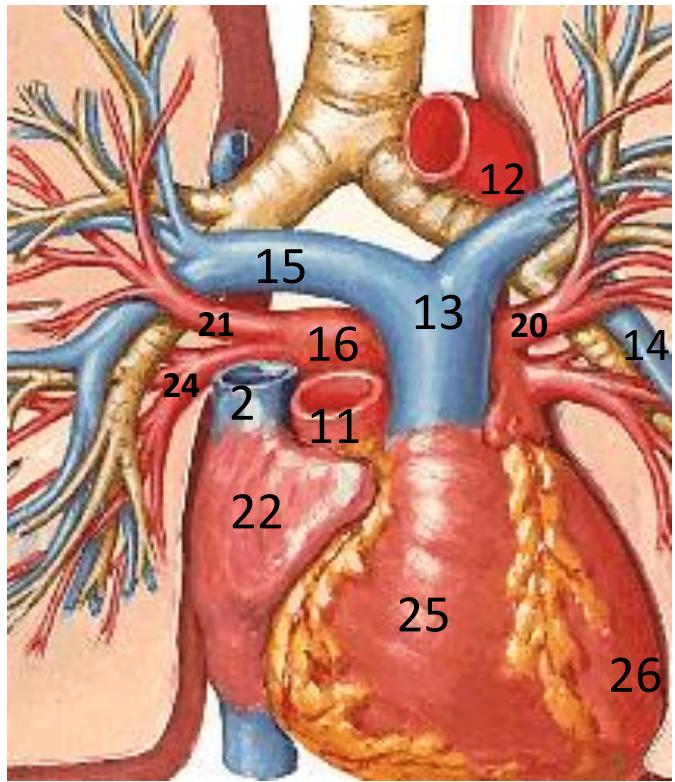
Quelques pas plus bas – lát cắt thấp hơn nữa



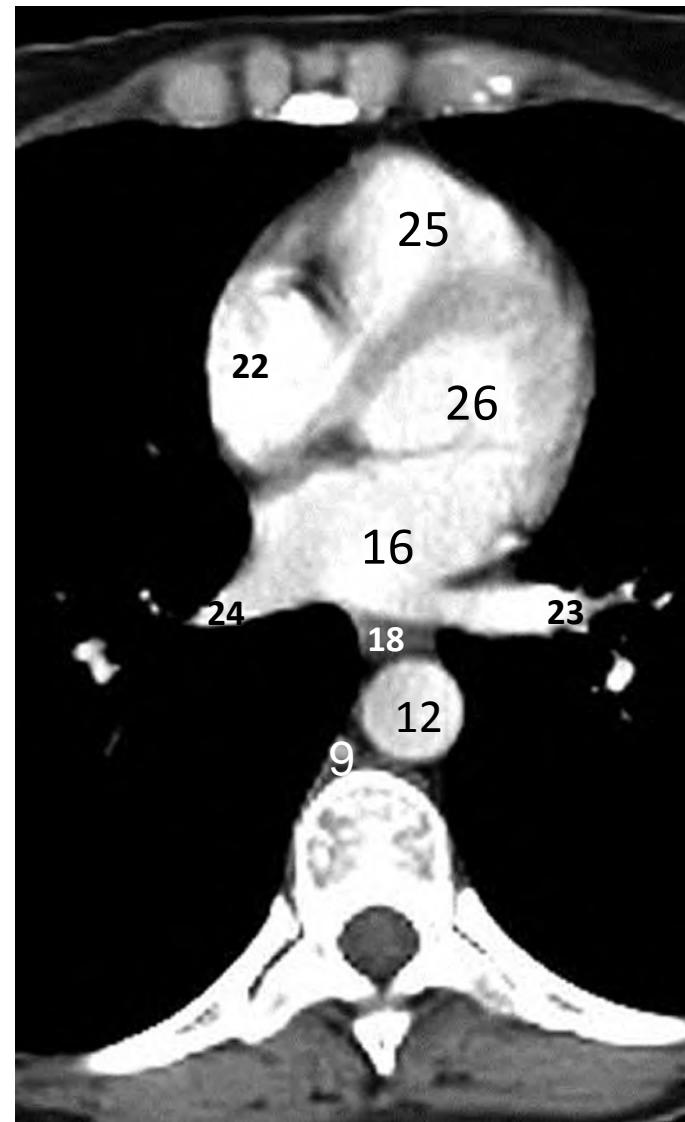
9. Veine azygos
- 10.
11. Aorte thoracique ascendante
12. Aorte thoracique descendante
13. Tronc de l'artère pulmonaire
- 14.
- 15.
16. Oreillette gauche
- 17.
18. Œsophage
- 19.
20. Veine pulmonaire supérieure gauche
21. Veine pulmonaire supérieure droite
22. Oreillette droite



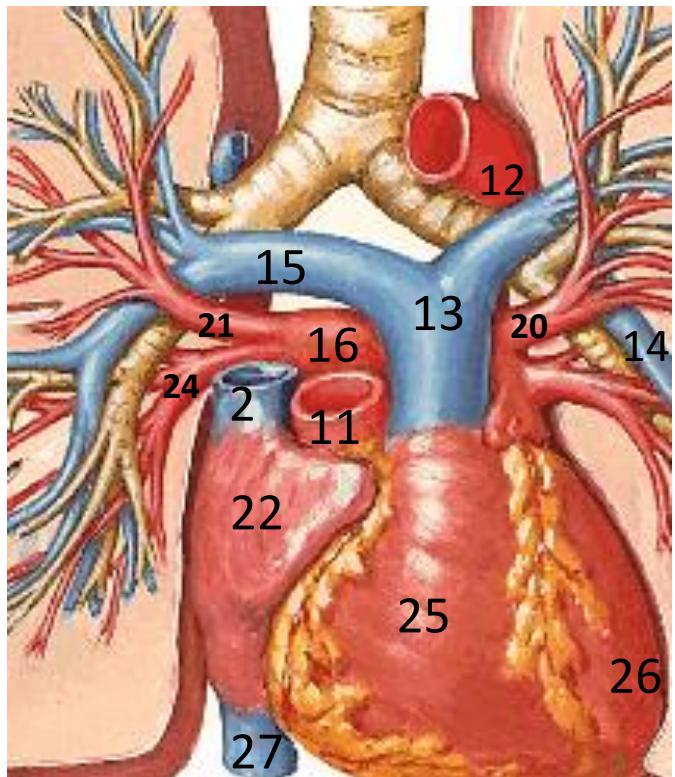
Quelques pas plus bas – lát cát thấp hơn nữa



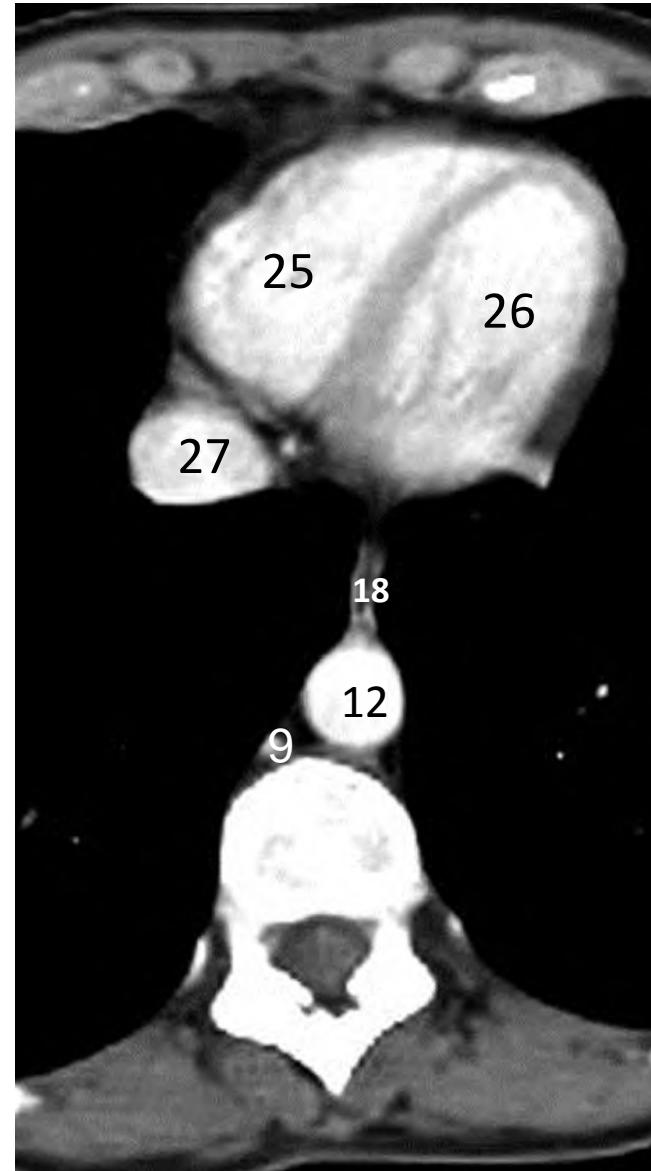
- 9. Veine azygos
- 10.
- 11.
- 12. Aorte thoracique descendante
- 13.
- 14.
- 15.
- 16. Oreillette gauche
- 17.
- 18. Œsophage
- 19.
- 20.
- 21.
- 22. Oreillette droite
- 23. TM phổi dưới bên trái
- 24. TM phổi dưới bên phải
- 25. Tâm thất phải
- 26. Tâm thất trái



Quelques pas plus bas



- 9. Veine azygos
- 10.
- 11.
- 12. Aorte thoracique descendante
- 13.
- 14.
- 15.
- 16. Oreillette gauche
- 17.
- 18. Œsophage
- 19.
- 20.
- 21.
- 22. Oreillette droite
- 23.
- 24.
- 25. Ventricule droit
- 26. Ventricule gauche
- 27. Tĩnh mạch chủ dưới

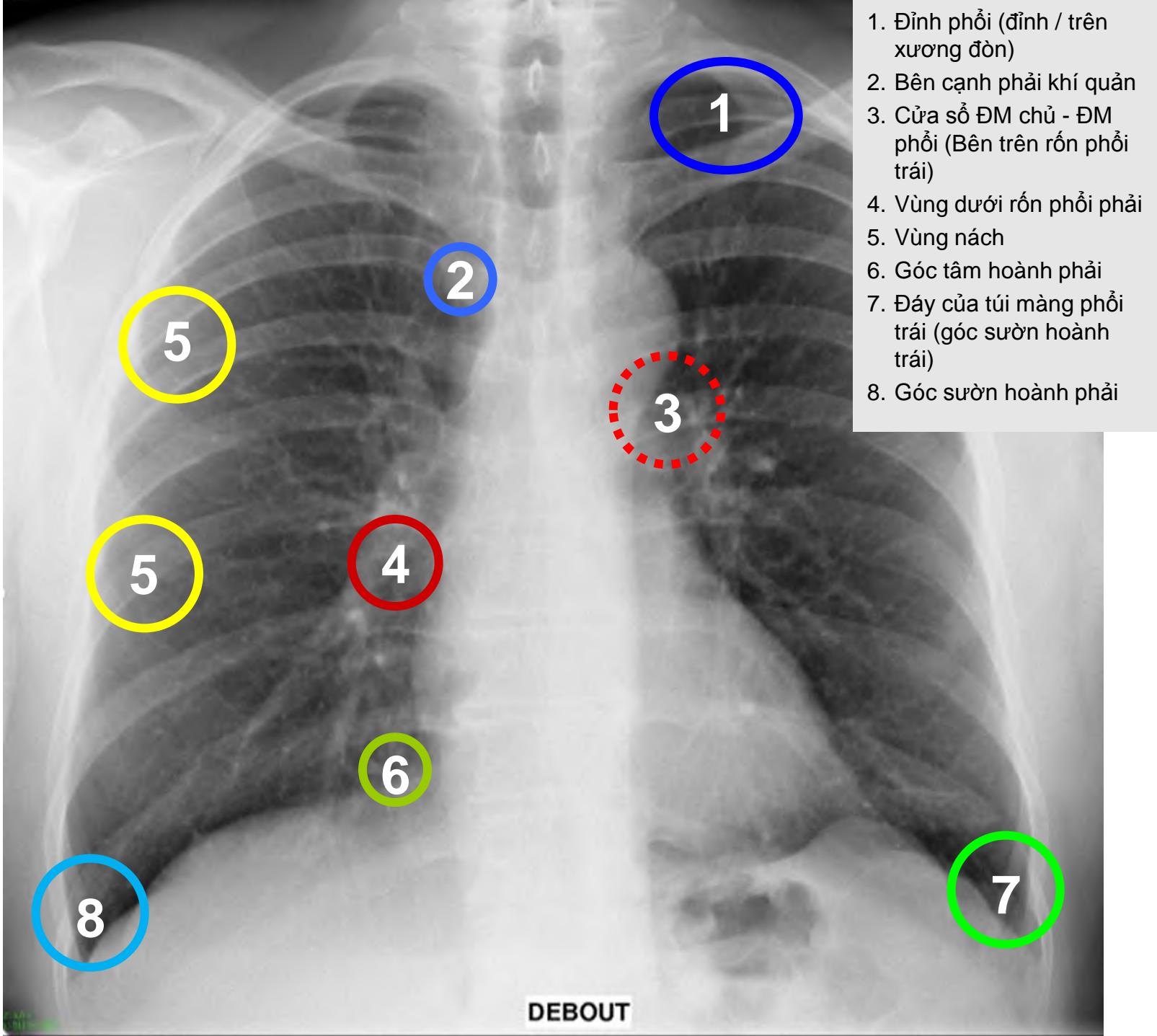


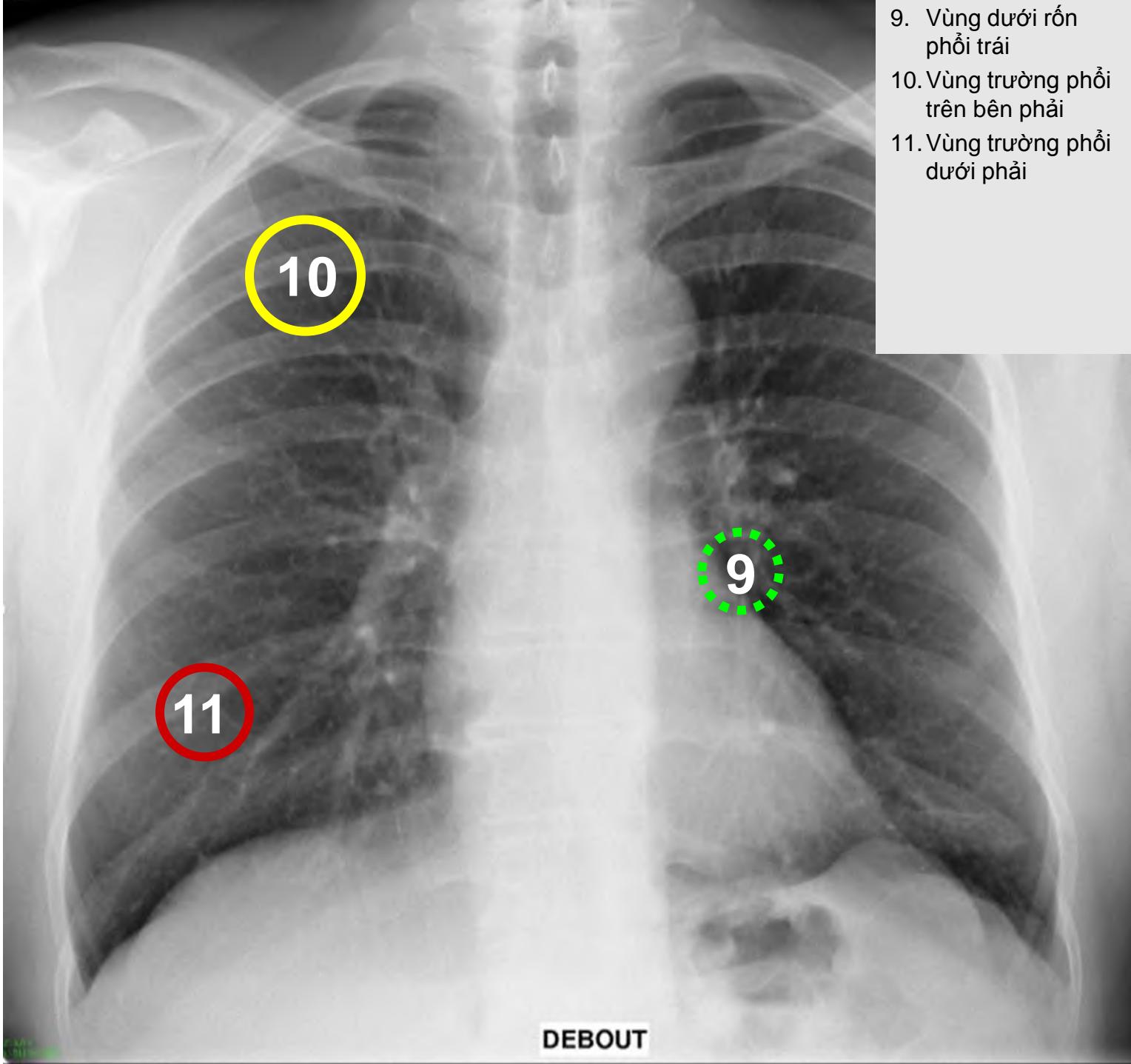
Les régions sur la Radio de thorax de face et de profil

Những vùng trên XQ phổi thẳng và nghiêng

**cho phép chỉ rõ đâu là tổn thương, bất thường: mờ
đục hoặc các tổn thương khác...**

**Đây là một điều chúng ta thực sự gặp rắc rối khi
mới học, trong khi nó hoàn toàn đơn giản**





9. Vùng dưới rốn phổi trái
10. Vùng trường phổi trên bên phải
11. Vùng trường phổi dưới phải

HẾT PHẦN 1

(TO BE CONTINUED.....)

(À SUIVRE.....)



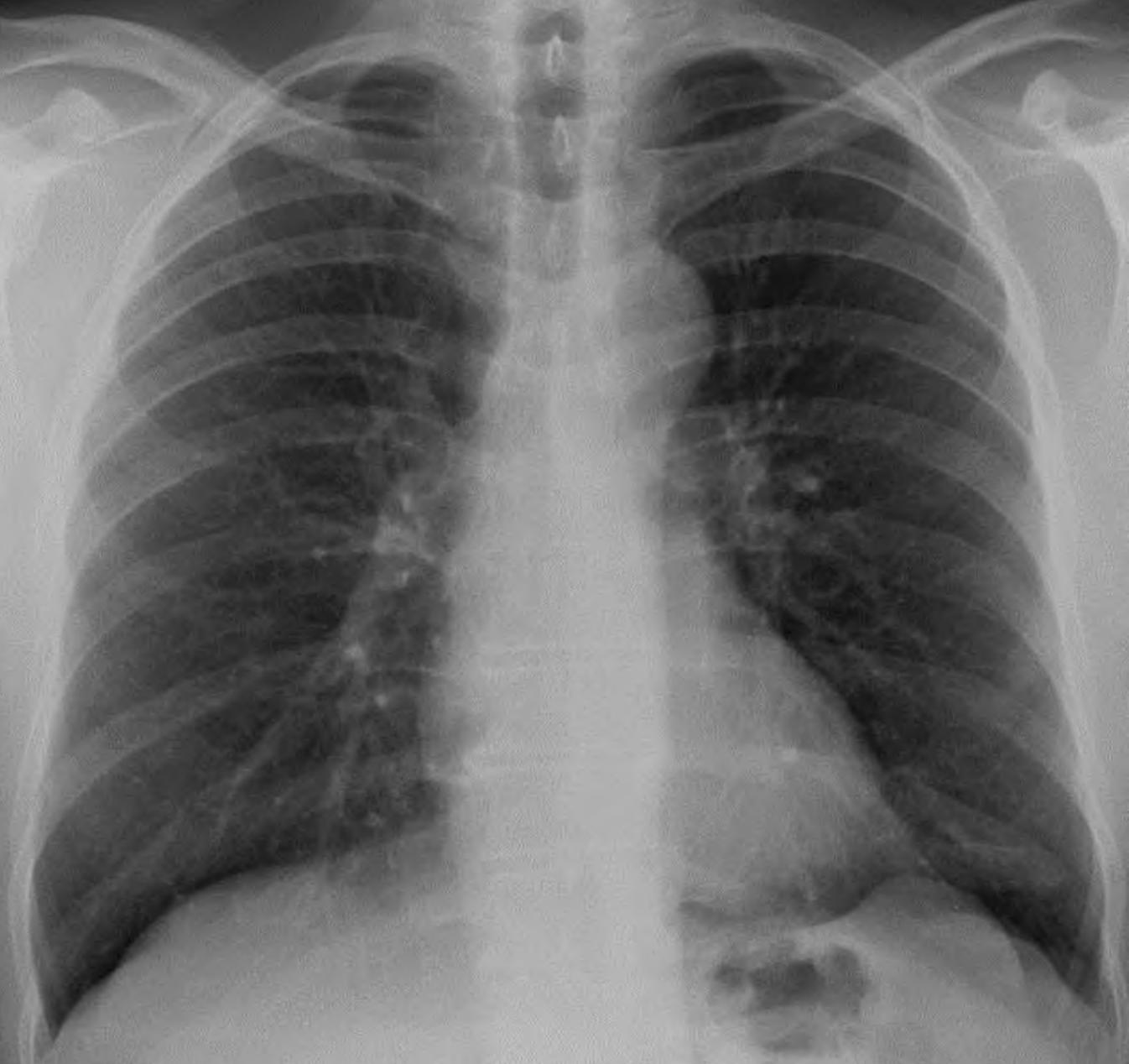
L'imagerie thoracique pour l'ECN

Quiz portant sur les leçons 1 et 2

Phân câu hỏi

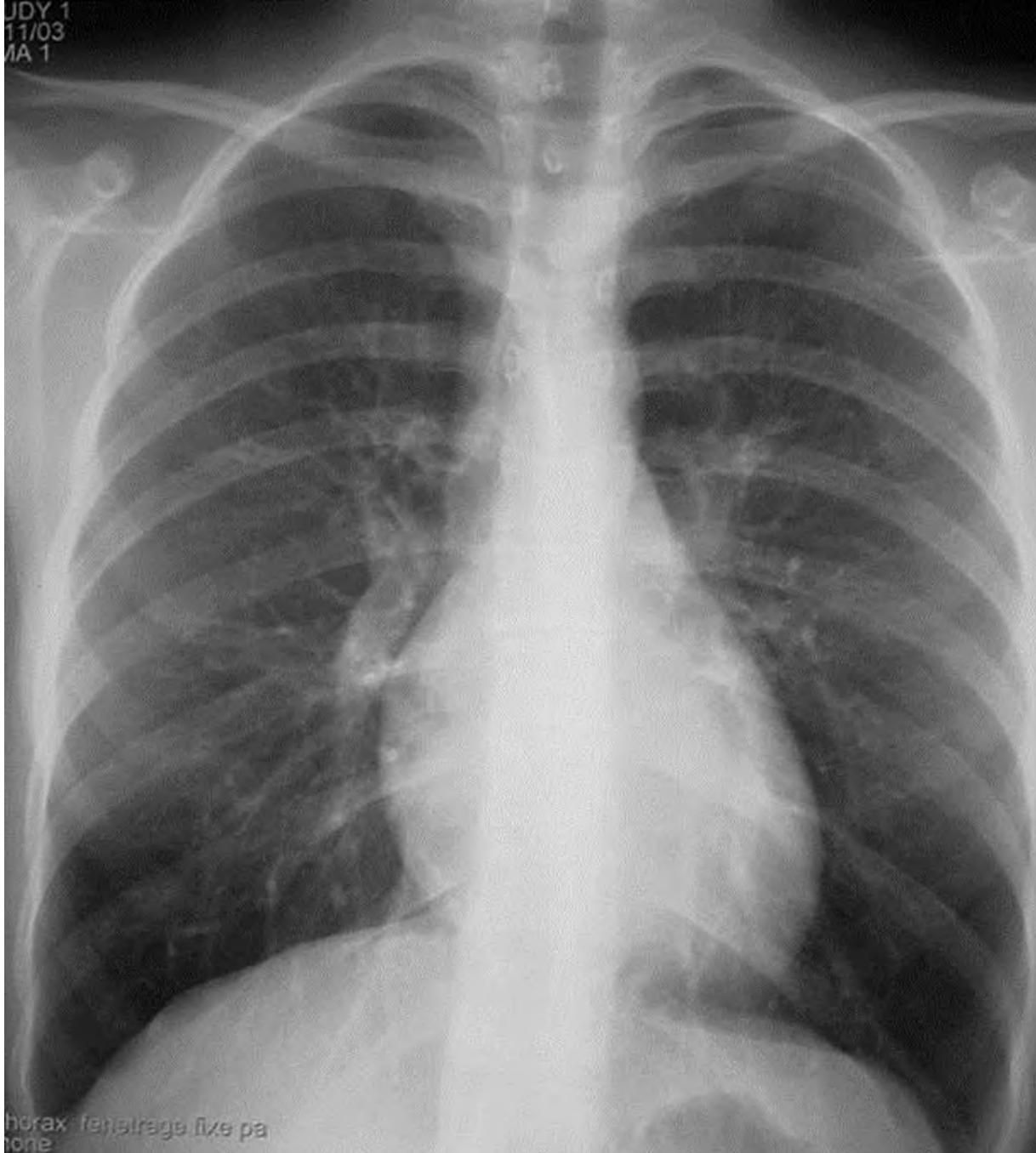
Pr Charles-Hugo Marquette

Đây là
XQ phổi
bình
thường



Avant de commencer ce quiz remettez-vous dans l'œil
l'aspect de la radio de thorax normale

XQ phổi bình thường



JDY 1
11/03
MA 1

horax /échirage fixe pa
zone

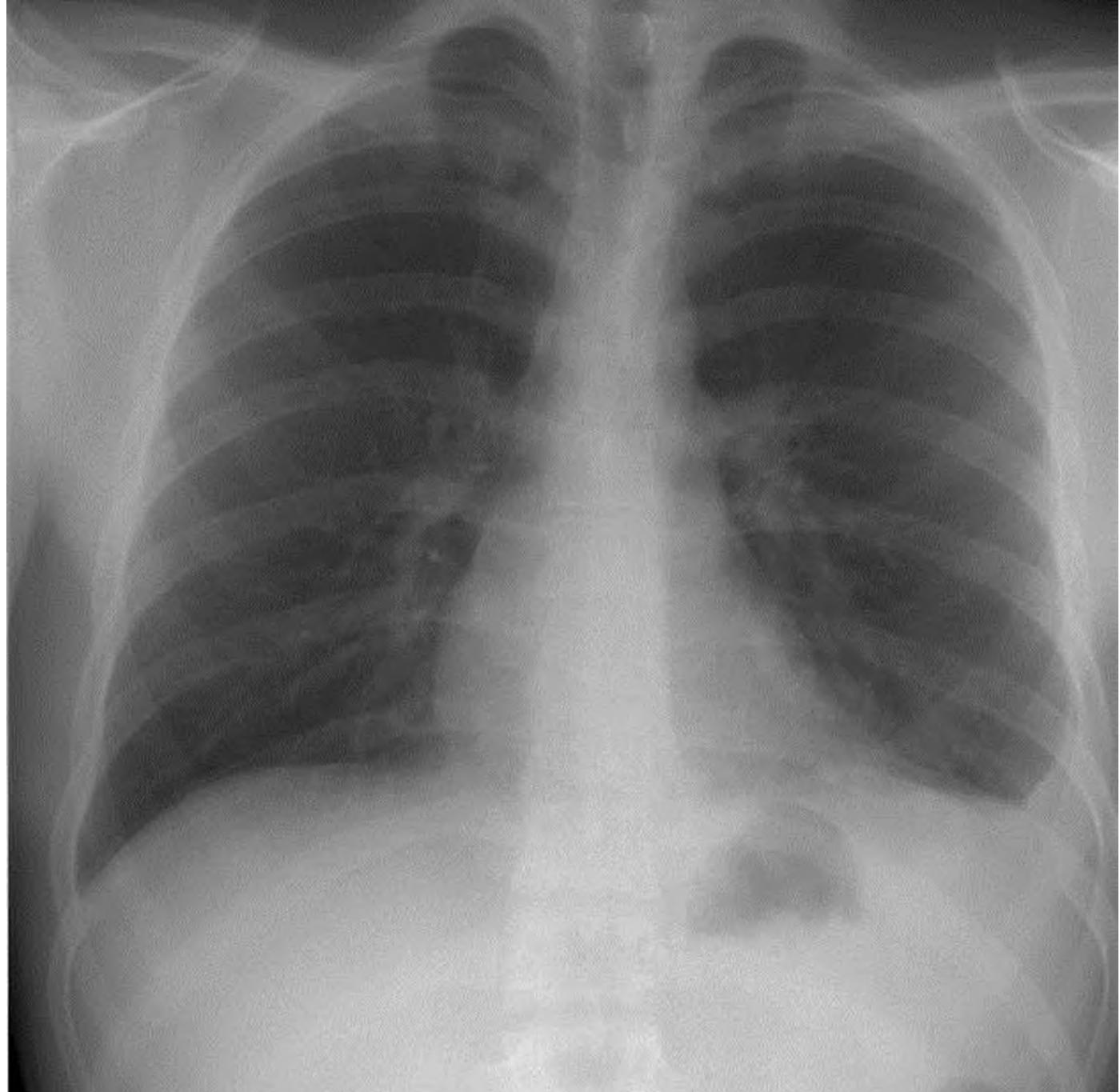
Ceci est une autre radio de thorax normale

Bệnh nhân
có hít vào
một cách
chính xác khi
chụp phim
không?



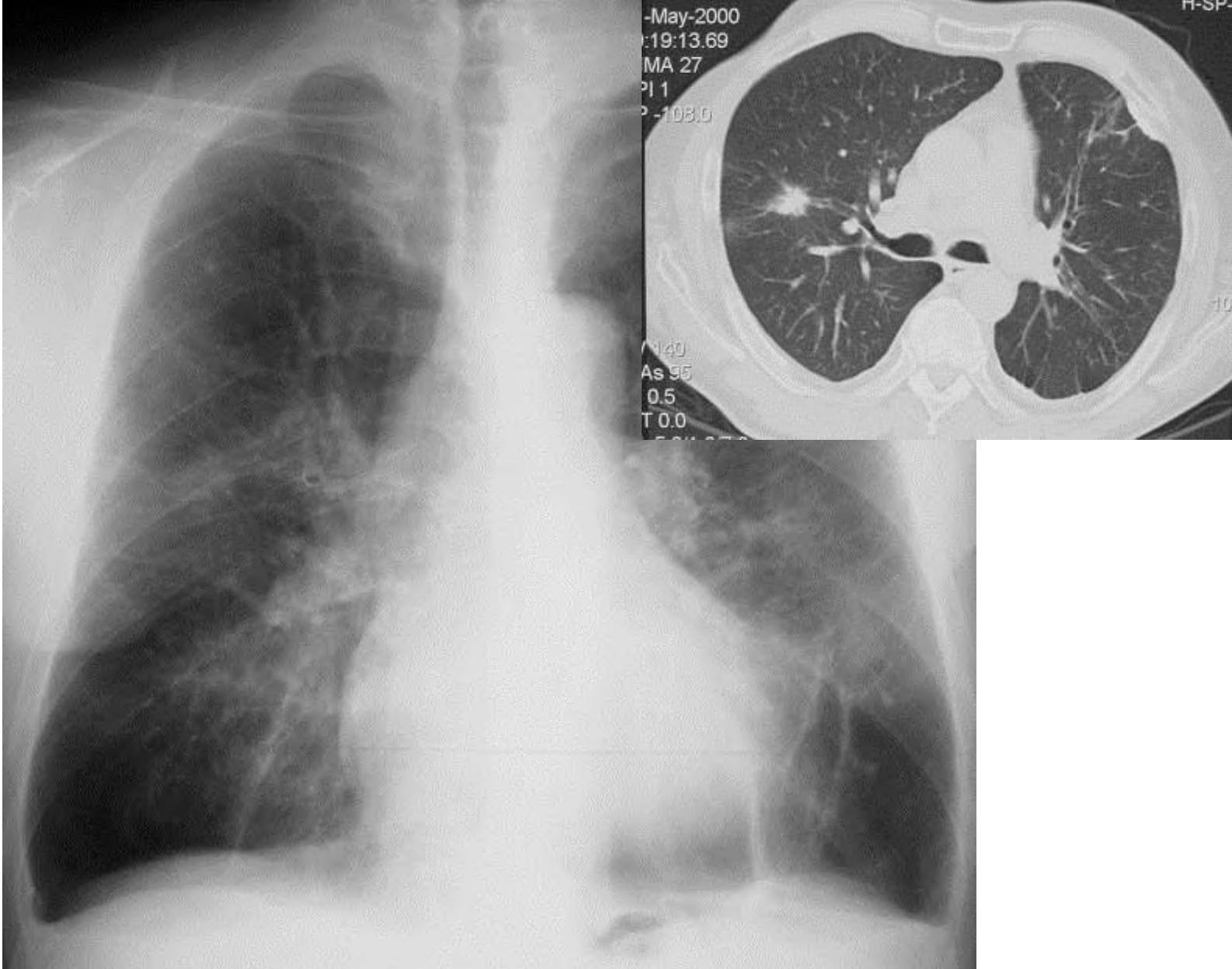
Question 1: la patiente a-t-elle correctement inspiré lors de la prise du cliché ?

Chỗ mờ
đục bất
thường
trên phim
này là ở
đâu?



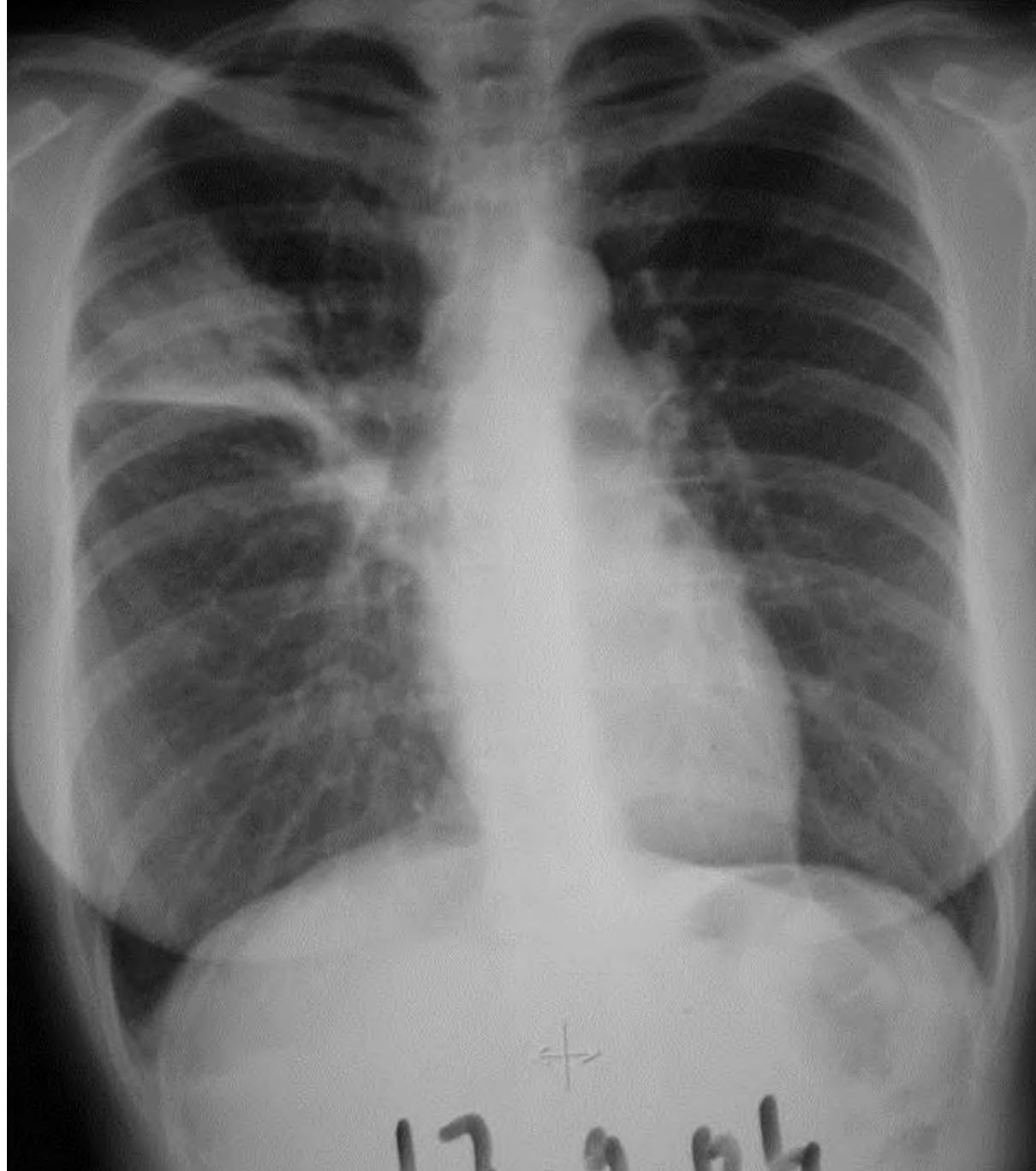
Question 2: où se situe l'opacité anormale chez ce patient ?

Dựa theo
lát cắt
CTscan
thì trên
XQ phổi
thẳng,
đâu là
chỗ mờ
đục ở
bệnh
nhân
này?



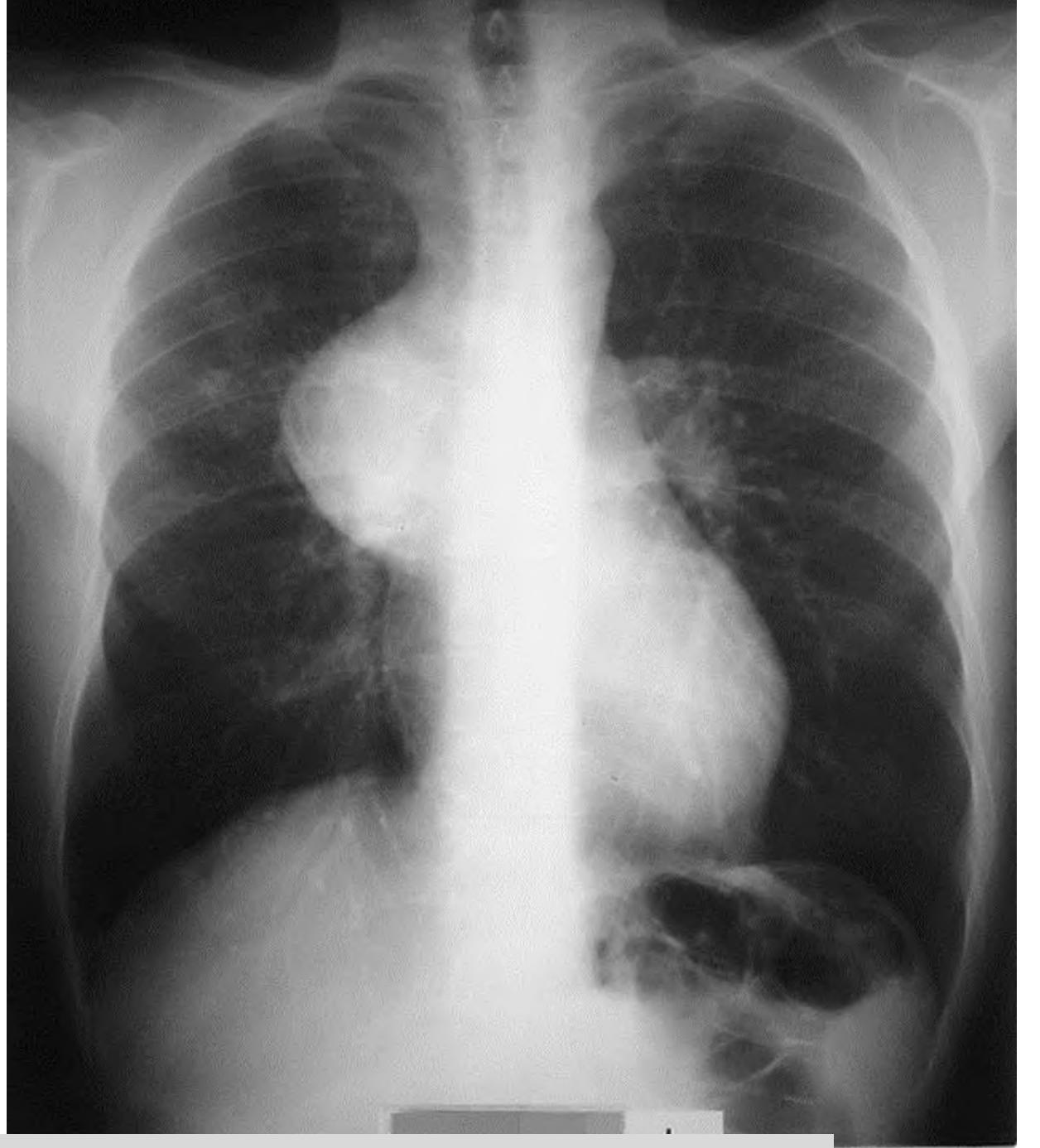
Question 3: sur la radio de thorax, où se situe l'opacité pulmonaire droite chez ce patient ? Comme ce n'est pas tout à fait évident un coupe de scanner vous est fournie pour vous aider

**Đâu là chỗ
mờ đục bất
thường trên
phim này?**



Question 4: où se situe l'opacité anormale de ce patient ?

**Đâu là chỗ
mờ đặc bất
thường trên
phim này?**



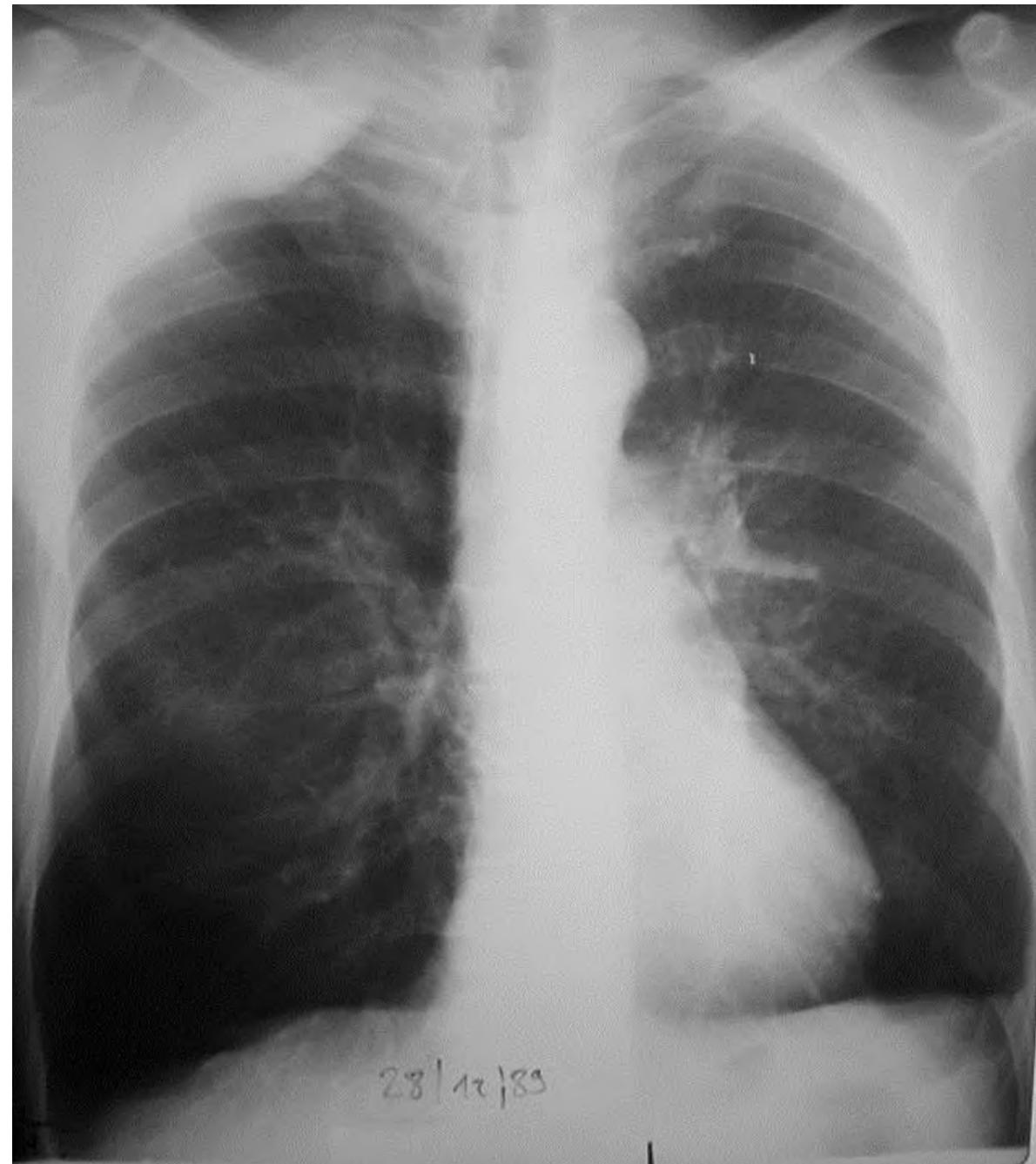
Question 5 : où se situe l'opacité anormale de ce patient ?

Đâu là chỗ
mờ đục bất
thường
trên phim
này?



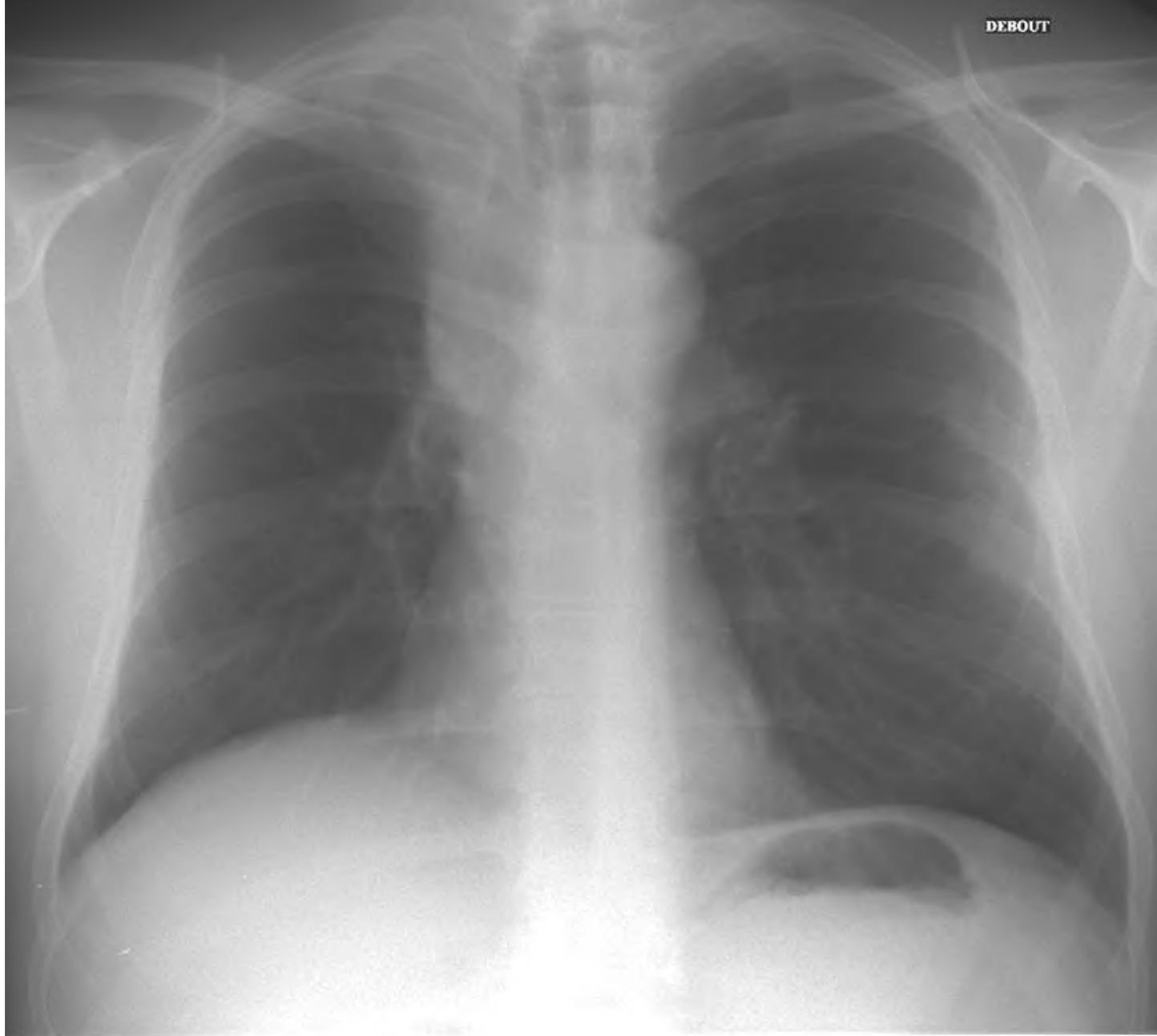
Question 6 : où se situe l'opacité anormale de ce patient ?

Đâu là chỗ bất thường trên phim này?



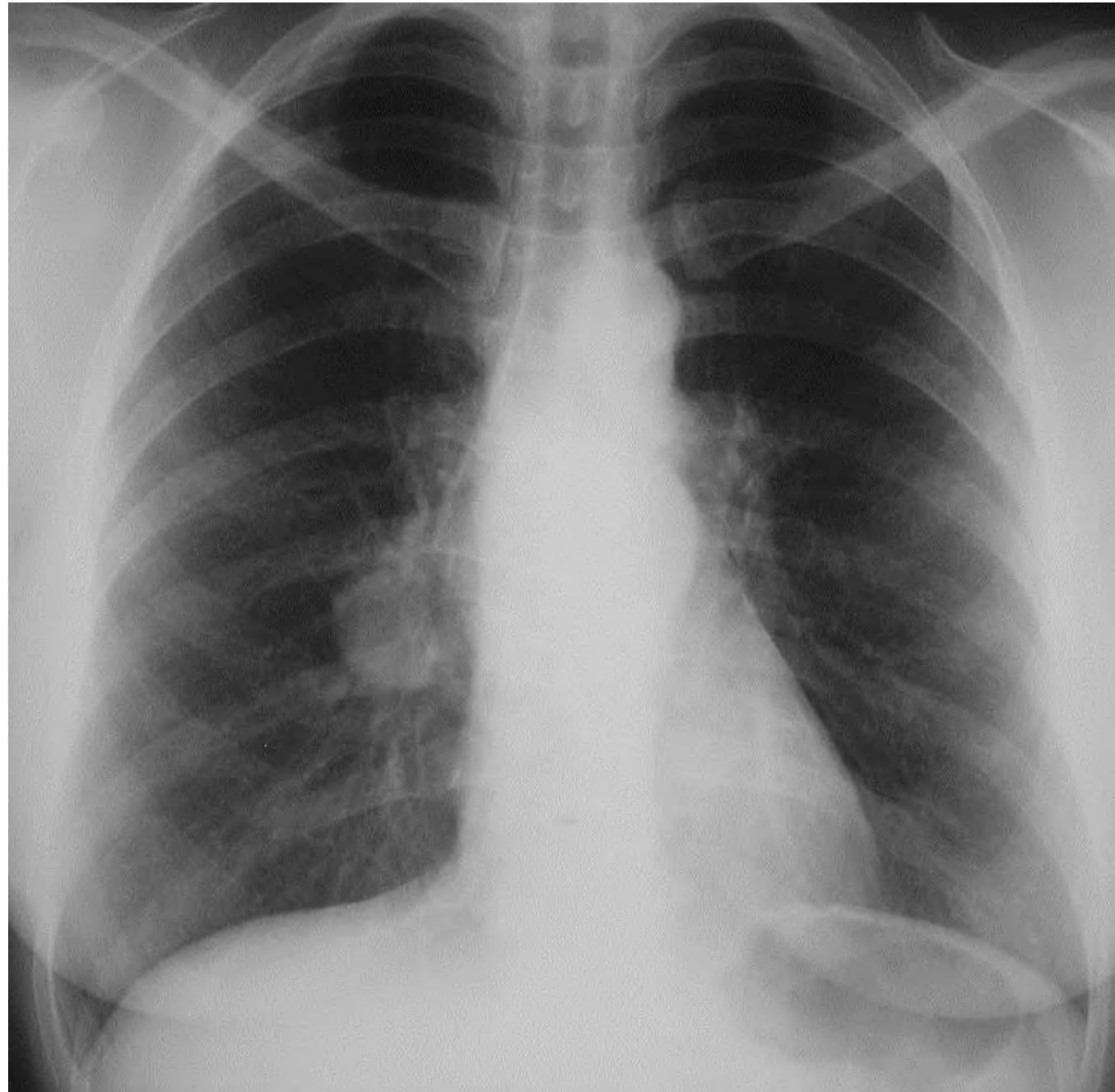
Question 7 : où se situe l'opacité anormale de ce patient ?

Đâu là
chỗ mờ
đục
trên
phim
này?



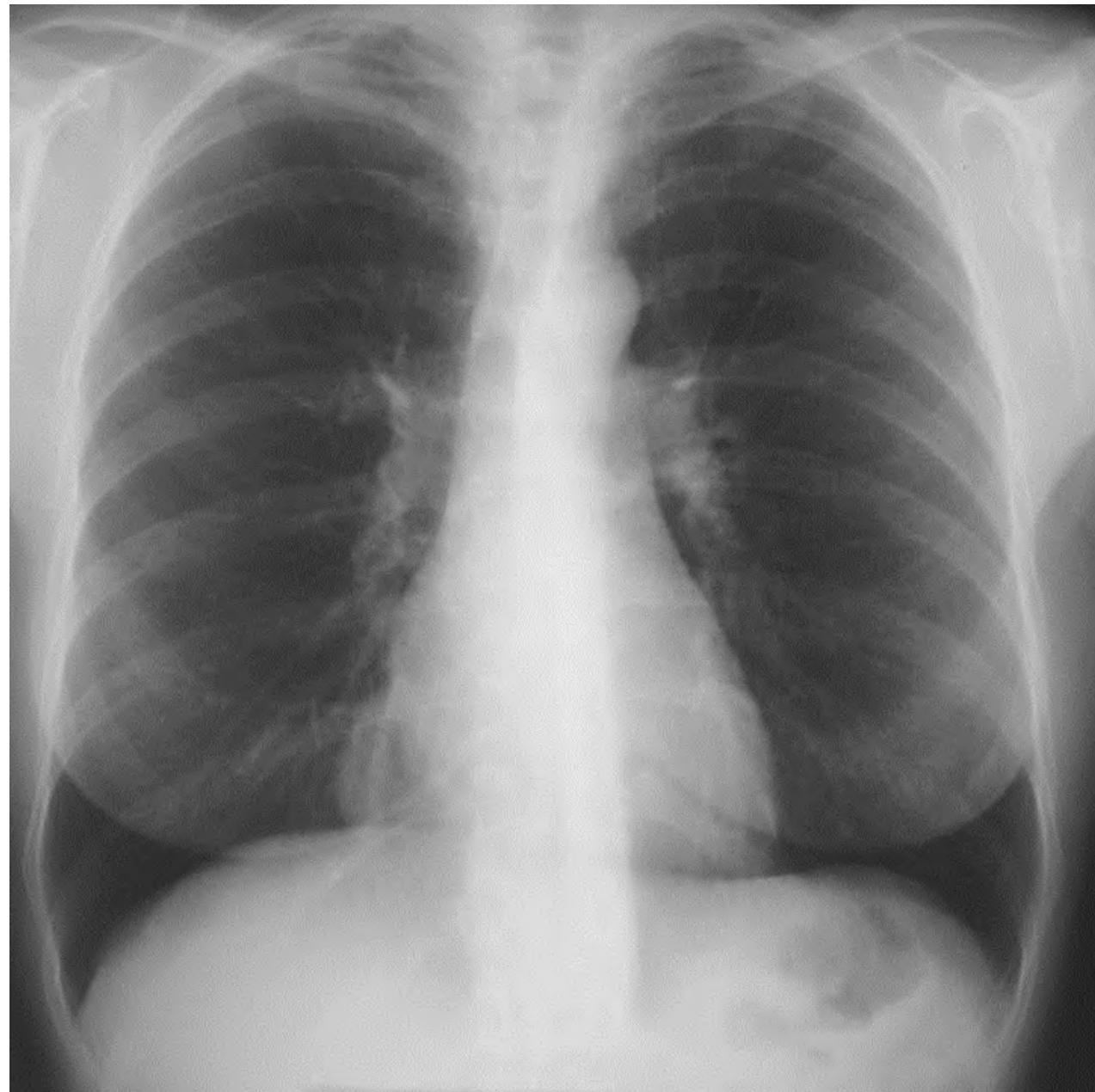
Question 8 : où se situe l'opacité anormale de ce patient ?

**Đâu là chỗ
mờ đục
bất
thường
trên phim
này?**



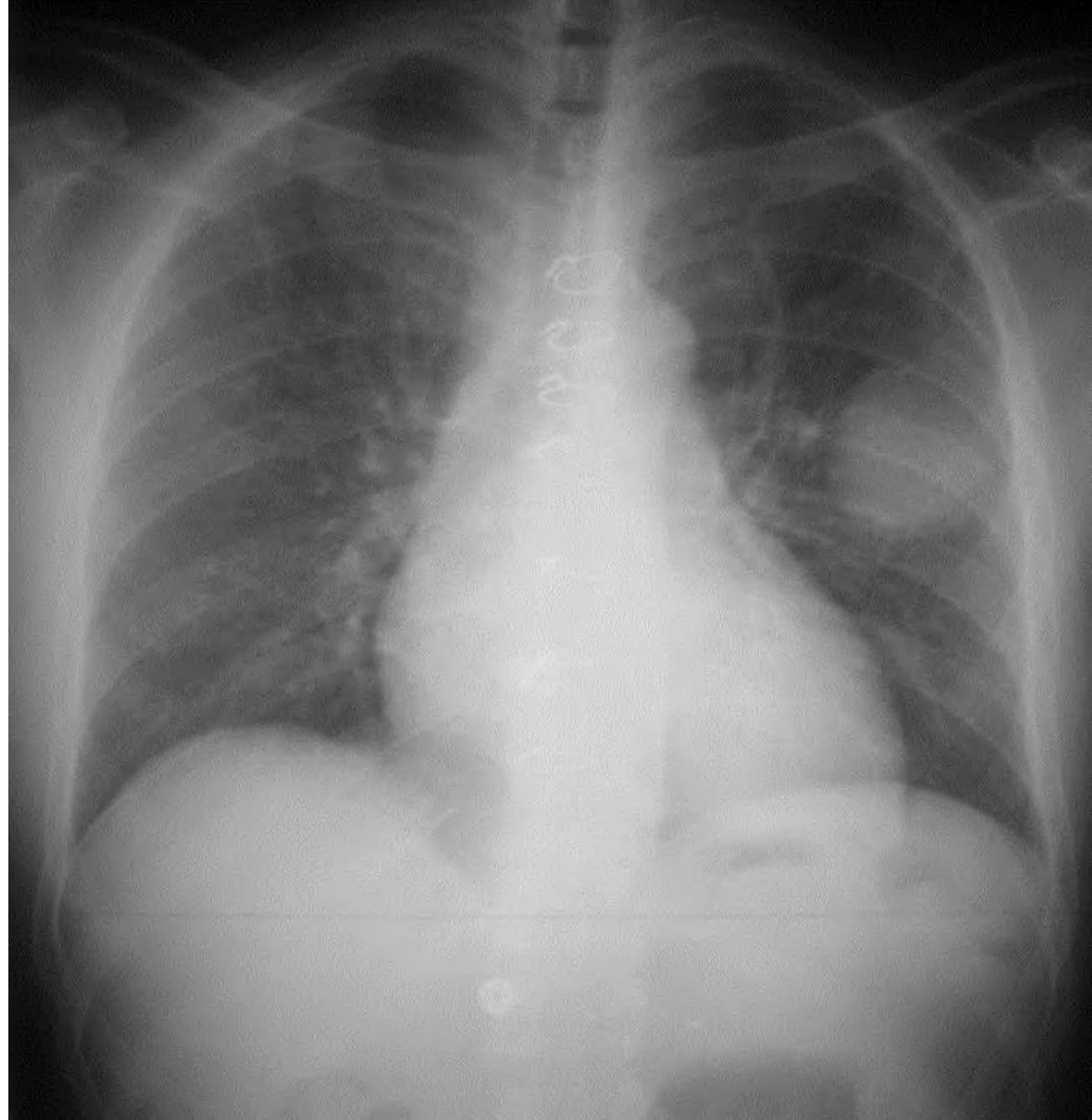
Question 9 : où se situe l'opacité anormale de ce patient ?

**Đâu là chỗ
mờ đục bất
thường trên
phim này?**



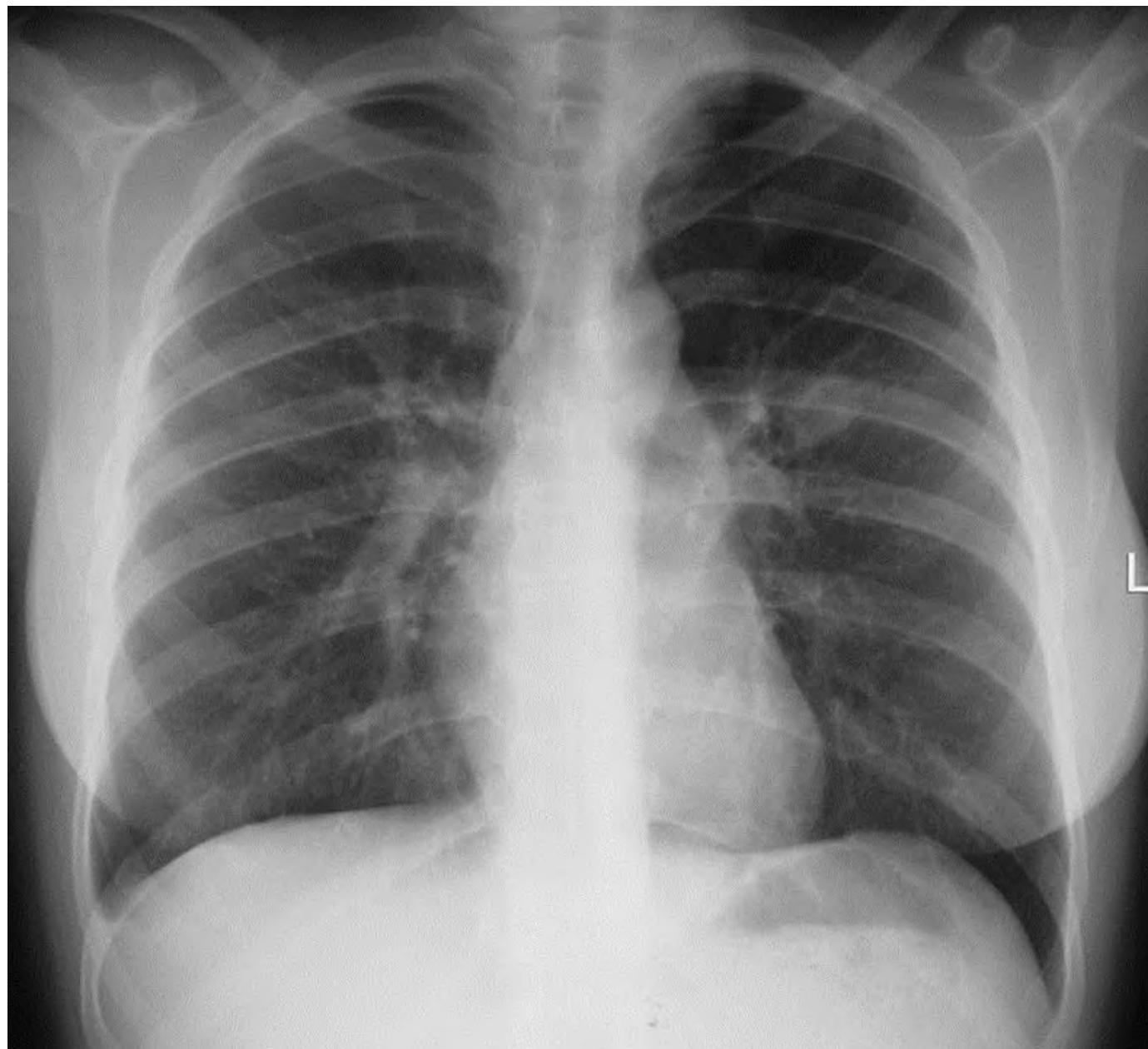
Question 10 : où se situe l'opacité anormale de ce patient ?

**Đâu là chỗ
mờ đục
bất
thường
trên phim
này?**



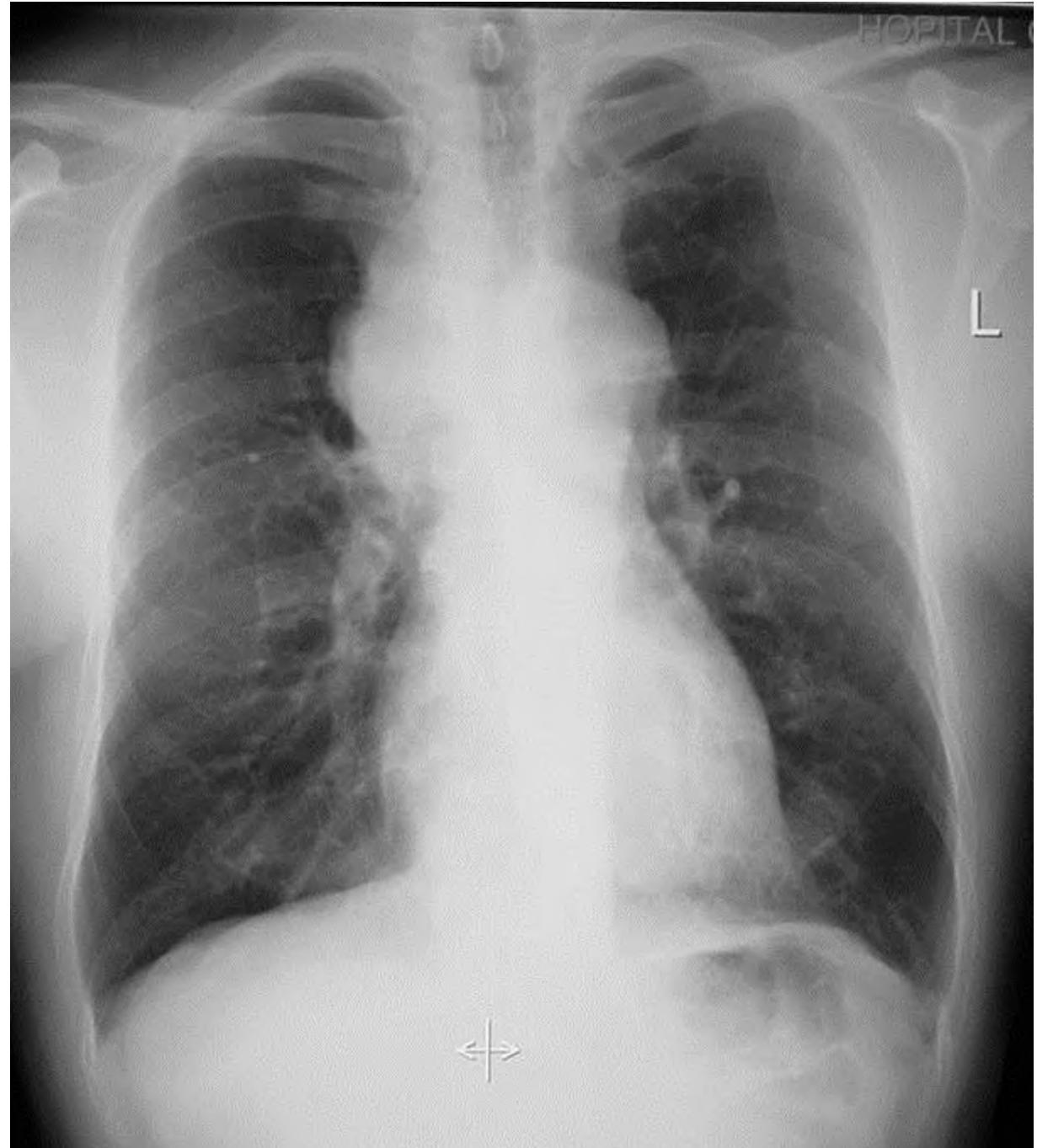
Question 11 : où se situe l'opacité anormale de ce patient ?

**Đâu là
chỗ mờ
đục bất
thường
trên phim
này?**



Question 12 : où se situe l'opacité anormale de ce patient ?

Đâu là chỗ mờ
đục bất
thường trên
phim này?



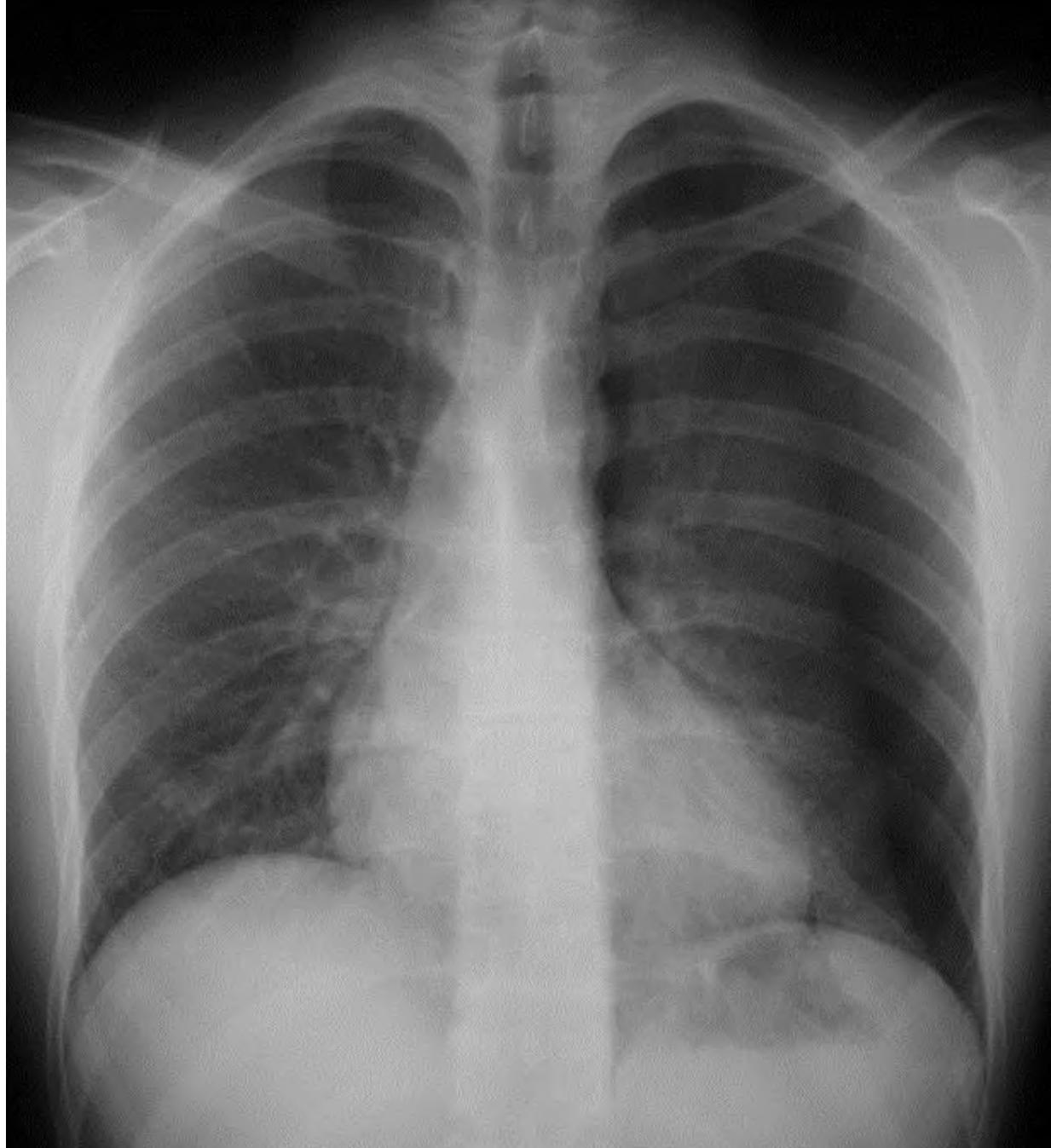
Question 13 : où se situe l'opacité anormale de ce patient ?

**Bạn mô tả
những bất
thường trên
phim này thế
nào?**



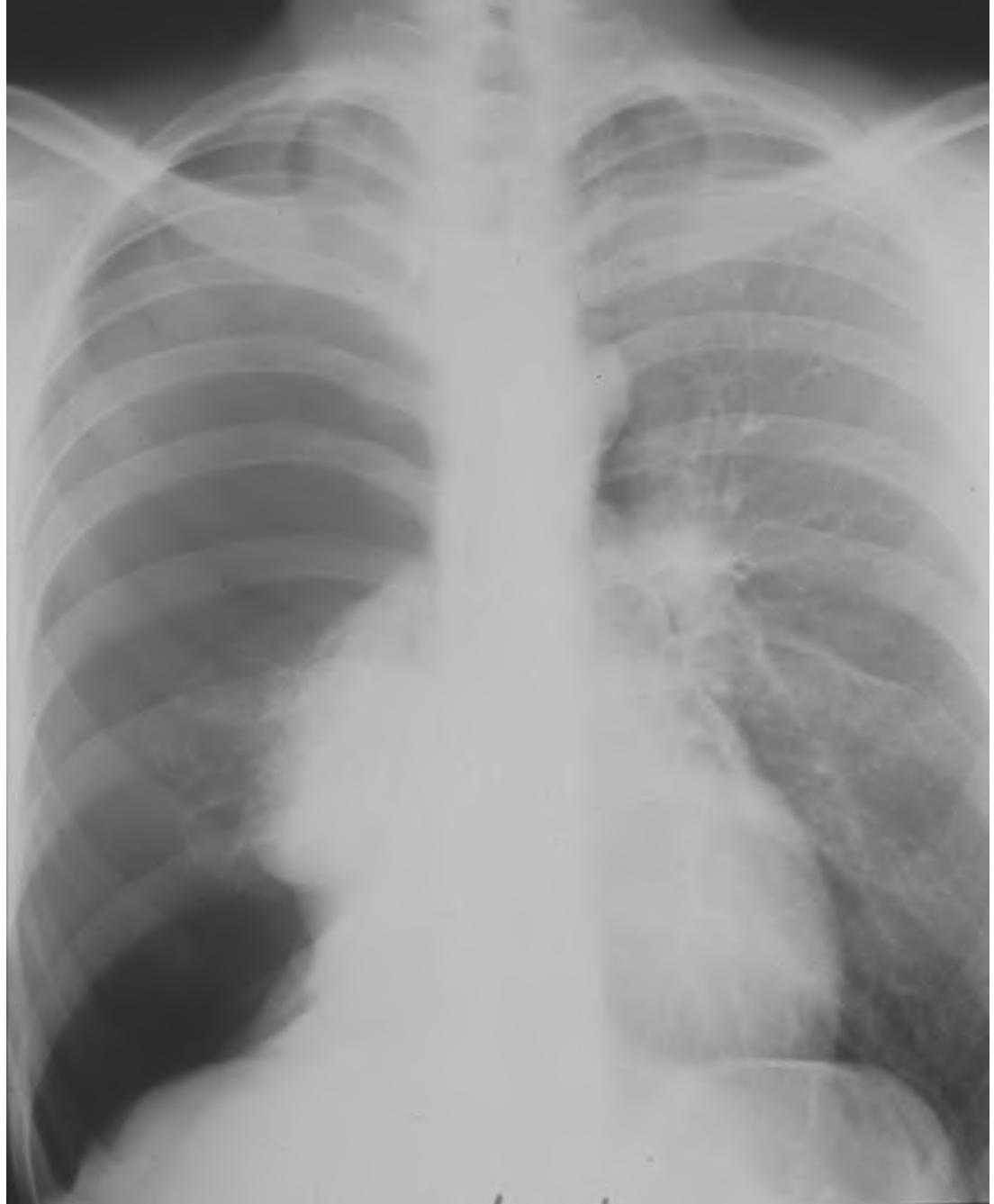
Question 14 : comment décririez vous l'anomalie radiologique de ce patient ?

**Bạn mô tả
bất thường
trên phim
này thế
nào?**



Question 15 : comment décririez vous l'anomalie radiologique de ce patient ?

**Bạn mô tả
những bất
thường trên
phim này như
thế nào?**



Question 16 : comment décririez vous l'anomalie radiologique de ce patient ?

Hãy đọc, thuộc lý thuyết và đưa ra kết quả cho riêng bạn nhé!

Tôi sẽ gửi đáp áp khi bạn đọc xong.

Phần hay còn ở phía sau :v :v :v

Dr. TRUONG Thanh Kien



Hình ảnh lồng ngực cho kỳ thi nội trú quốc gia Pháp

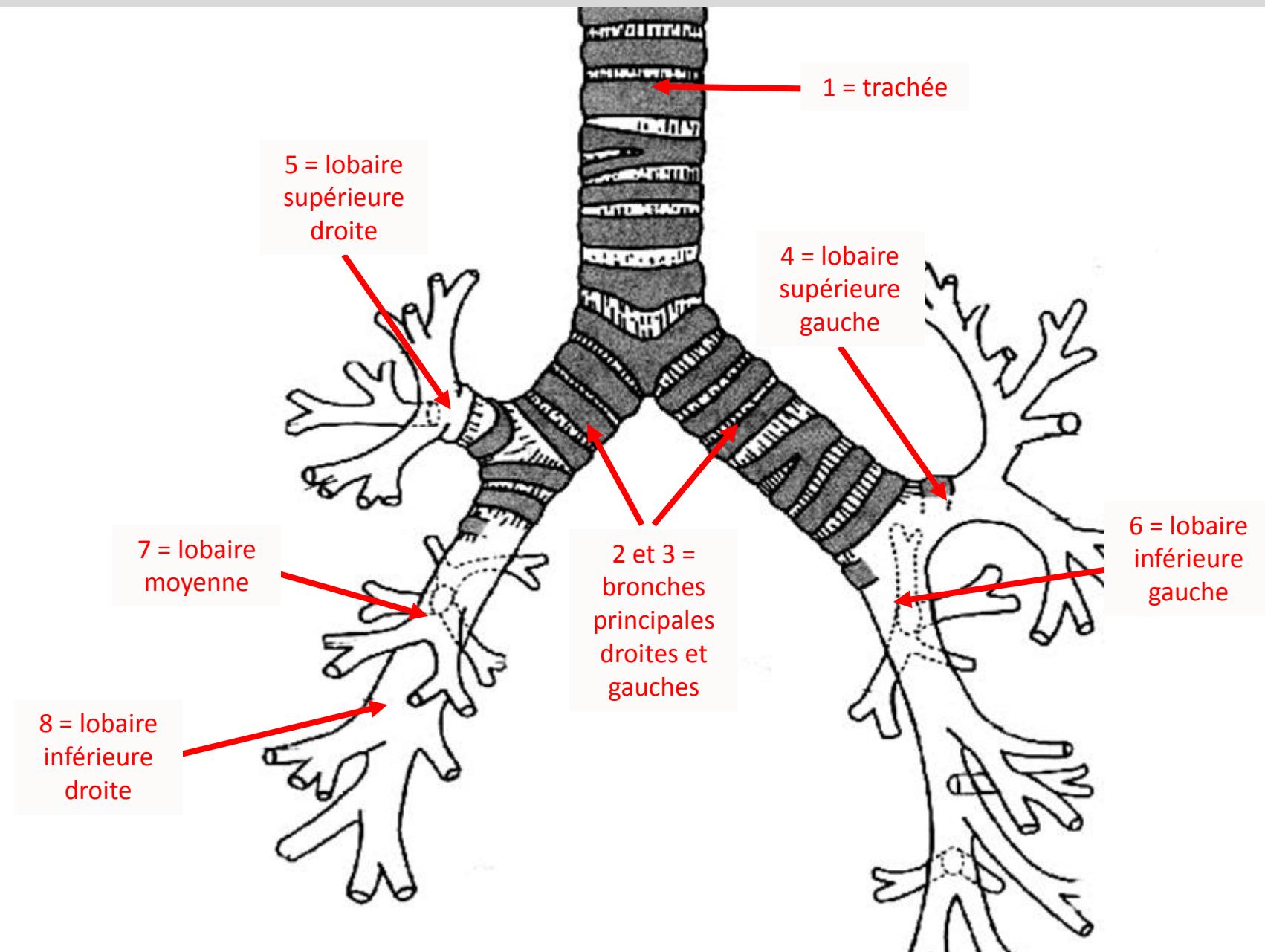
CÁC HỘI CHỨNG PHÊ QUẢN

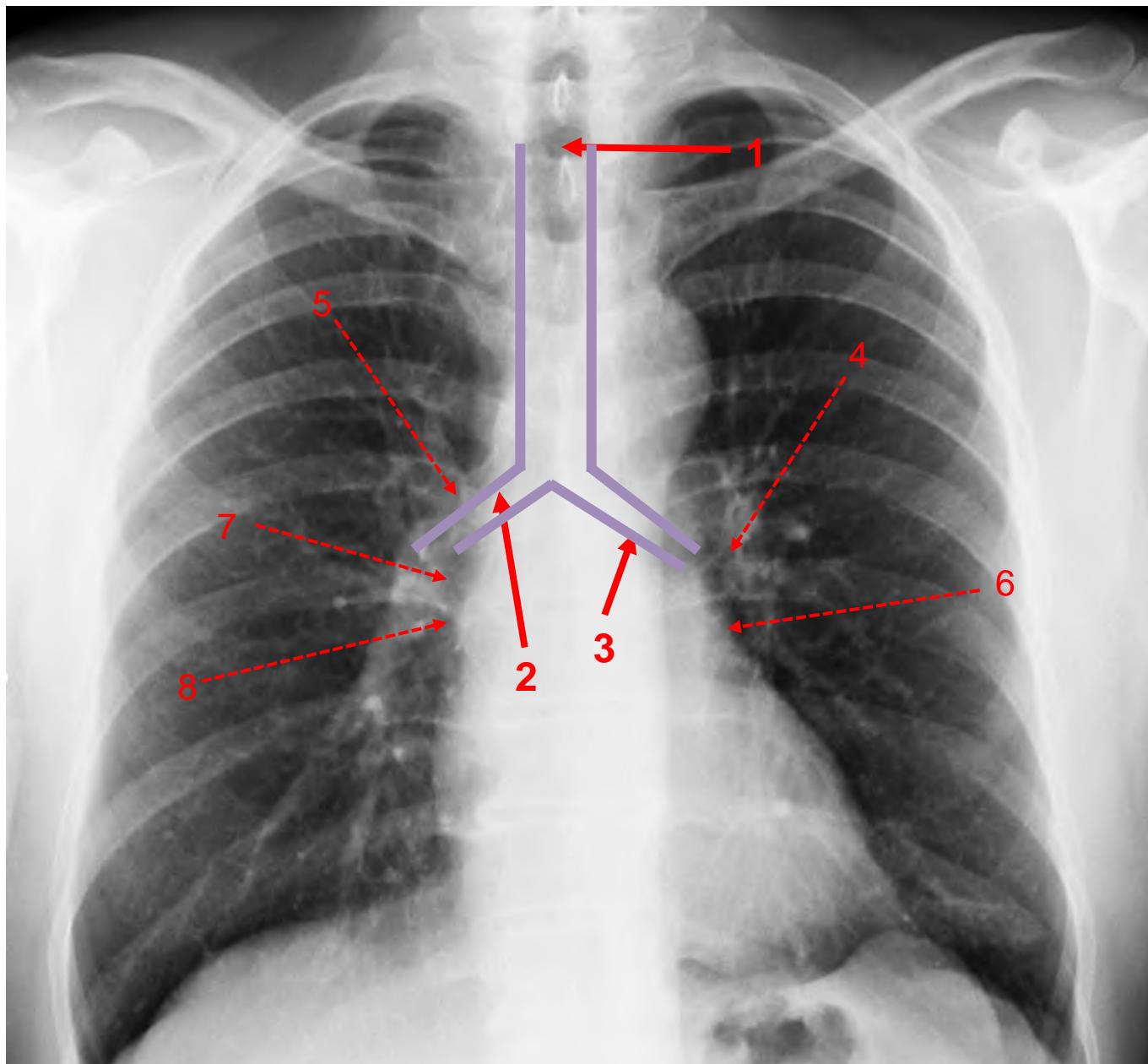
Pr Charles-Hugo Marquette
Dịch: Ths. Trương Thành Kiên

Trong bài này chúng ta sẽ nghiên cứu hình ảnh 2 bệnh lý độc lập và liên quan đặc hiệu với phế quản.

1. Les **bronchectasies** hay còn gọi là giãn phế quản (DDB)
2. Xẹp phổi: thường biểu hiện một sự tắc nghẽn phế quản (Không có phế quản hơi bên trong vùng xẹp)

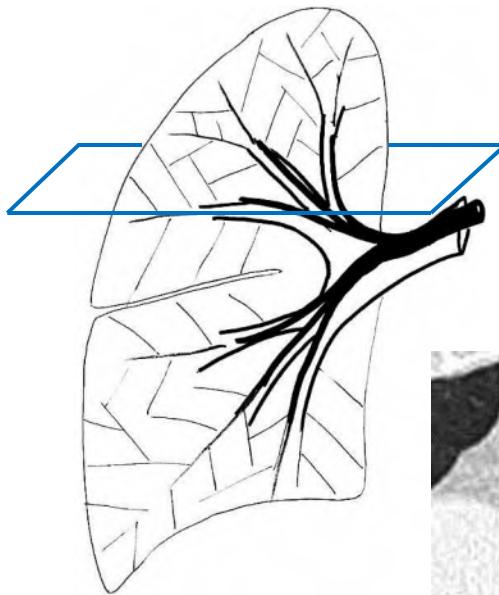
Nhắc lại : Trên XQ phổi ta không thấy đường dẫn khí nhỏ, chỉ thấy khí quản, 2 phế quản gốc và gốc 2 phế quản thùy trên.



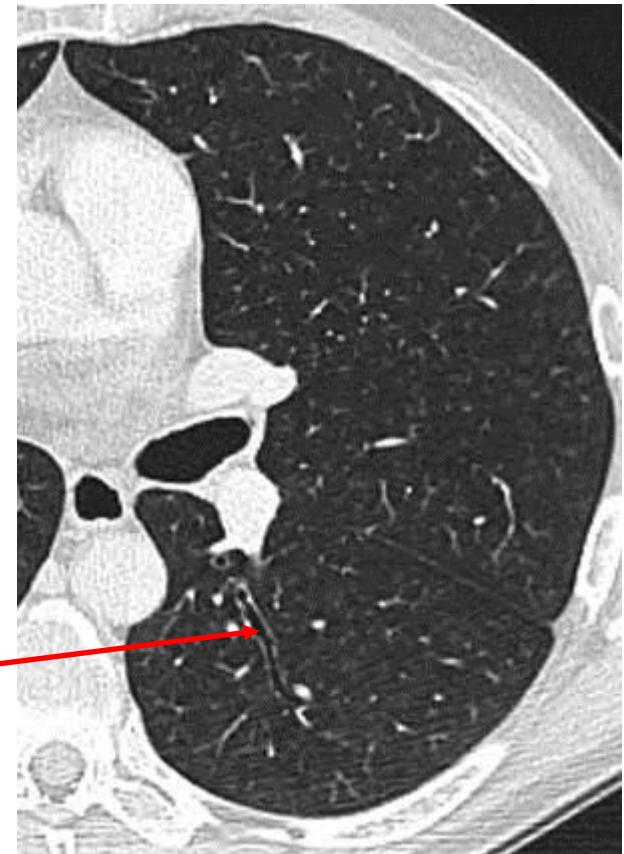
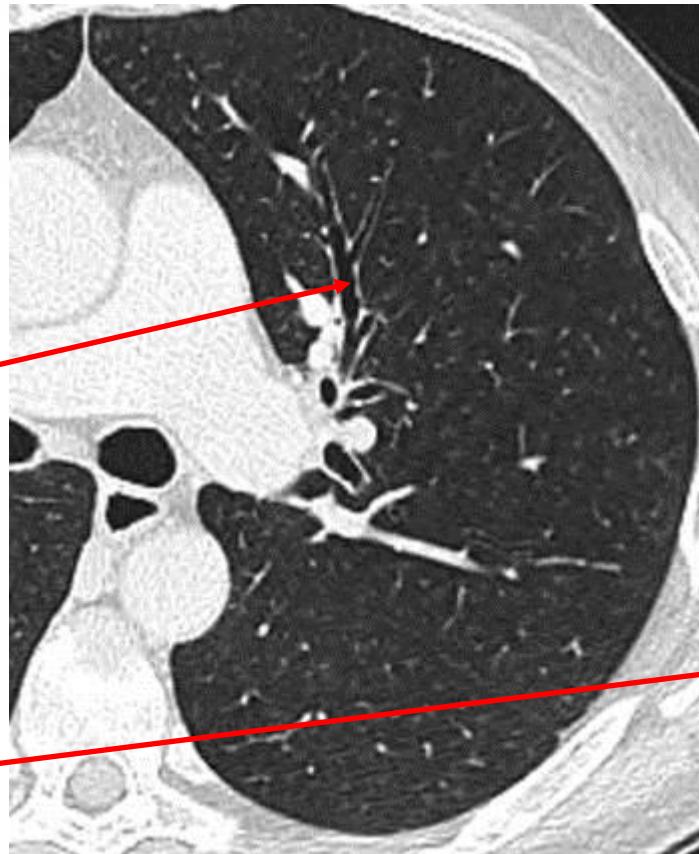


Những cấu trúc giải phẫu từ 4 đến 8 trên thực tế ta không thực sự nhìn rõ nó.

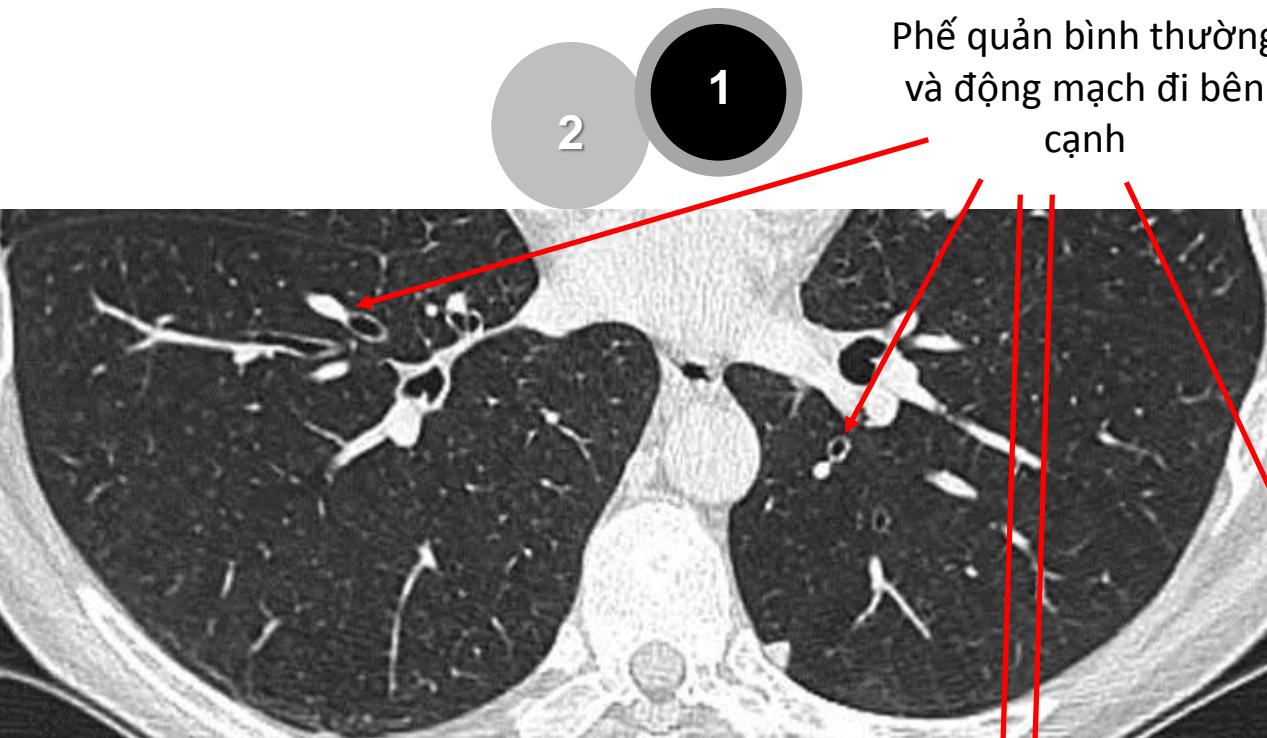
Trên CTscan lồng ngực, ta thấy rõ các phế quản (Đến tận gần 1cm cạnh màng phổi)



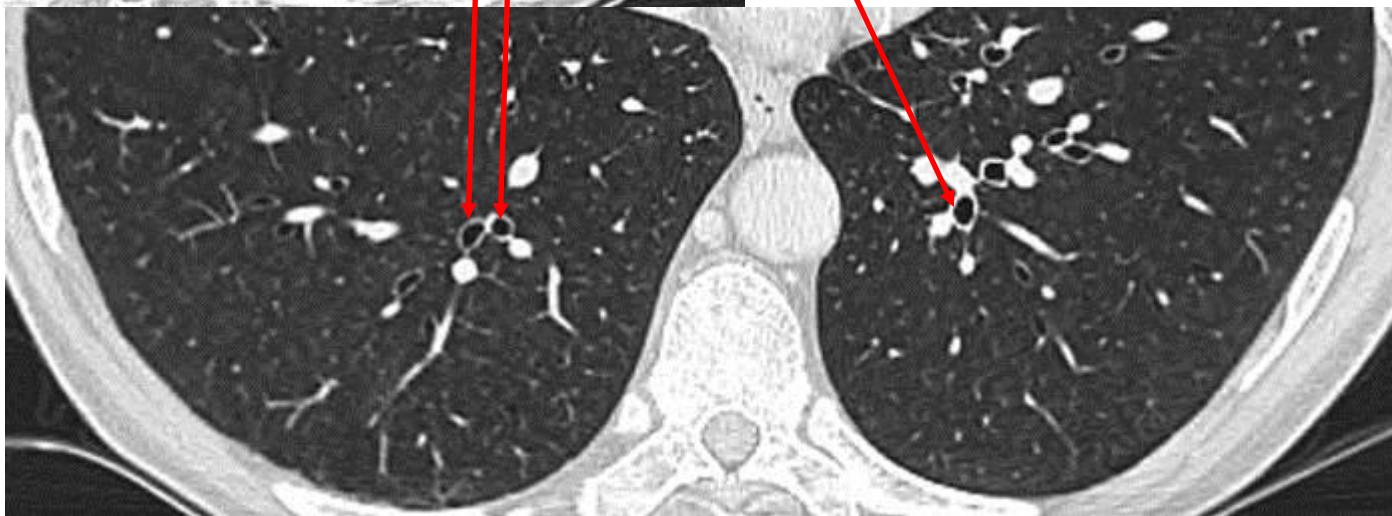
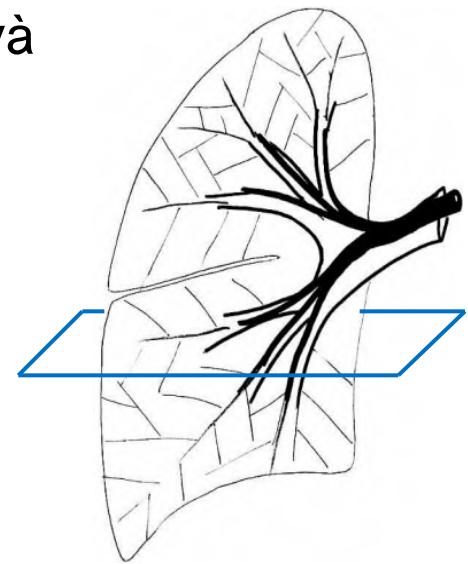
Nếu lát cắt cắt dọc theo phế quản, ta sẽ thấy một ống được chia ra, những nhánh được chia có kích thước nhỏ hơn nhánh phế quản sinh ra nó.



Nếu lát cắt cắt ngang phế quản ta thấy một hình tròn (1) và thường đi kèm theo một động mạch đi sát bên cạnh (2)

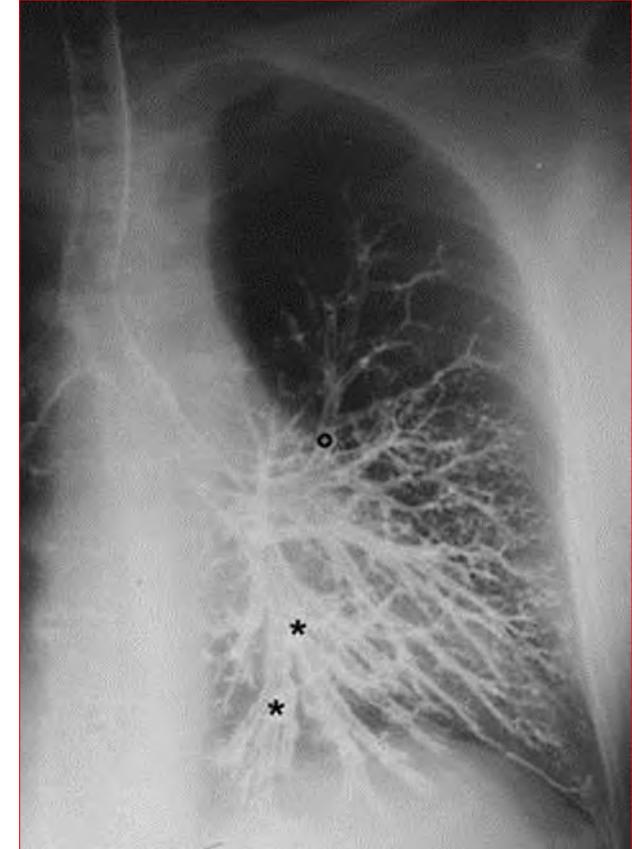


Phế quản bình thường
và động mạch đi bên
cạnh



Bronchectasies: Giãn phế quản

- Định nghĩa: Sự tăng bất thường đường kính của phế quản do sự phá hủy phần khung của thành phế quản.
- Nguyên nhân : Nhiễm trùng hoại tử (**lao, ho gà**), xạ trị, dị vật
- Sự viêm và xẹp phế quản gây nên:
 - Sự rối loạn thông khí tắc nghẽn qua đó chúc năng hô hấp
 - Giảm đào thải chất tiết \Rightarrow Nhiễm trùng lặp đi lặp lại và mưng mủ phế quản
 - Tăng áp lực mạch máu của thành phế quản giãn \Rightarrow Chảy máu (= ho ra máu)

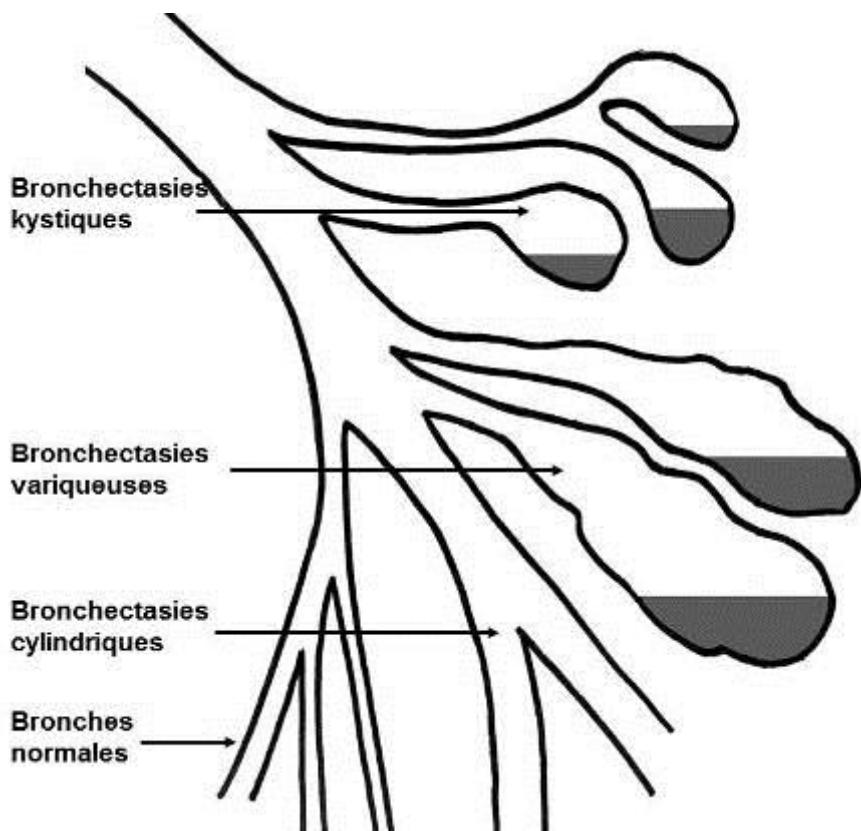


Chụp cây phế quản bằng các chất cản quang** chỉ ra những phế quản giãn hình ống(*) và những phế quản bình thường(°)

** Kỹ thuật này ngày nay không làm nữa.

Hai dạng hình thái lớn của giãn PQ

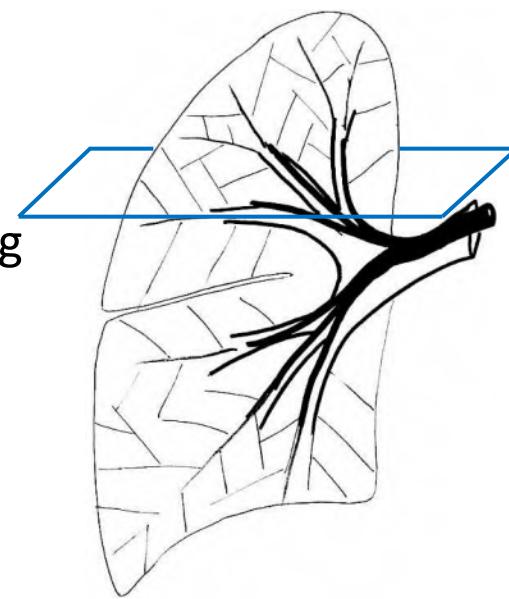
- Giãn phế quản dạng ống : Đường kính phế quản rộng ra nhưng 2 thành phế quản vẫn giữ song song với nhau.
- Giãn phế quản không dạng ống (nang Kystique hay túi Sacculaire – kết thúc bởi túi cùng; Variqueuses (giãn phế quản không đều xen kẽ với vùng co lại)) : Thành phế quản mất sự song song



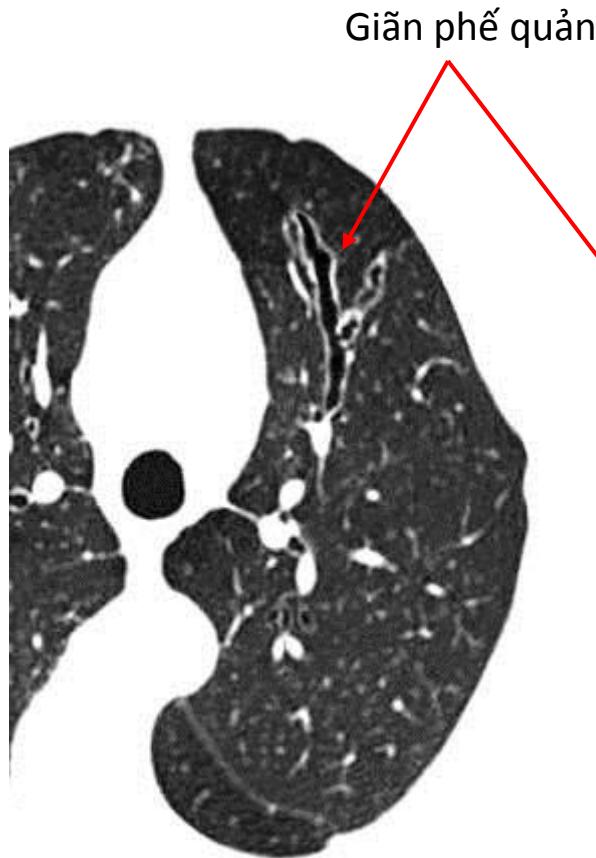
- ① Giãn phế quản « *do sự kéo* »: vấn đề không thực đúng là giãn phế quản vì thành phế quản là bình thường. Nó là hậu quả của lực co kéo lên thành phế quản bởi nhu mô phổi khi nó mất tính biến dạng mềm của nó (Xơ phổi, hay bất kể nguyên nhân nào). Trái với giãn phế quản thật thì nó không có triệu chứng,

Chẩn đoán giẫn PQ: Khi lát cắt song song với phế quản

1. Ta mô tả thiếu sự giảm đường kính phế quản (Bằng đường kính phế quản « mẹ » > 2 cm)
2. Ta thấy phế quản đến tận ngoại biên (cách màng phổi < 1 cm)



Phân chia phế quản
bình thường



Giẫn phế quản

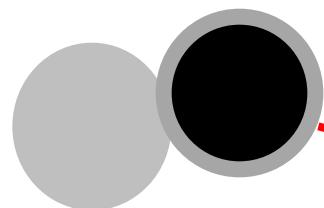
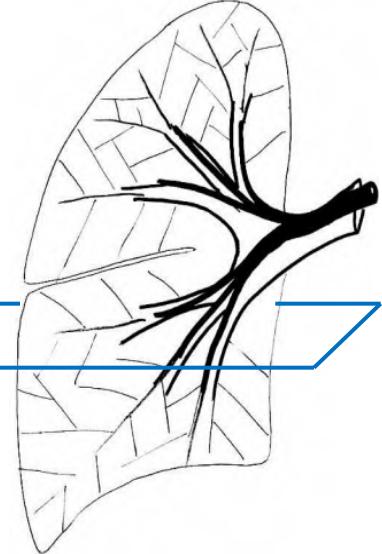


Hôp PASTEUR

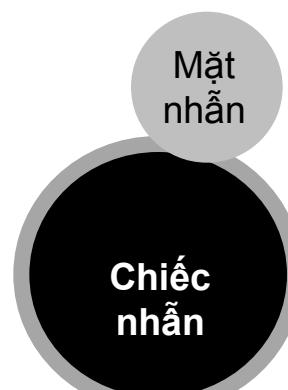
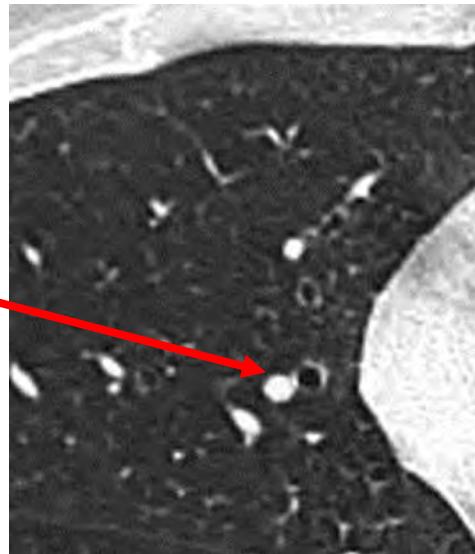
CĐ giãn PQ khi lát cắt vuông góc với phế quản

- Đường kính của phế quản giãn to hơn động mạch đi cùng nó(to hơn ít nhất 1,5 lần)

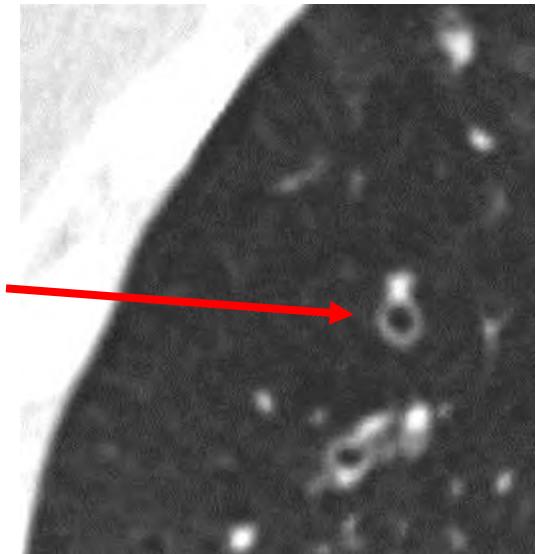
Khoảng tăng sáng (phế quản) kết hợp với tròn nhỏ hơn bên cạnh (động mạch) liên tưởng tới hình ảnh « Mặt chiếc nhẫn » (như hình mặt đá của chiếc nhẫn)



Phế quản bình thường
và động mạch đi cùng



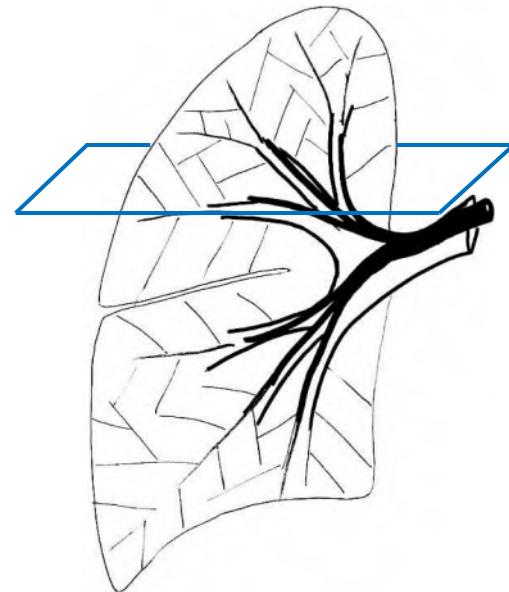
∅ Phế quản
>>
∅ Động mạch



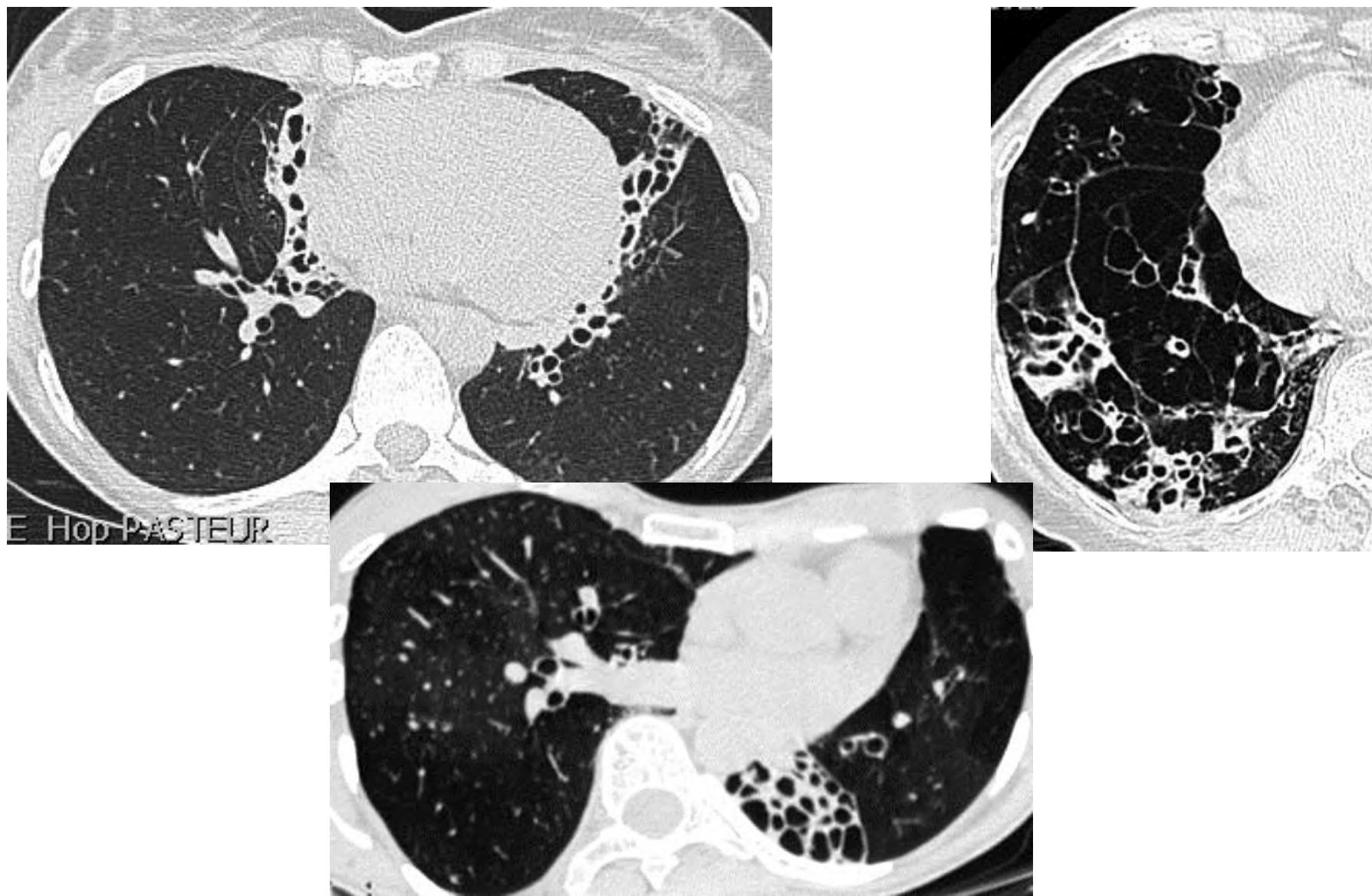
4. Dày thành của phế quản bị giãn



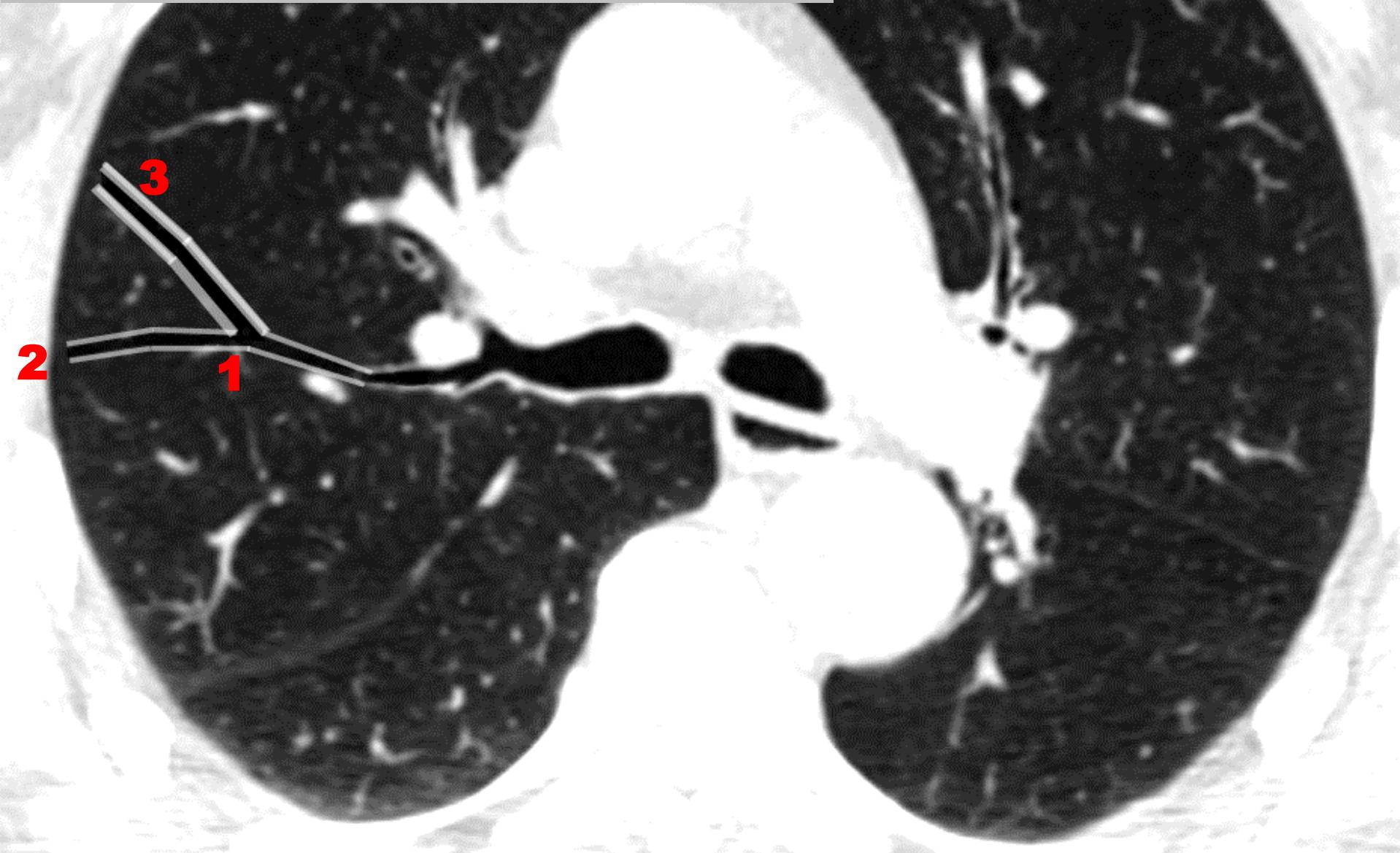
Giãn phế quản



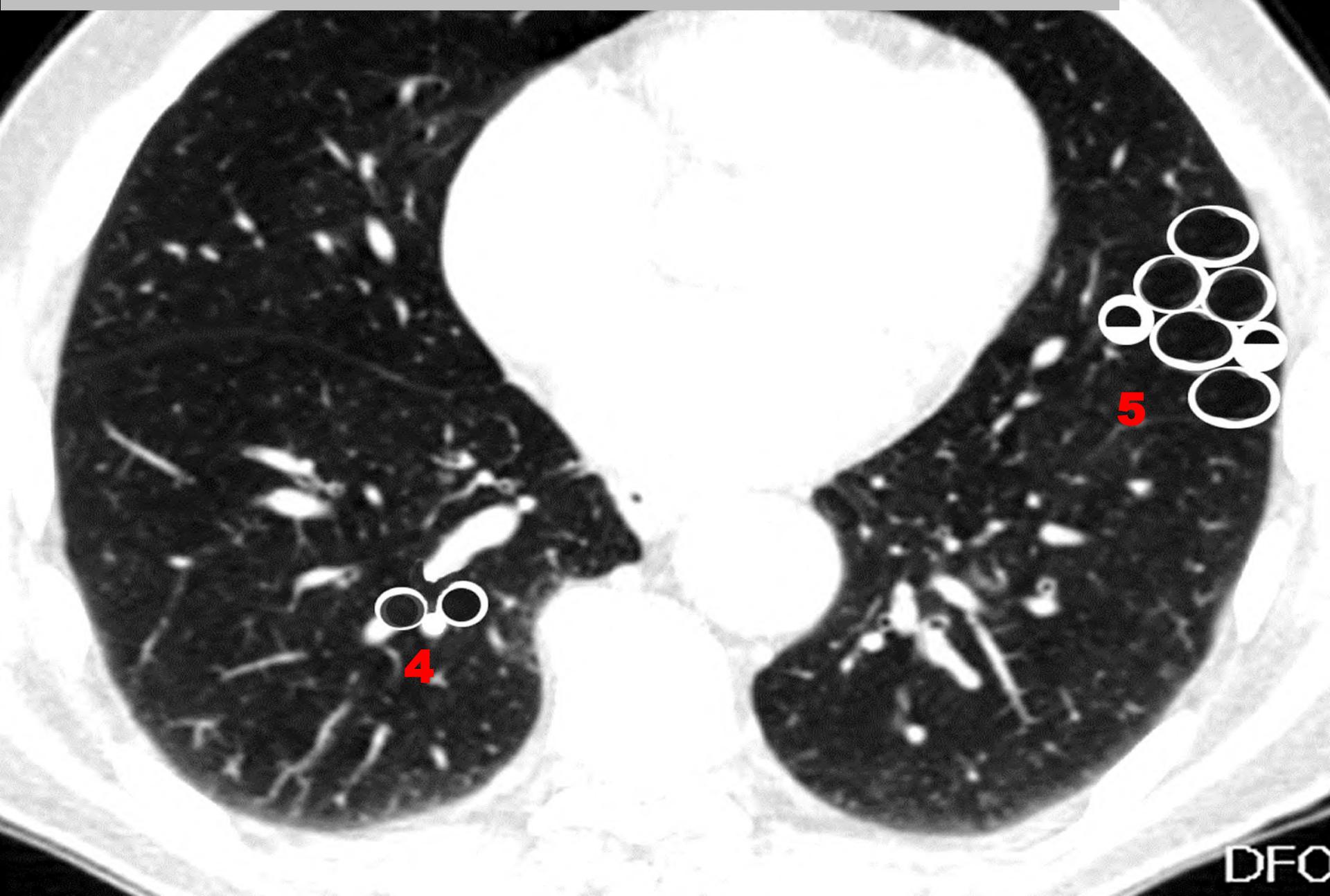
5. Những phế quản bị giãn xuất hiện dưới dạng các bó nang (**paquets de kystes**), Thường bao gồm mức nước hơi.



1. Thiếu sự giảm đường kính phế quản
2. Phế quản được nhìn thấy đến tận ngoại biên
3. Dày thành phế quản



4. Đường kính phế quản > đường kính động mạch đi cùng
5. Các bó nang mà một vài nang trong đó có chứa mucus khí-dịch



Atelectasie – Xẹp phổi

- Định nghĩa
 - Sự giảm thể tích của một phân thùy, một thùy phổi hay một phổi.
- Cơ chế:
 - Sự gián đoạn thông khí
 - Không khí không vào đó nữa => tiểu thùy phổi, thùy phổi hay phổi sẽ co rúm lại trên chính nó.
 - Thường gặp nhất là tắc nghẽn phế quản do khối u, cục đông (VD: vỡ mạch và đông lại thành cục trong phế quản), đờm hoặc dị vật ...

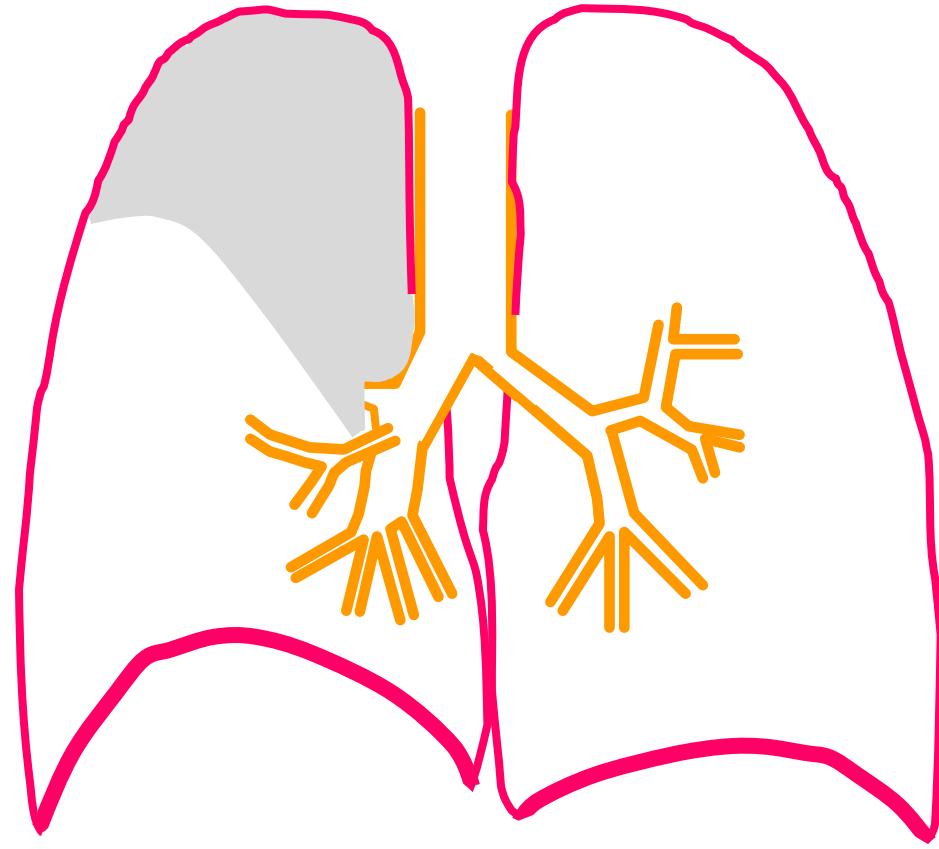
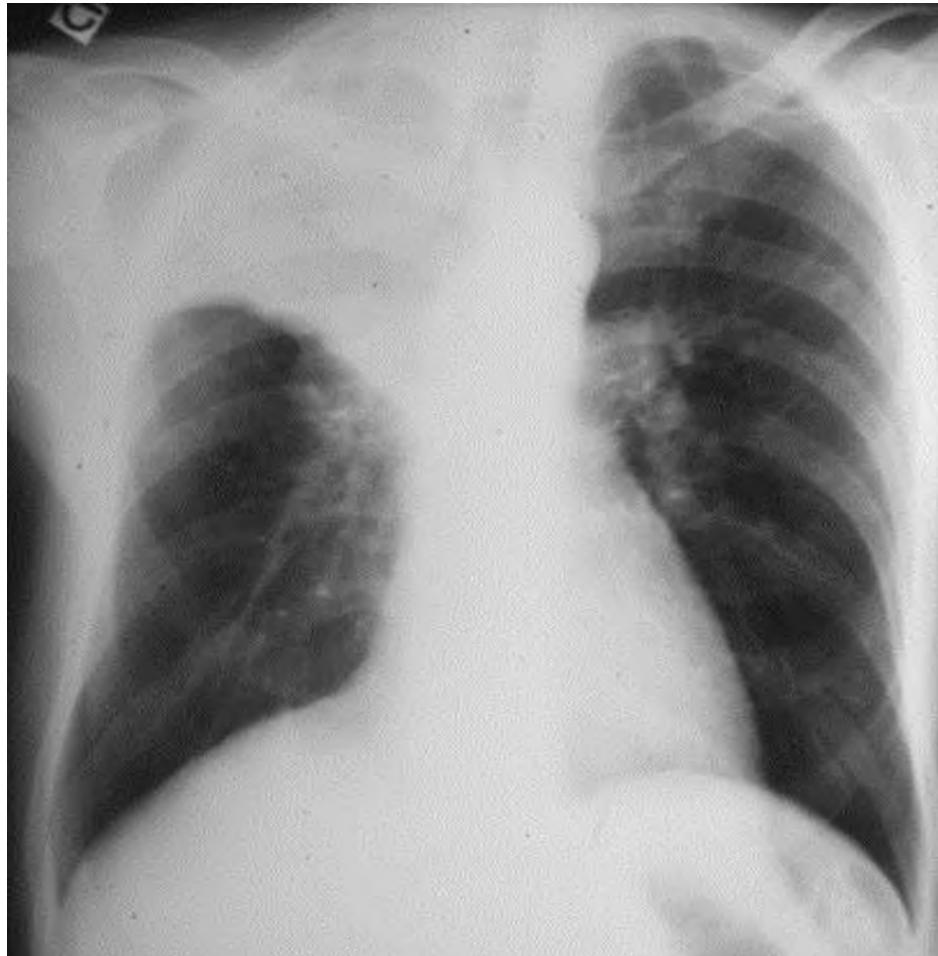
Dấu hiệu XQ trực tiếp:

- Mờ có hệ thống, đậm đặc, ở tông màu dịch không chứa phế quản hơi bên trong

Dấu hiệu XQ gián tiếp

- Sức hút về phía phân thùy, thùy phổi hay phổi xẹp những cấu trúc giải phẫu sát bên cạnh:
 - Scissure: Các khe liên thùy,
 - Diaphragme: cơ hoành
 - Médiastin: Trung thất

Xẹp thùy trên phải

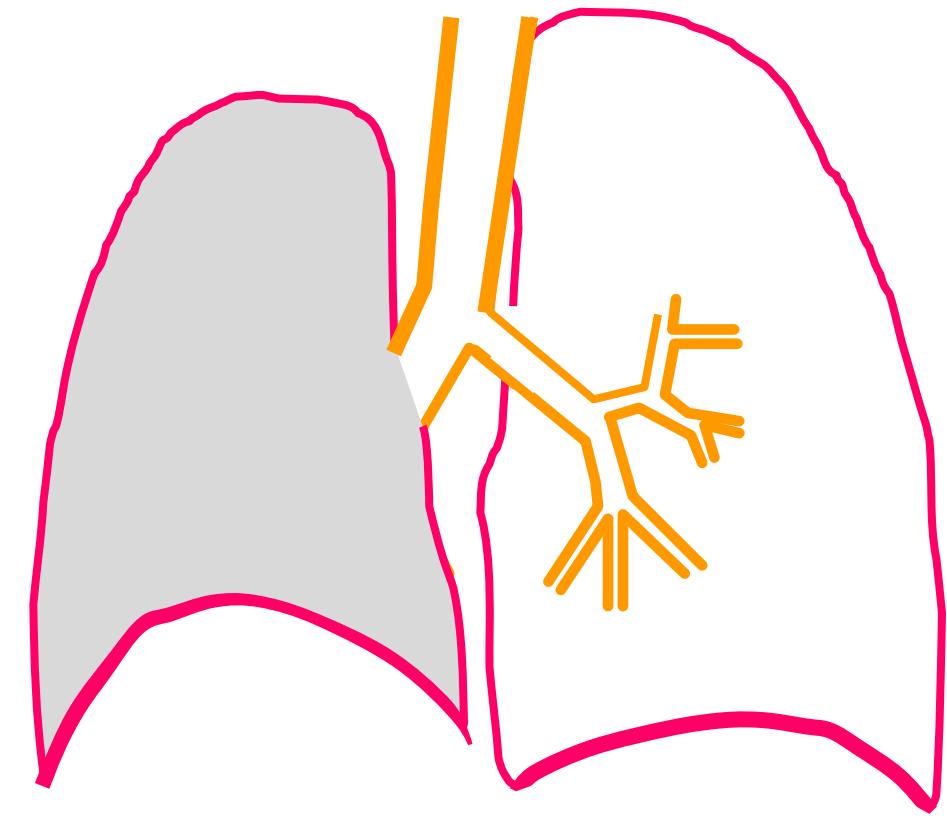
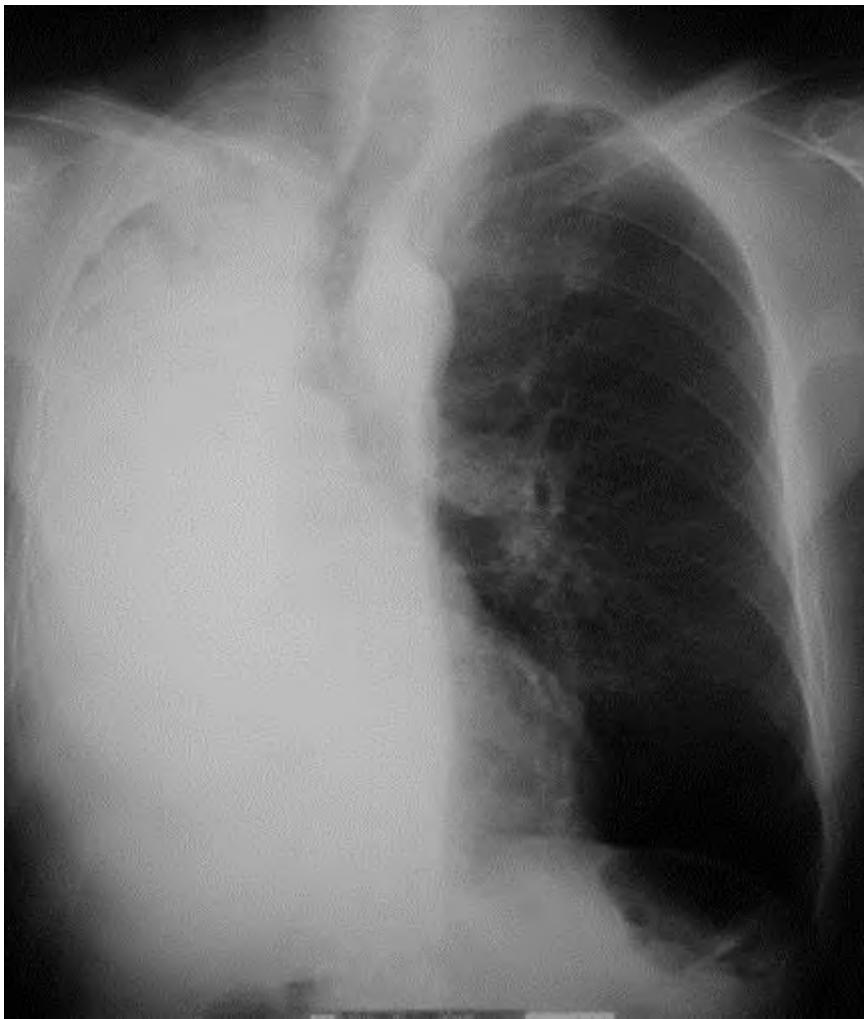


Dấu hiệu trực tiếp: Mờ ở mức dịch có hệ thống thùy trên bên phải, Không có phế quản hơi bên trong.

Dấu hiệu gián tiếp:

- Kéo rãnh liên thùy bé về chỗ đám mờ
- Sự nâng lên của vòm hoành phải + Lệch một chút khí quản.

Xẹp phổi phải



Dấu hiệu trực tiếp: Mờ ở mức dịch có hệ thống toàn bộ phổi phải, đậm đều, không có phế quản hơi bên trong.

Dấu hiệu gián tiếp:

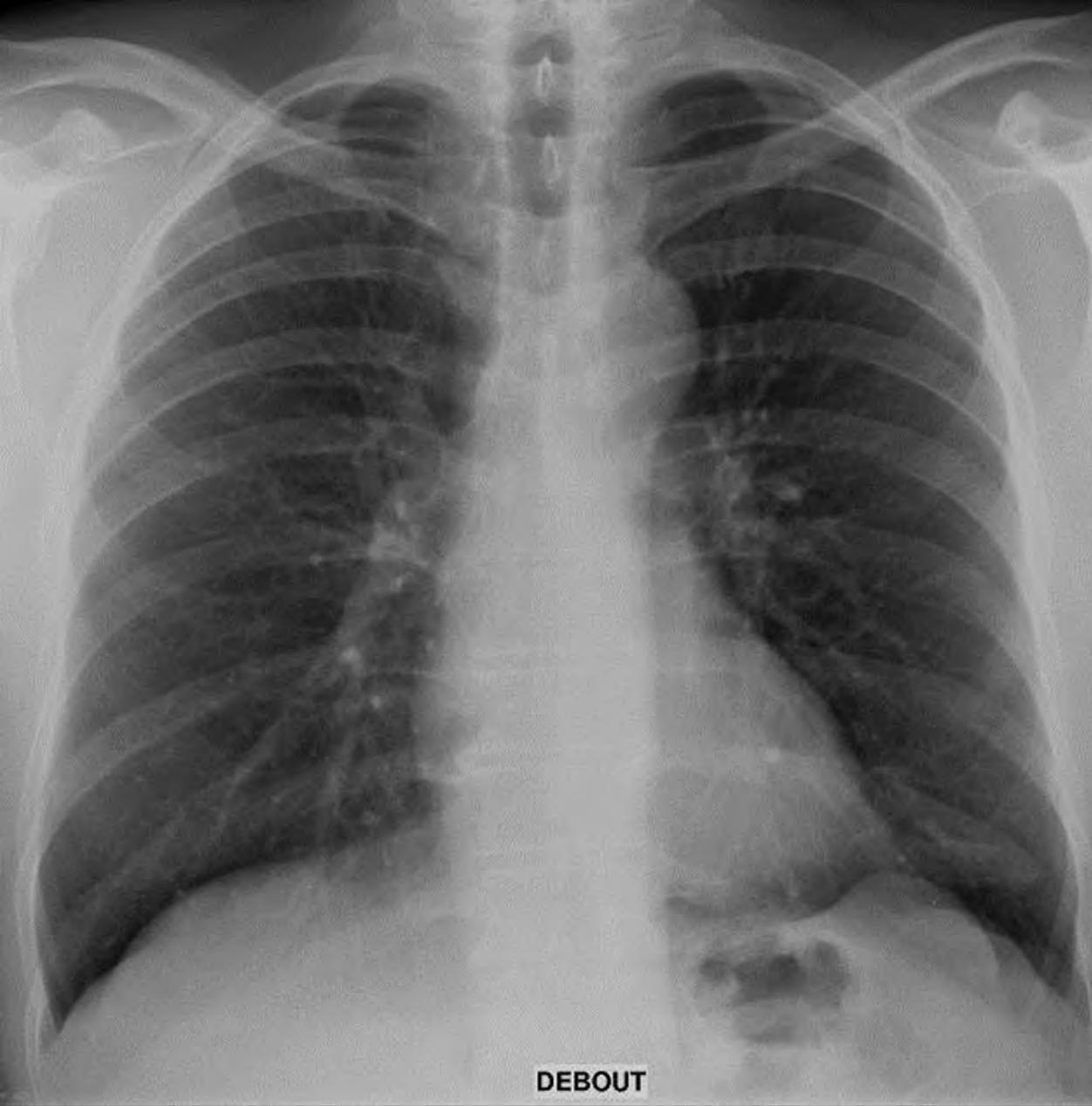
- Co kéo trung thất về bên phải
- Co rút nửa lồng ngực phải làm nó nhỏ hơn nửa lồng ngực bên trái.



L'imagerie thoracique pour l'ECN
Quiz portant sur les syndromes bronchiques et les
épanchements pleuraux

PHẦN CÂU HỎI CHO CÁC BẠN :v

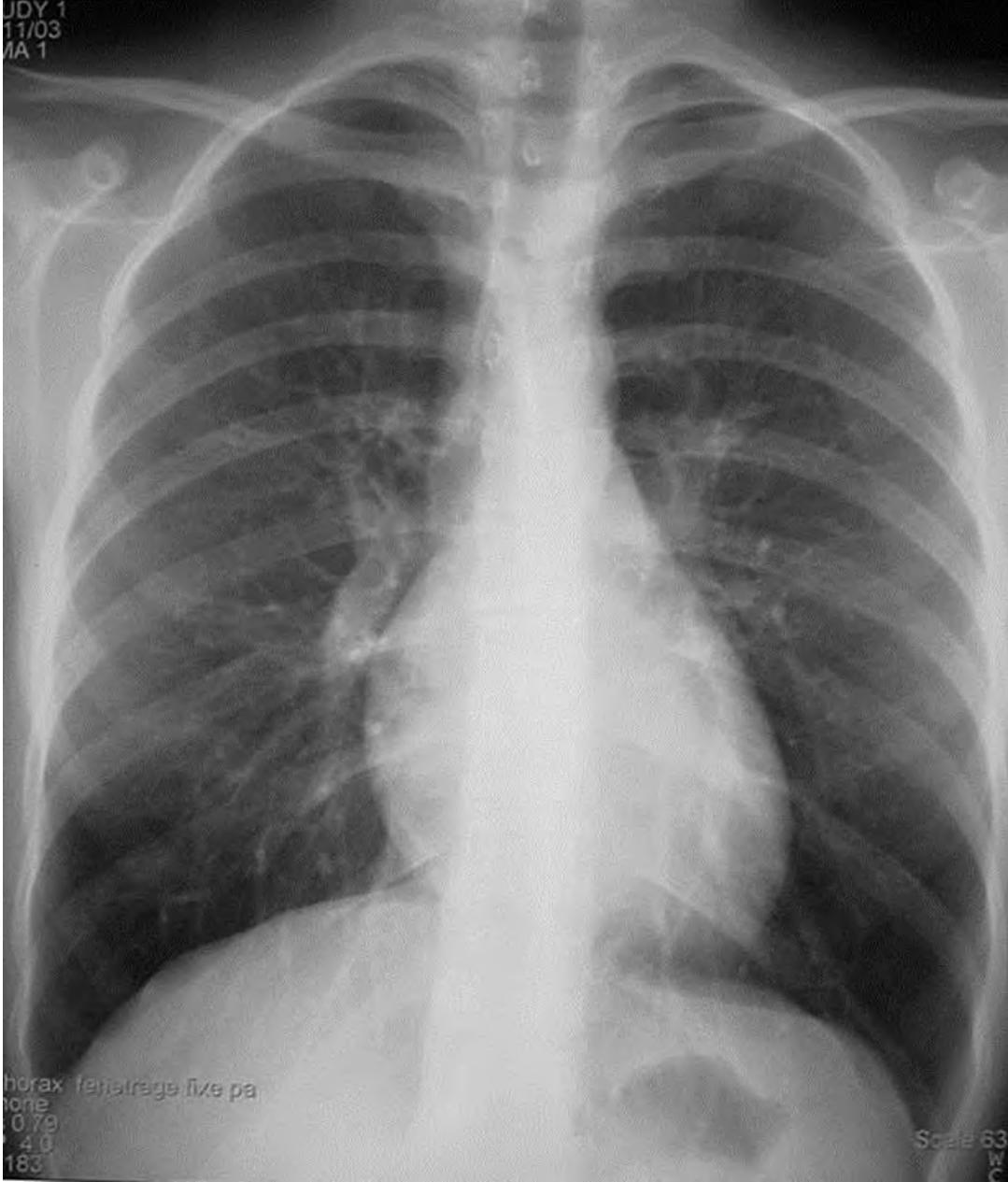
Pr Charles-Hugo Marquette



DEBOUT

Avant de commencer ce quiz remettez-vous dans l'œil l'aspect de la radio de thorax normale
Hình ảnh lồng ngực bình thường.

JUDY 1
11/03
MA 1

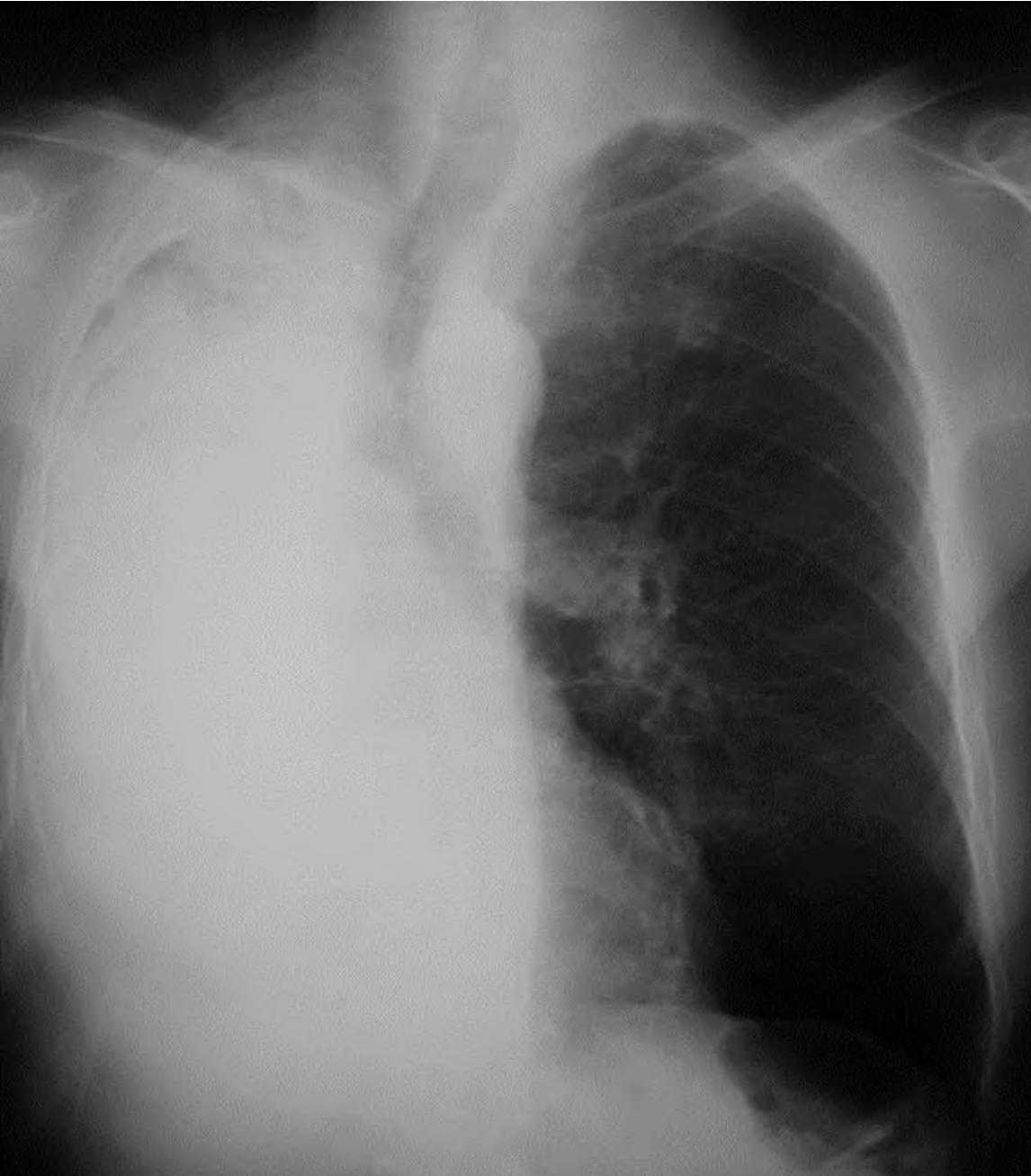


Ceci est une autre radio de thorax normale
Vẫn là phim XQ bình thường.



Remettez-vous aussi dans l'œil l'aspect d'un scanner à peu de choses près normal

Chẩn đoán
của bạn là
gì?



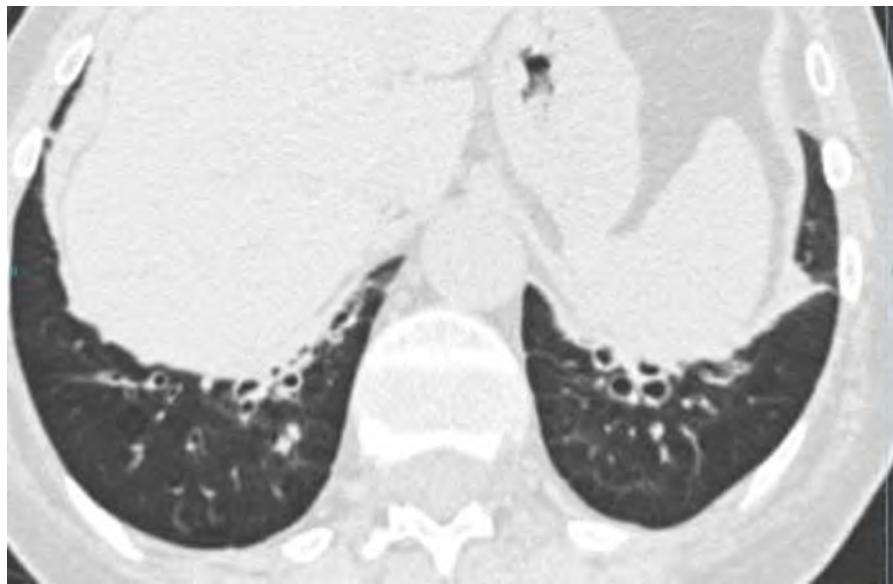
Question 1: patient consultant pour crachats hémoptoïques évoluant depuis près de deux mois.
L'hémithorax droit est immobile et mat à la percussion. Quel est votre diagnostic ?



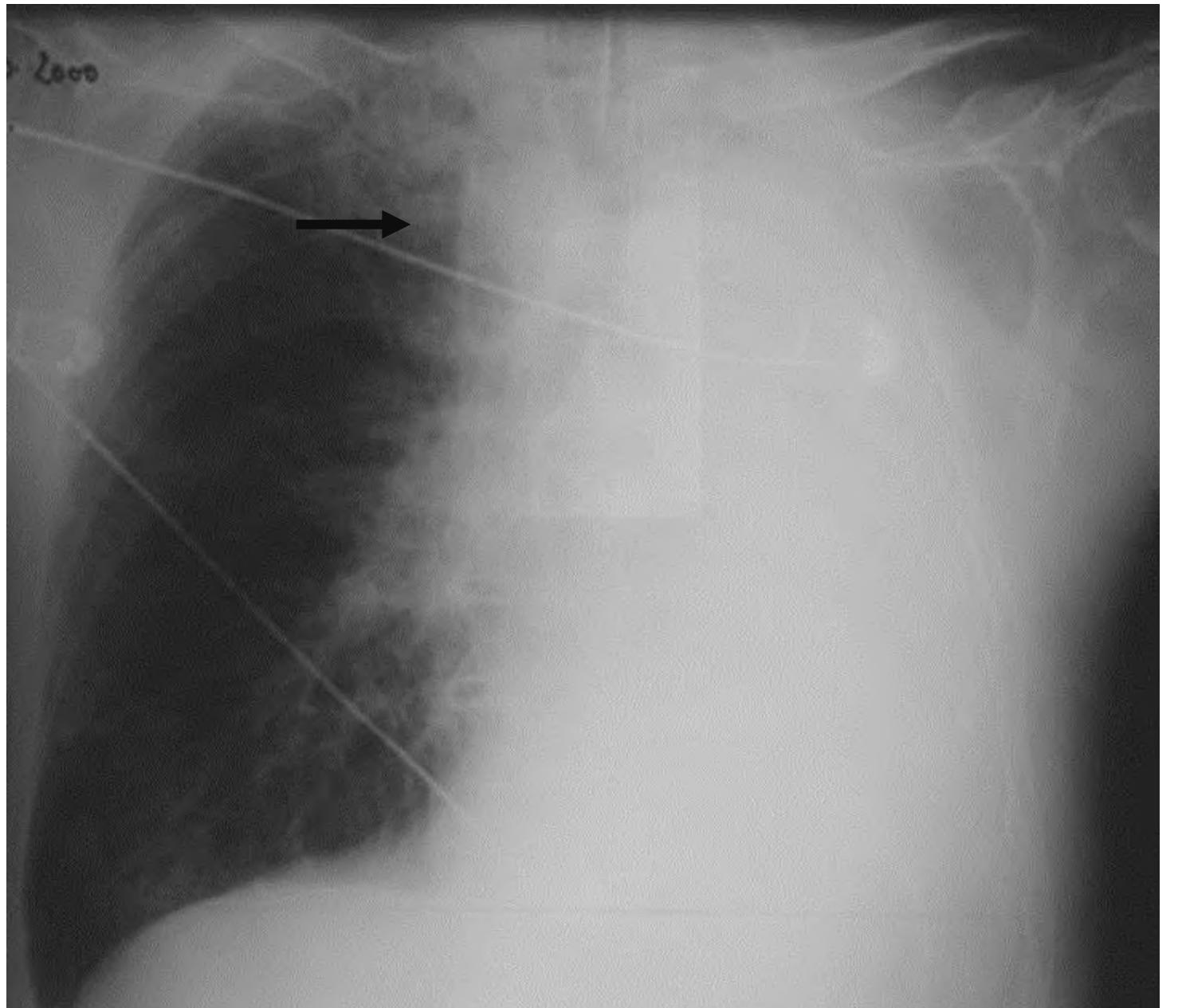
Question 2 : Femme de 57 ans qui tousse et crache depuis l'enfance. A l'auscultation vous entendez des râles bronchiques aux deux bases.

Sa radiographie de thorax a été considérée comme normale. Que montre son scanner ?

Phim cắt lớp này chỉ ra điều gì?



Chẩn đoán của
bạn là gì?

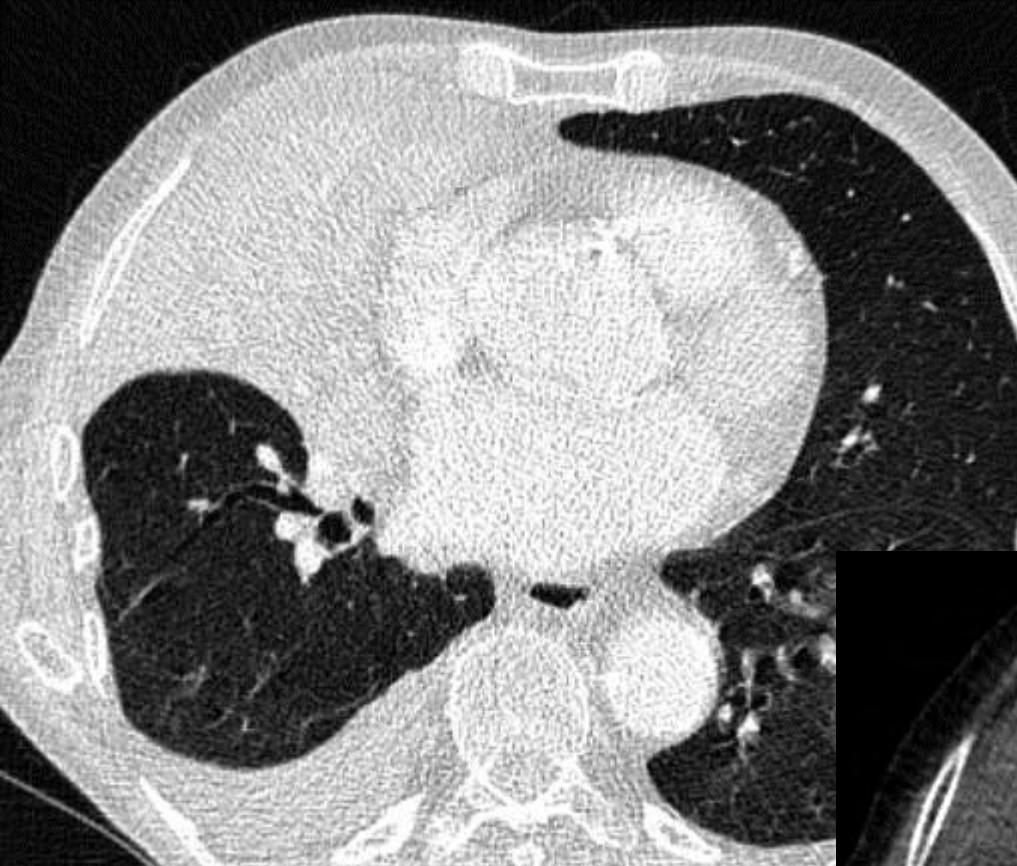


Question 3: patient hospitalisé pour une dyspnée sévère, sans fièvre. L'hémithorax gauche est immobile et mat à la percussion. Quel est votre diagnostic ?

Mô tả phim này?

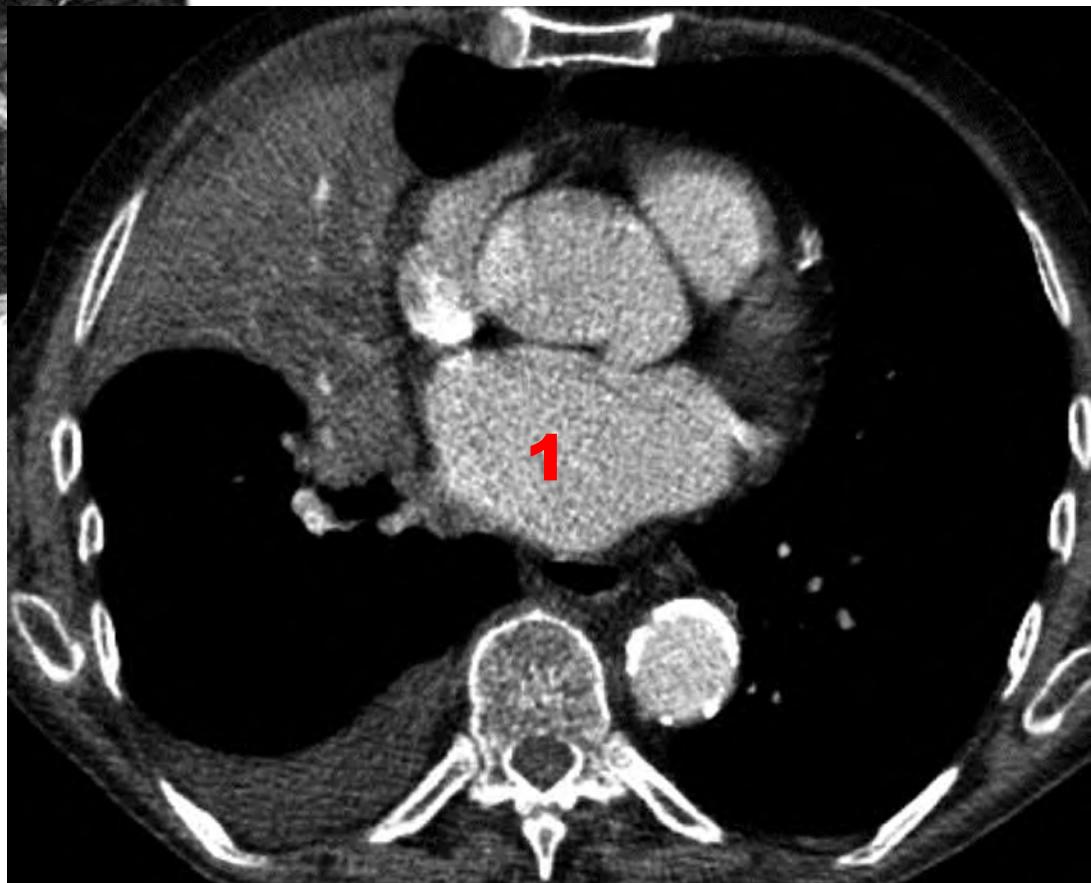


Question 4: patient âgé de 89 ans, tousse et crache sales parfois teintés de sang depuis près d' 1 mois. Se plaint d'une fébricule. Décrivez la radio, en vous aidant de la diapositive suivante qui concerne le même patient



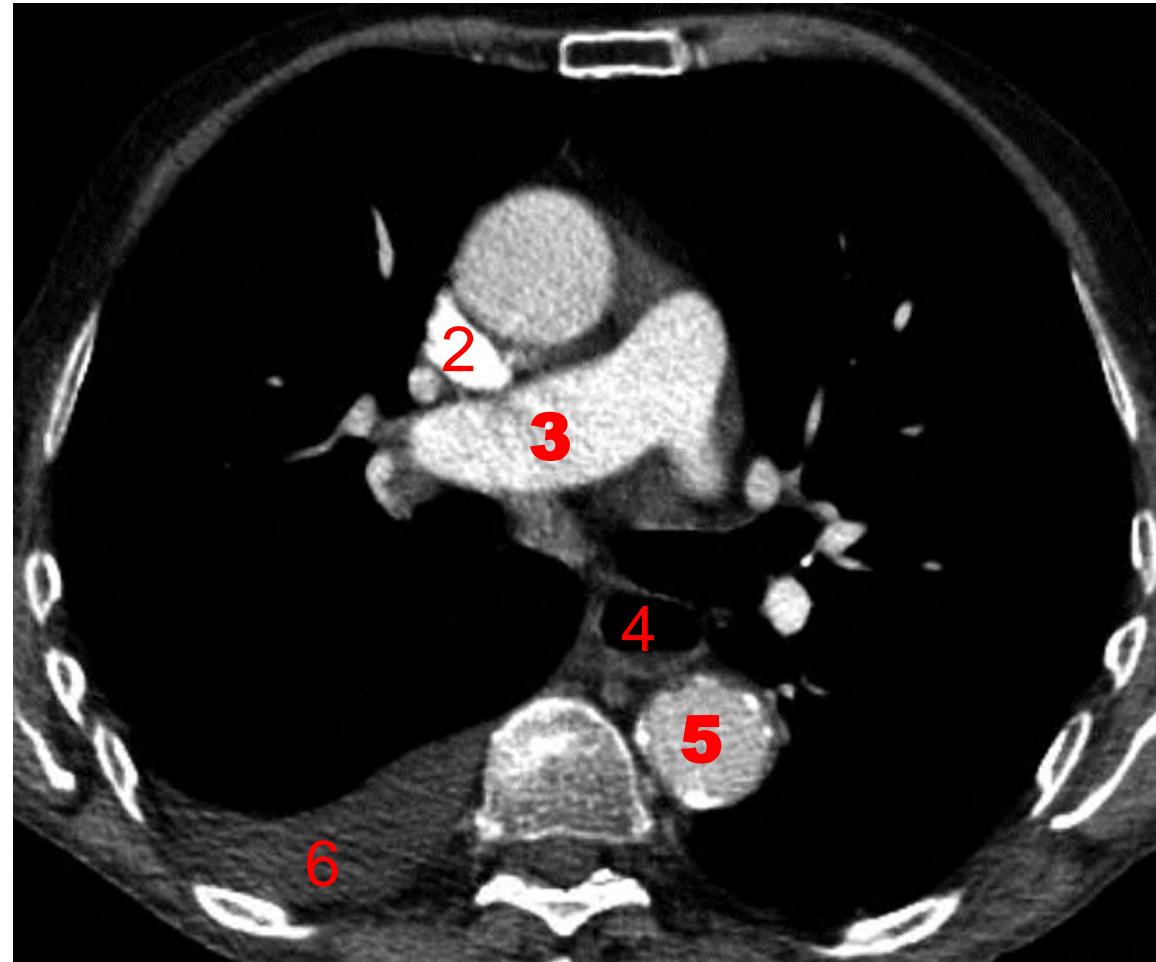
Làm thế nào để chỉ ra đây là bị
bệnh ở thùy giữa?
Cấu trúc giải phẫu số 1 phù hợp
với cái gì?

Question 4 suite: comment qualifiez vous
l'atteinte du lobe moyen de ce patient ?
A quoi correspond la structure anatomique
désignée par le chiffre 1



Question 4 suite: A quoi correspondent les structures anatomiques désignées par les chiffres 2 à 6

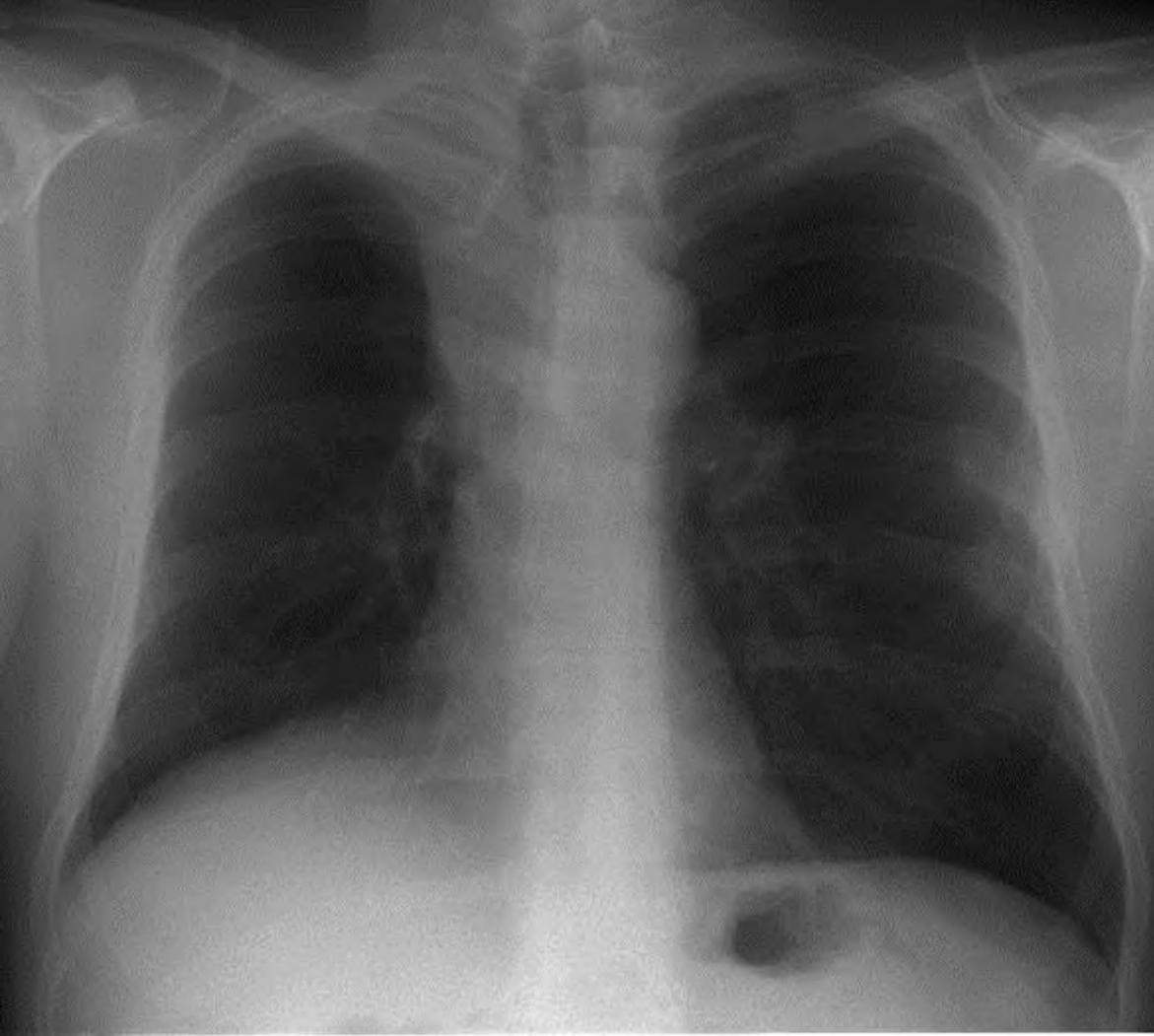
Cấu trúc giải phẫu được chỉ từ số 2-6 là gì?
(ĐM?, TM?, dịch...??)



Bn theo dõi 1 bệnh phổi kẽ. Bạn có nghĩ có giãn 1 hay nhiều phế quản do co kéo không? Nếu có thì đâu?



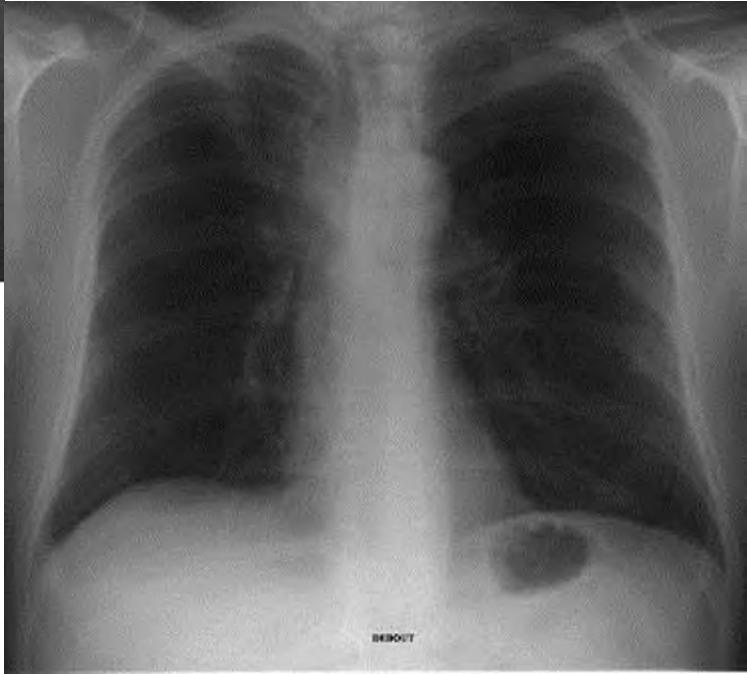
Question 5 : patiente suivie pour une pathologie pulmonaire interstitielle. Pensez-vous qu'elle a une ou des bronchectasies par traction et si oui où ?

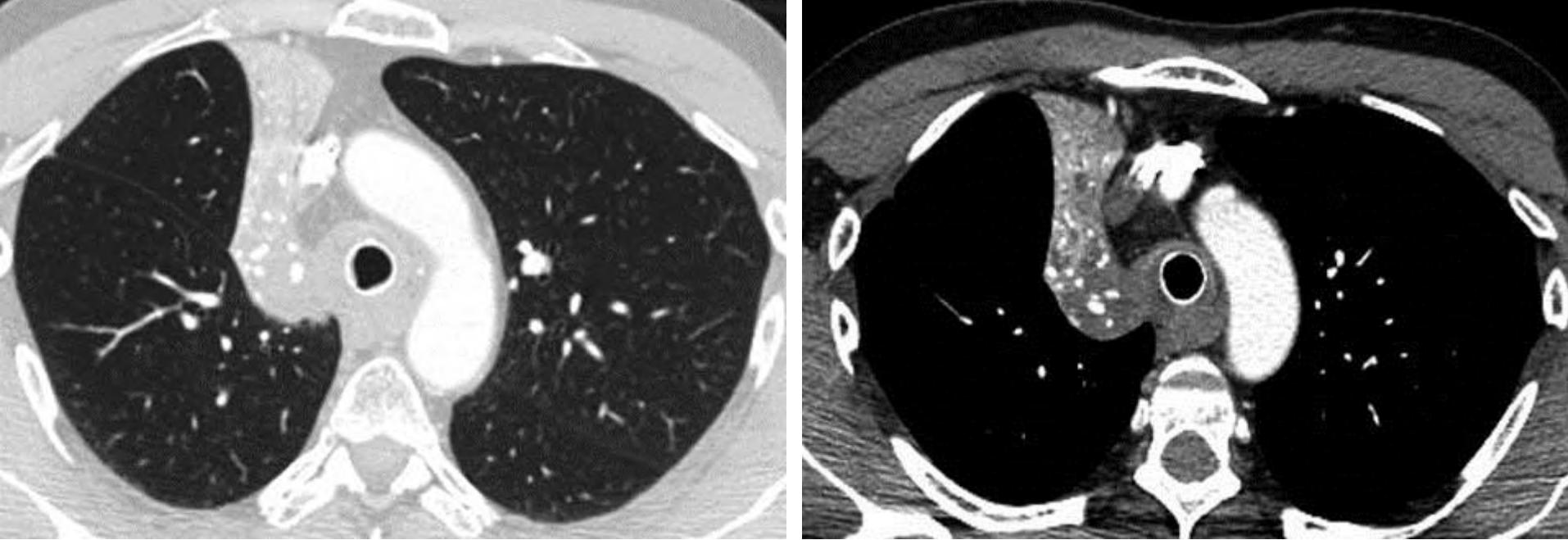


Những bất thường trên phim này là gì?
Phim bên dưới là chụp cách đây 6 tháng.

Question 6 : quelle(s) anomalie(s) décrivez vous sur ce cliché de thorax ? Pour vous aider vous trouverez en bas à droite le cliché de ce patient réalisé 6 mois plus tôt.

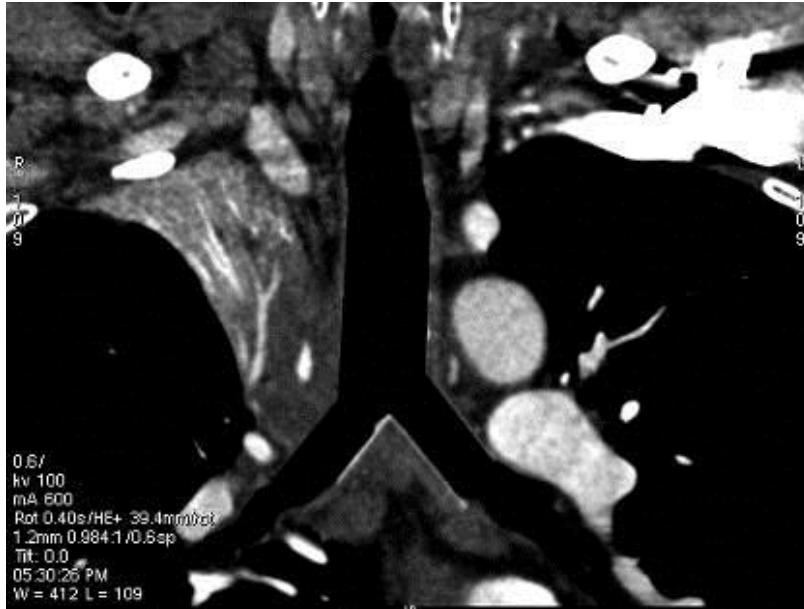
Une fois que vous avez donné votre réponse, passez à la diapositive suivante qui concerne le même patient.



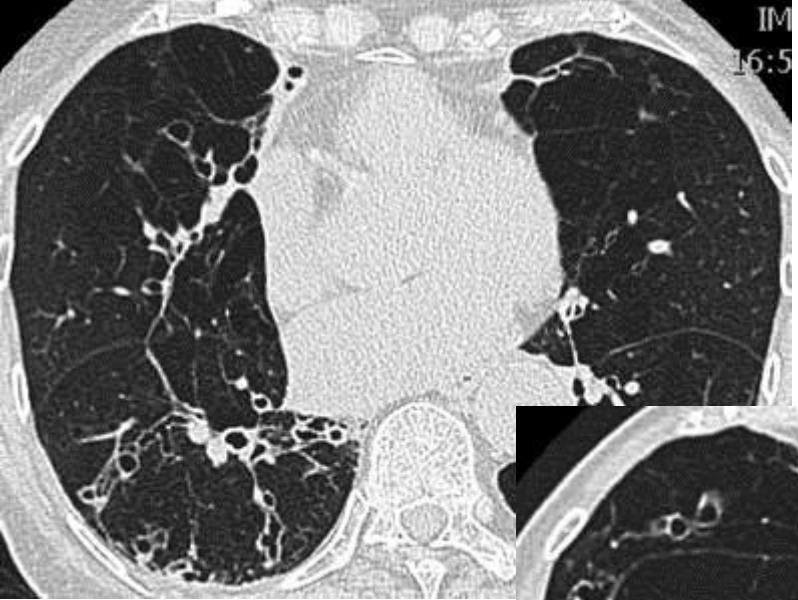


Question 6 suite: comment s'appelle l'atteinte du lobe supérieur de ce patient ?

Vẫn bệnh nhân slide trước:
Tổn thương thùy trên của bệnh
nhân này gọi là gì?



0.6/
kv 100
mA 600
Rot 0.40s/HE+ 39.4mm/0.6cm
1.2mm 0.9841/0.6sp
Tit: 0.0
05:30:26 PM
W = 412 L = 109



Quelle est la cause de l'hémoptysie de cette patiente ?

A quoi correspond la structure anatomique désignée par les flèches ?

Question 7 : cette autre dame de 62 ans consulte pour hémoptysie de moyenne abondance. A l'interrogatoire vous apprenez qu'elle tousse et crache depuis l'enfance. A l'examen vous notez un hippocratisme digital et à l'auscultation vous entendez des râles bronchiques aux deux bases.



Sa radiographie de thorax a été considérée comme normale par l'interne des urgences et il a fait pratiquer un scanner.



Une fois que vous avez donné votre réponse, passez à la diapositive suivante qui concerne la même patiente.

Câu hỏi 7:

Bn 62t, đến khám vì ho ra máu. Hỏi bệnh thấy có ho và khạc đờm từ khi còn nhỏ. Nghe phổi có ral phế quản 2 đáy. Xq gần như bình thường. Chụp CT có hình ảnh như trên.

Câu hỏi: nguyên nhân của ho ra máu là gì?

- Cấu trúc được chỉ bằng mũi tên đỏ là gì?

Đây là phim XQ của bệnh nhân số 7 slide trước.

Nó có thực sự bình thường không?



Question 7 suite: la radio de cette patiente était-elle vraiment normale ?

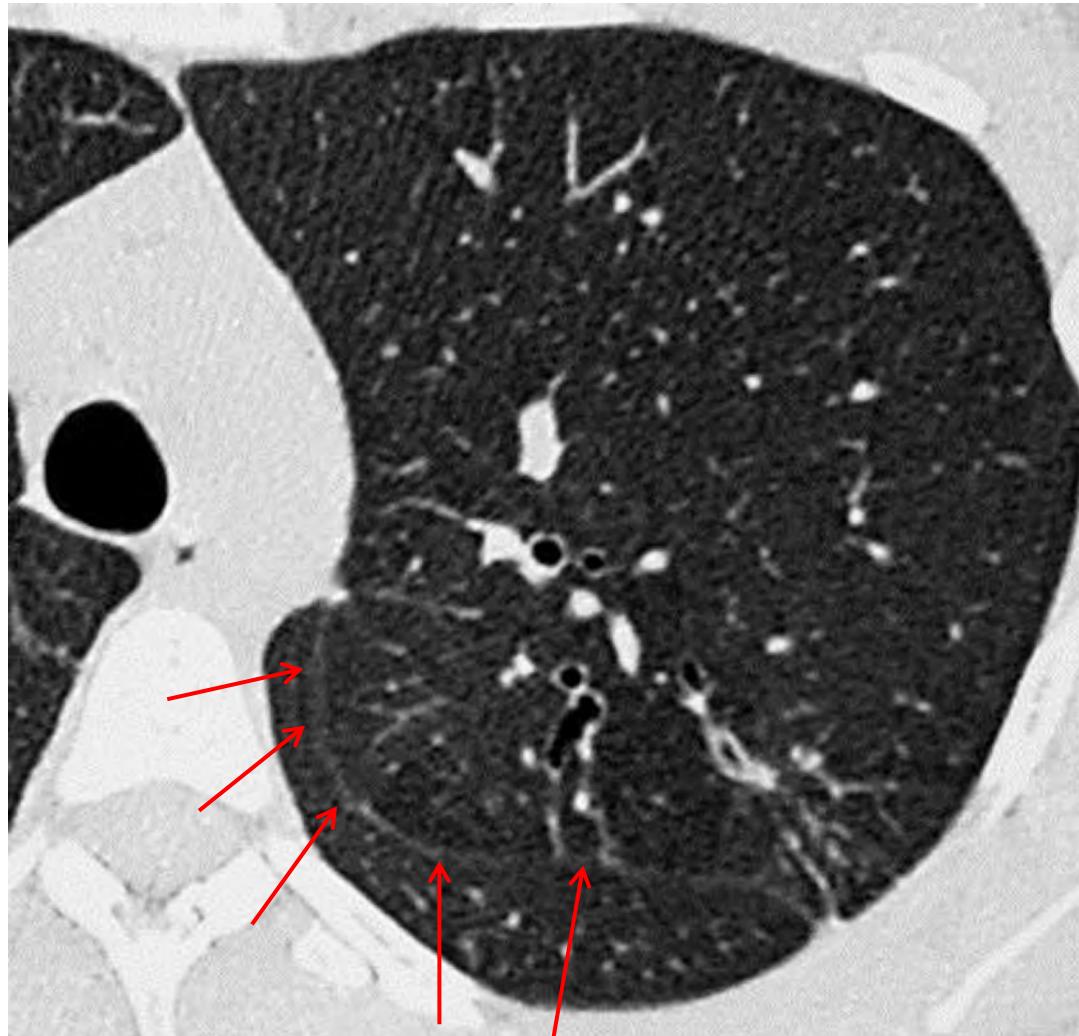
Nữ, 37t, TS lao phổi lúc 15t,
khám vì ho ra máu ít, tiến triển
6 tháng nay.

XQ phổi bình thường.

Đây là 1 lát cắt CTscan qua thùy
trên trái.

Bạn nghĩ ho ra máu này do
nguyên nhân gì?

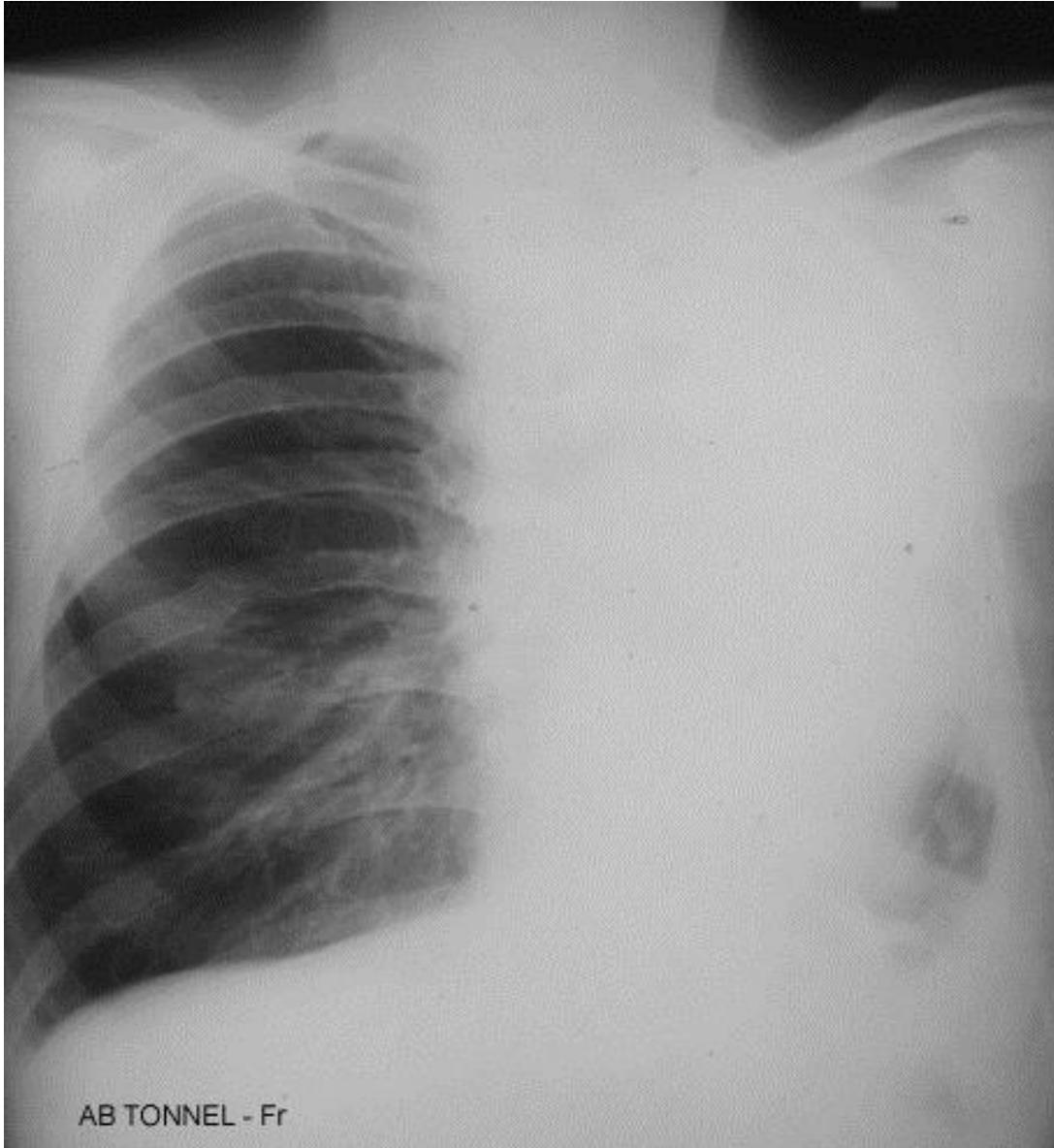
Cấu trúc chỉ bằng mũi tên đỏ là
gì?



Question 8 : femme de 37 ans aux ATCDts de tuberculose à l'âge de 15 ans. Consulte pour crachats hémoptoïques de faible abondance, évoluant depuis 6 mois.

Sa radiographie de thorax est normale. Voici une planche de scanner passant par son lobe supérieur gauche, à quoi rattachez vous les hémoptysies ? A quoi correspond la structure anatomique désignée par les flèches ?

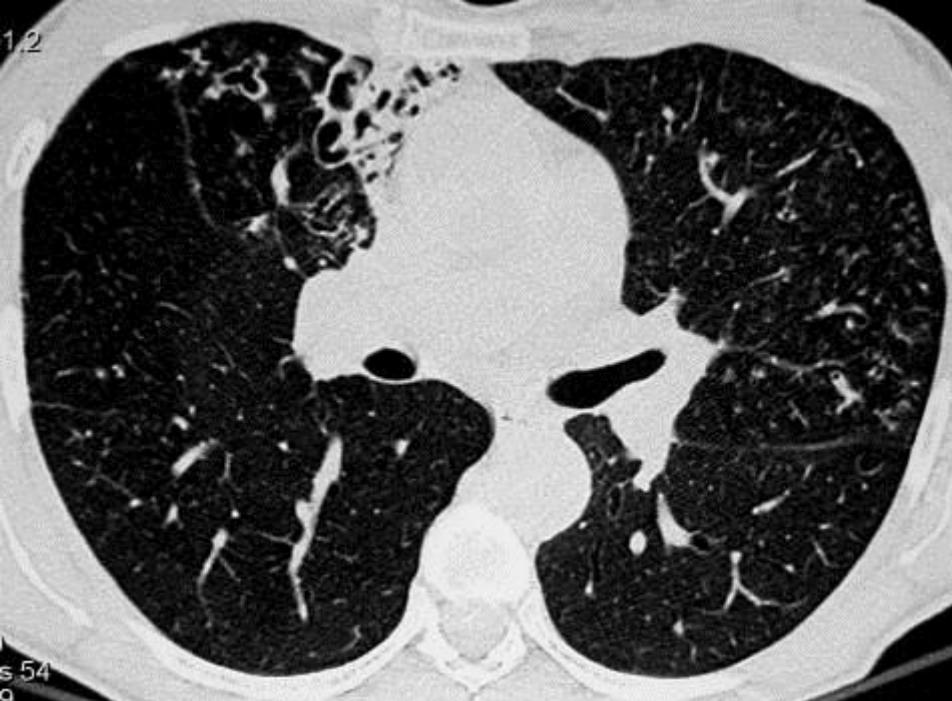
Mô tả phim này?



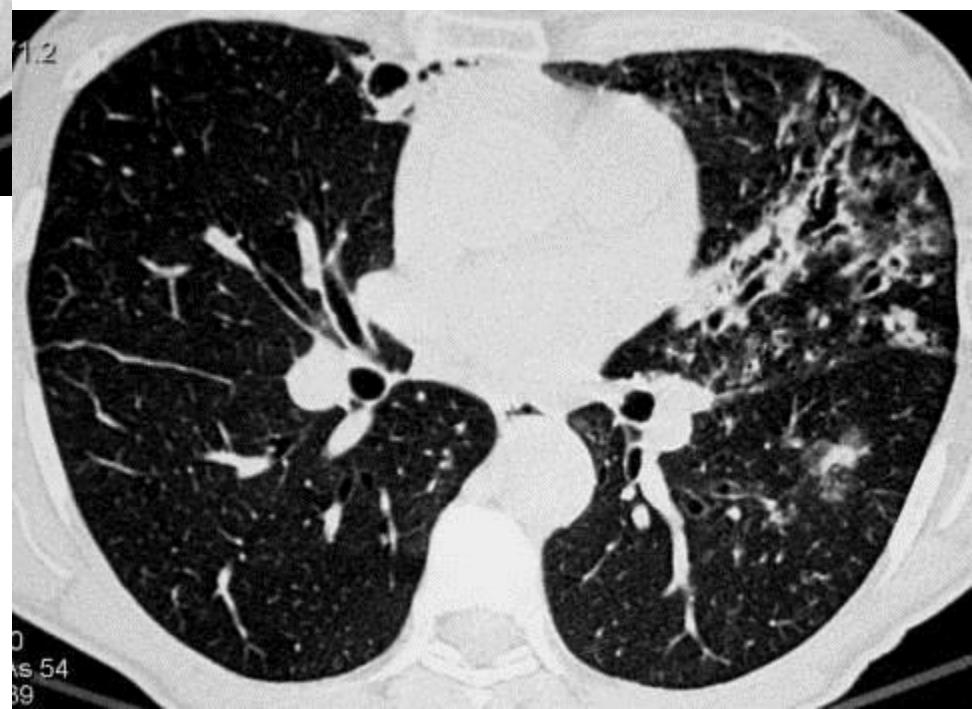
AB TONNEL - Fr

Question 9 : homme de 73 ans aux ATCDts cancer épidermoïde du tronc souche gauche. de tuberculose à l'âge de 15 ans. Récidive endoscopique obstruant la totalité de la lumière du tronc souche. Décrivez son cliché de thorax

1.2



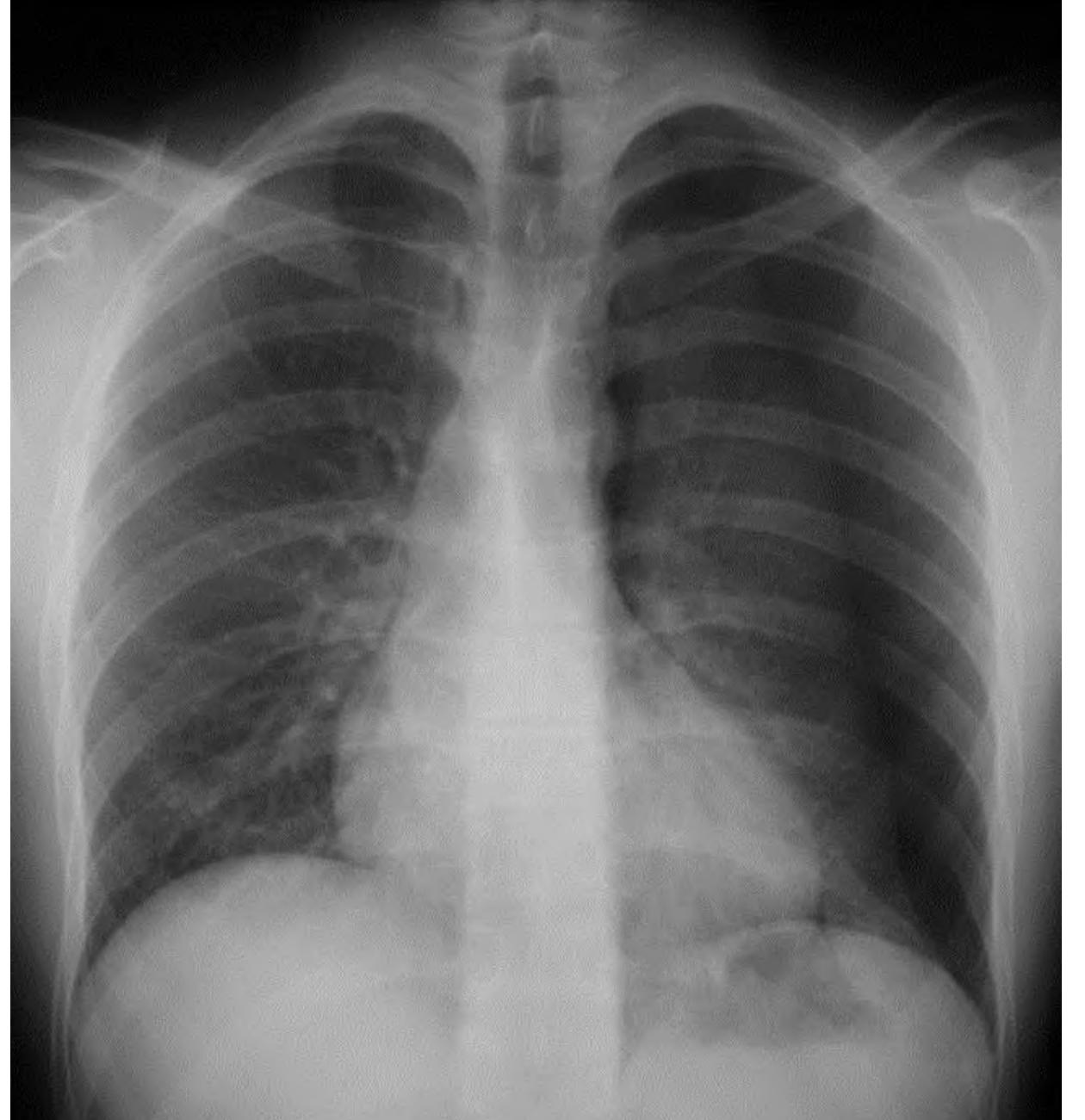
1.2



Bn nữ 61t, ho khạc đờm mạn, ts ho gà
khi còn nhỏ.
Mô tả phim này?

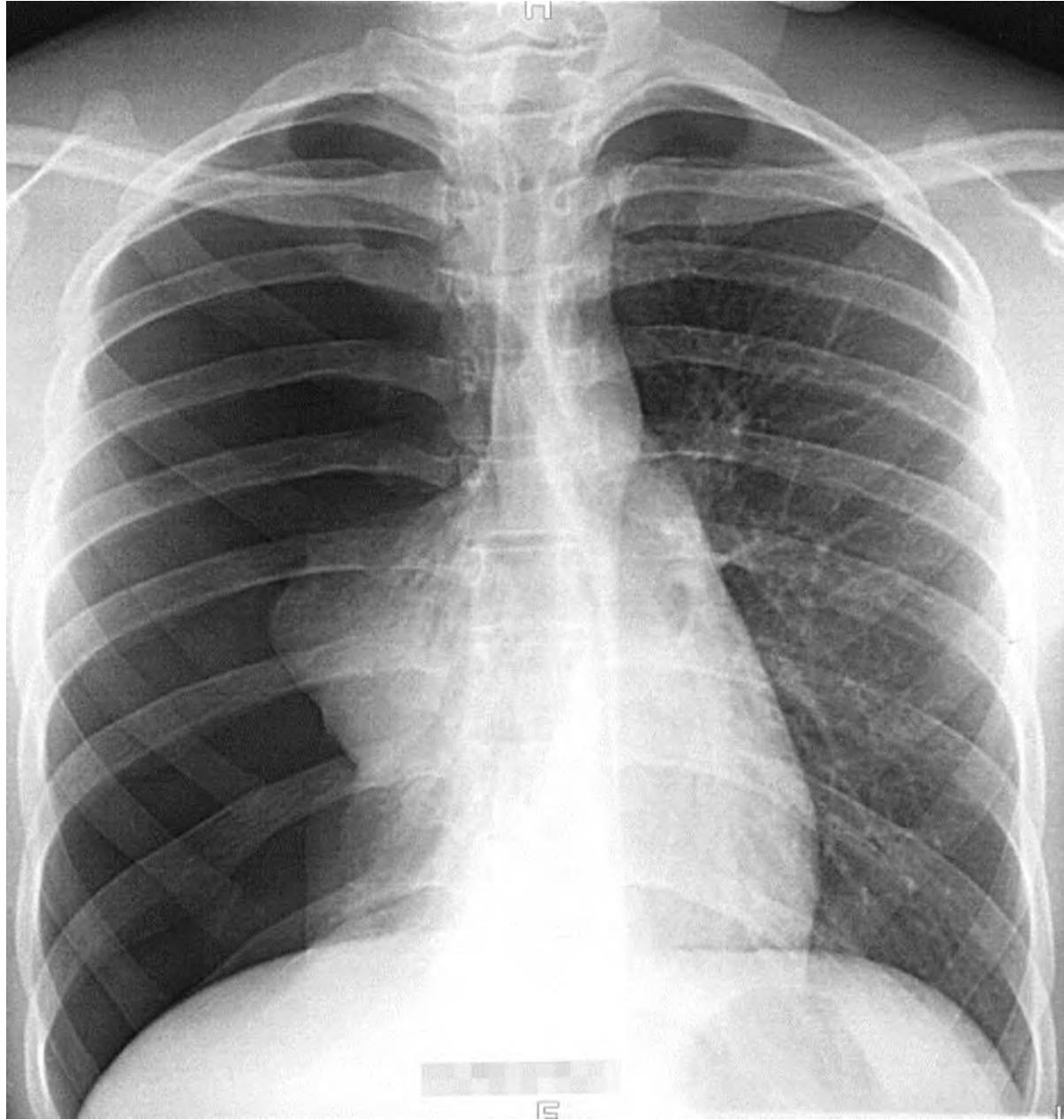
Question 10 : toux et expectoration chronique, parfois teintée de sang chez une femme de 61 ans aux ATCDts de coqueluche dans l'enfance. Décrivez son scanner

Chẩn đoán của bạn là gì?



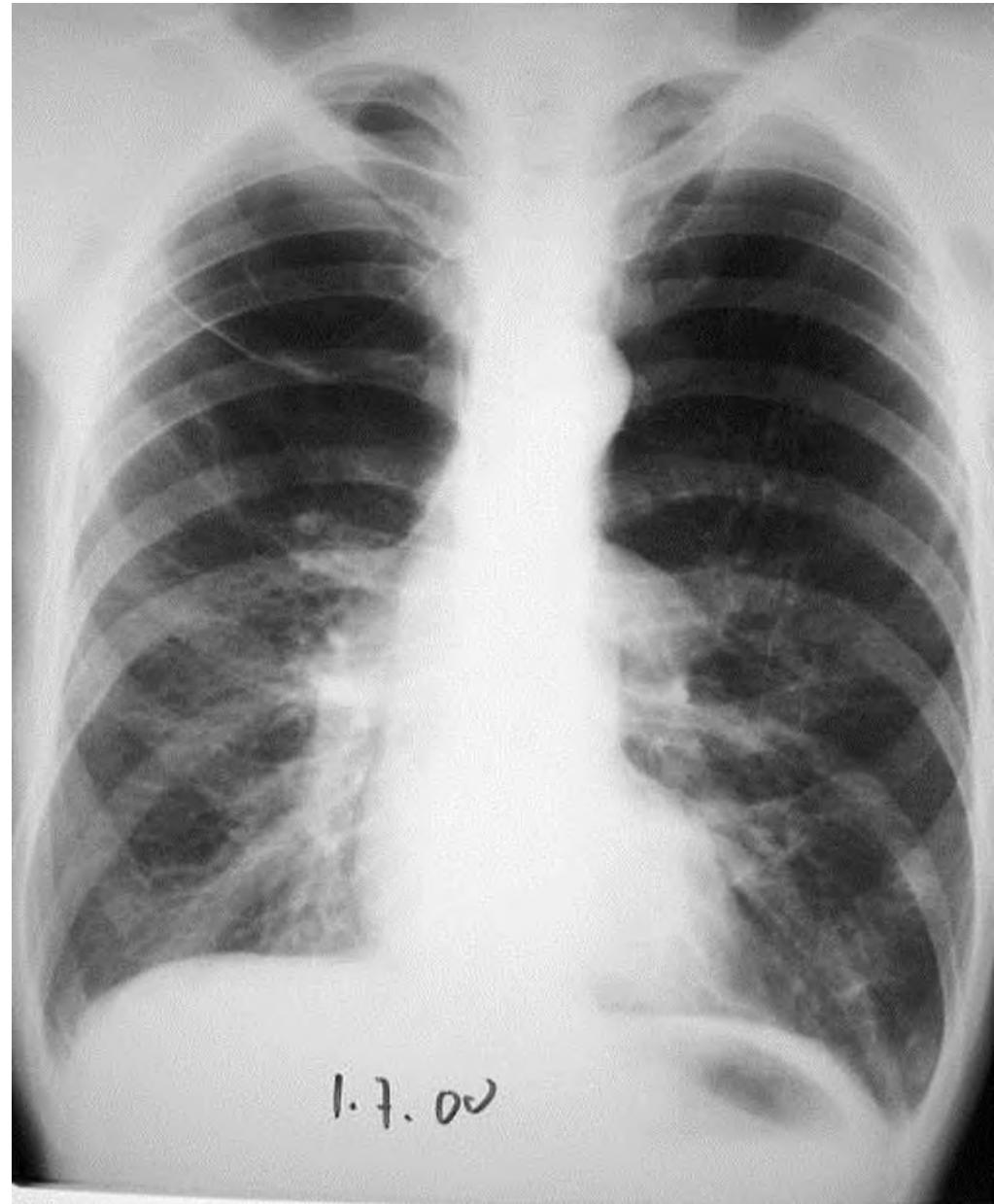
Question 11 : douleur thoracique brutale, majorée à l'inspiration chez un jeune homme de 20 ans, fumeur. Quel est votre diagnostic ?

Chẩn đoán của bạn
là gì?



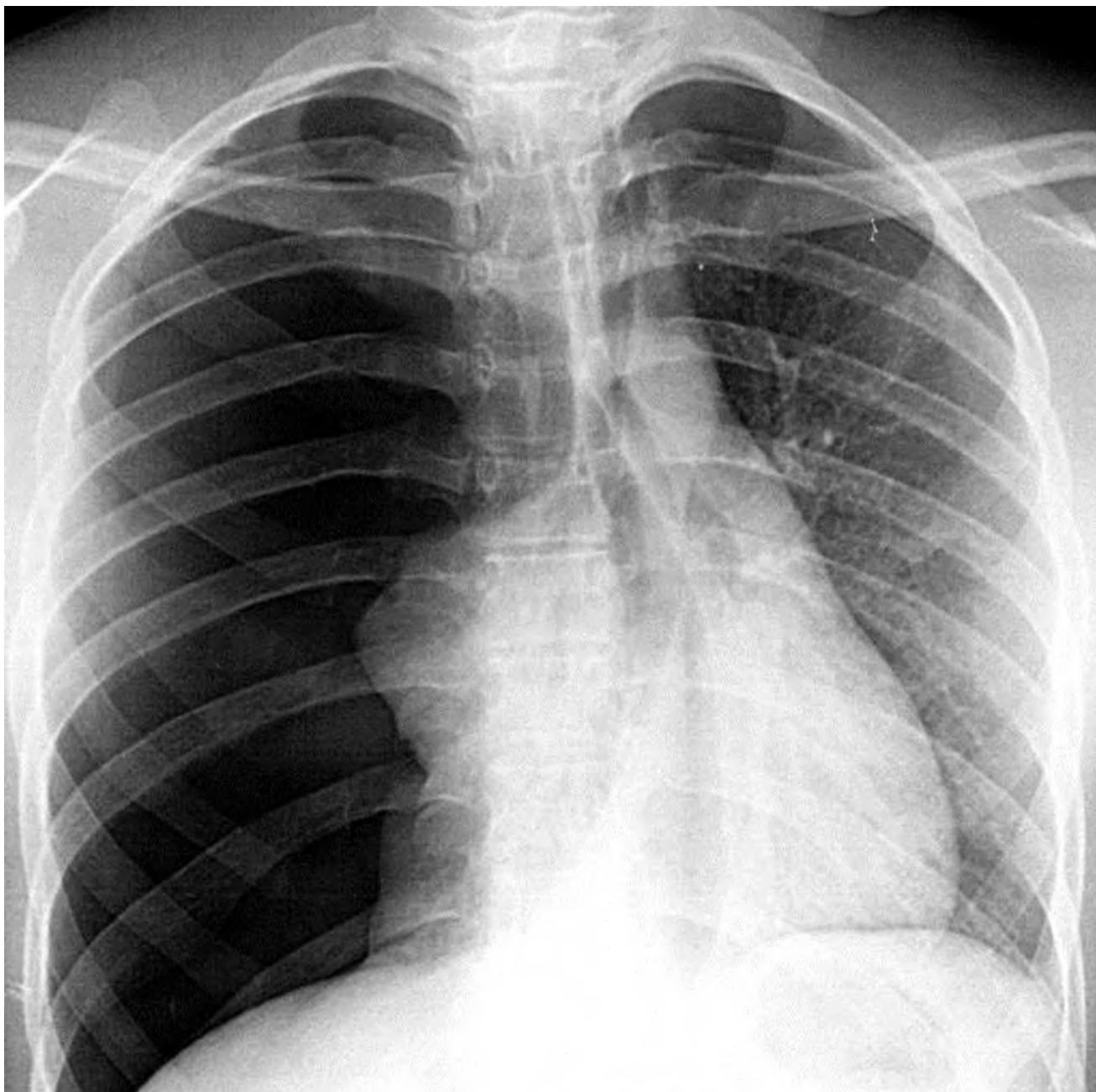
Question 12 : douleur thoracique droite brutale, majorée à l'inspiration avec dyspnée chez un jeune homme de 19 ans, longiligne. Quel est votre diagnostic ?

Nam 50t, hút thuốc lá 50 bao/năm. Thở dốc khi leo 1 tầng cầu thang.
CD của bạn là gì?



Question 13 : radio de dépistage chez un homme de 50 ans, fumeur (50 PA) essoufflé à l'ascension d'un étage. Quel est votre diagnostic ?

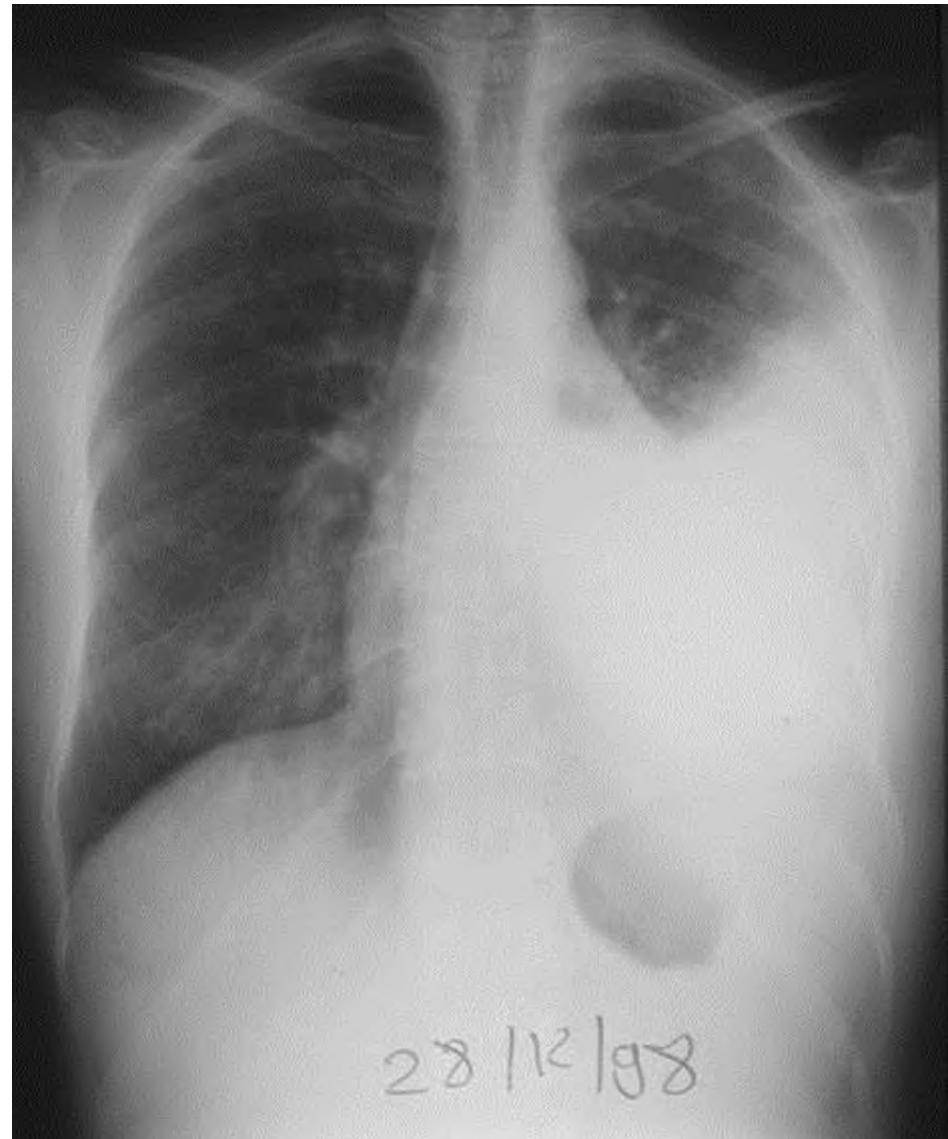
CĐ của
bạn là gì?



Question 14 : douleur thoracique droite brutale, avec dyspnée à la parole et SpO₂ à 89% chez un homme de 40 ans gros fumeur. Quel est votre diagnostic ?

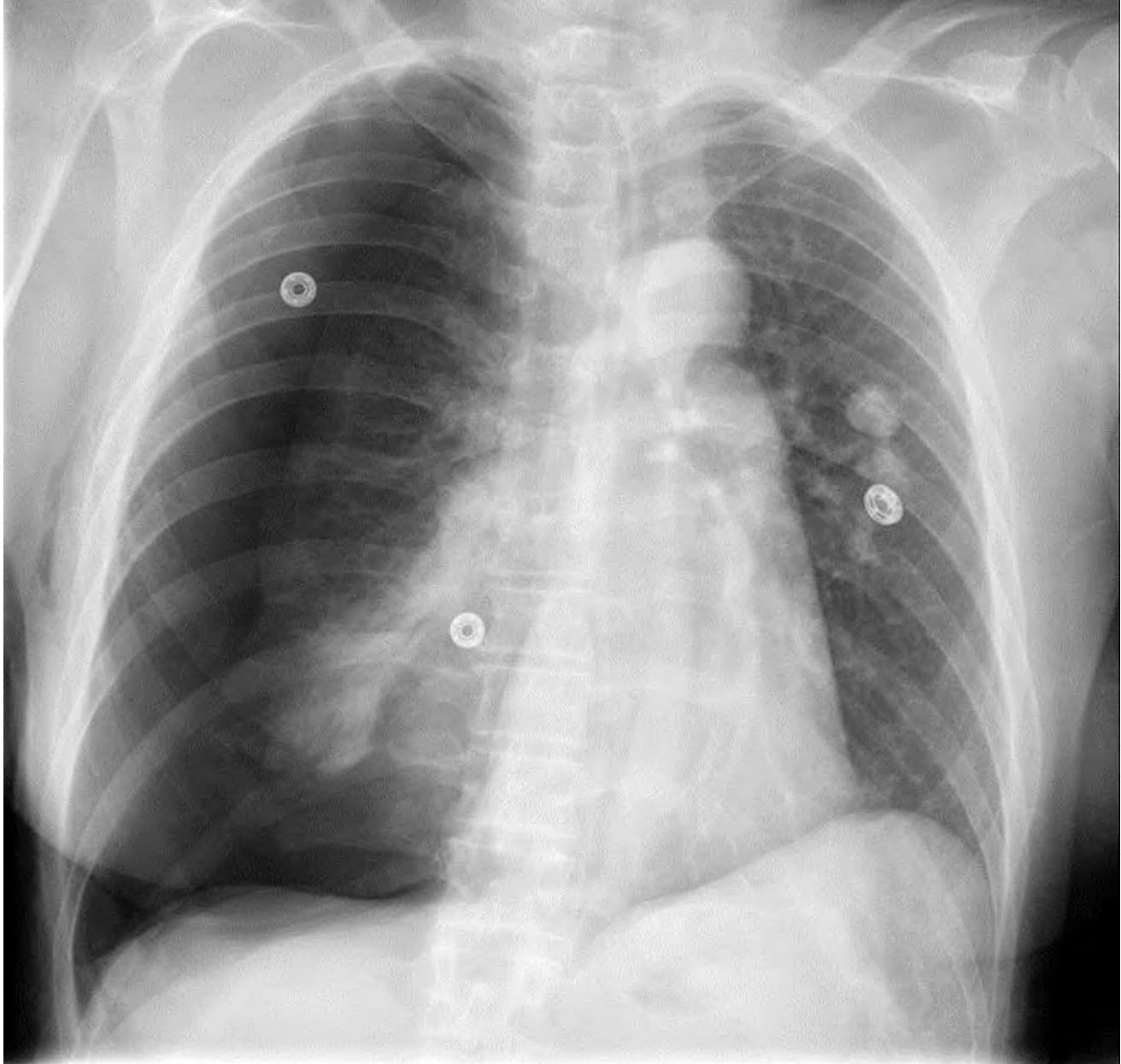
Nam 62t, nghiện rượu, răng trong tình
trạng rất xấu. Đau ngực khi hít sâu,
sốt cao từ 5 ngày nay.

Mô tả phim này?,
chẩn đoán của bạn là gì?



Question 15 : homme de 62 ans. Alcoolique, aux dents en très mauvais état. Douleur thoracique fébrile majorée à l'inspiration évoluant depuis 5 jours. Décrivez la radio, quel est votre hypothèse diagnostique ?

Chẩn đoán của
bạn là gì?
Tại sao?

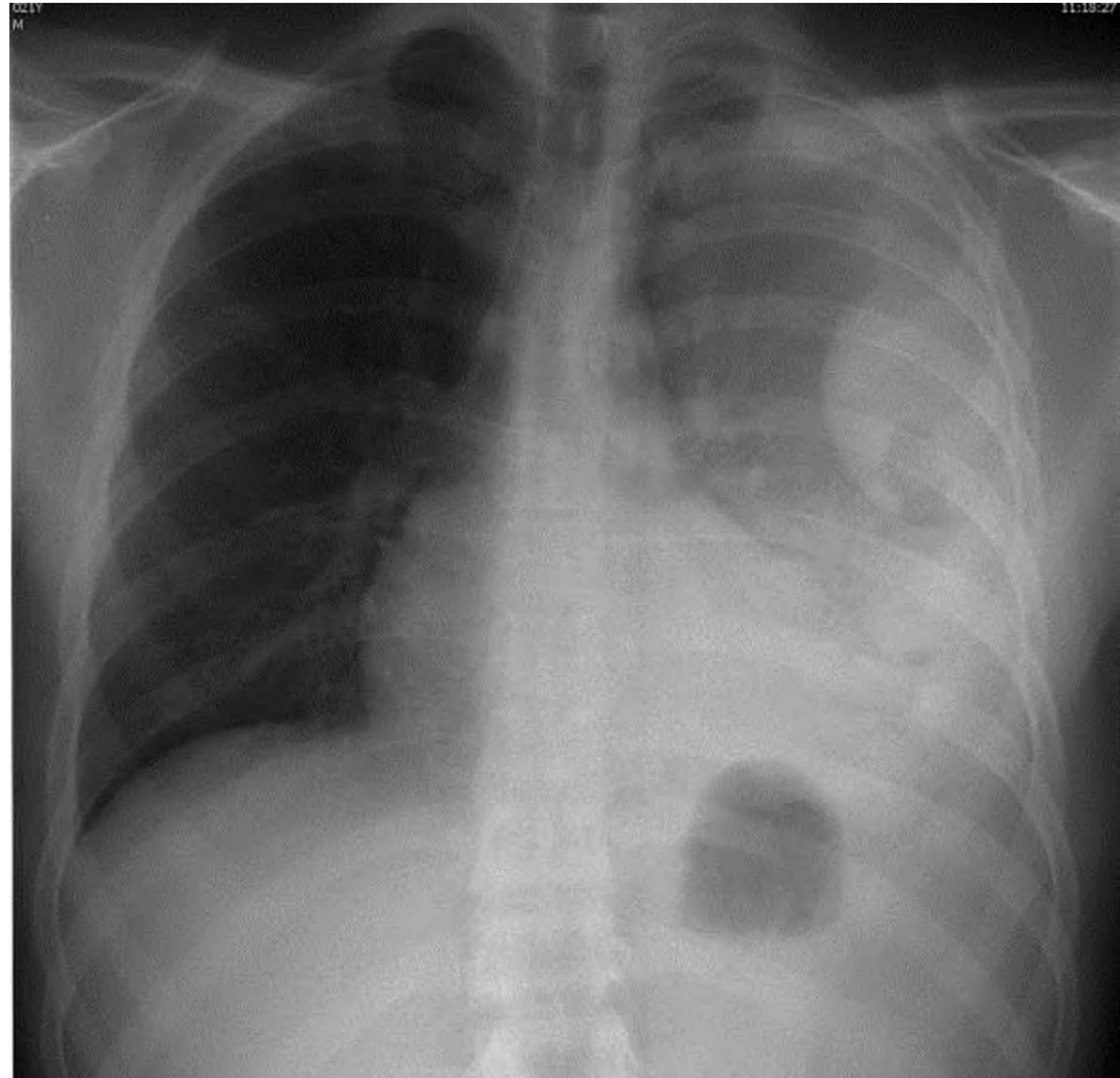


Question 16 : femme de 57 ans consulte aux urgences pour une dyspnée survenue spontanément en fin de soirée. Quel est votre diagnostic ? Pourquoi êtes-vous en droit de mettre en doute les dires de la patiente ?

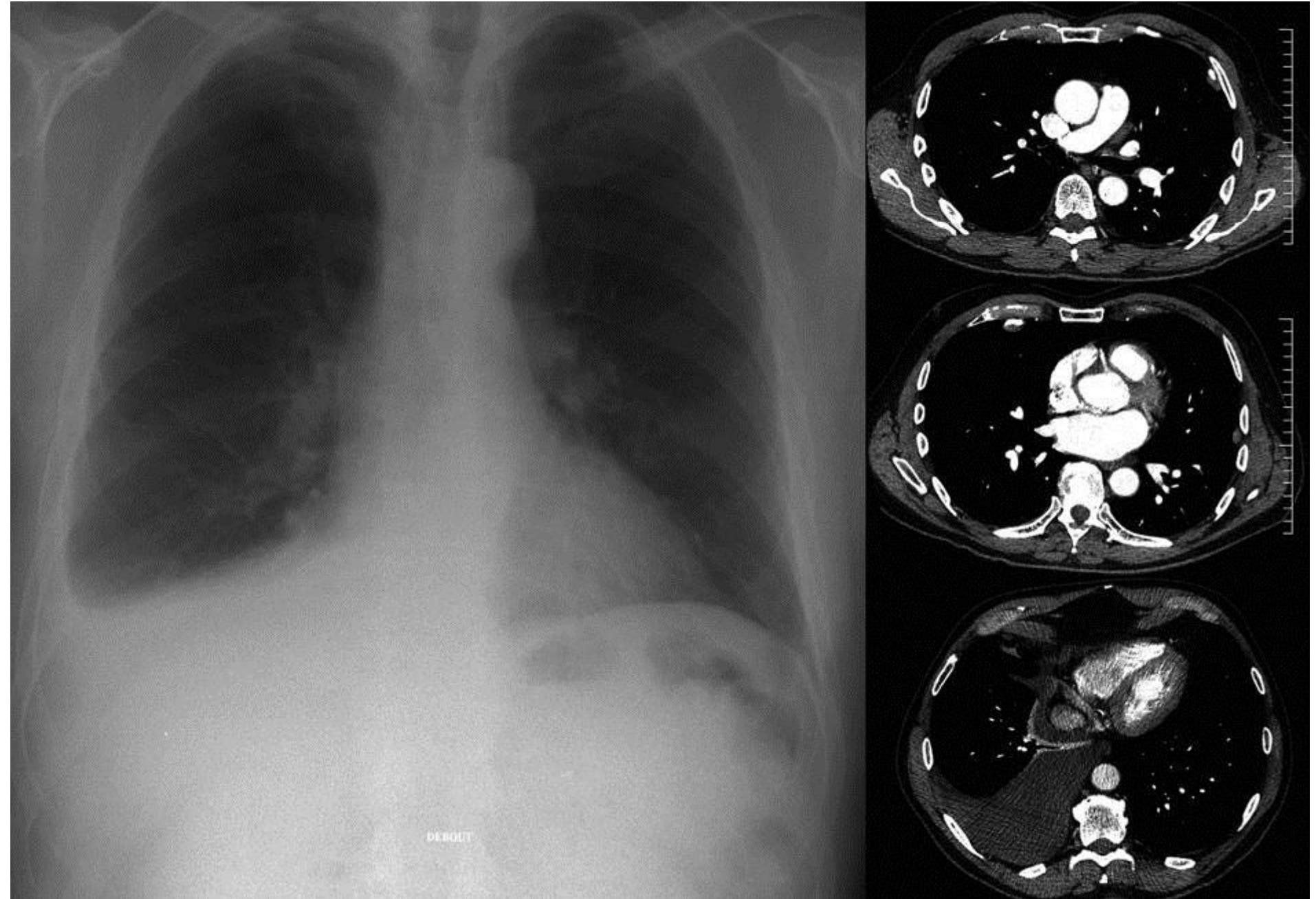
Cùng bn ở câu số 15:
BN được dùng kháng sinh uống. Sau 7 ngày bn quay lại.

Bạn mô tả tràn dịch màng phổi này thể nào?

Cần làm thêm xét nghiệm gì để khẳng định?

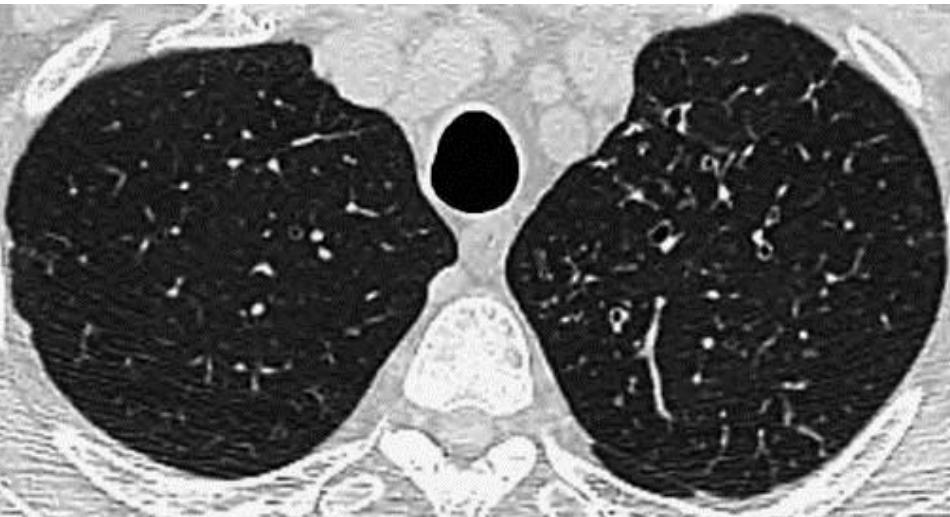


Question 17 : même patient qu'à la question 15, n'a pas souhaité avoir d'examen complémentaire et a pris de lui-même des antibiotiques per os. Il revient 7 jours plus tard. Comment qualifiez vous maintenant son épanchement pleural ? Quel(s) examen(s) complémentaire(s) confimera(ont) votre hypothèse ?



Question 18 : homme de 65 ans, apyrétique, gène basi-thoracique évoluant depuis 3 mois.
Décrivez l'imagerie ? Quelle question lui posez vous concernant son curriculum laboris ?

Nam 63t, ho khạc đờm từ 5 năm nay. XQ phổi như bình thường. Bạn nghĩ gì về phim CTscan này.?



Question 19 : homme de 63 ans, non fumeur tousse et crache depuis 5 ans. Le cliché de thorax est considéré comme normal. Que pensez vous de son scanner ?

Hãy trả lời hết các câu hỏi và đưa
ra lý do nhé.

Ghi lại xem bạn trả lời được bao
nhiêu câu.

Tôi sẽ post đáp áp khi bạn trả lời
xong!

TRUONG Thanh Kien <3 <3 <3



L'imagerie thoracique pour l'ECN

Leçon 5: Các hội chứng phế nang và kẽ phổi

Pr. Charles-Hugo Marquette
Dịch: Dr. Truong Thanh Kien

HỘI CHỨNG PHÊ NANG

Triệu chứng học

Nguyên nhân và đặc tính bệnh học

- Là sự lấp đầy các phế nang
 - Bởi dịch
 - Phù hoặc mủ
 - Bởi các loại tế bào
 - Các tế bào đa nhân
 - Các tế bào ung thư
- Cũng đồng nghĩa với :
 - **Condensation pulmonaire** : Đóng đặc phổi
 - Comblement alvéolaire: Lấp đầy phế nang
 - Opacité parenchymateuse: Mờ đục nhu mô
 - Infiltrat (infiltrate *): Thâm nhiễm
 - Pneumonie, bronchopneumonie: Viêm phổi, viêm phế quản phổi
 - Œdème pulmonaire: Phù phổi

* Terminologie anglo-saxone

Đặc điểm triệu chứng học

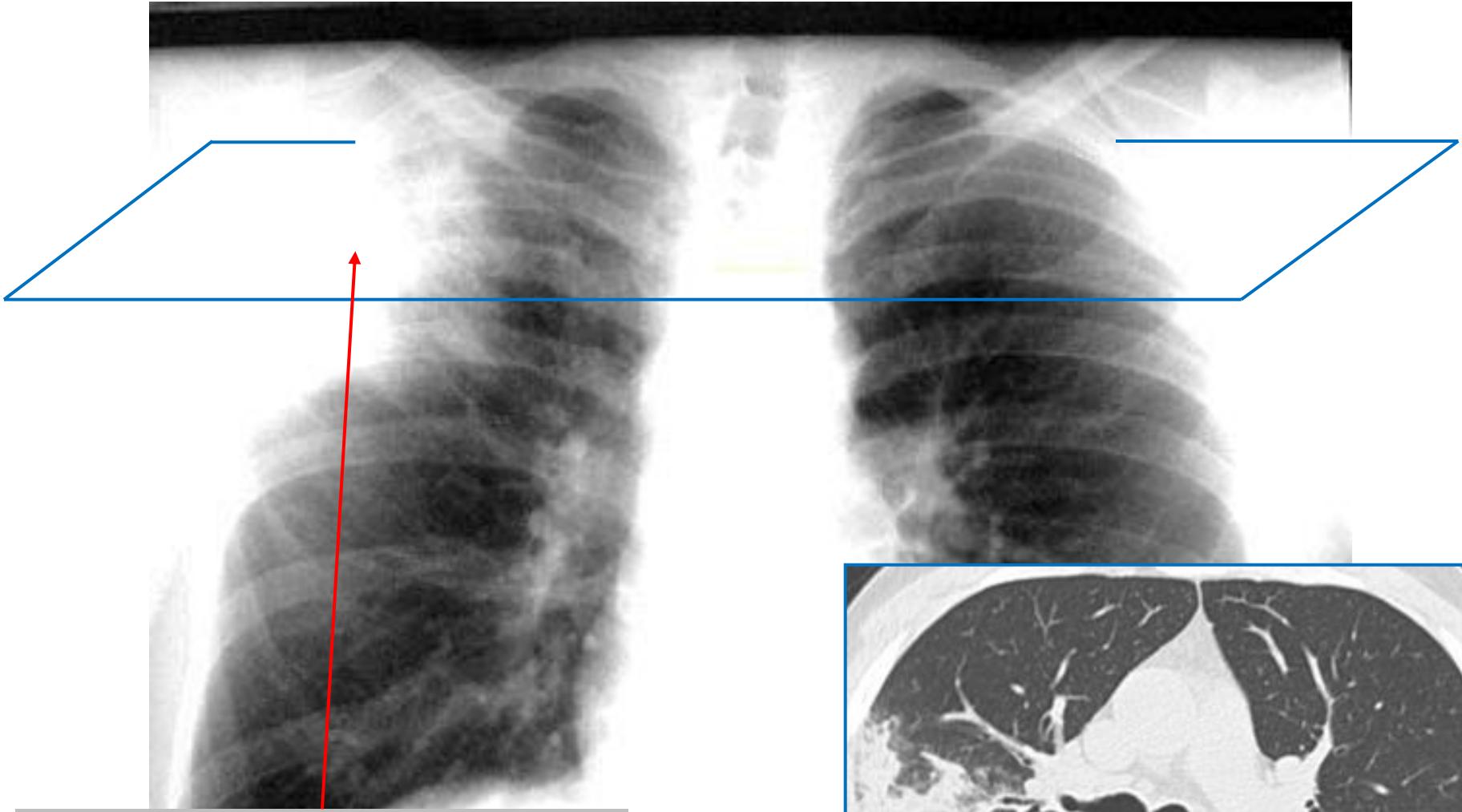
- Tăng tỷ trọng của nhu mô phổi
 - Tỷ trọng của nhu mô tăng đủ để xóa đi:
 - Các rãnh liên thùy, liên tiểu thùy
 - Những vùng xung quanh mạch máu
 - Các thành phế quản
 - Nó cũng chứa phế quản hơi bên trong
 - Nhìn thấy phế quản hơi rõ hơn trên phim cắt lớp vi tính

Đặc điểm triệu chứng học

- Sự tăng tỷ trọng mà hình dạng của nó:
 - Hoặc là có giới hạn tốt:
 - Giới hạn ở một phổi, một thùy hay một tiếu thùy
 - Thường là ở một bên phổi
 - Hoặc giới hạn không tốt, thường biểu hiện ở 2 bên phổi:
 - Hoặc sắp xếp ở ngoại vi của rốn phổi
 - VD: Giống như hình cánh bướm
 - Hoặc phân tán rải rác
- Triển triển
 - Thường nhanh (Tăng nặng nhanh hoặc thoái lui nhanh)

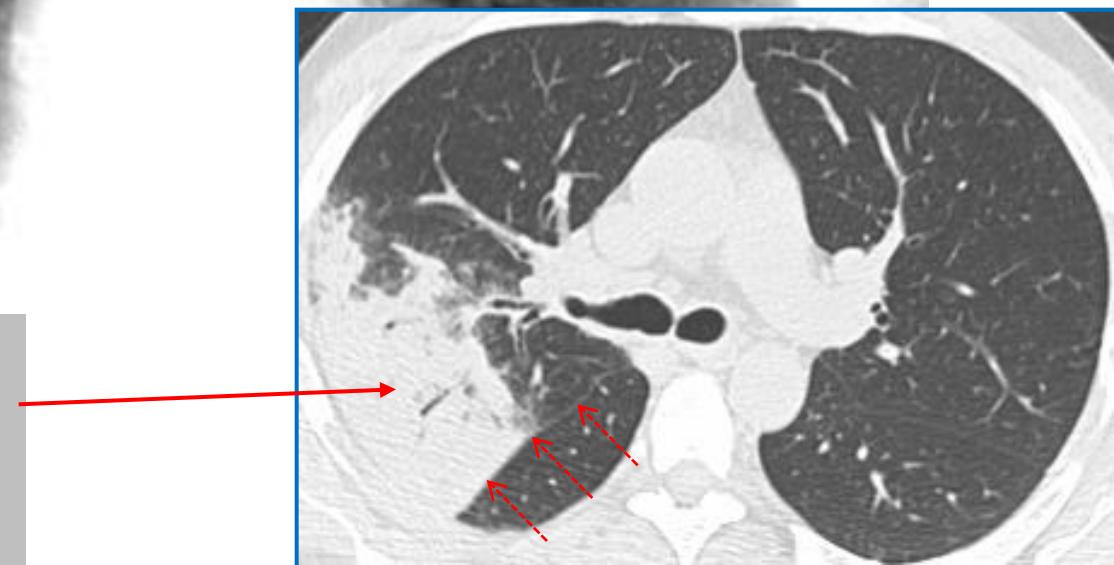
= Có tính hệ thống (Giới hạn bởi khe liên thùy)

Sự đồng đặc (Có hệ thống ở phân thùy sau của thùy trên bên phải)



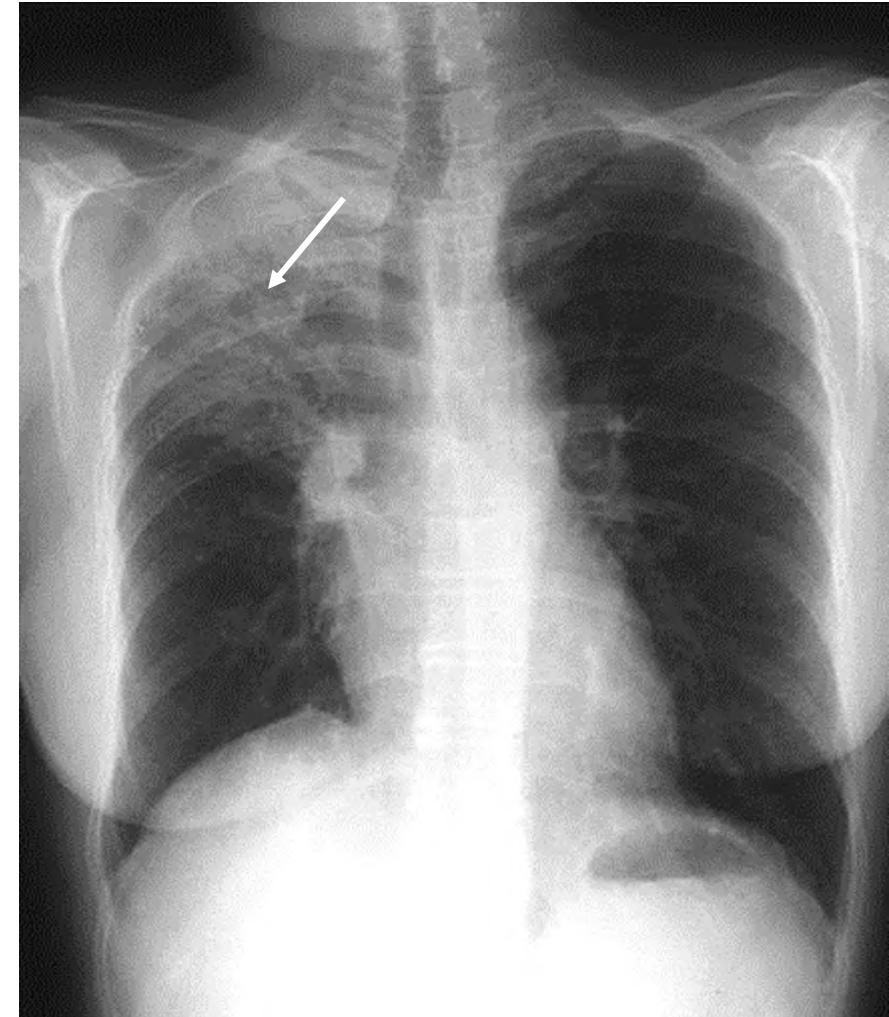
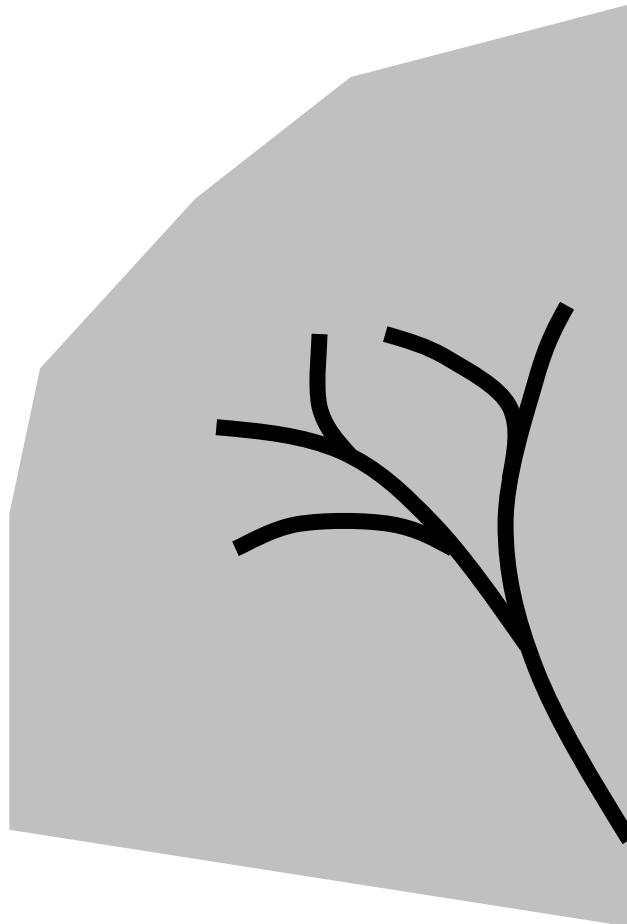
Tỷ trọng đủ để xóa :

- Khe liên tiểu thùy (KKK)
- Vùng xung quanh mạch máu
- Thành phế quản



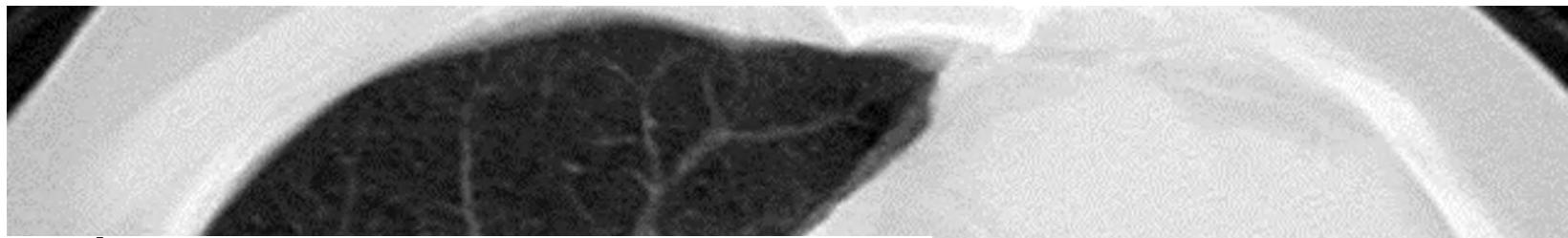
Dấu hiệu phế quản hơi (Bronchogramme aérique)

- Hình ảnh phế quản chứa khí bên trong nằm giữa vùng phổi đồng đặc



* Tiếng anh: air bronchogram

Phế quản hơi



Khối đông đặc

- Có tính hệ thống (Thùy dưới trái)
- Xóa các mạch máu và thành phế quản
- Giới hạn bởi rãnh liên thùy lớn
- Chứa một **phế quản hơi bên trong** (*)



**Chú ý: Khi ta thấy thành phế quản ở nơi mà không có đồng đặc thì không gọi là dấu hiệu
phế quản hơi**

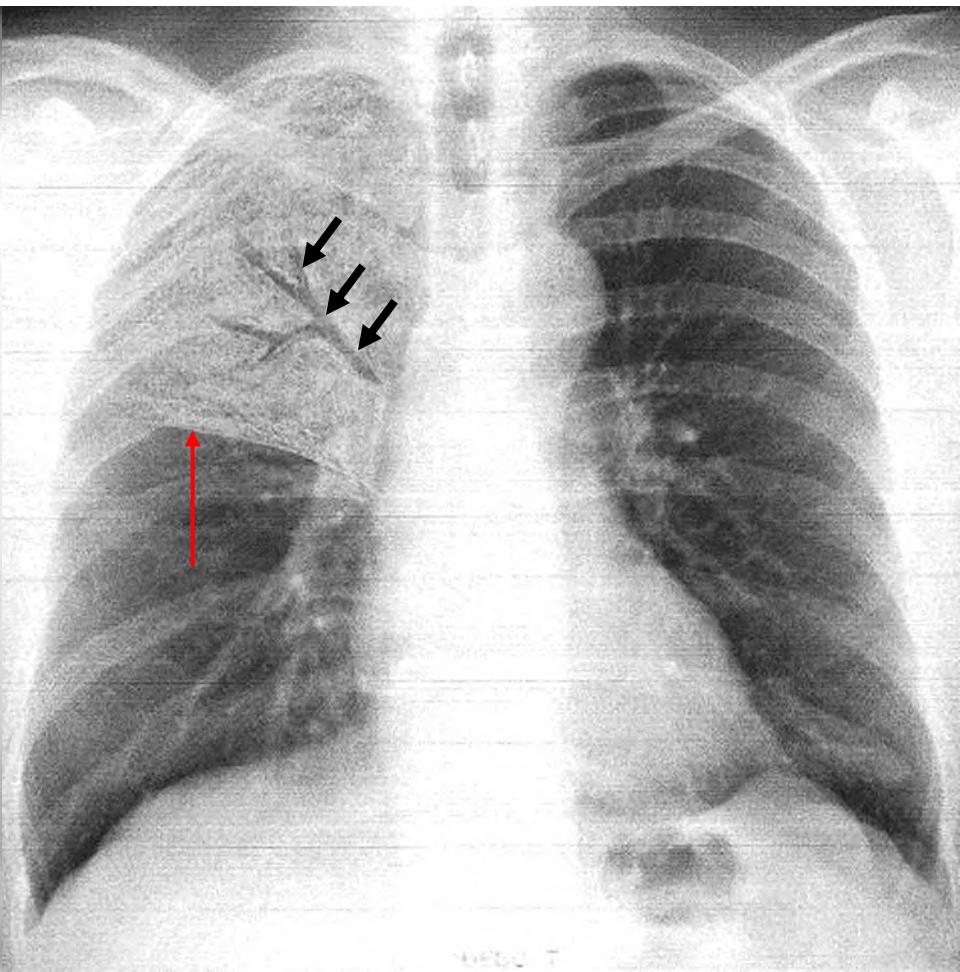
Đây không phải là dấu
hiệu phế quản hơi



Tổn thương có tính hệ thống



XQ phổi bình thường



Cùng một phim đó với:

- Sự mờ đục
- Có tính hệ thống thùy trên bên phải
- Giới hạn bởi rãnh liên thùy nhỏ (\uparrow)
- Không co rút được
- Xóa những mạch máu
- Chứa phế quản hơi bên trong ($\blackleftarrow \blackleftarrow \blackleftarrow$)

Tổn thương không có tính hệ thống



Phim XQ bình thường

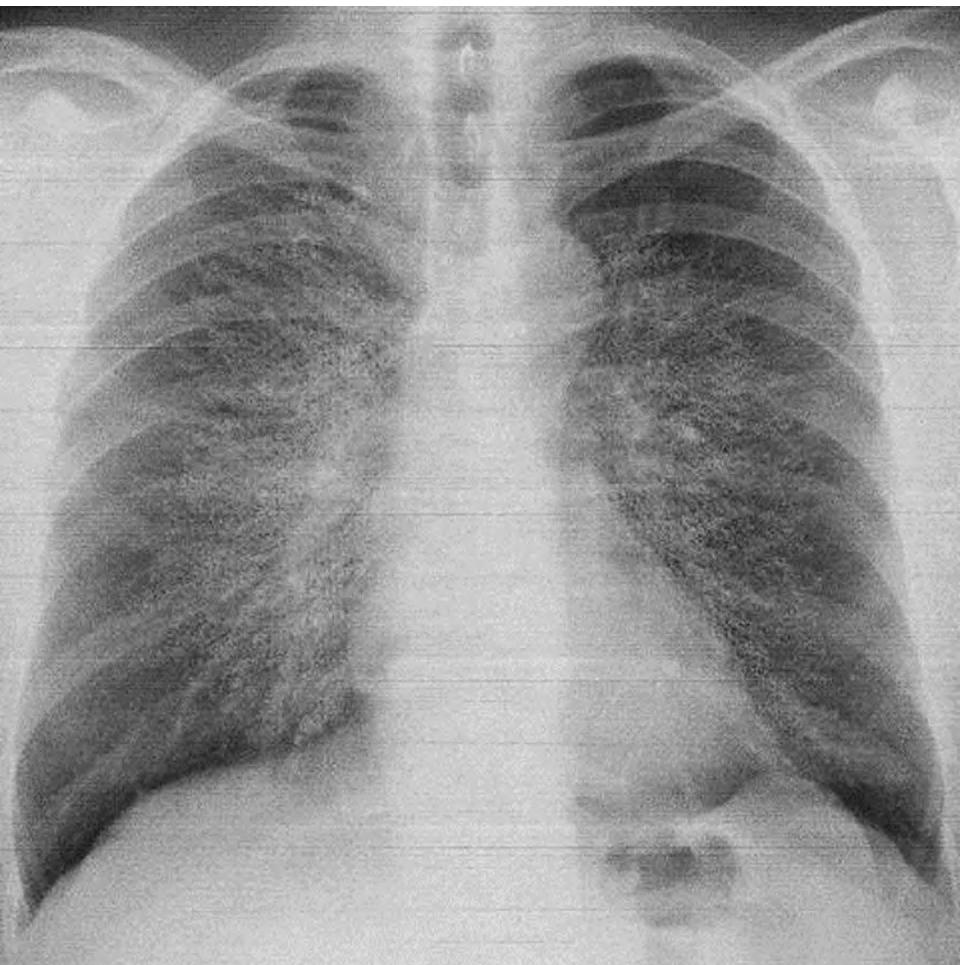
Cùng phim đó với:

- Mờ rải rác 2 bên,
- Giới hạn kém
- Vói đường viền mờ
- confluentes (flèches)
- Đồng nghĩa với: Thâm nhiễm 2 bên không có tính hệ thống hoặc mờ dạng thâm nhiễm không có tính hệ thống 2 bên

Tổn thương không có tính hệ thống



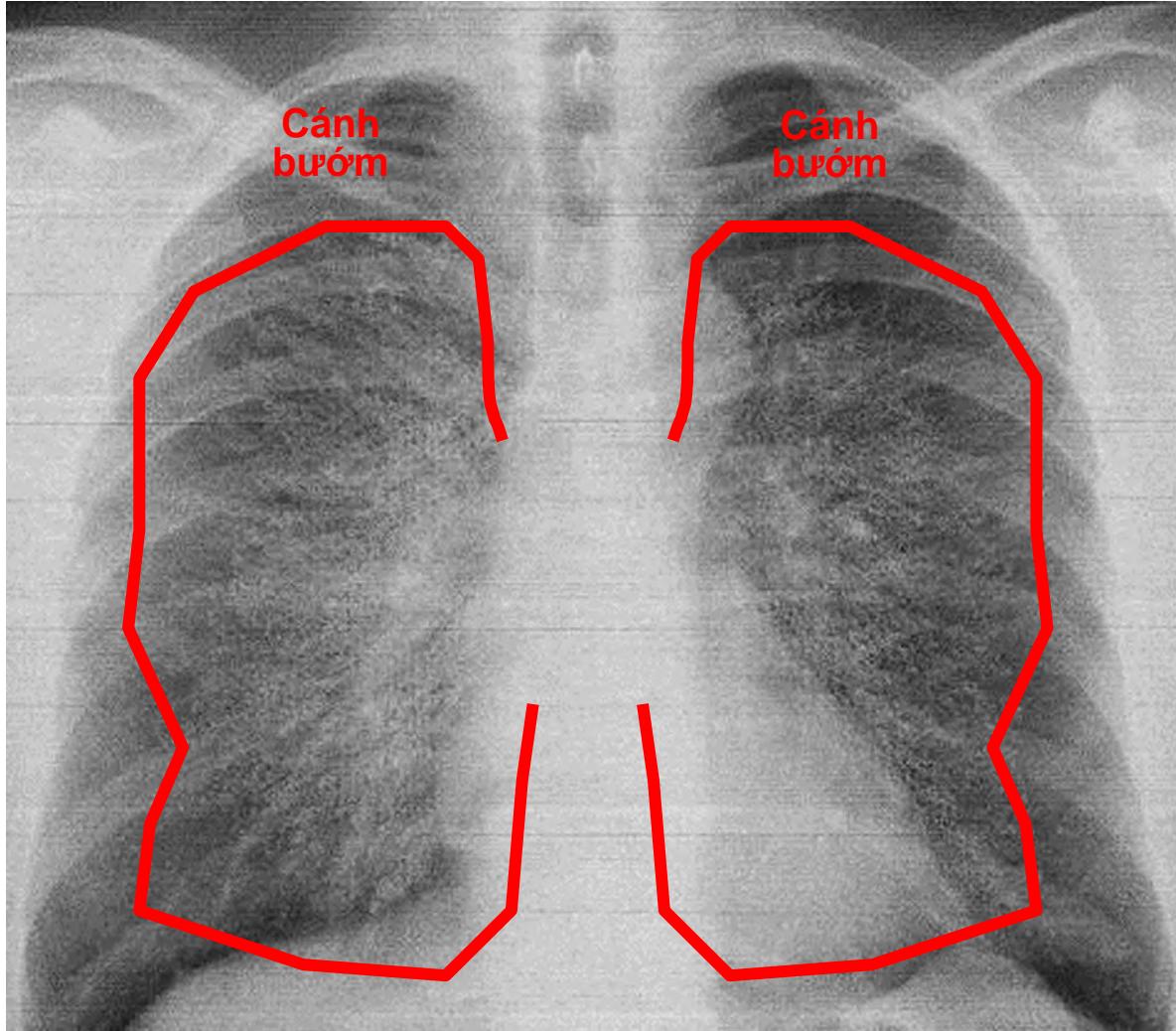
Radio de thorax normale
Phim XQ bình thường



Cùng phim đó với:

- Mờ 2 bên, giới hạn không rõ,
- Vói đường viền mờ (flou péri-hilaire)
- Tập trung ở rốn phổi 2 bên
- Xóa đi các mạch máu
- Đồng nghĩa với: Thâm nhiễm 2 bên không có tính hệ thống (hình cánh bướm) hay hilifuges

Tổn thương không có tính hệ thống

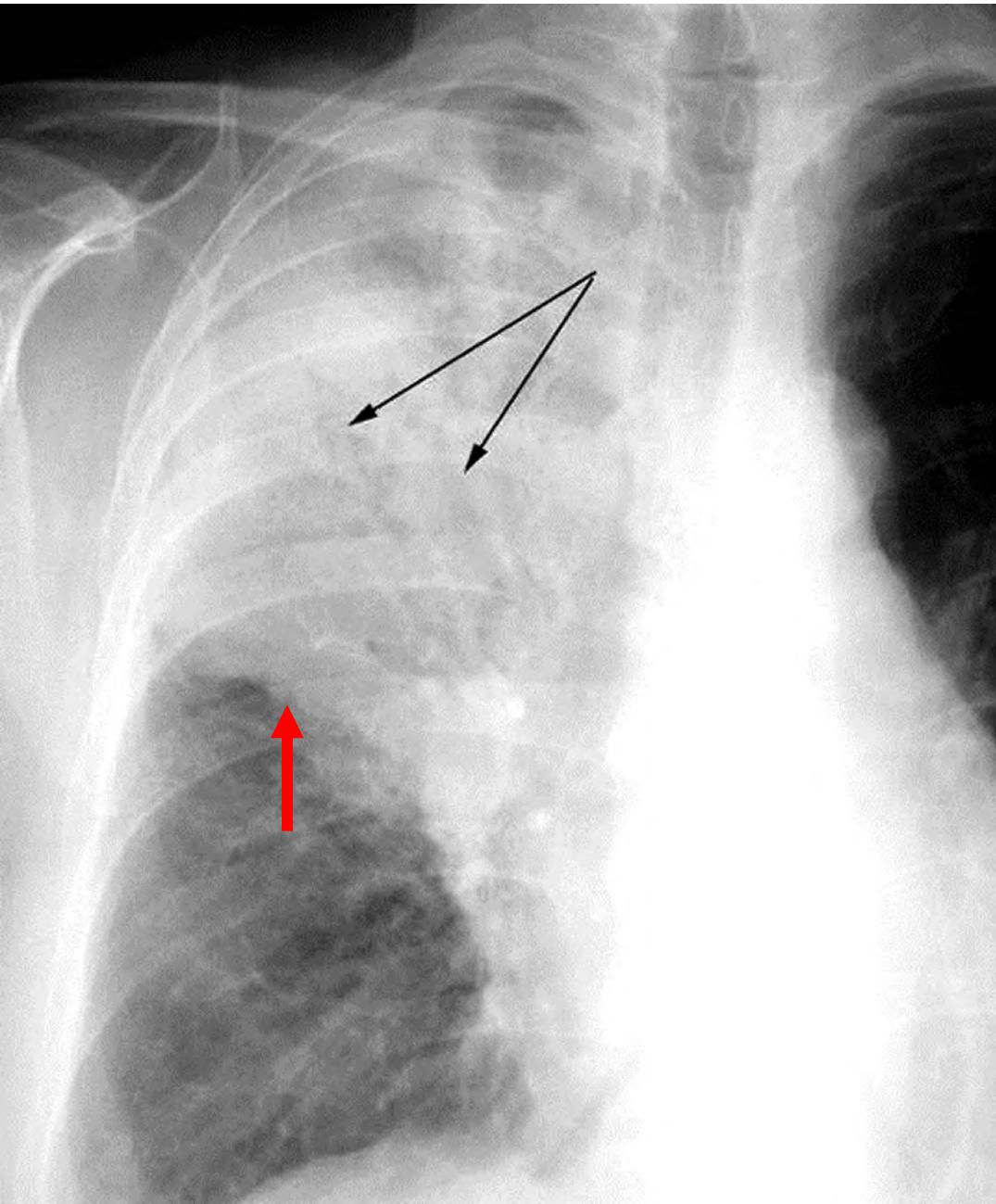


Mờ hình cánh bướm = Đặc trưng của phù phổi huyết động (Do tim).

Trình tự tiến triển: Mờ bắt đầu từ rốn phổi 2 bên (hilifuges), tôn trọng ngoại vi của phổi sau đó lan xuống phía dưới và ra ngoài 2 bên, tôn trọng 2 đỉnh phổi, Sau đó liền quan đến toàn bộ 2 trường phổi.

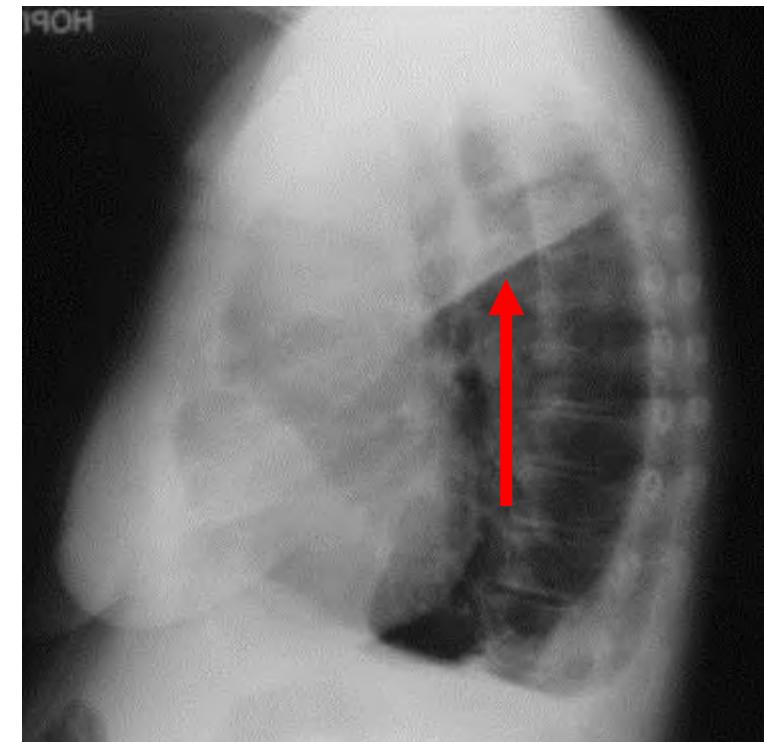
HỘI CHỨNG PHÊ NANG CÁC VÍ DỤ

Viêm phổi thùy cấp n°1

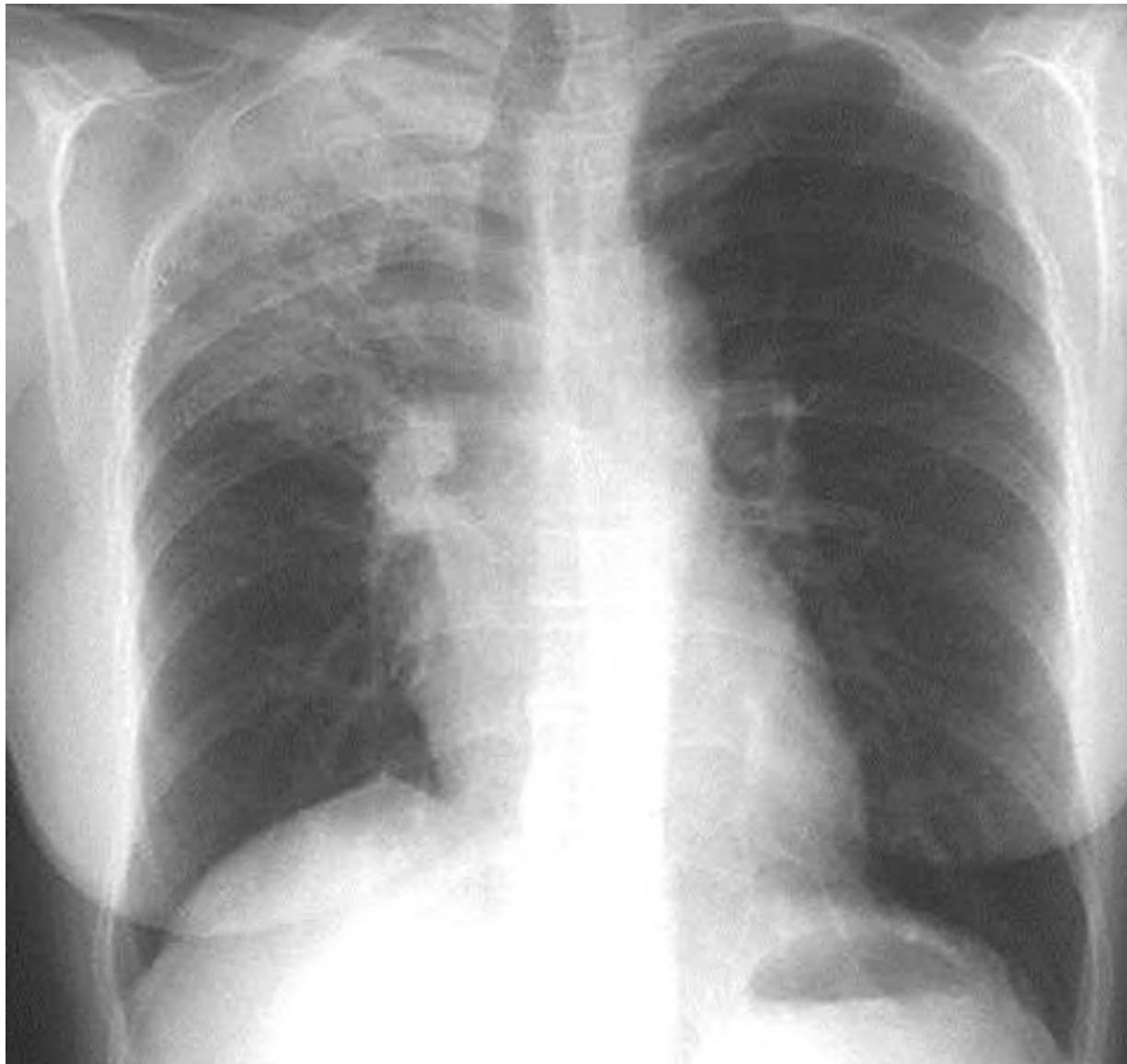


Mờ đục

- Có tính hệ thống
- Xóa các mạch máu
- Vị trí thùy trên bên phải
- Được giới hạn bởi rãnh liên thùy
 - Rãnh liên thùy nhỏ (mũi tên đỏ nhỏ)
 - Rãnh liên thùy lớn (Mũi tên đỏ lớn)
- Chứa phế quản hơi bên trong (mũi tên đen)

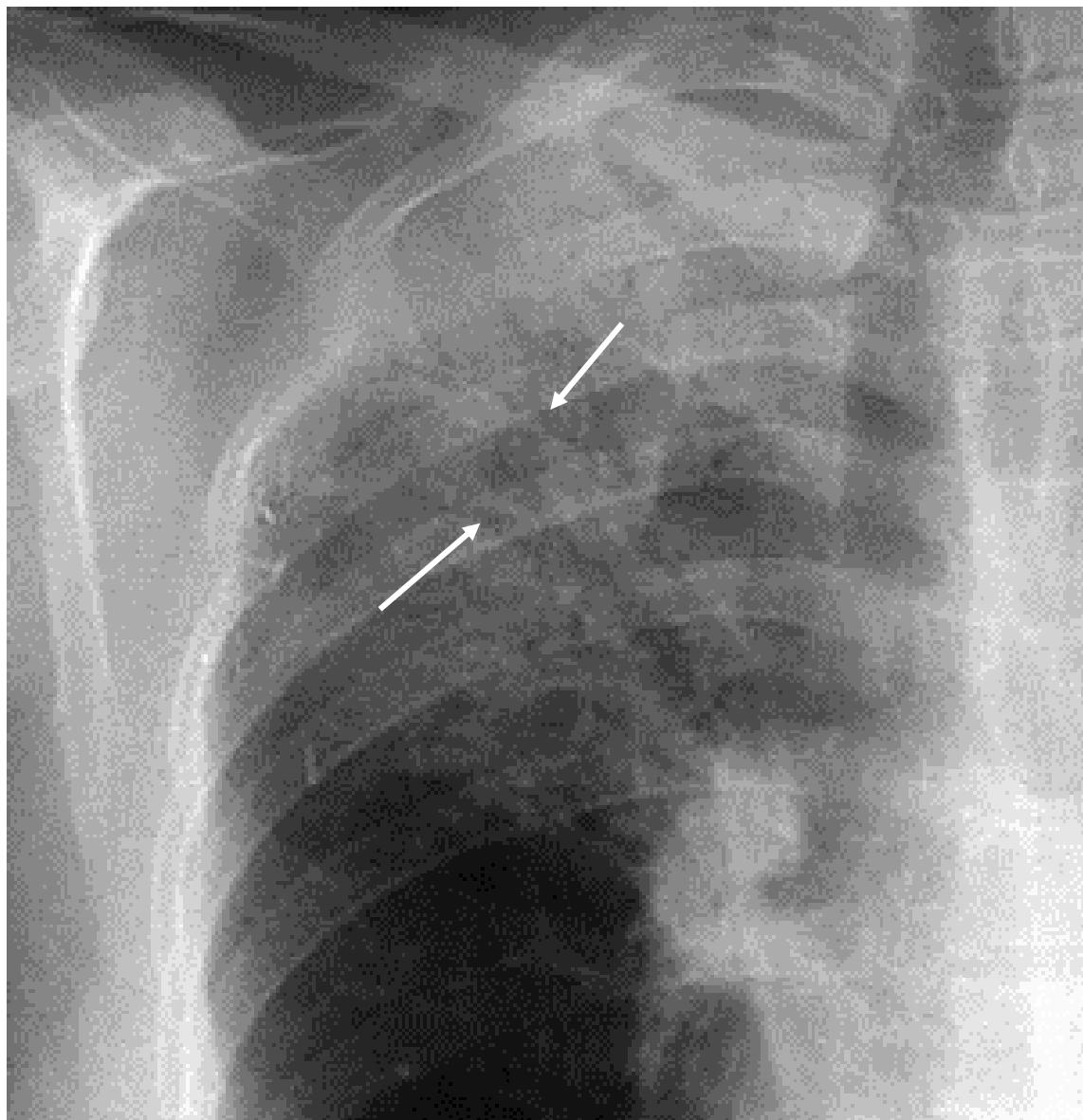


Viêm phổi thùy cấp n°2



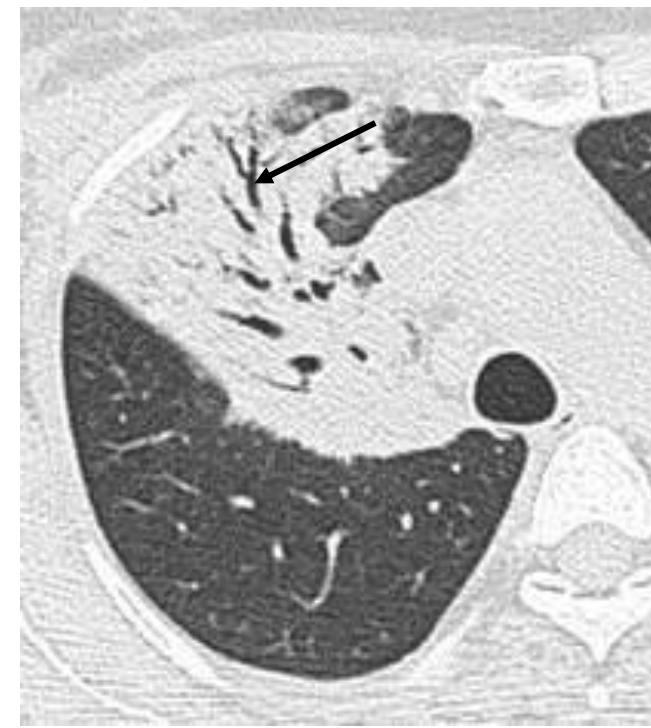
Hội chứng phế nang có tính hệ thống gần như tất cả thùy trên phải

Viêm phổi thùy cấp n°2



Phế quản hơi nhìn rõ hơn:

- Trên phim được phóng to
- Hoặc trên phim cắt lớp



Viêm phổi thùy cấp n° 3

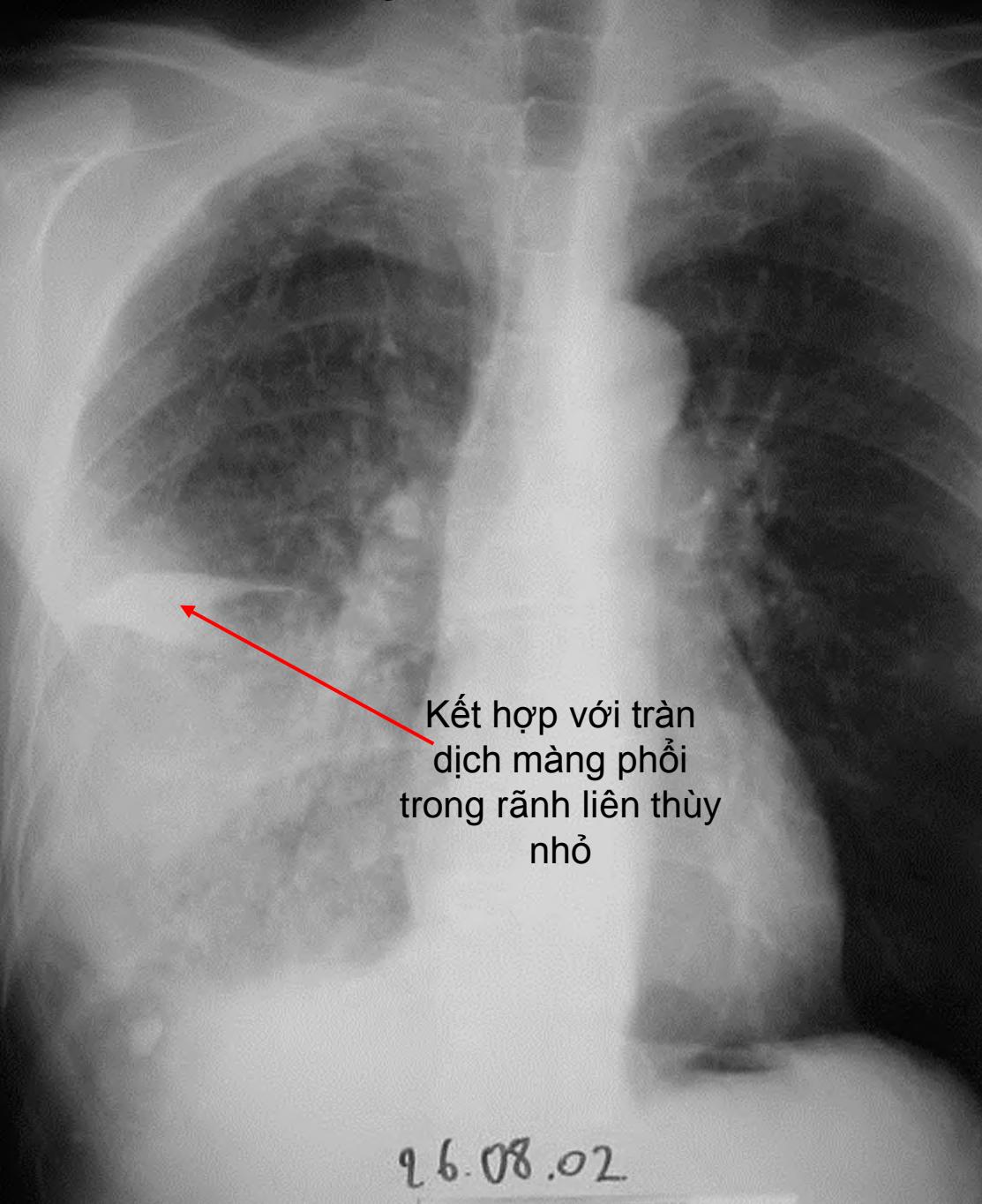
Hội chứng phế nang có tính hệ thống gần như toàn bộ thùy trên phải



AB TONNEL - Fr

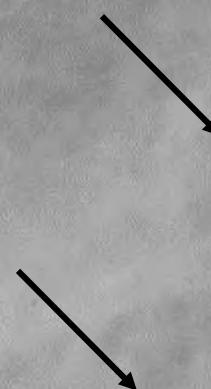
AB TONNEL - Fr

Viêm phổi thùy cấp n° 4



Kết hợp với tràn
dịch màng phổi
trong rãnh liên thùy
nhỏ

Phế quản hơi nhìn rõ trên phim
khi phóng to



26.08.02

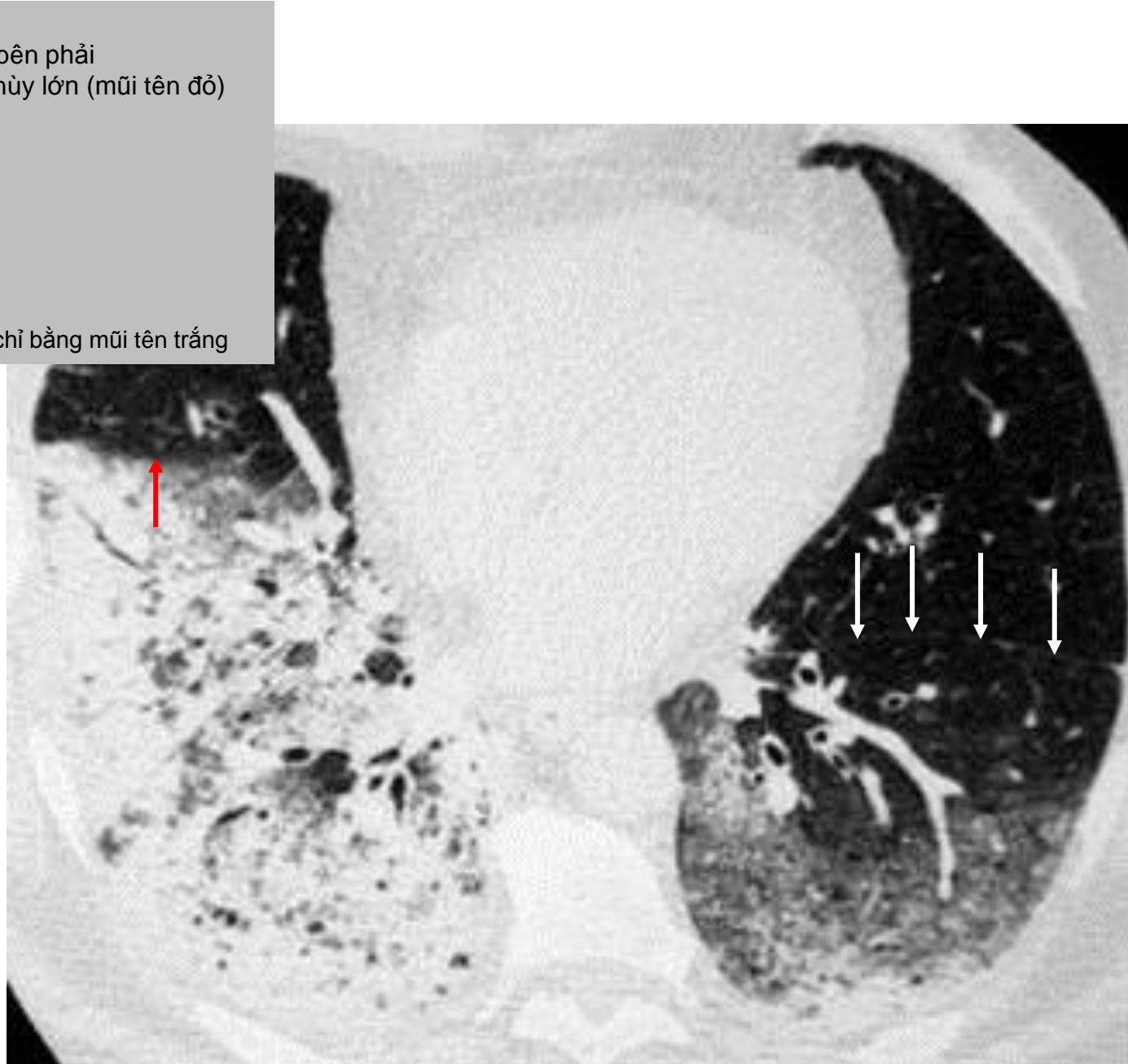
Chảy máu phế nang

Mờ đục:

- Có tính hệ thống ở thùy dưới bên phải
- Được giới hạn bởi rãnh liên thùy lớn (mũi tên đỏ)
- Không co vào,
- Xóa các mạch máu
- Chứa một phế quản hơi

Mờ đục:

- Một phần ở thùy dưới trái
- Không co kéo
- Không xóa các mạch máu
 - Rãnh liên thùy lớn trái được chỉ bằng mũi tên trắng

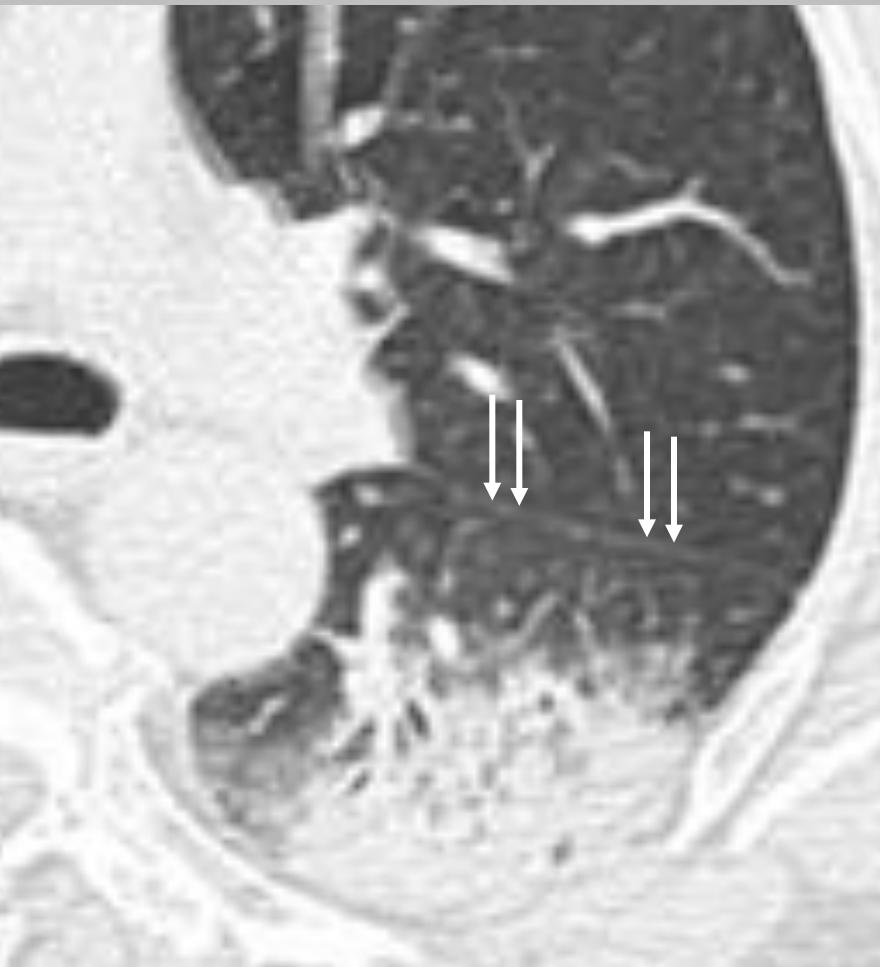


Viêm phổi cấp virus



Mờ đục:

- Không có tính hệ thống
- Cả 2 bên
- Xóa nhiều hoặc ít các mạch máu
- Chứa một số phế quản hơi
 - Chú ý: rãnh liên thùy lớn trái được chỉ bằng mũi tên trắng
- Đồng nghĩa với: Thâm nhiễm 2 bên không có tính hệ thống hay mờ dạng thâm nhiễm không có tính hệ thống 2 bên.

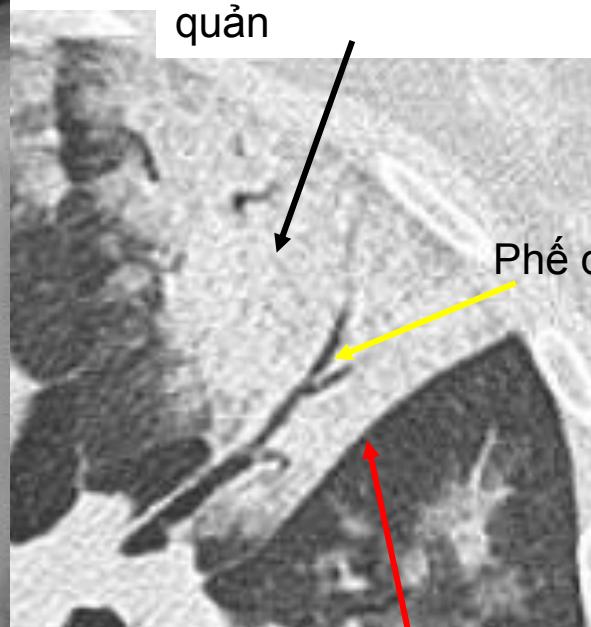


Ung thư biểu mô tiểu phế quản-phế nang*

Mờ đục có tính hệ thống, xóa mạch máu và các thành phế quản



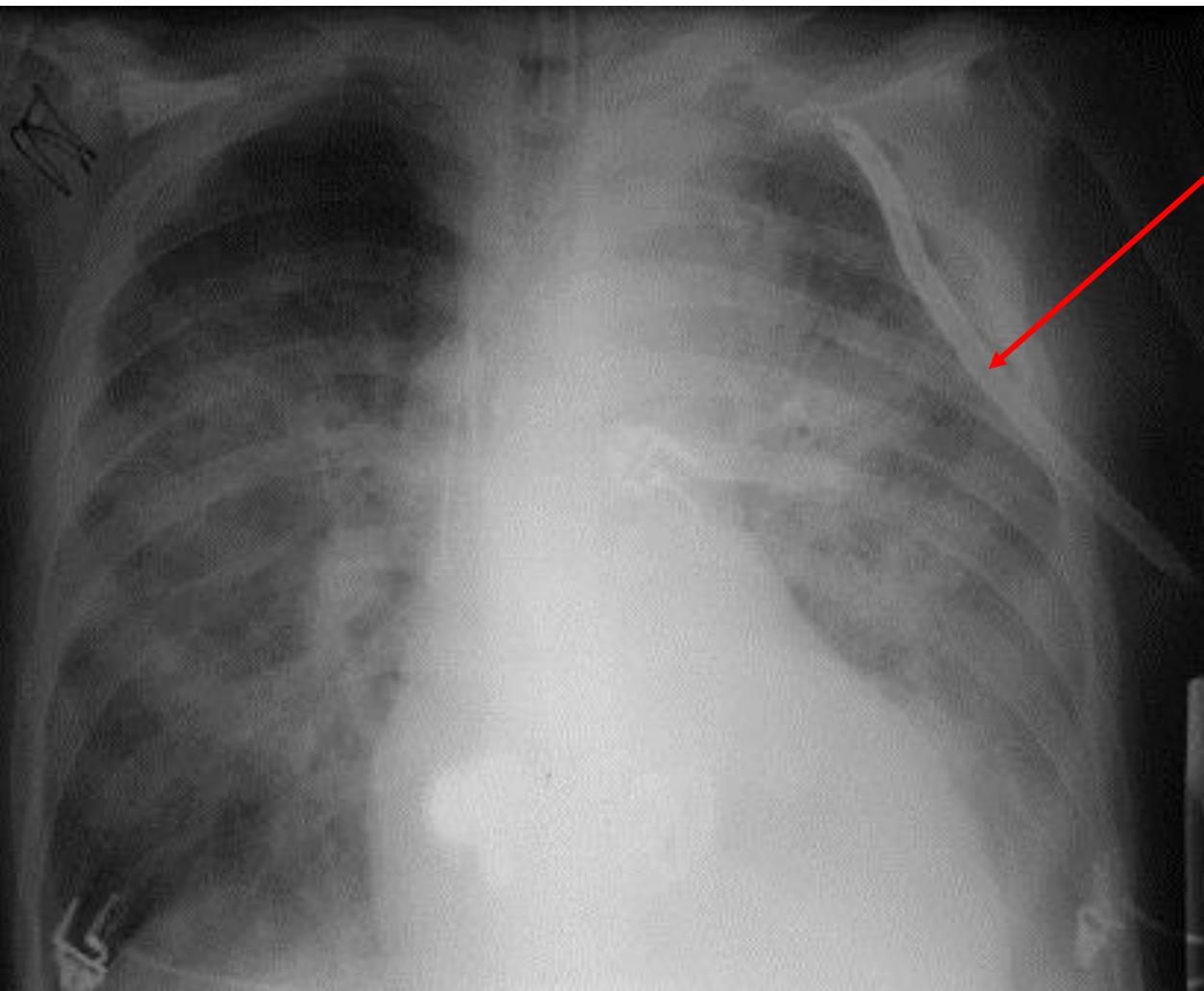
Đông đặc một phần thùy trên trái (lingula)



Phế quản hơi
Rãnh liên thùy lớn trái

* Dạng đặc biệt của K phổi đặc trưng bởi sự lấp đầy các phế nang bởi tế bào u với sự tôn trọng cấu trúc phổi (Ko phá hỏng cấu trúc phổi bởi sự co kéo hoặc đè đẩy)

Phù phổi cấp do nguyên nhân tim



Sond dẫn lưu màng phổi trái

- **Sự mờ**
 - 2 bên
 - Giới hạn không rõ
 - Viền ngoài tổn thương mờ
 - Quanh rốn phổi 2 bên
- **Đồng nghĩa với:**
 - Thâm nhiễm 2 bên không có tính hệ thống dạng « cánh bướm » với mờ quanh rốn phổi

HỘI CHỨNG KẾ PHỒI

Triệu chứng học

Nguyên nhân và đặc tính bệnh học

- Cùng một lúc những dấu hiệu XQ chứng tỏ sự tồn thương của một hoặc nhiều bộ phận trong 3 phần của mô kẽ phổi như:
 - Mô liên kết ch้อง đõ của trực phế quản – mạch máu,
 - Những vách liên tiểu thùy và trong tiểu thùy
 - Mô dưới màng phổi

CHÚ Ý : Ở tình trạng bình thường ta không thấy mô kẽ trên XQ

- Sự xuất hiện hội chứng kẽ phổi chứng tỏ sự tăng bè dày của các cấu trúc kẽ do:
 - Sự thấm dịch bởi ú đọng tĩnh mạch (VD: phù kẽ)
 - Sự tắc, sự ú căng (VD: Viêm mạch bạch huyết trong ung thư biểu mô di căn)
 - Sự tăng sinh tế bào hoặc mô bất thường (VD: u hạt, xơ kẽ phổi lan tỏa...).

Triệu chứng học trên XQ lồng ngực

- Các hội chứng kẽ phổi (**SI**) được mô tả đầu tiên từ XQ lồng ngực trên đó ta có thể thấy:
 - Những sự mờ đục của:
 - Các nốt
 - Các đường
 - Các sự liên kết ngang : Khi các đường đan chéo nhau và tạo ra một mạng lưới với các mắt lưới rộng hoặc hẹp.
 - **Lan tỏa**, không có tính hệ thống
 - **Cả 2 bên**
 - **Đối xứng**
- Tiến triển
 - **Chậm** (nói chung)

Triệu chứng học trên XQ ngực

■ Những giới hạn của XQ ngực

- So sánh với CT, nó không phù hợp để chẩn đoán và theo dõi HC kẽ vì lý do:

- Sự phân tích không gian kém (chỉ có 2 chiều)
- Một hiệu ứng tổng hợp không cho phép phân tích triệu chứng học tinh tế (Tất cả sự mờ của phổi đều chiếu lên một mặt phẳng)
- Nhiều bác sĩ trẻ thấy HC kẽ trên tất cả các phim XQ vì những mạch máu phổi ở tình trạng bình thường biểu hiện hình ảnh của các nốt và các đường (vân phổi)...

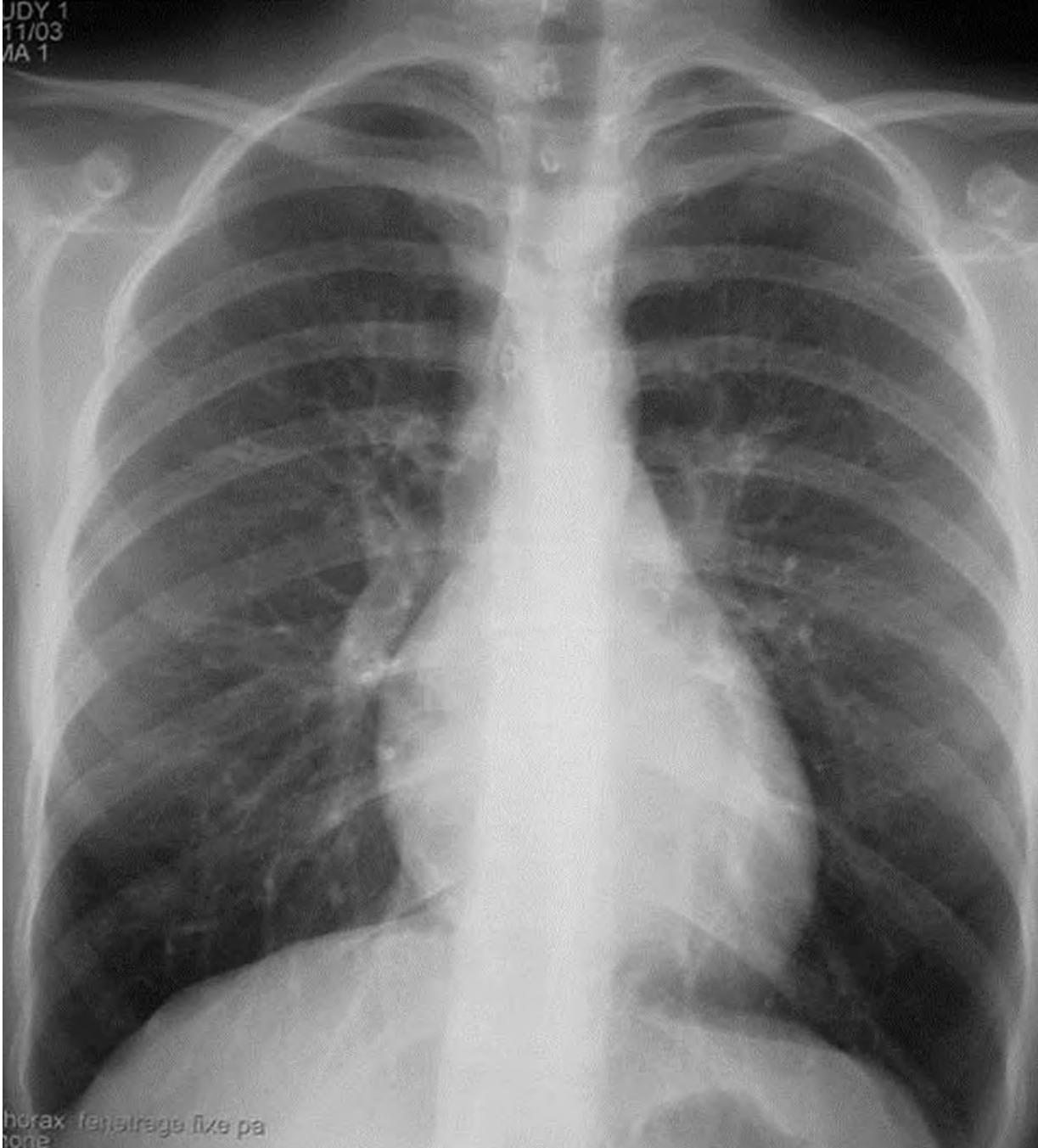
■ Làm thế nào để nhận biết được HC kẽ trên XQ ngực ?

1. Học thuộc hình ảnh của một XQ ngực bình thường
2. Nghĩ tới HC kẽ: khi ta thấy rất nhiều sự mờ đục, giới hạn kém, phân bố đối xứng ở bên phải và bên trái (xem phim VD sau)

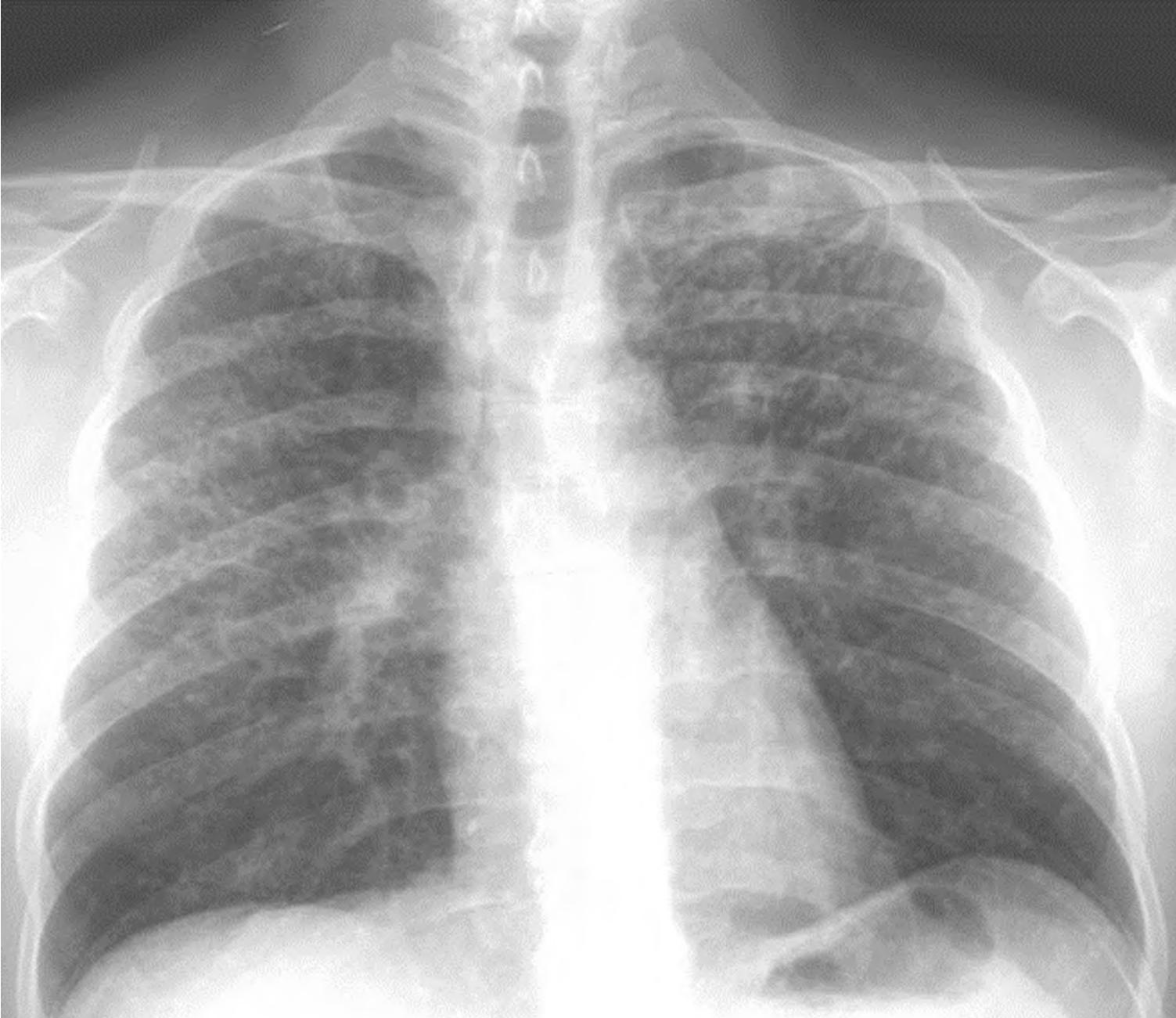


XQ bình thường

JDY 1
11/03
MA 1



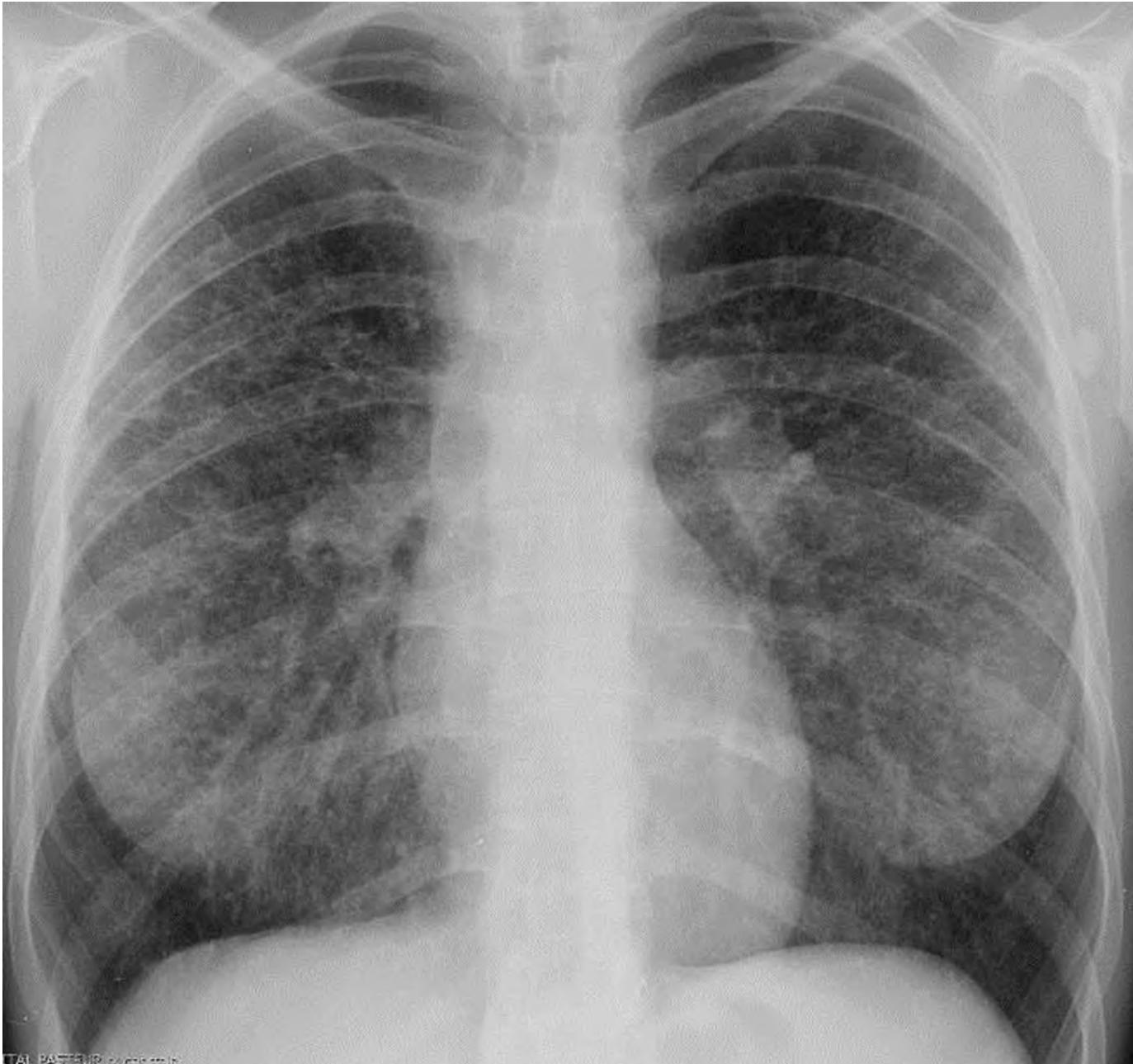
Một phim XQ khác cũng bình thường



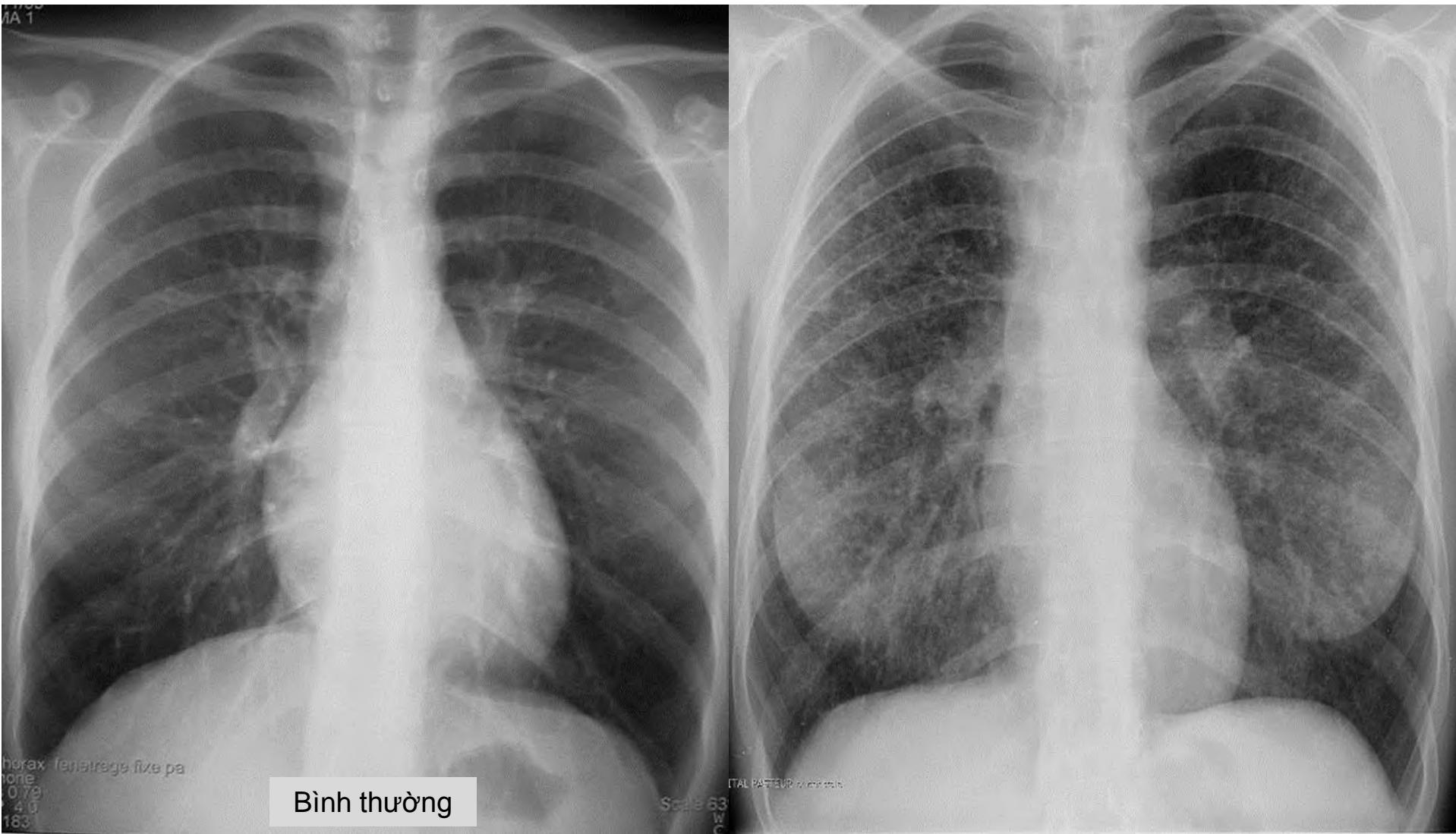
Hội chứng kẽ hệ thống mạng lưới các nốt chiếm ưu thế ở trường phổi trên và giữa



Nếu bạn không thấy nó thì đặt phim XQ đó cạnh một phim XQ bình thường khác



Đây là một hội chứng kẽ khác, mạng lưới các nốt (réticulo-nodulaire) đối xứng 2 bên



Bình thường

Nếu bạn ko nhận ra thì đặt nó bên cạnh một phim XQ bình thường để so sánh

Triệu chứng học của HC kẽ trên CT scan

Các hội chứng kẽ có đặc trưng bởi 5 dạng mờ sau:

1. Sự tăng tỷ trọng

- Condensations: Đông đặc
- Hình ảnh ở dạng « kính mờ »

2. Các dạng nốt

3. Các đường và các mạng lưới liên kết

4. Sự dày quanh phế quản-mạch máu

5. Các hình ảnh dạng « tổ ong »

6. Và bởi các hình ảnh gián tiếp:

- Giãn phế quản bởi sự co kéo



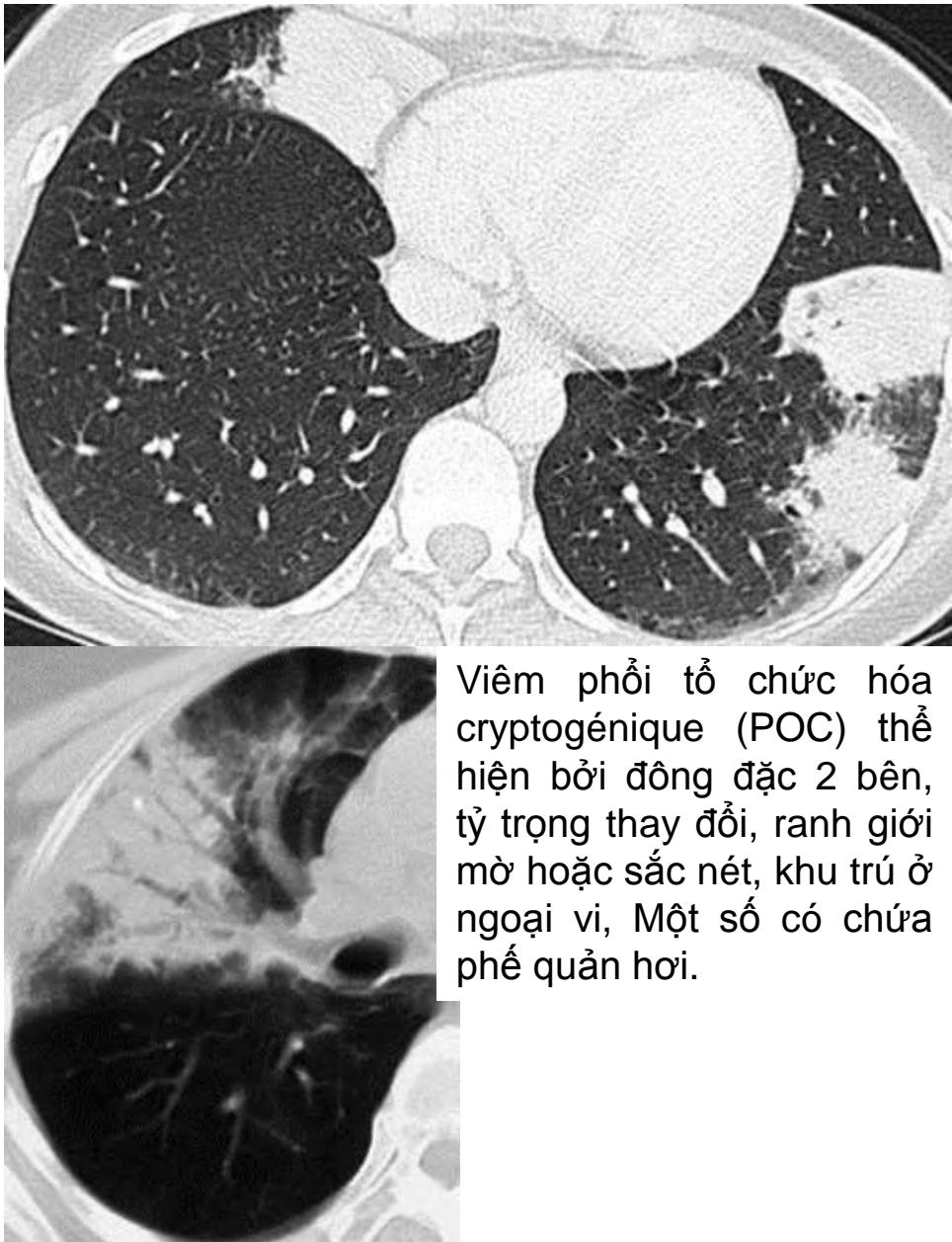
Trước khi bắt đầu, hãy học thuộc các hình ảnh cắt lớp bình thường

1- Tăng tỷ trọng – ĐÔNG ĐẶC

Nó chính là những cái ta đã được thấy trong HC phế nang :

- Mờ có tỷ trọng cao
- Xóa rãnh liên thùy, những phần xung quanh mạch máu và thành phế quản
- ± Phế quản hơi

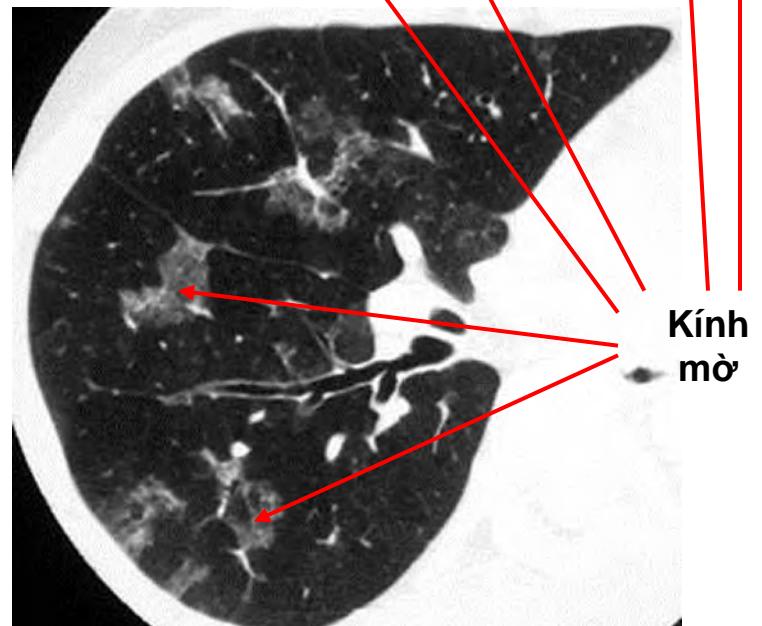
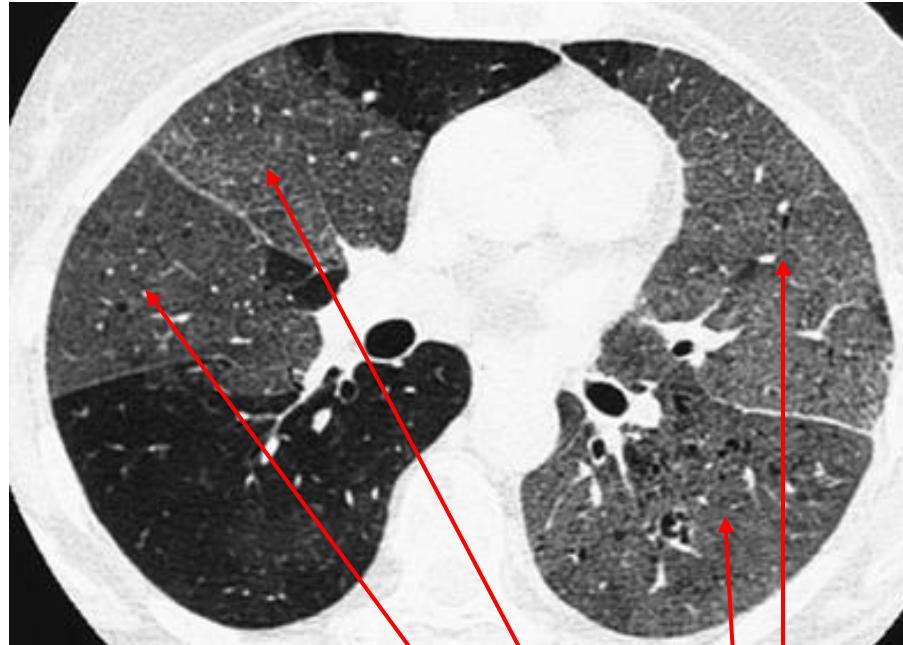
Thực tế, các ngăn phế nang cũng có thể liên quan đến HC kẽ, Nhất là trong những nguyên nhân của HC kẽ cấp tính (Phù phổi cấp, viêm phổi nhiễm trùng ...)



Viêm phổi tổ chức hóa cryptogénique (POC) thể hiện bởi đông đặc 2 bên, tỷ trọng thay đổi, ranh giới mờ hoặc sắc nét, khu trú ở ngoại vi, Một số có chứa phế quản hơi.

1- Tăng tỷ trọng – Kính mờ

- Sụ mờ ít dày đặc,
- Không xóa phần xung quanh mạch máu và cũng như thành phế quản
- Sụ phân bố và cường độ rất thay đổi



2- Các nốt

Định nghĩa

Đường kính

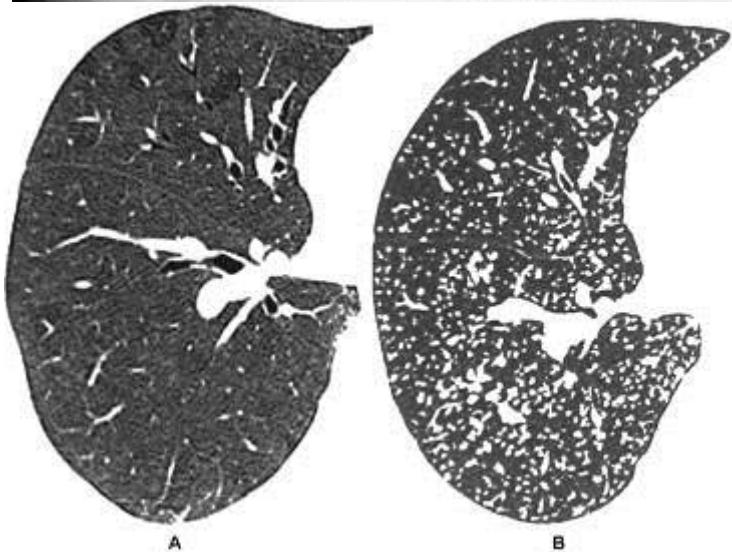
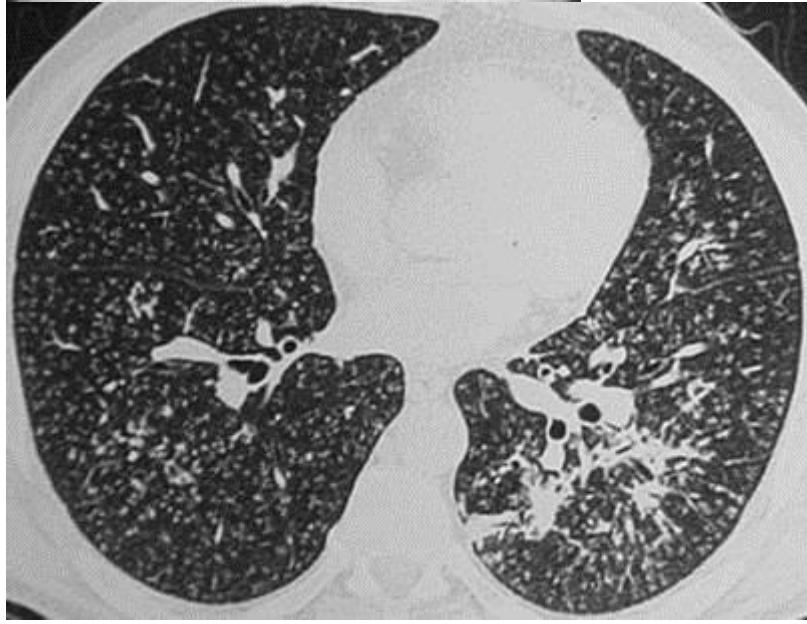
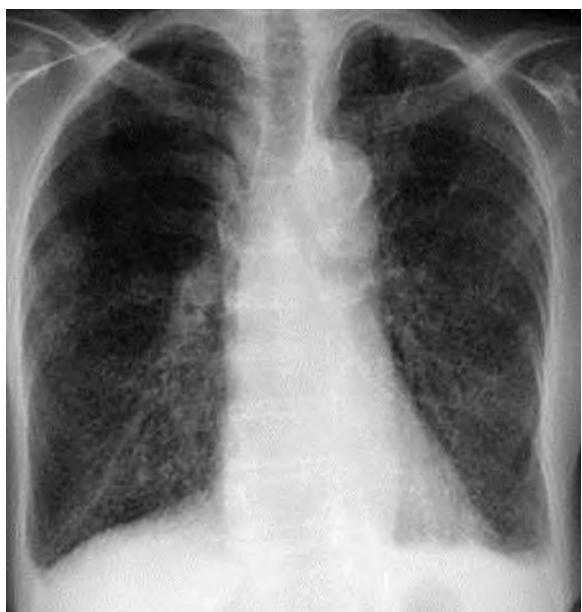
Nốt kê (grain de mil) < 3 mm

Nốt nhỏ < 6 mm

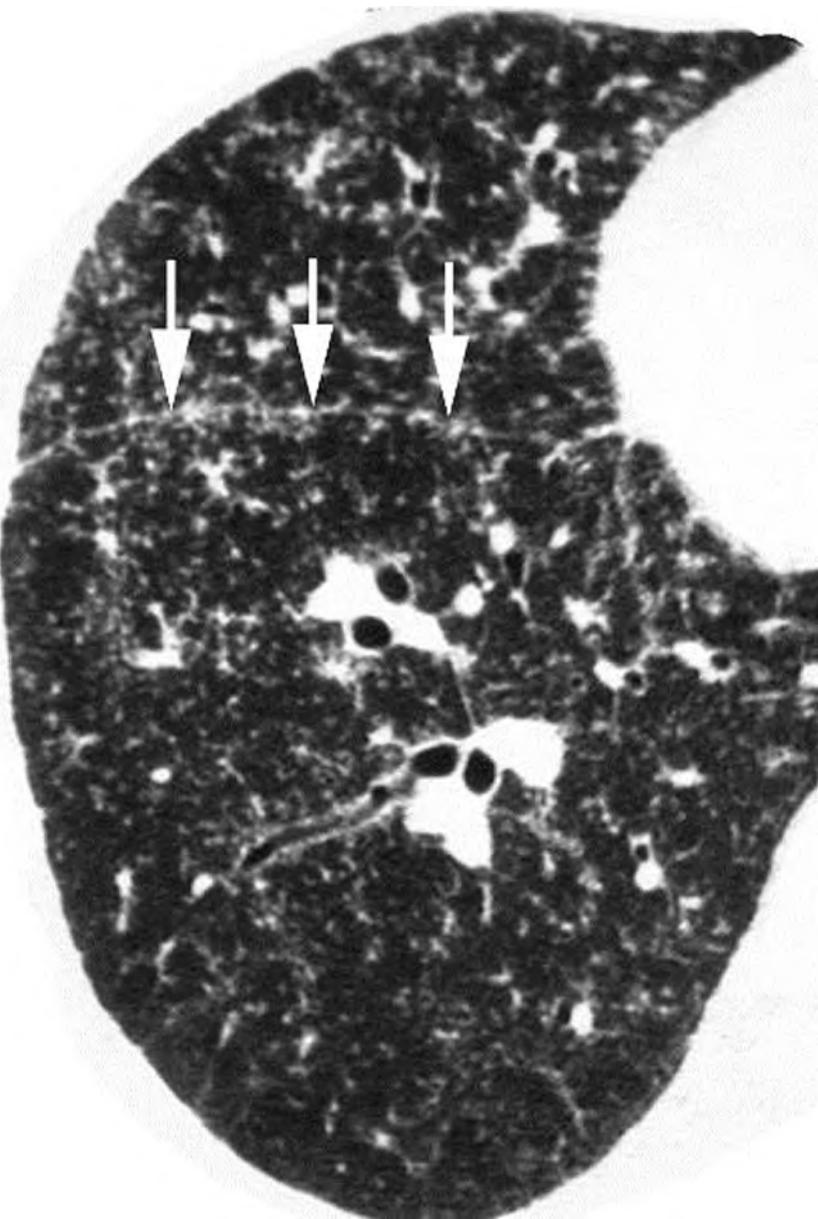
Nốt thường 6 – 10 mm

Nốt lớn 10 – 30 mm

Khối > 3 cm



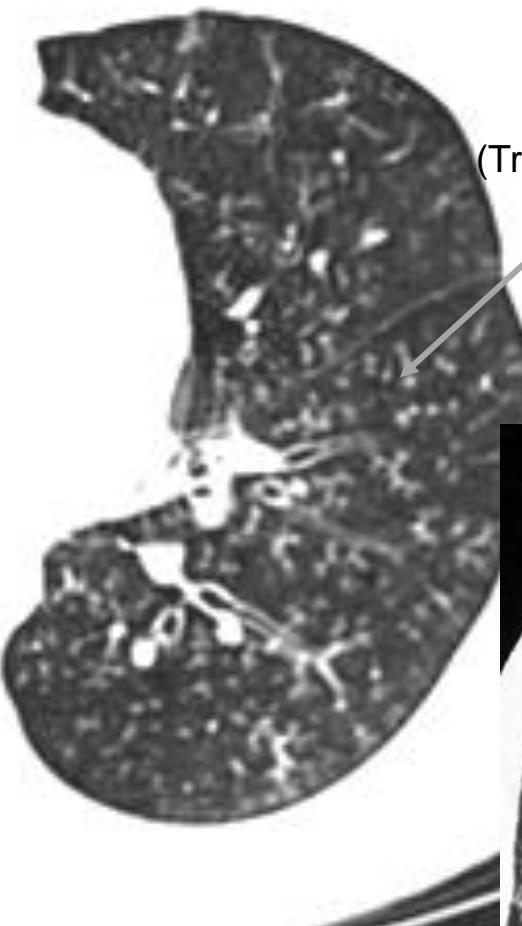
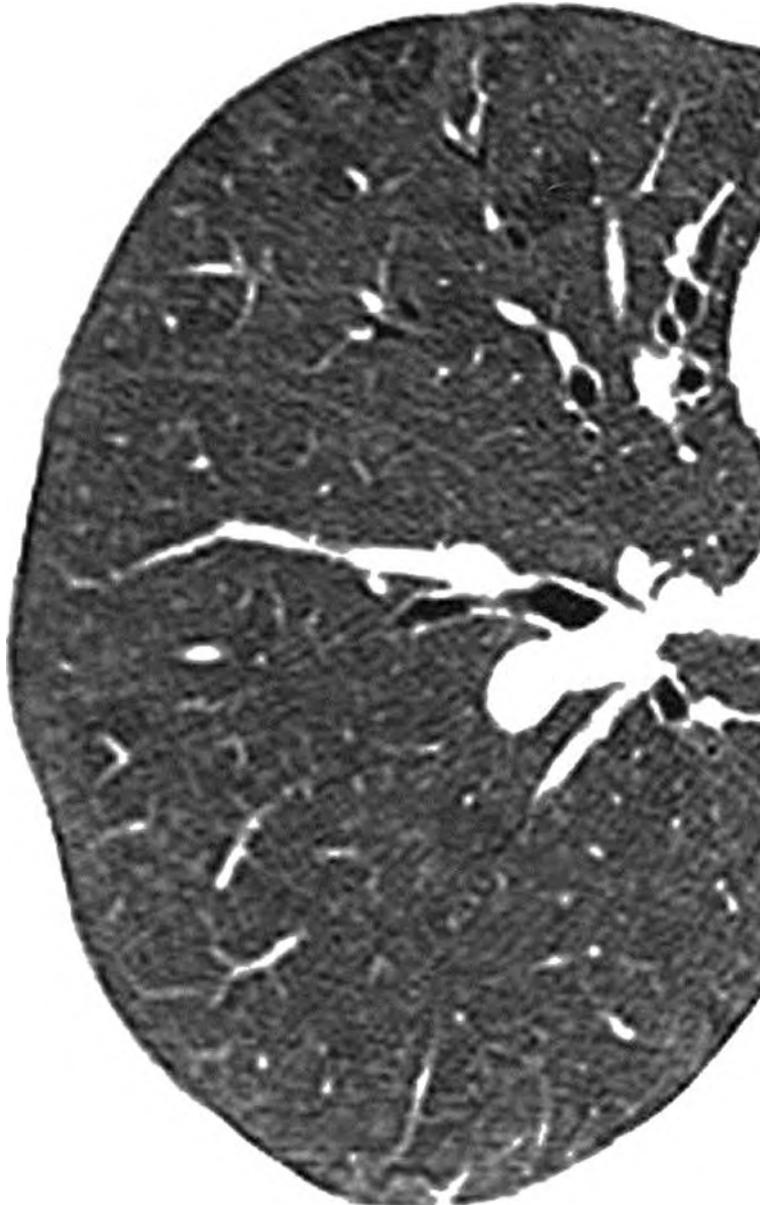
Lao kê : Các nốt kê < 3 mm, phân bố lan tỏa trong nhu mô phổi. Từ trái sang phải, từ trên xuống dưới : XQ ngực, cùng 1 phim, phóng to ở thùy dưới phổi ; CT scanner ngực, lát cắt cửa sổ nhu mô ; So sánh cùng vị trí với lát cắt của phổi phái bình thường (A) với hình ảnh nốt kê của bệnh nhân (B)



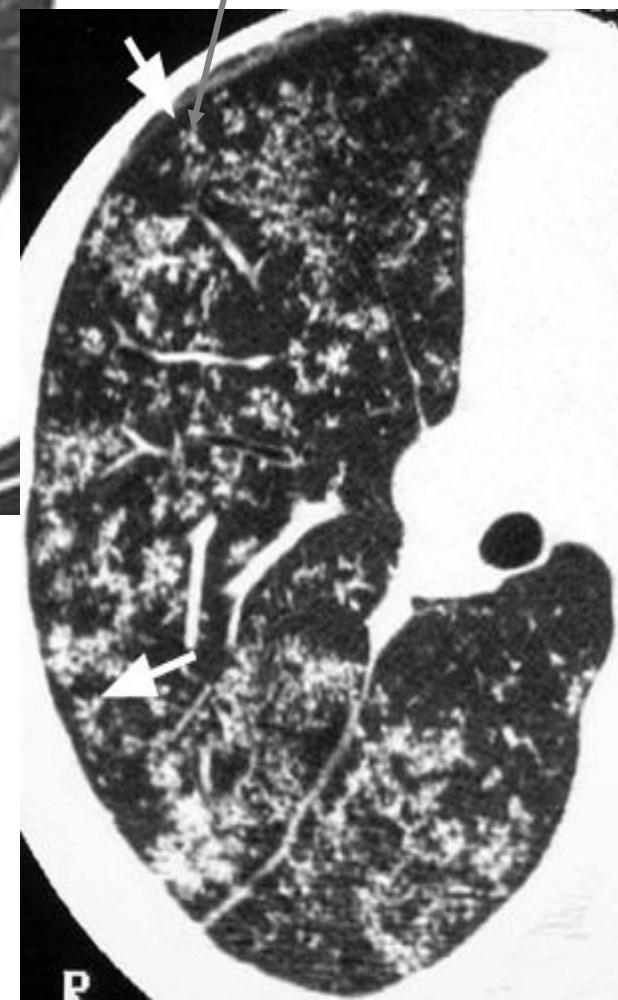
Bên trái: Nhu mô phổi bình thường.

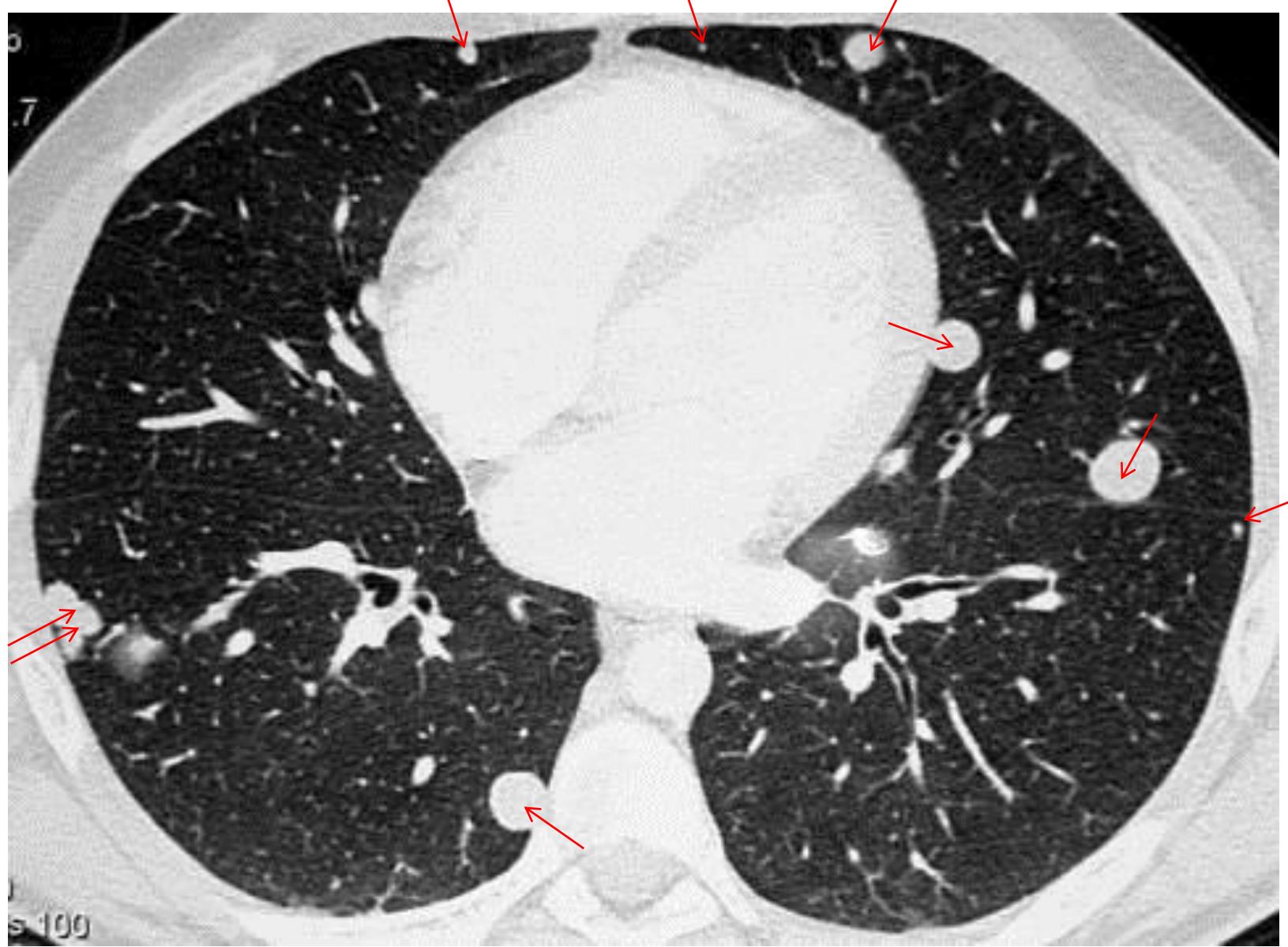
Bên phải: Sarcoïdose với các nốt nhỏ phân bố rải rác. Kết quả của sự phân bố này không đều và có sự dày thành phế quản. Rãnh liên thùy lớn được đánh dấu bởi mũi tên.

**Phổi bình
thường**



Các nốt nhỏ với viền mờ
(Trong trường hợp một viêm tiểu phế
quản nhiễm trùng)





Các nốt thường và nốt lớn (Di căn của ung thư ruột lên phổi – mũi tên đỏ) Một trong số đó là hợp lưu (mũi tên đỏ kép)

3- Các đường và các mạng lưới

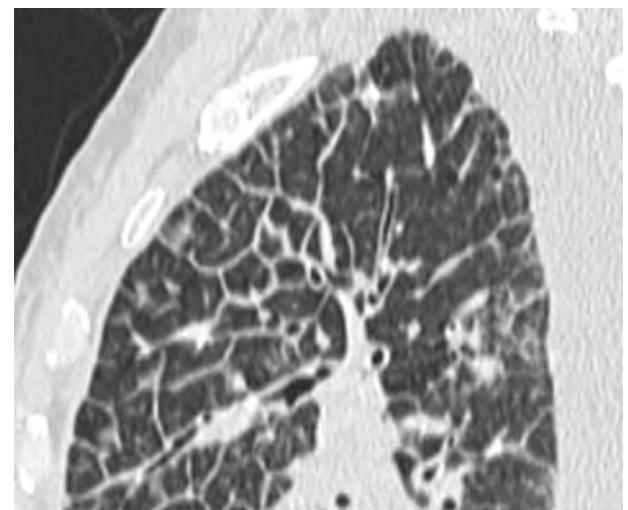
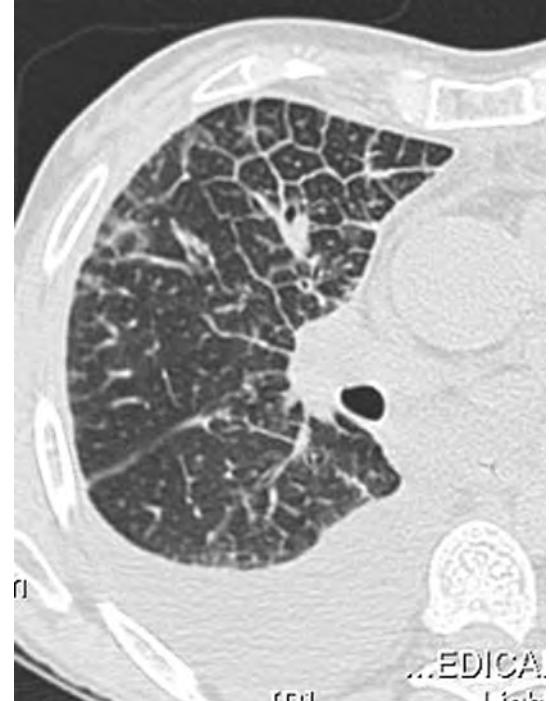
Các đường mờ

- thể hiện

- Sự tồn thường thường gấp nhất của các vách liên tiểu thùy và trong tiểu thùy
- Hiếm hơn các dải xơ hóa hay xẹp phổi ở các dải ngoại vi xa.

- Ta nói về sự mờ hình lưới*

- Khi các đường mờ lan tỏa và tạo thành một mạng lưới mà các mắt lưới của nó có thể rộng hoặc hẹp.

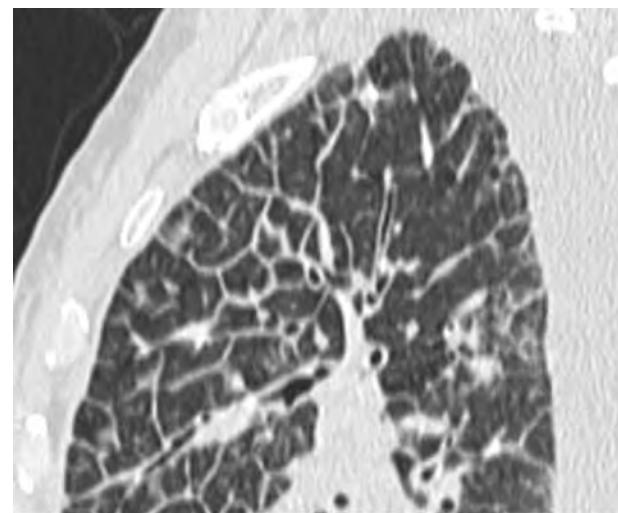


* du latin *rete*, le filet (en anglais *network*)

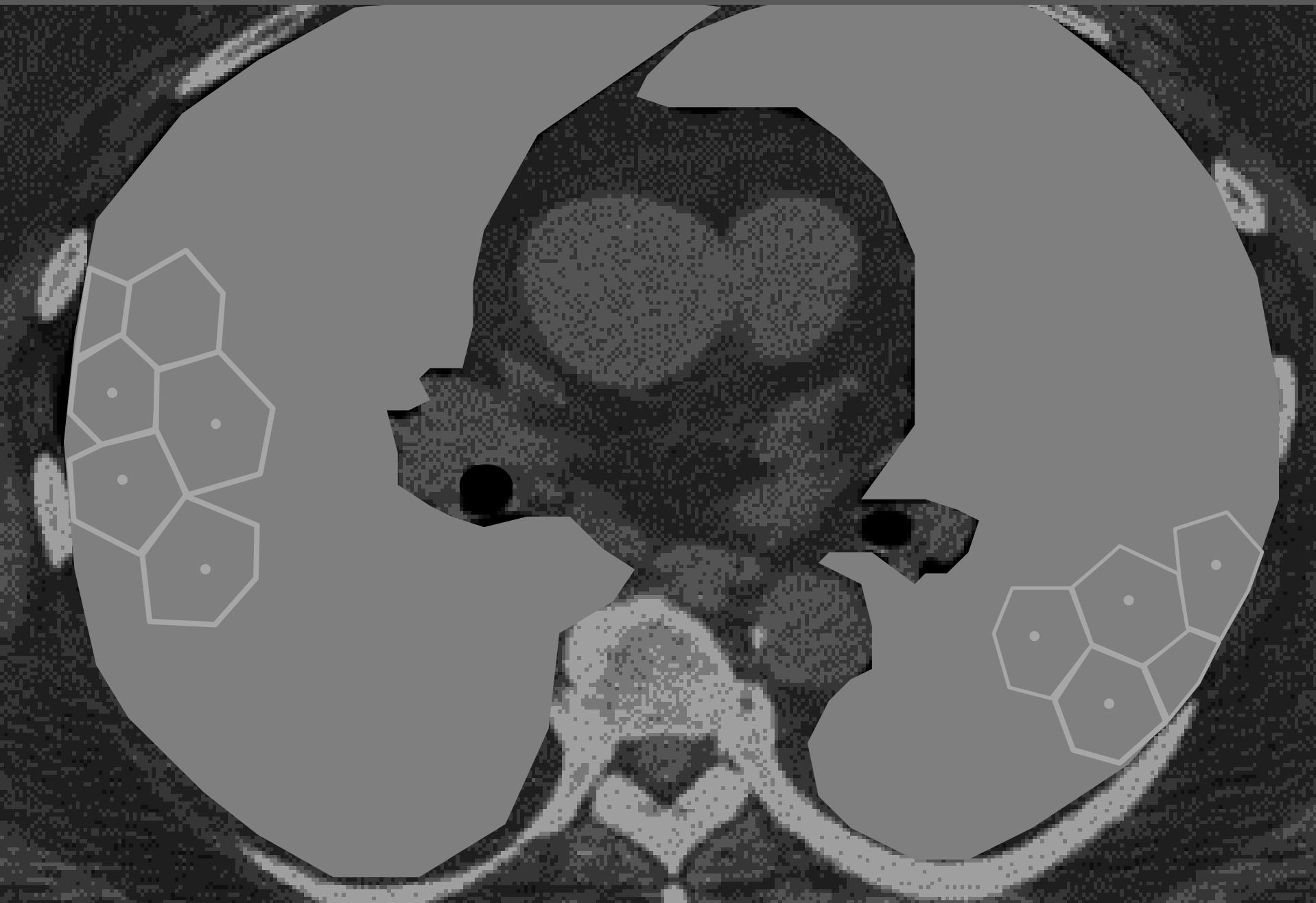
3- Các đường và các mạng lưới

1- Mạng lưới giữa tiểu thùy

- Các đường rõ nét vẽ một lưới với mắt lưới rộng nhiều mặt (đa diện)
 - Phù hợp với vách ngăn liên tiểu thùy.
- Nó có thể có 2 dạng
 1. Nhẵn hoặc đều:
 - Phù phổi, tắc nghẽn bạch huyết hoặc tĩnh mạch phổi
 1. Các nốt hoặc không đều:
 - Viêm bạch huyết, sarcoidose, Xơ phổi tự phát....



Các đường nét vẽ một mạng lưới với mắt lưới rộng đa chiều, ở giữa mắt lưới, ta thường thấy một điểm có đậm đặc (nó là động mạch trung tâm tiểu thùy)





Vách liên tiểu thùy

- Hình ảnh mạng lưới với mắt lưới rộng đa chiều (mũi tên mảnh), nhẵn
- Ở trung tâm mỗi hình đa diện ta xác định ĐM trung tâm tiểu thùy (Mũi tên dày)
- Không phải kén vì trong những hình đa diện là có nhu mô phổi

Trên phim lồng ngực

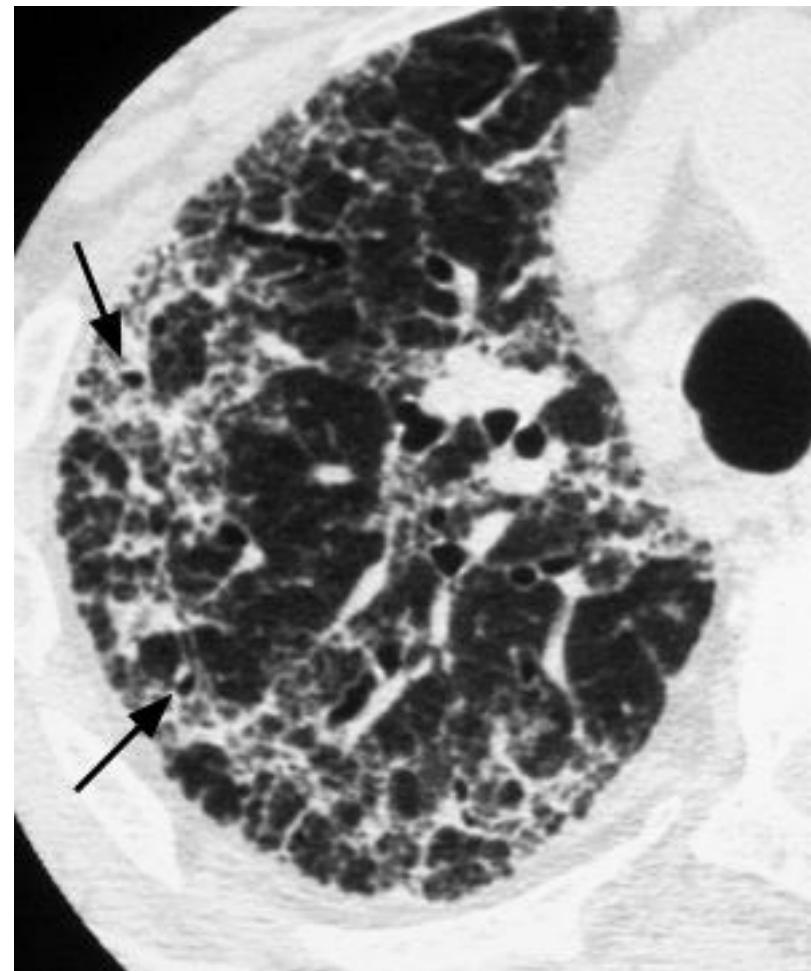
- Những vách liên tiều thùy dày lên phù hợp với những đường Kerley
 - Vị trí ở phía đáy
 - Vuông góc với màng phổi
 - Nối liền với màng phổi
 - Ngắn (chỉ từ 2 đến 3 cm)

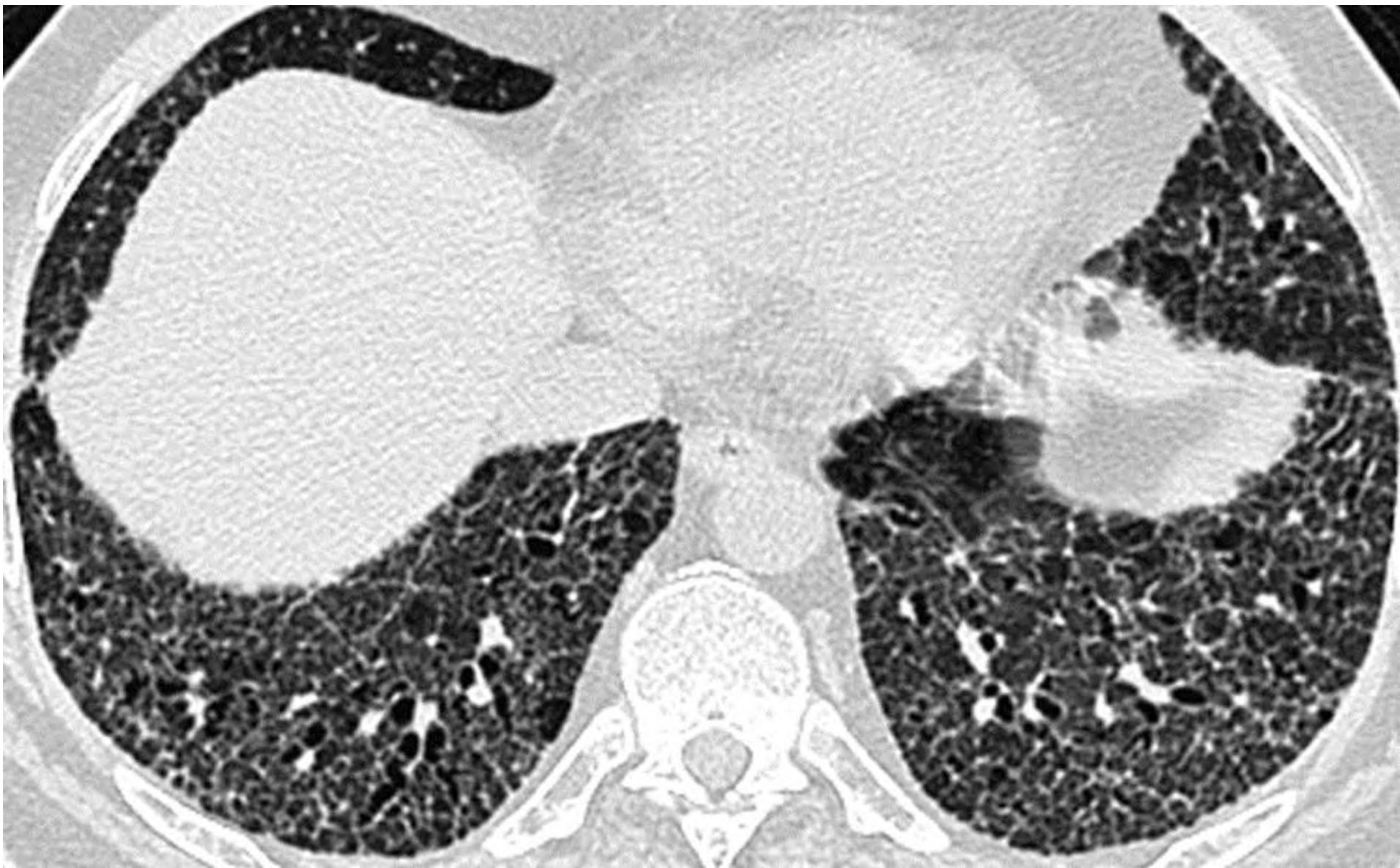


3- Các đường và mạng lưới (tiếp theo)

2- Các mạng lưới trong tiêu thùy

- Sự dày tổ chức kẽ trong tiêu thùy
- Các đường mờ lan tỏa thành hình mạng lưới « với mắt lưới nhỏ »





Các mạng lưới trong tiếu thùy

4- Sự dày xung quanh các phế quản – mạch máu

- Đều :

- Không thể phân biệt với dày thành phế quản, không đặc hiệu

- Không đều (Dạng kim hoặc dạng nốt):

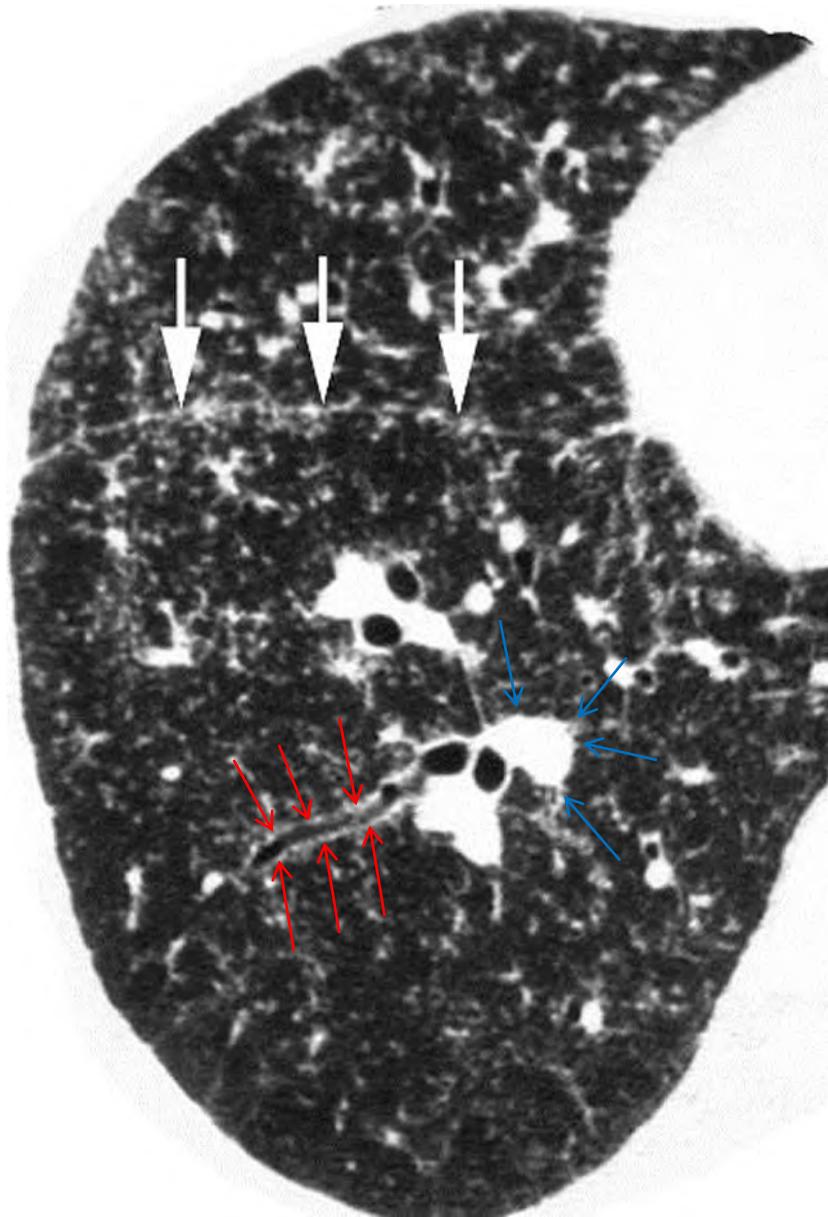
- Đặc hiệu hơn của một số bệnh (viêm mạch bạch huyết, sarcoidose)



Dày xung quanh phế quản – mạch máu không đều



CT Scanner bình thường, ở lát cắt gần giống



Bên trái: Nhu mô phổi bình thường.

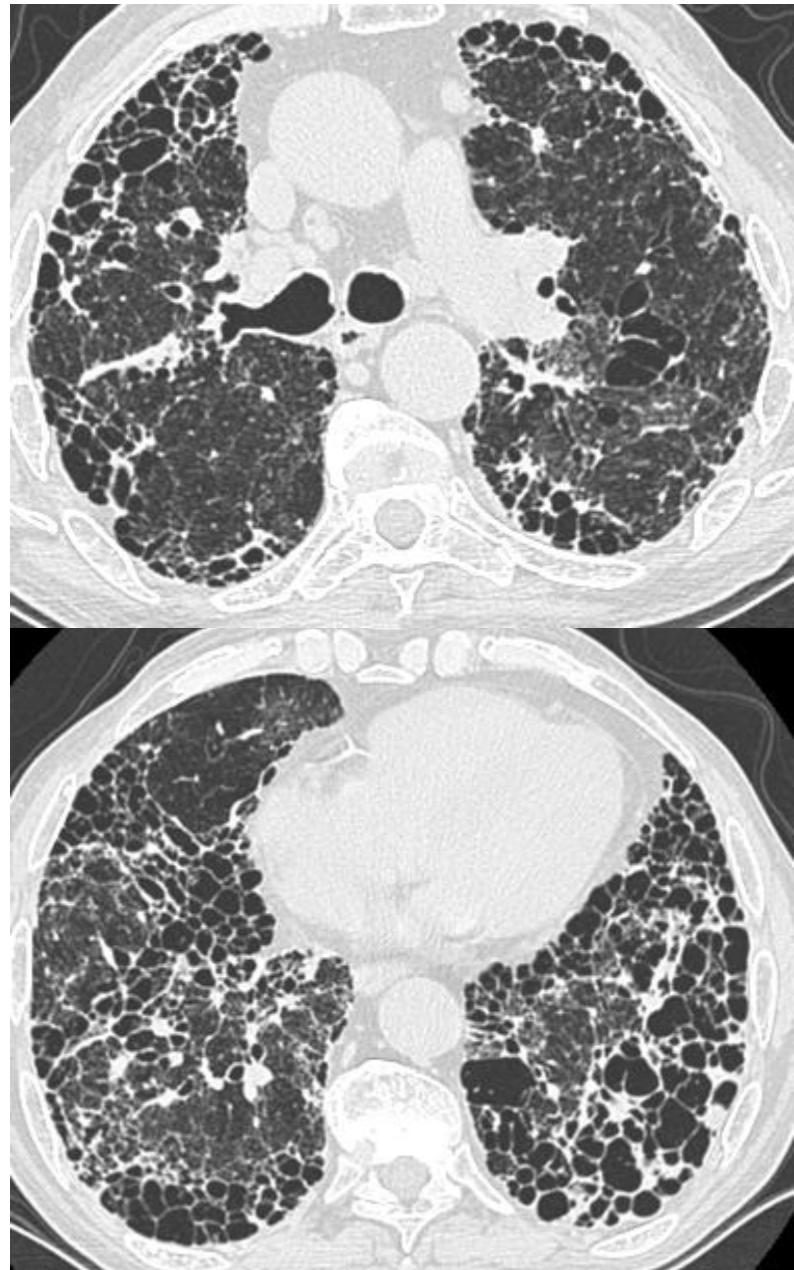
Bên phải: Bệnh Sarcoïdose với nốt nhỏ phân bố dưới màng phổi và dọc chiều dài của thành phế quản và mạch máu. Kết quả của sự phân bố này là không đều và sự dày thành phế quản (mũi tên đỏ ↗) và một sự không đều của thành mạch máu (mũi tên xanh ↛).

5- Hình ảnh « tổ ong »

Kén với thành dày = Tổ ong

Các khoảng dạng kén khí giới hạn bởi thành dày được làm từ một mô dày đặc và xơ hóa

- Nối với nhau
- Được sắp xếp ở lớp trong những vùng ngoại vi dưới màng phổi.

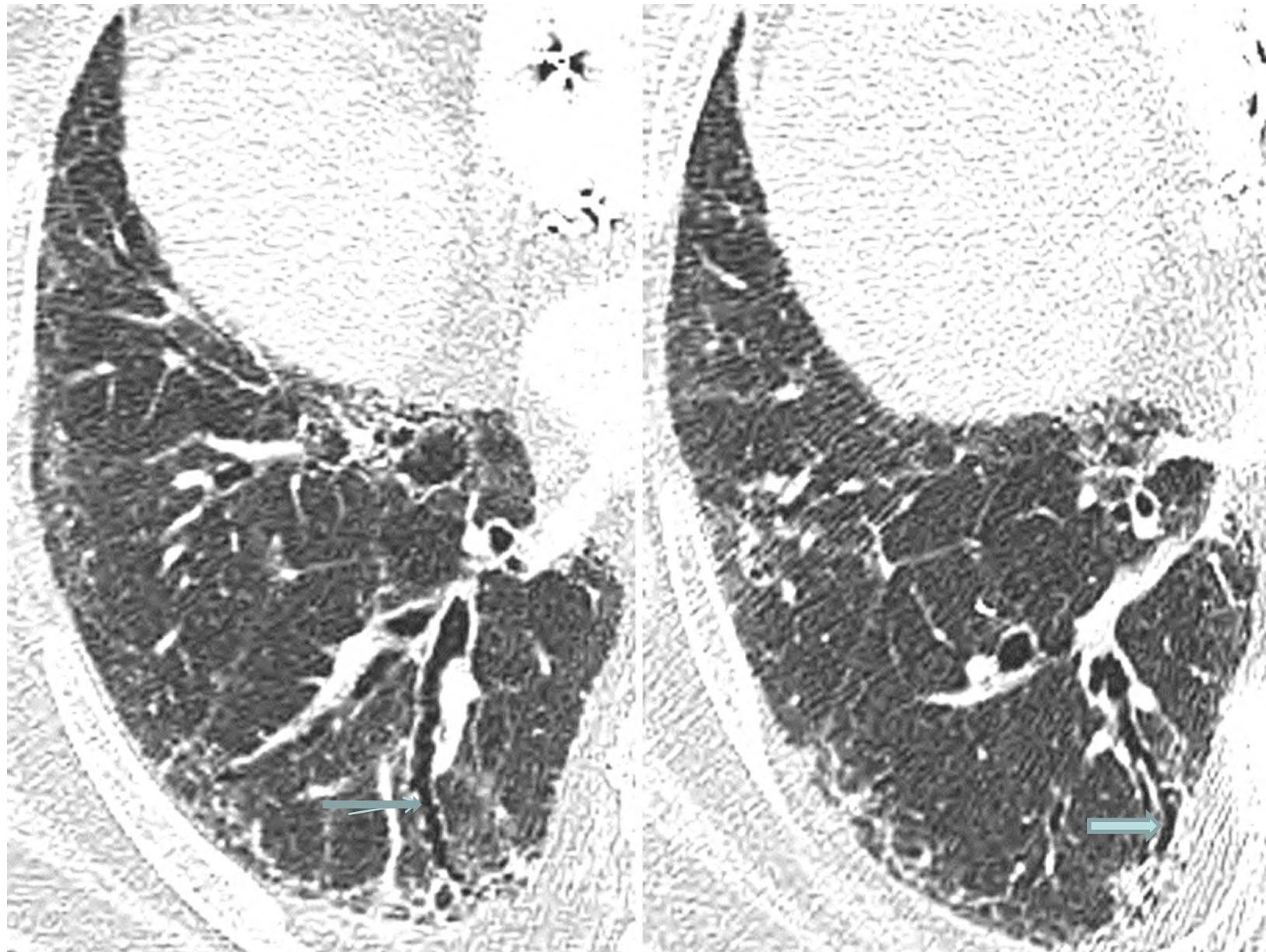


Kén thí được giới hạn bởi thành dày



6- Giãn phế quản « do co kéo »

- **nó không hoàn toàn là giãn phế quản** vì thành phế quản là bình thường
- Nó là do sự co kéo tác động lên thành phế quản khi độ đàn hồi của nhu mô phổi giảm bất kể nguyên nhân gây xơ phổi nào
- Nó không cùng chịu hậu quả thông thường của giãn phế quản (như nhiễm trùng và ho ra máu)

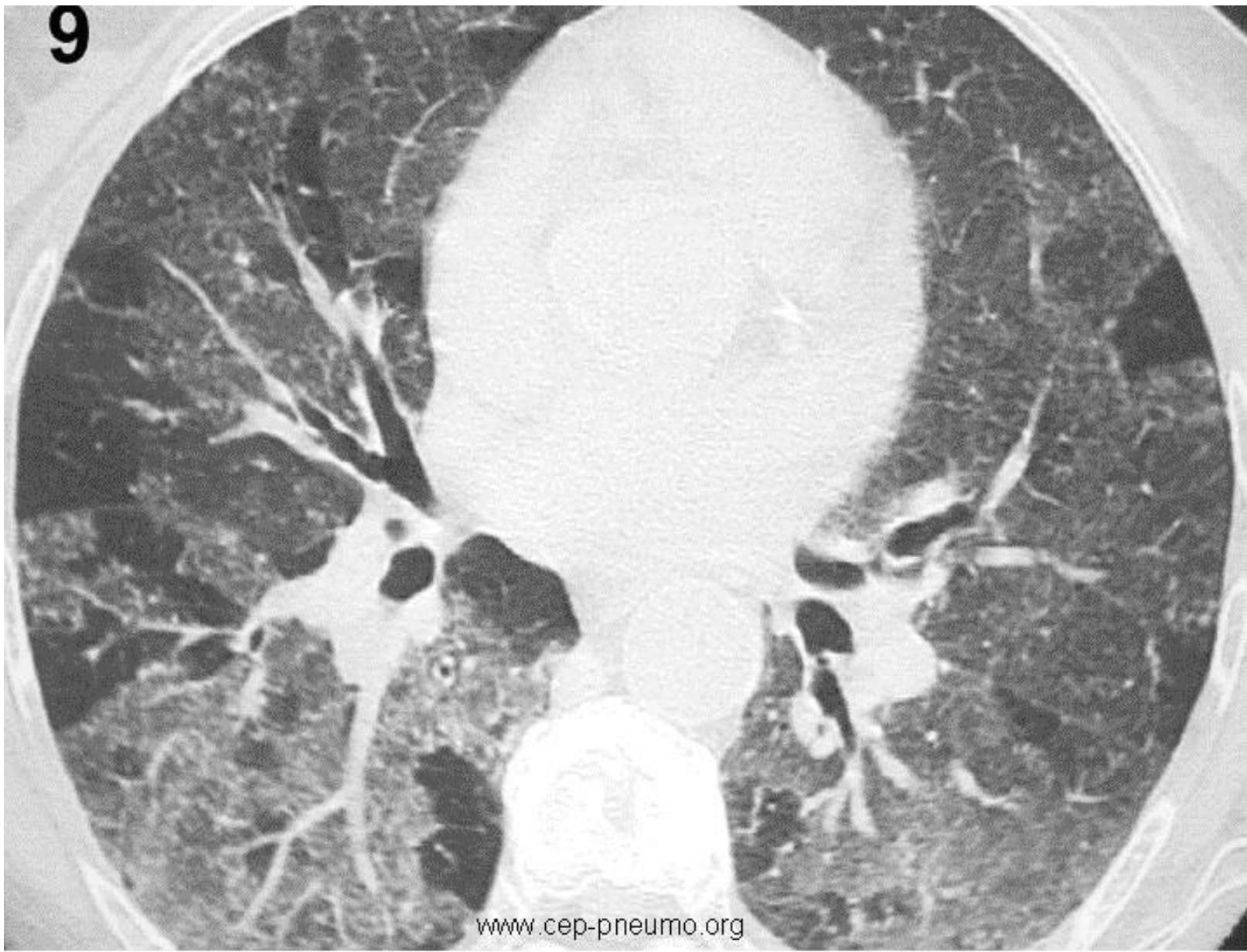


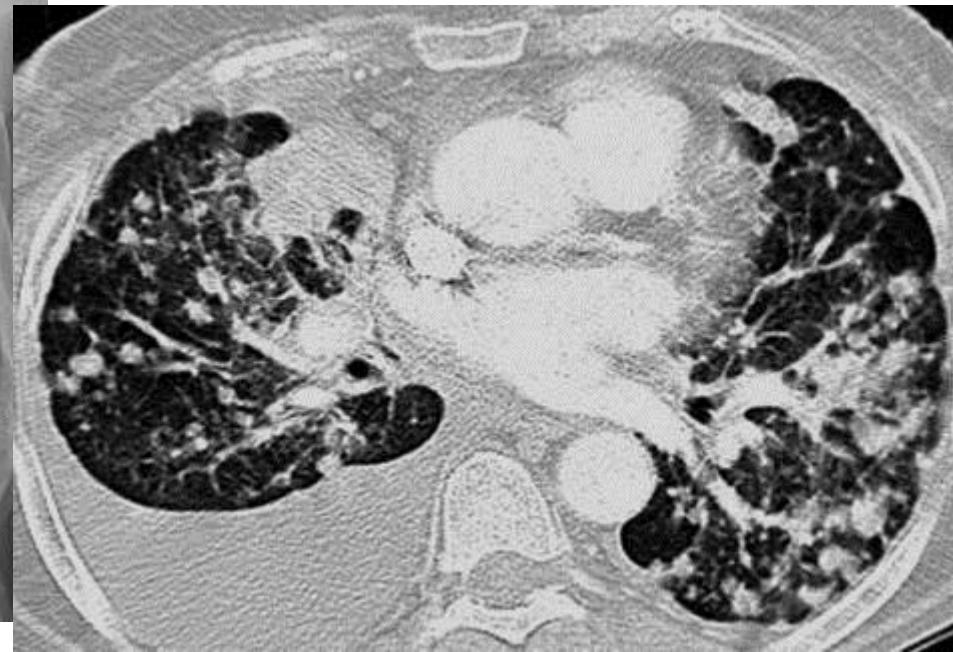
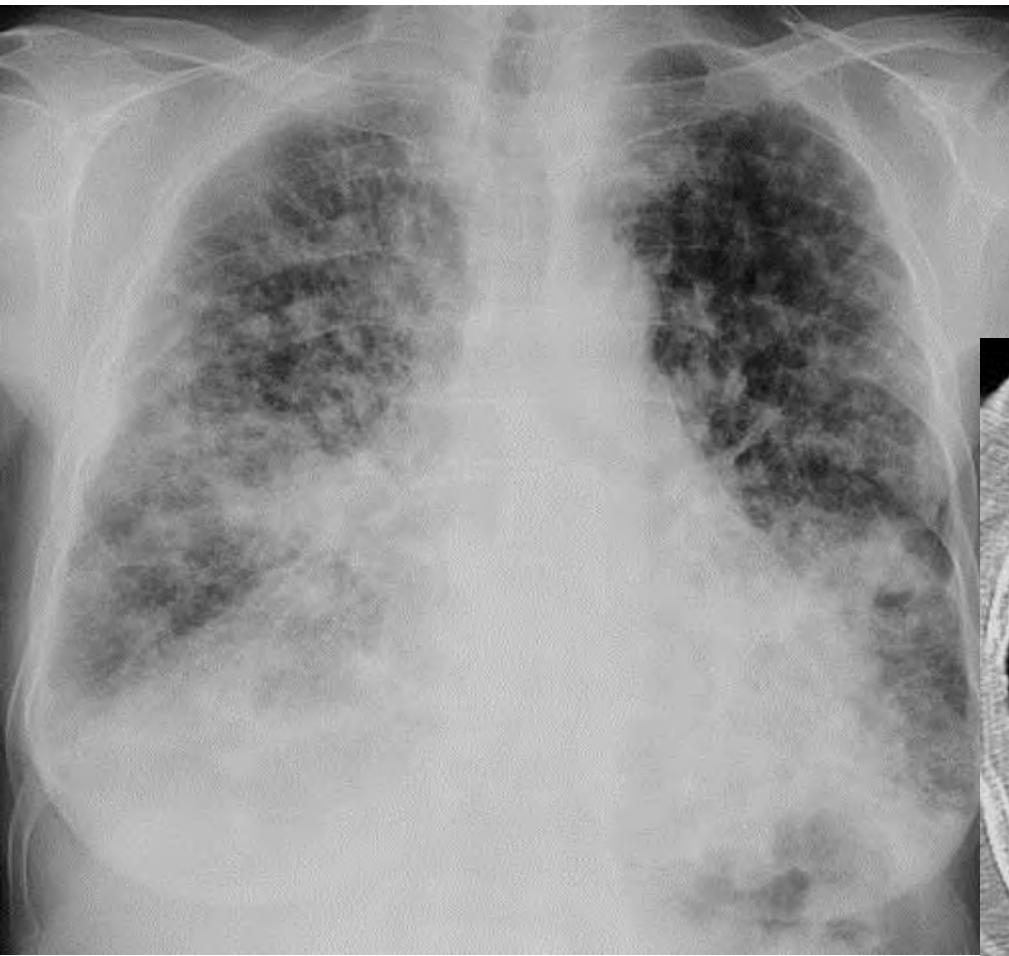
Giãn phế quản « do co kéo » trong một xơ phổi tự phát

Hội chứng kê phổi

Ví dụ

9



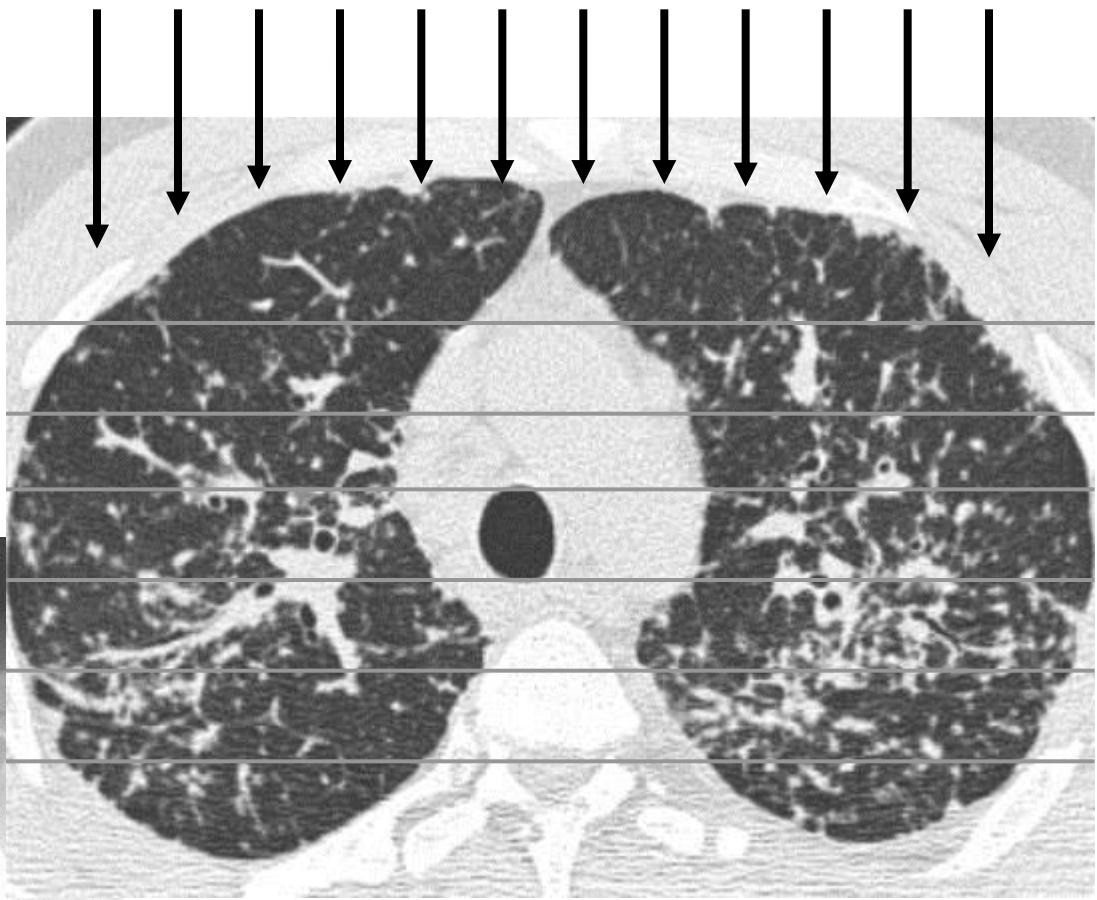


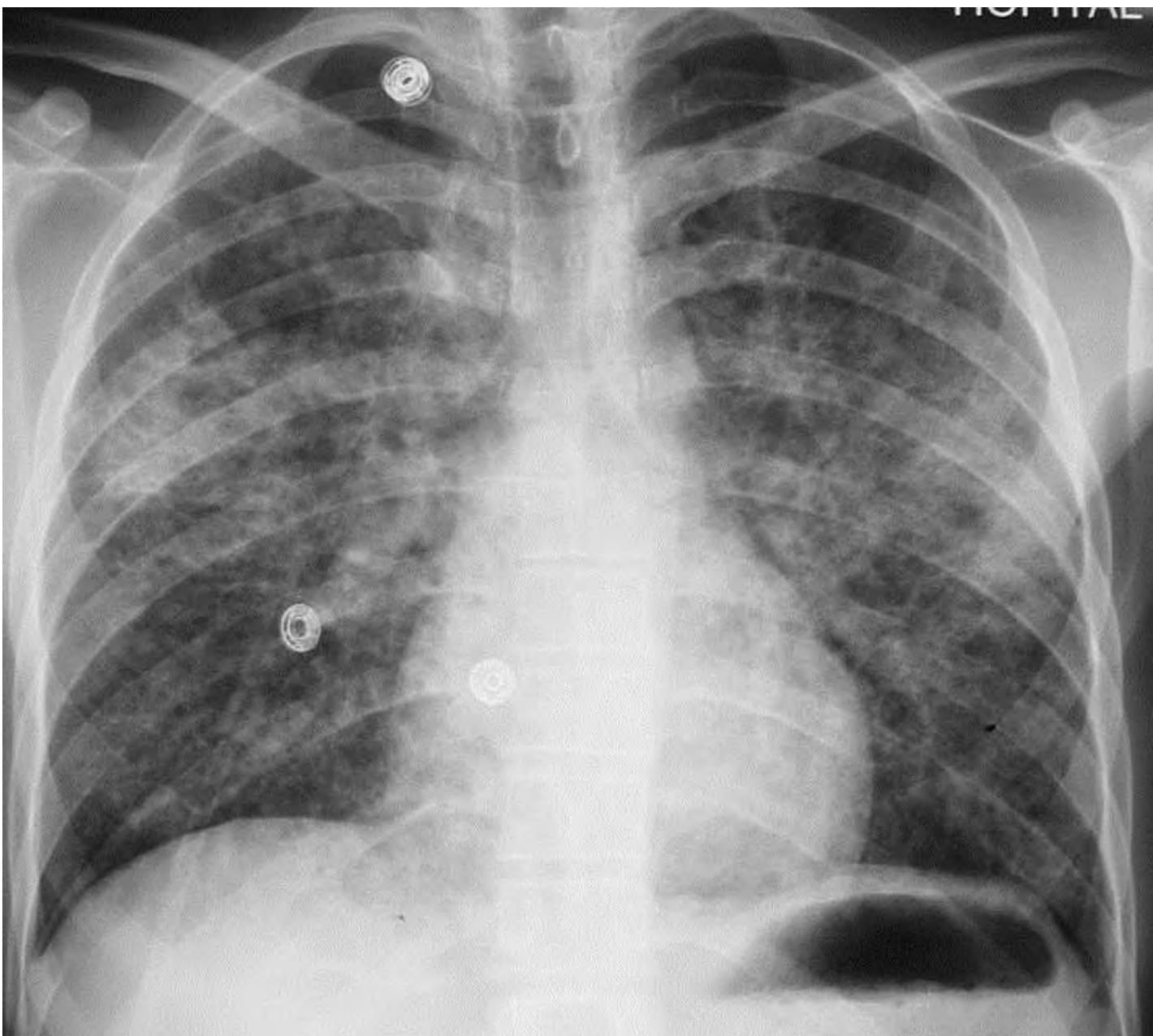
Di căn phổi của ung thư tuyến giáp : Các nốt thường và nốt lớn với bờ rõ nét
(Ta cũng chú ý sự tràn dịch màng phổi bên phải)



CT Scanner của bệnh nhân bị sarcoidose: tổn thương nốt lan tỏa sắp xếp ở quanh phế quản – mạch máu và dưới màng phổi

XQ và CT scan của bệnh nhân:
Hình ảnh tồn thương XQ và CT
scan của bệnh nhân mắc
sarcoïdose

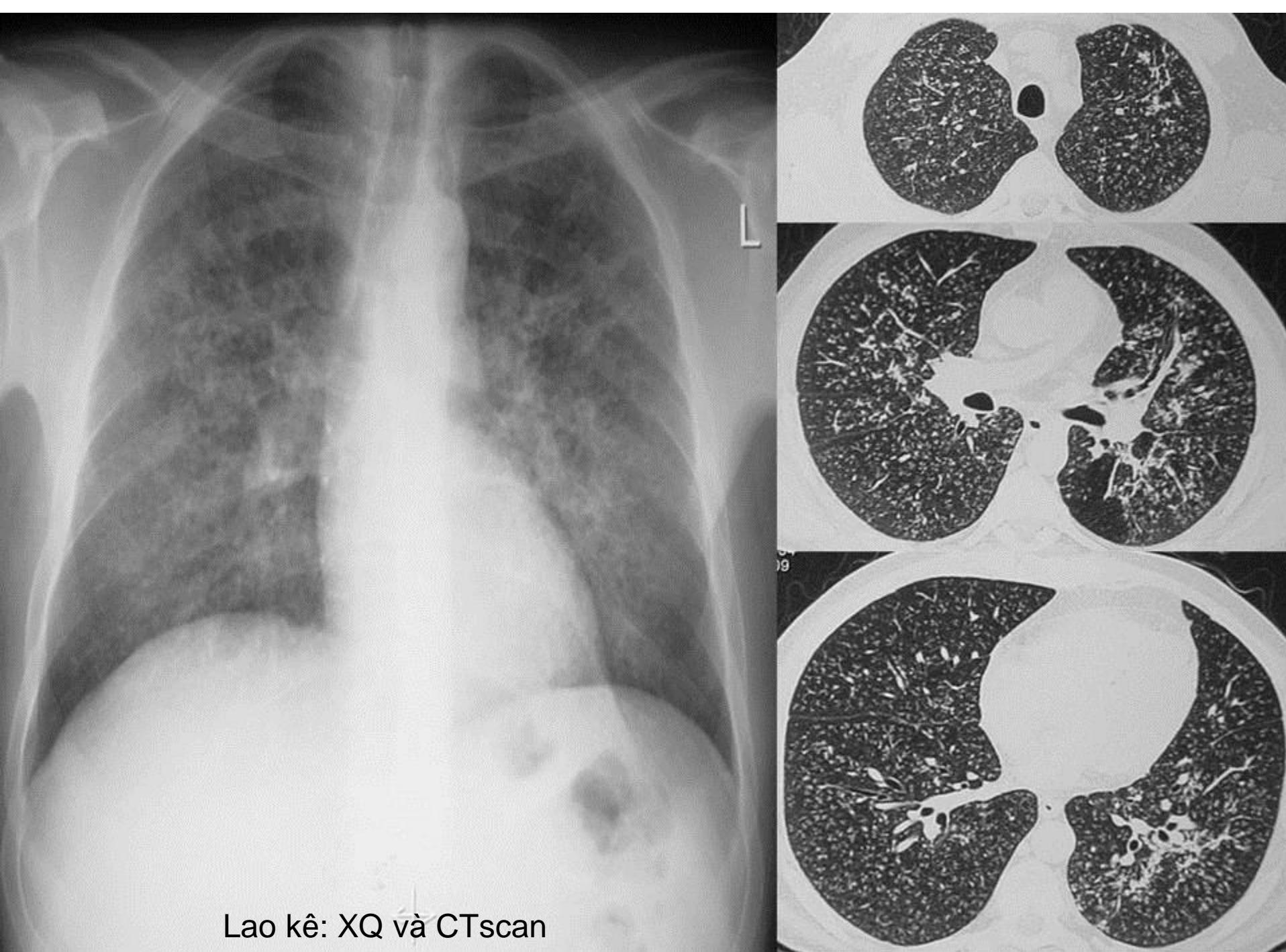




BN nam 45t. Tiền sử nghiện. HC kẽ cấp tính (Khó thở + Thâm nhiễm 2 bên) sốt phù hợp với một viêm phổi trên bệnh nhân AIDS



Hình ảnh « tổ ong » + Có thể giãn phế quản do co kéo trong tiến triển xơ phổi của một bệnh phổi kẽ kết hợp với viêm đa khớp dạng thấp



Lao kê: XQ và CTscan

Dịch: Dr. TRUONG Thanh Kien
ĐH Y Dược Hải Phòng

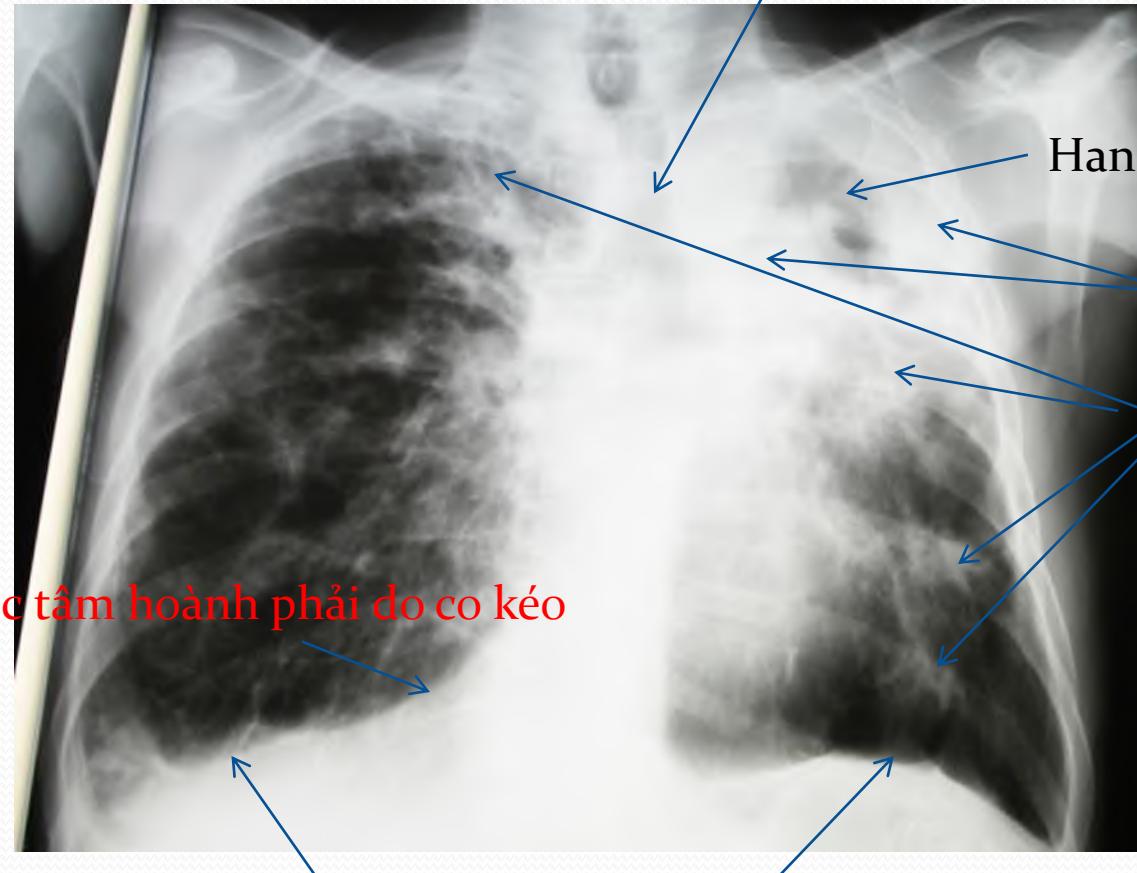


TỔN THƯƠNG LAO TRÊN XQ PHỔI THẮNG

Ths. Trương Thành Kiên

<https://www.facebook.com/Bslaovabenphoi>

Co kéo khí quản lệch trái,
tim và trung thất bị kéo về phía tổn thương



Tù gốc tâm hoành phải do co kéo

Vòm hoành 2 bên bị đè đầy do thở bù

Tiêu chuẩn phim XQ phổi thǎng

1 phim XQ phổi thǎng phải đạt được các tiêu chuẩn sau:

- Cường độ tia chuẩn: Tia không non, không già: trông thấy rõ từ 3 - 5 đốt sống ngực đầu tiên.
- Phim chụp cân đối: đường liên mỏm gai cột sống ở giữa và chia đôi đường nối 2 đầu trong xương đòn.
- Tách được xương bả vai ra ngoài 2 phế trường.
- Lấy được hết phế trường: Trông thấy đốt sống cổ VI - VII ở phía trên; phía dưới thấy 2 góc sườn hoành, xương sườn XII; hai bên thấy phần mềm lồng ngực.
- Bệnh nhân hít sâu: vòm hoành phải ngang mức cung sau xương sườn X.

Các tổn thương cơ cản của lao phổi

- Thâm nhiễm: Thường là một đám mờ nhạt ở đỉnh hoặc dưới xương đòn, hoặc vị trí khác, giới hạn không rõ. Đôi khi tổn thương tập trung thành đám mờ, đường kính trung bình từ 1-2 cm.
- Nốt: Kích thước nốt trung bình dưới 10 mm. Các nốt có thể rải rác khắp hai phổi hoặc tập trung từng vùng của phổi. Độ cản quang đậm hơn thâm nhiễm

Các tổn thương cơ bản của lao phổi

- Xơ: Thấy hình ảnh gián tiếp là có sự co kéo các tạng xung quanh tổn thương như: khí quản, khoang liên sườn, trung thất, vòm hoành.
- Hang: Trên phim là một hình sáng, bờ khép kín, không có hình dạng cố định.
Hang mới bờ dày, hang cũ bờ mỏng.

Các tổn thương cơ cản của lao phổi

- Phân loại hang lao:

Hang nhỏ đk < 2 cm, hang vừa đk 2 - < 4cm,

Hang lớn đk 4 – < 6 cm, hang khổng lồ đk > 6cm

Khi hang có phế quản thông, trên phim có thể thấy hình của phế quản là hai đường mờ song song.

- Hang lao được hình thành do đào thải tổ chức bã đậu từ tổn thương ra ngoài theo đường phế quản để lại 1 khoảng trống trong phổi, xung quanh hang là các tổn thương dạng thâm nhiễm hoặc nốt.

Phân loại tổn thương theo Hội Lồng ngực Mỹ (ATS)

- Tổn thương nhỏ (Độ I): Tổn thương không có hang, ở một bên hoặc 2 bên phổi, nhưng diện tích của tổn thương khi gộp lại không vượt quá diện tích phổi nằm trên một đường ngang qua khớp ức sườn 2.
- Tổn thương vừa (Độ II): Gồm các tổn thương rải rác, diện tích không vượt quá một phổi. Nếu có hang thì đường kính các hang cộng lại không vượt quá 4 cm.
- Tổn thương rộng (Độ III): Khi tổn thương vượt quá các giới hạn trên đây.

Phân loại dựa vào đặc điểm tổn thương trên X quang phổi

Phân loại của Lopo de Carvalho chia tổn thương lao phổi thành 4 thể:

- Lao thâm nhiễm không có hang (1a), có hang (1b).
- Lao nốt không có hang (2a), có hang (2b).
- Lao kê (3a).
- Lao xơ không có hang (4a), có hang (4b).

Đặc điểm của tổn thương lao trên phim XQ phổi thẳng

1. Tổn thương thường ở đỉnh phổi và hạ đòn 2 bên:

Điều này được giải thích dựa trên cơ sở: Vi khuẩn lao là vi khuẩn hiếu khí mà phân áp oxy nửa trên của phổi cao hơn nửa dưới.

Ngoài ra do cấu trúc giải phẫu hệ mao mạch phổi làm cho dòng máu ở đây chảy chậm hơn so với các vùng khác. Vì vậy vi khuẩn lao dễ dừng lại và gây bệnh ở vùng đỉnh phổi và hạ đòn 2 bên

Đặc điểm của tổn thương lao trên phim XQ phổi thẳng

- Vị trí tổn thương thường ở đỉnh và hạ đòn 1 phổi hoặc cả 2 phổi.
- Tuy nhiên có một số trường hợp đặc biệt như bệnh nhân có đái tháo đường, suy giảm miễn dịch mắc phải, mắc phải chủng vi khuẩn lao có độc lực mạnh kéo dài, hoặc suy kiệt thì có thể gặp các tổn thương lao ở thùy giữa và thùy dưới của phổi.

Đặc điểm của tổn thương lao trên phim XQ phổi thẳng

2. Tổn thương cơ bản, đa dạng và phối hợp:

- Mức độ tổn thương thường thường diễn biến theo thời gian. Tuy nhiên lao phổi thường diễn biến mạn tính nên khi phát hiện đã xuất hiện nhiều dạng tổn thương cơ bản cùng lúc như thâm nhiễm, nốt, hang.
- Nặng hơn và thời gian diễn biến lâu hơn nữa thì có cả tổn thương dạng xơ co kéo các tạng xung quanh. Biểu hiện có thể gấp: kéo lệch khí quản, lệch trung thất, hẹp khoang liên sườn, kéo vòm hoành.

Đặc điểm của tổn thương lao trên phim XQ phổi thảng

- Có trường hợp chỉ có 1 dạng tổn thương thâm nhiễm gấp ở giai đoạn đầu của bệnh, tuy nhiên giai đoạn này người bệnh thường không có triệu chứng gì đặc biệt hoặc chỉ có ho thủng thảng, mệt mỏi, sốt nhẹ về chiều.
- Cần phân biệt với viêm phổi bằng điều trị kháng sinh phổ rộng và các xét nghiệm vi khuẩn khác.

Đặc điểm của tổn thương lao trên phim XQ phổi thẳng

3. Không đáp ứng với điều trị kháng sinh thông thường.

- Tổn thương do lao không đáp ứng với kháng sinh thông thường và kết hợp.
- Mặc dù các kháng sinh thông thường phổ rộng có thể kìm chế vi khuẩn phát triển tuy nhiên không làm bay tổn thương nếu là tổn thương do lao.
- Lưu ý không sử dụng các kháng sinh nhóm Quinolon để phân biệt giữa lao phổi và viêm phổi. Vì Quinolon được sử dụng là thuốc chống lao hàng 2 và levofloxacin được dùng trong phác đồ IV điều trị lao kháng thuốc.

Đặc điểm của tổn thương lao trên phim XQ phổi thẳng

3. Không đáp ứng với kháng sinh thông thường (tiếp)

- Để chẩn đoán phân biệt lao phổi hay viêm phổi ta thường điều trị một đợt kháng sinh từ 7-10 ngày (trừ nhóm Quinolon)
- Sau đó chụp lại Xquang phổi và cần thiết chụp lại CTscan lồng ngực để chẩn đoán.
- Kết hợp với xét nghiệm đờm trực tiếp nhuộm huỳnh quang và nuôi cấy (MGIT, cổ điển)
- Có thể kết hợp các xét nghiệm miễn dịch (Quantiferon) hoặc khuếch đại gene (PCR, Xpert)
- Có thể sinh thiết xuyên thành làm giải phẫu bệnh học để chẩn đoán.

Tóm tắt đặc điểm tổn thương nghỉ lao trên X quang phổi

1. Tổn thương thường ở đỉnh và hạ đòn 2 phổi
2. Tổn thương đa dạng và cơ bản như: thâm nhiễm, nốt, xơ, hang. Thường phổi hợp tổn thương với nhau
3. Tổn thương không đáp ứng với điều trị kháng sinh phổ rộng thông thường.

Các yếu tố trên càng kết hợp với nhau nhiều càng có xu hướng nghỉ tới lao phổi.

LAO KÊ

TỐN THƯƠNG 3 ĐỀU do vi khuẩn lao lan tràn theo đường máu làm tổn thương kê phế nang:

1. Đều về vị trí tổn thương khắp 2 bên phế trường: Từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.
2. Đều về kích thước của các nốt (khoảng 3 mm)
3. Đều về độ cản quang của các nốt tổn thương.

Bài thơ đọc phim

PGS. TS. Nguyễn Xuân Triều - HV Quân Y

Nhìn khắp hình phổi trên phim

Tổn thương muốn thấy hãy tìm như sau

Từ trên xuống dưới, ngoài vào

Hai bên đối xứng chỗ nào không xương

Nếu thấy 1 nốt bất thường

Thì coi là chính tổn thương góp vào

Thực hành đọc phim số 1



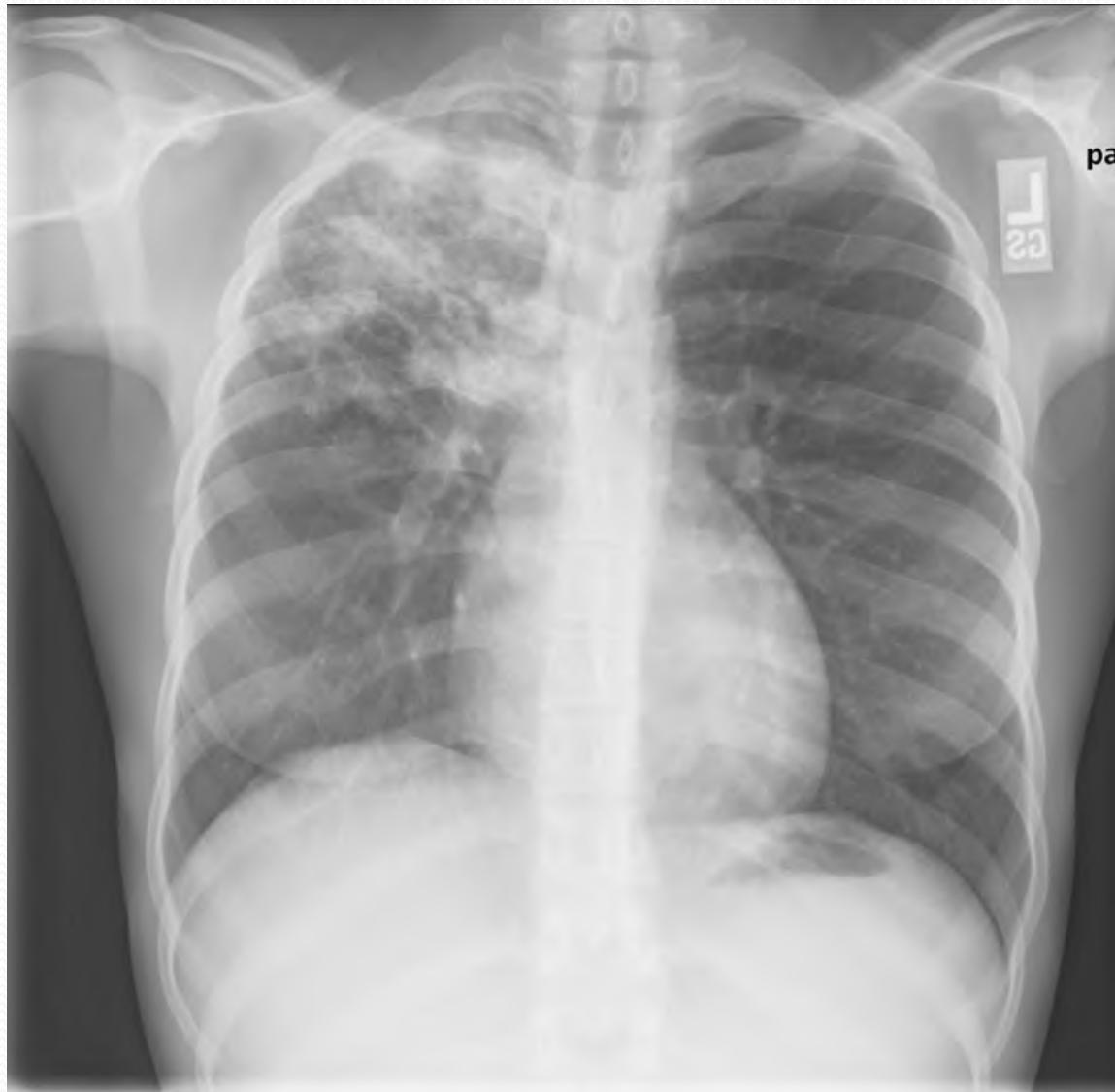
Thực hành đọc phim số 2



Thực hành đọc phim số 3



Thực hành đọc phim số 4



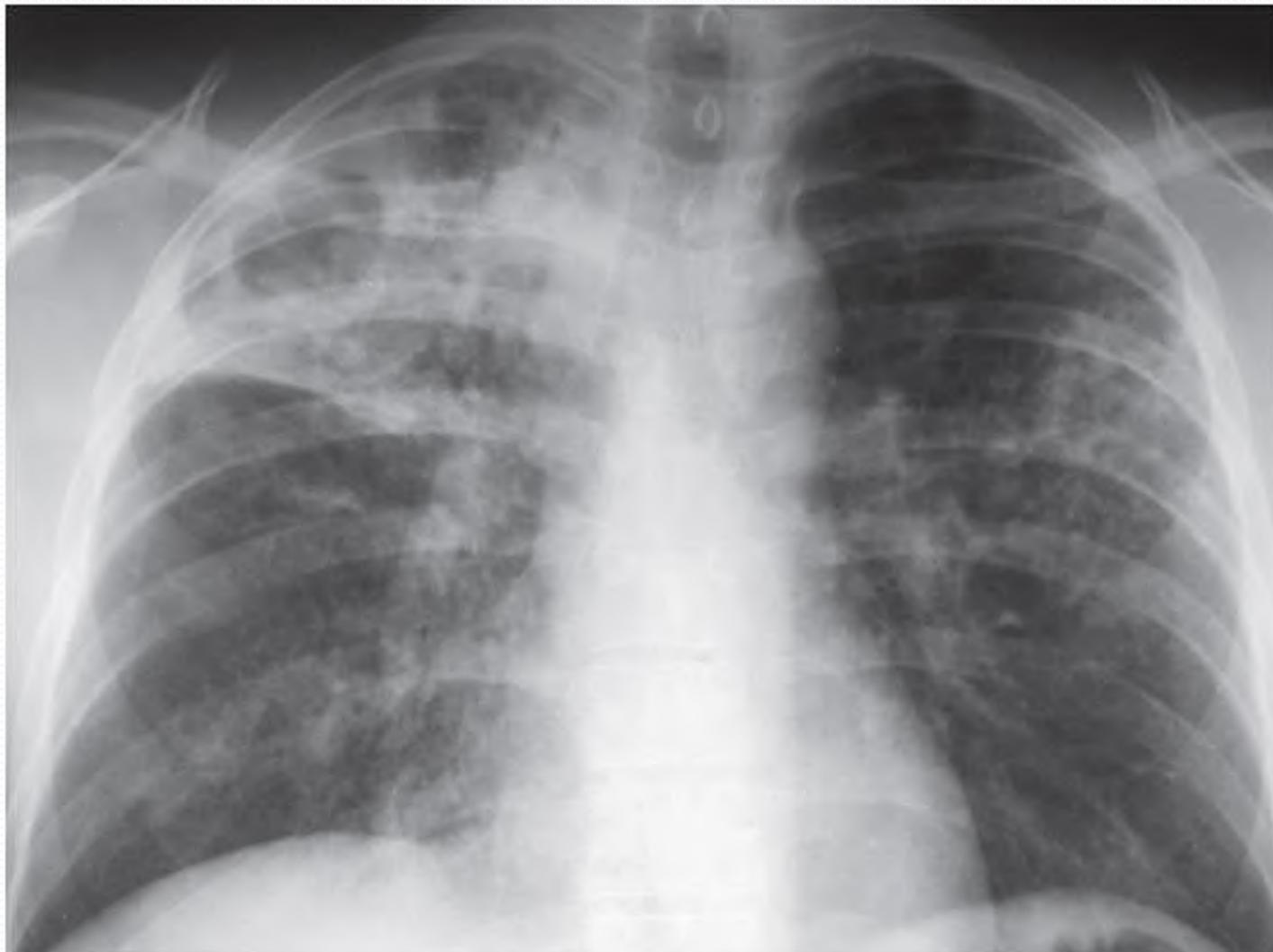
Thực hành đọc phim số 5



Thực hành đọc phim số 6



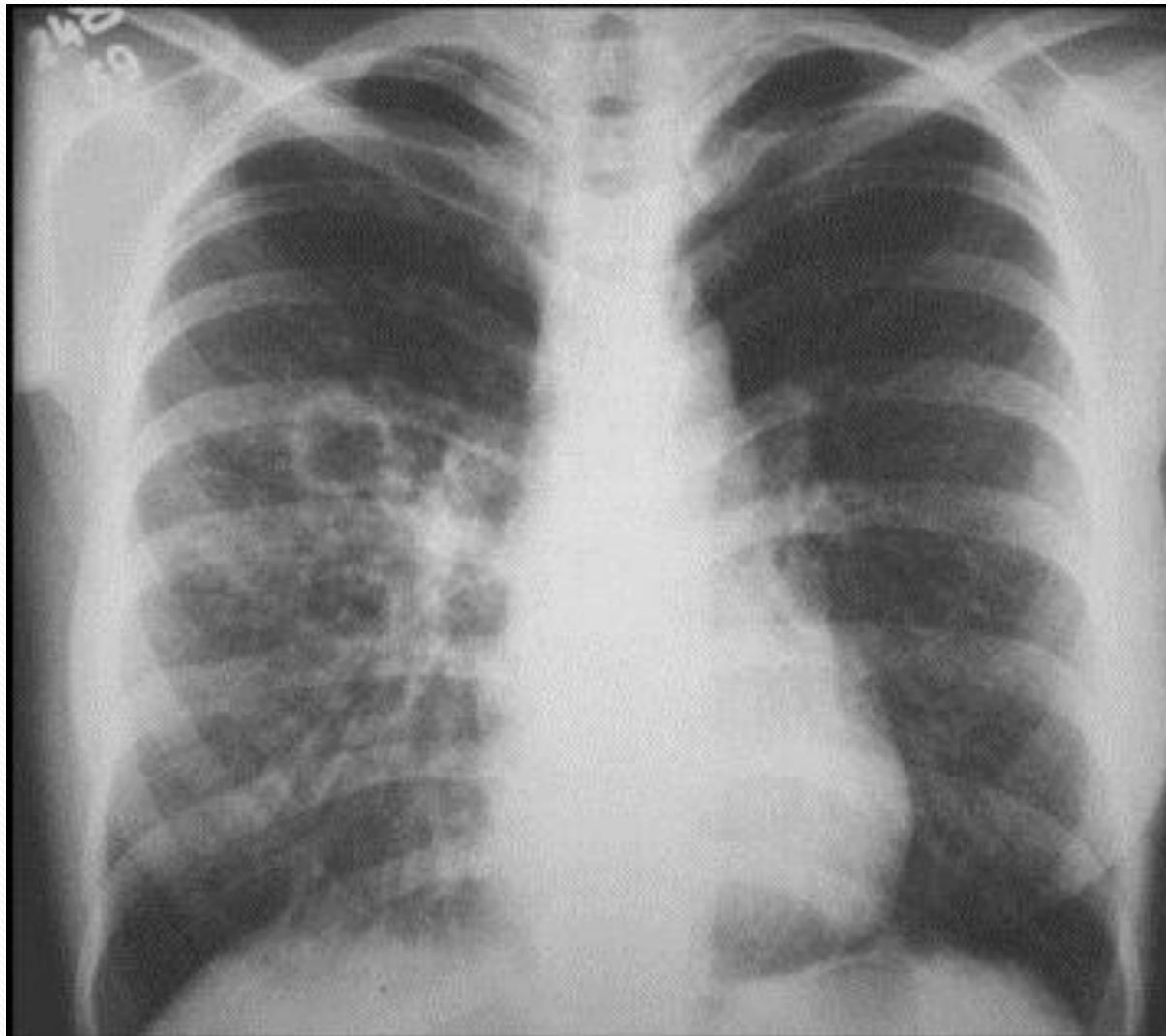
Thực hành đọc phim số 7



Thực hành đọc phim số 8



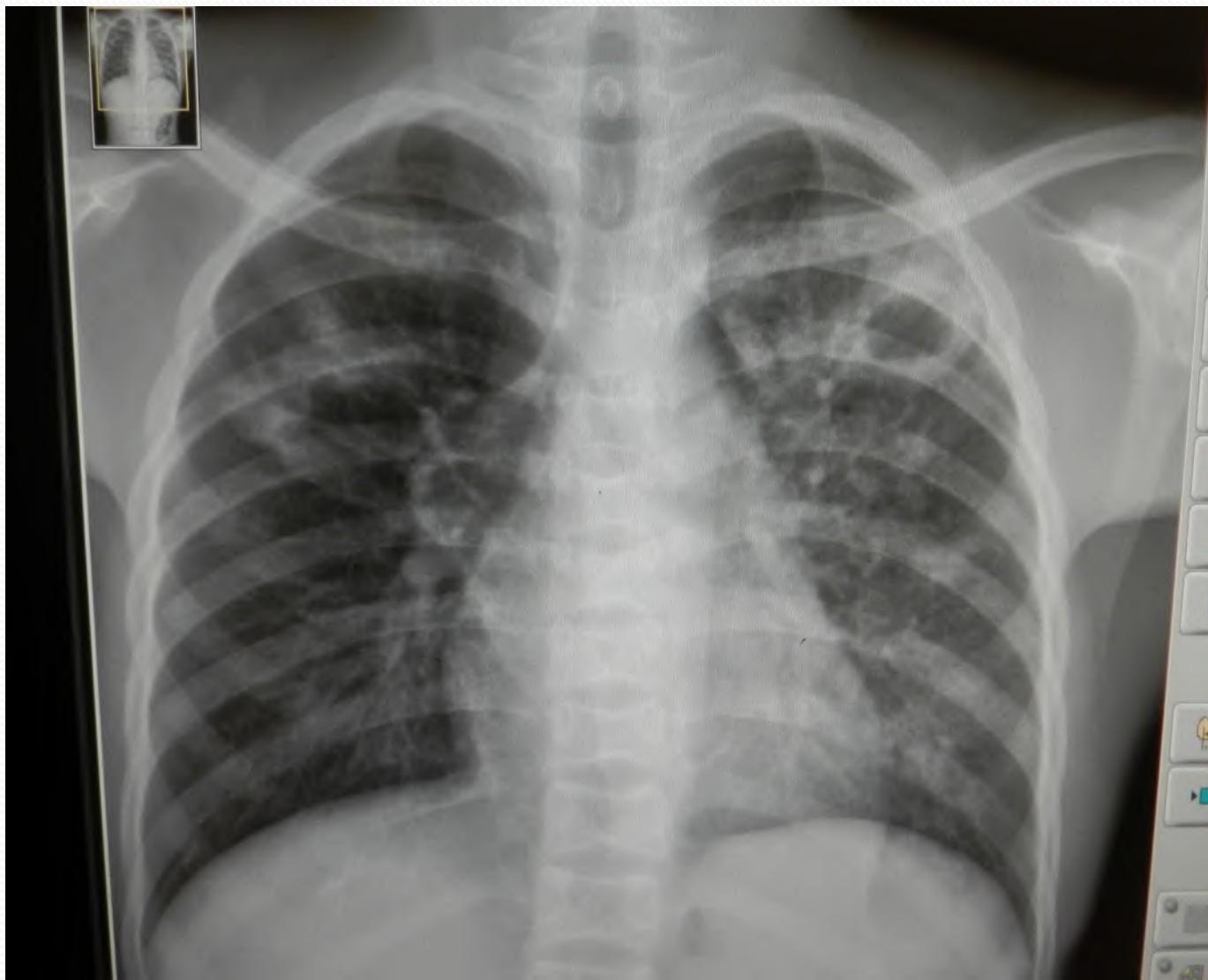
Thực hành đọc phim số 9



Thực hành đọc phim số 10



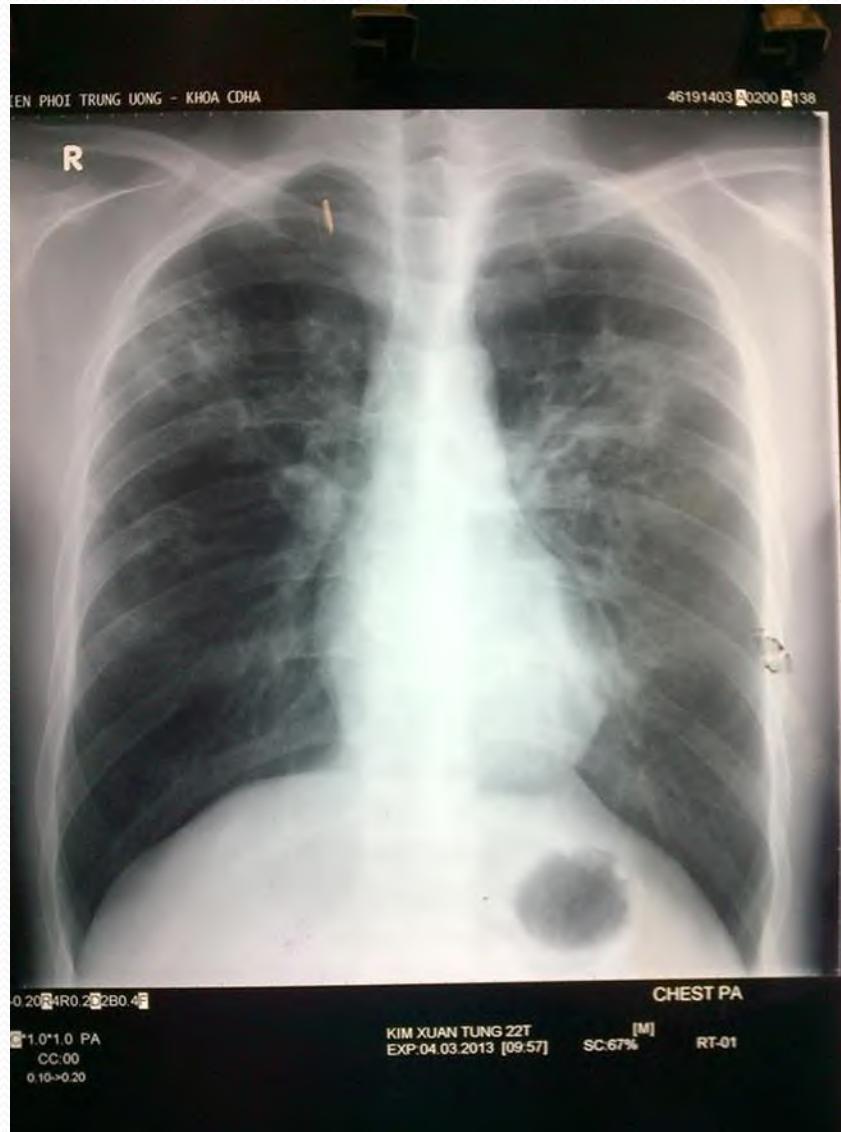
Thực hành đọc phim số 11



Thực hành đọc phim số 12



Thực hành đọc phim số 13



Thực hành đọc phim số 14



Thực hành đọc phim số 15



Thực hành đọc phim số 16



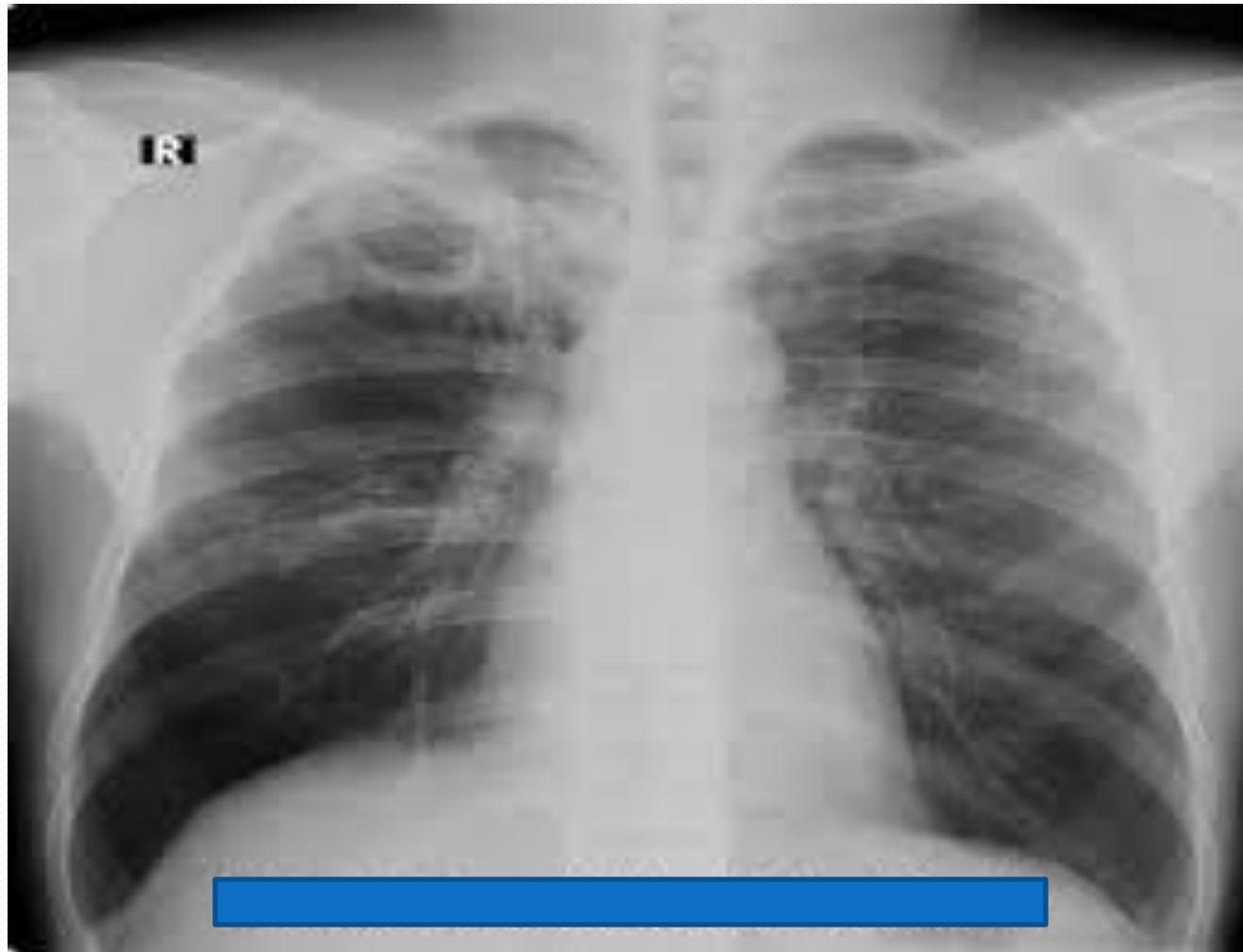
Thực hành đọc phim số 17



VV1023 . L 511

5800f5ab-05d4-47de-a927-eedc2e24531c Uploader: Rick Riego de Dios Source: Rick Riego de Dios 09-27-2006

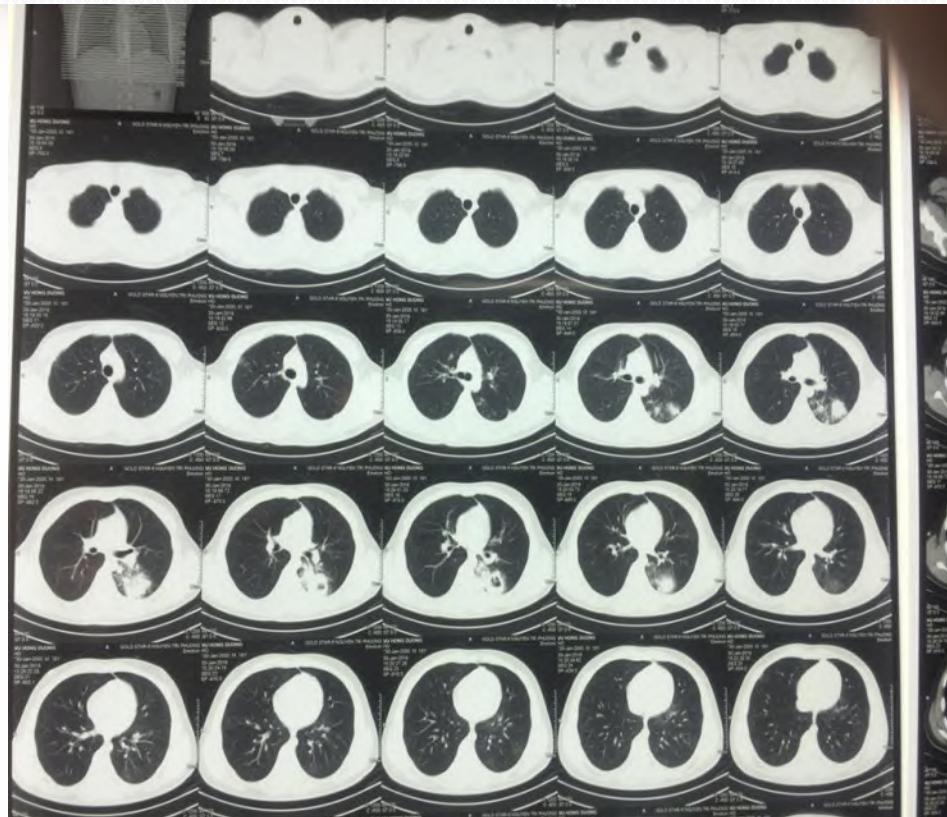
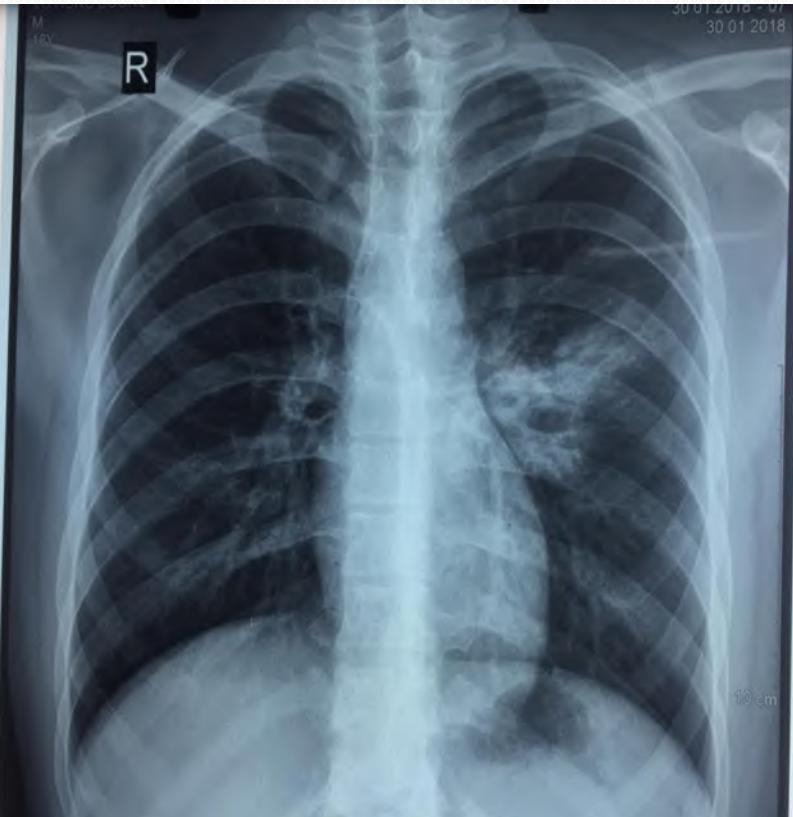
Thực hành đọc phim số 18



Thực hành đọc phim số 19



Thực hành đọc phim số 20



- Trên đây là đặc điểm tổn thương lao trên XQ của thể lao phổi mạn tính và lao kê.
- Còn một số hình ảnh tổn thương trên X quang của các thể lâm sàng khác của lao phổi chưa được đề cập trong nội dung này. Như: phế quản - phế viêm do lao, u lao, viêm phổi bã đậu do lao sẽ được đề cập ở các nội dung sau.
- Tài liệu tham khảo: Bệnh học lao - ĐH Y Hà Nội, Học viện Quân Y, ĐH Y Dược Hải Phòng.



<https://www.facebook.com/Bslaovabenphoi/>