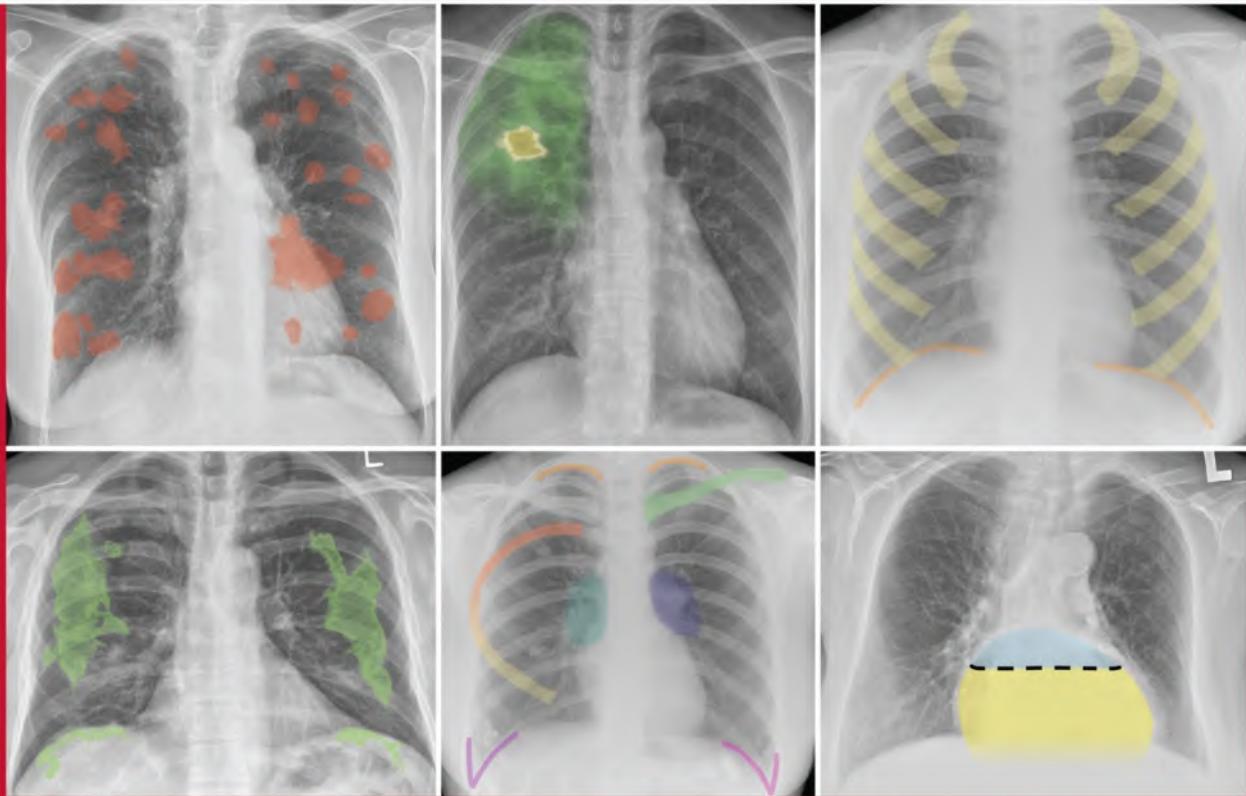


# Hướng Dẫn Đọc

# XQUANG NGỰC



Hướng Dẫn Đọc

XQUANG

NGỤC

# Mục Lục

## Phần 1

### Đại cương về Xquang, 1

- Tia X là gì?, 1
- Sản xuất tia X?, 1
- Cơ chế tạo ảnh của tia X, 2
- Lưu trữ phim Xquang, 2

### Tác hại bức xạ, 3

- Tác hại của bức xạ, 3
- IRMER 2000, 3
- Phụ nữ trong tuổi sinh đẻ, 3

### Tư thế chụp Xquang ngực, 4

- Đứng/PA, 4
- Tư thế khác, 4

### Giải phẫu bình thường Xquang ngực, 5

- Giải phẫu 1, 5
- Giải phẫu 2, 5
- Giải phẫu 3, 6
- Giải phẫu 4, 7
- Giải phẫu 5, 8
- Giải phẫu 6, 8
- Giải phẫu 7, 9
- Giải phẫu 8, 9

### Đọc Xquang ngực, 10

- Đọc 1 cách hệ thống, 10

### Chất lượng phim, 11

- Cân đối, 11
- Hít vào đủ, 13

## Phần 2

### Tổng quan về nguyên tắc ABCDE, 14

### Đánh giá A – (Airway) Đường thở, 15

- Khí quản lệch hay không, 21
- Góc carina, 22

### Đánh giá B – (Breathing) Hô hấp, 16

- Đồng đặc phổi, 23
- Phế quản chứa khí, 27
- Tổng quan xep phổi, 29
- Xep thùy trên phổi phải, 30
- Xep thùy giữa, 31
- Xep thùy dưới phổi phải, 32
- Xep thùy trên phổi trái, 34
- Xep thùy dưới phổi trái, 36
- Xep toàn bộ phổi, 38
- Cắt phổi, 39
- Tổn thương khói đơn độc, 41
- Tổn thương nhiều khói, 44
- Tổn thương dạng hang, 47
- Xơ phổi, 49
- Tràn khí màng phổi, 53
- Tràn khí màng phổi áp lực, 56
- Tràn dịch-khí màng phổi 58
- Tràn dịch màng phổi, 60
- Phù phổi, 65
- Mờ hình cánh doi, 67
- Đường Kerley, 69

### Đánh giá C – (Circulation) Tuần hoàn, 18

- Tim sang phai, 71
- Tim to, 72
- Nhĩ trái to, 73
- Trung thất rộng, 74
- Rốn phổi to, 77
- Thoát vị hoành, 79

### Đánh giá D – (Disability) Tổn thương xương, 19

- Gãy/tổn thương xương, 80

### Đánh giá E – (Everything) Tổn thương khác, 20

- Lièm hơi dưới hoành, 82
- Tràn khí dưới da, 84
- Cắt phổi, 87
- Dị vật, 88

**Phần 3**

**Các bệnh lí hay gặp, 94**

Thuyên tắc phổi, 94

Ung thư phế quản, 94

Suy tim, 95

Viêm phổi, 97

COPD, 97

Lao phổi, 98

Bệnh phổi do ami-ăng, 103

**Câu hỏi lượng giá, 108**

**Đáp án, 113**

# Mục tiêu

Sau khi học xong, cần đạt:

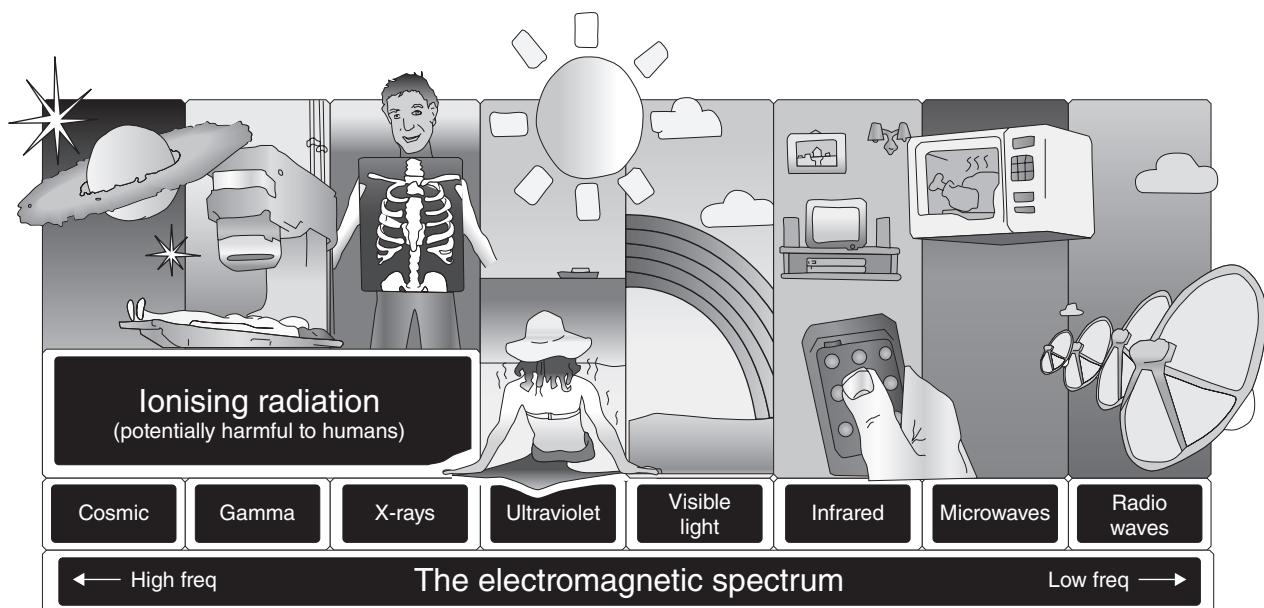
- Hiểu nguyên lý tạo ảnh của tia X
- Đọc Xquang ngực 1 cách hệ thống theo (ABCDE)
- Phát hiện được các dấu hiệu sau trên Xqaung:
  - Phim lệch
  - Hít vào đủ hay không
  - Khí quản cân hay không
  - Góc carina
  - Đóng đặc phổi
  - Phế quản chứa hơi
  - Xẹp thùy trên phổi phải
  - Xẹp thùy giữa
  - Xẹp thùy dưới phổi phải
  - Xẹp thùy trên phổi trái
  - Xẹp thùy dưới phổi trái
  - Xẹp toàn bộ phổi
  - Cắt phổi
  - Khối đơn độc
  - Tồn thương nhiều khối
  - Tồn thương dạng hang
  - Xơ phổi
  - Tràn khí màng phổi
  - TKMP áp lực
- Tràn dịch-khí màng phổi
- Phù phổi
- Mờ hình cánh dơi
- Đường Kerley
- Tim sang phải
- Tim to
- Nhĩ trái to
- Trung thất rộng
- Rốn phổi to
- Thoát vị hoành
- Gãy/tồn thương xương
- Lièm hơi dưới hoành
- Tràn khí dưới da
- Cắt vú
- Dị vật
- Các bệnh thường gặp và dấu hiệu của nó:
  - Ung thư phế quản
  - Suy tim
  - Viêm phổi
  - COPD
  - Lao phổi
  - Bệnh phổi do ami-ăng:
    - Bệnh màng phổi lành tính
    - Bụi phổi do ami-ăng
    - Ung thư màng phổi



# Đại cương về Xquang

## Tia X là gì?

Tia X là một dạng bức xạ ion hóa. Nó là sóng điện từ có đủ năng lượng gây hiện tượng ion hóa. Tia X có năng lượng lớn hơn tia tử ngoại nhưng nhỏ hơn ia gamma.



**Hình 1** Sóng điện từ

**Bức xạ:** Là sự vận chuyển năng lượng dưới dạng sóng, hạt.

**Bức xạ ion hóa:** là những tia bức xạ có đủ năng lượng gây ion hóa, trong đó tia bức xạ lấy đi các electron của nguyên tử. Vì vậy, bức xạ ion hóa có thể gây những biến đổi sinh học ở mức độ phân tử (vd, ADN).

**Ứng dụng của bức xạ ion hóa:** gồm chụp Xquang, CT, y học hạt nhân, PET.

## Tia X được tạo ra như thế nào?

Tia X được tạo ra bằng cách chiếu chùm electron năng lượng cao vào 1 tám kim loại, vd tungsten. Các electron đập vào tám kim loại, một số e đủ năng lượng đẩy các e của nguyên tử kim loại ra lớp áo ngoài. Kết quả là, các e ở mức năng lượng cao hơn sẽ chuyển vào lớp vị trí trống này và phát ra một phần năng lượng dưới dạng tia X.

## Cơ chế tạo ảnh của tia X

Các điểm quan trọng:

1. Hình ảnh Xquang là hình ảnh 2D cấu trúc 3D trong cơ thể.
2. Chùm tia X truyền qua cơ thể bị hấp thu tỉ lệ thuận với mật độ nguyên tử của mô nó truyền qua. Bình thường, số bức xạ đập vào phim càng nhiều, phim càng đen. Vì vậy, những mô có tỉ trọng thấp, tia X xuyên qua nhiều, phim đen hơn. Ngược lại, những mô có tỉ trọng cao, tia X xuyên qua ít, phim mờ (trắng) hơn.
3. Các cấu trúc chỉ thấy được trên phim nếu độ tương phản với cấu trúc xung quanh đủ lớn (tức sự khác biệt về tỉ trọng đủ lớn)



**Hình 2** Các loại mô có thể thấy trên Xquang.

## Lưu trữ phim Xquang

Một số bệnh viện, hình ảnh Xquang được in trên phim, nhưng hiện nay, hầu hết được lưu trên hệ thống máy tính.

Hệ thống này là hệ thống **PACS**. Bác sĩ có thể xem phim trên máy tính, chỉnh sửa độ tương phản, phóng to, thu nhỏ.

Thuận lợi là dễ dàng truy cập, giá thành rẻ, không tốn phim. Nhưng bất lợi là có thể lỗi hệ thống máy tính.

# Tác hại của bức xạ và thận trọng

## Tác hại của bức xạ

Tác hại của bức xạ do bức xạ gây tổn thương các tế bào. Đặc biệt là các tế bào phân chia mạnh (như, tủy xương, lympho) rất nhạy cảm. Tổn thương có thể biểu hiện dưới nhiều dạng như chết tế bào, ức chế phân bào, đột biến.

Loại và mức độ tổn thương tế bào phụ thuộc vào:

- Liều bức xạ, khoảng liều
- Thể tích mô tiếp xúc
- Loại bức xạ.

## Nguyên tắc an toàn phóng xạ IRMER 2000

Đề cập đến 3 nhóm đối tượng trong việc đảm bảo an toàn phóng xạ cho bệnh nhân:

**1. Bác sĩ chỉ định:**

- phải có bằng chứng lâm sàng mới chỉ định chụp.

**2. Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh:**

- Quyết định phim chụp có phù hợp hay không.

• Lợi ích phải lớn hơn nguy cơ (vd, CT sọ ở trẻ 1 tuổi làm tăng nguy cơ ung thư 1/500. Lợi ích của việc chụp phải lớn hơn nguy cơ với trẻ này).

**3. Kỹ thuật viên:**

- Đảm bảo 2 nguyên tắc trên đã thỏa mãn

- Liều bức xạ giảm tối mức thấp nhất có thể:

i. Giảm số lượng phim cần chụp

ii. Tập trung chùm tia vào vùng muốn khảo sát

iii. Giảm sử dụng Xquang tại giường bệnh, sử dụng siêu âm, MRI nếu có thể.

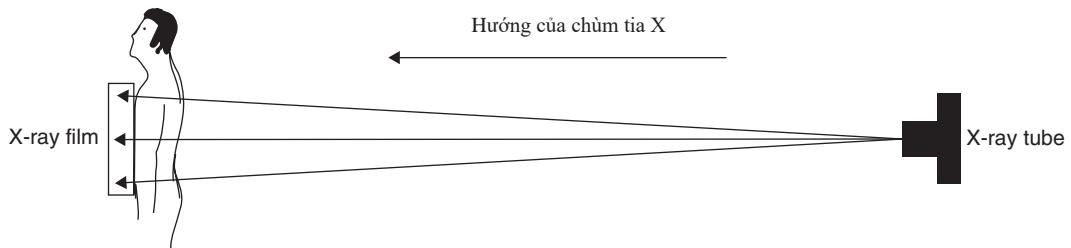
## Bức xạ với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ

- Hạn chế chiếu xạ vùng bụng, chậu.
- Hỏi tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có thai hay không trước khi chụp. Giai đoạn nhạy cảm nhất là 3-4 tháng vì lúc này hình thành mầm các cơ quan. Nên trì hoãn chụp nếu có thể
- Với chụp những vùng xa như đầu, ngực, chỉ có thể chụp với liều thấp nhất có thể ở bất kì tuổi thai nào.

## Tư thế chụp phim Xquang ngực

Tư thế chuẩn là chụp đứng sau-trước (PA). Có thể coi tất cả phim Xquang ngực đều chụp tư thế chuẩn trừ khi có chủ thích ngược lại.

### Xquang ngực thẳng, tư thế đứng (PA)



**Hình 3** Xquang ngực tư thế chuẩn.

Bệnh nhân đứng thẳng, ngực áp vào phim. Bóng phát tia X đặt sau bệnh nhân cách khoảng 6 ft (1.8m). Bệnh nhân hít sâu và giữ trong quá trình chụp.

#### Lý do nên chụp phim sau-trước (PA)

1. Đánh giá chính xác kích thước tim do hạn chế phóng to tim.
2. Xương vai xoay ra ngoài trường phổi.

#### Lý do nên chụp phim đứng:

1. **Khí di chuyển lên trên:** phát hiện tràn khí màng phổi, khí tự do ở bụng.
2. **Dịch di chuyển xuống dưới:** phát hiện tràn dịch màng phổi.
3. Đảm bảo điều kiện sinh lý mạch máu và phổi: nếu chụp nằm, tĩnh mạch lớn trong trung thất, mạch máu thùy trên phổi có thể to hơn gây nhầm lẫn chẩn đoán.

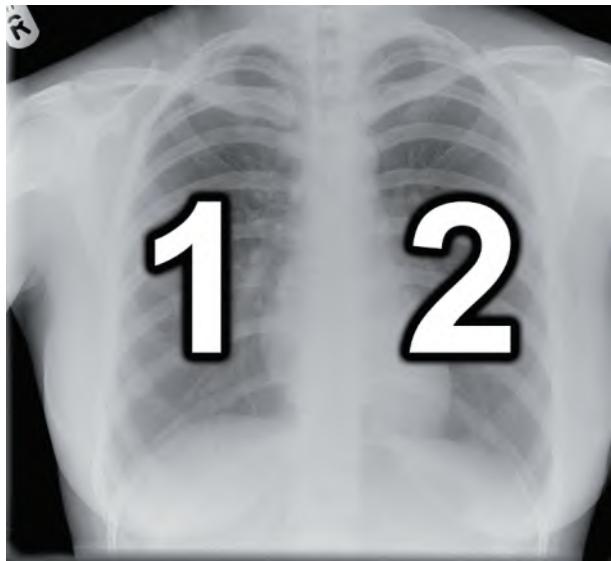
## Tư thế khác

- **Trước-sau (AP)/chụp nằm** được làm khi bệnh nhân không đứng được. Bóng tia X được đặt trước mặt bệnh nhân, tia X đi từ trước ra sau bệnh nhân. Bất lợi lớn nhất khi chụp nằm/AP là khi so sánh với phim chụp AP thì trung thất, tim to hơn. Vì vậy, không đánh giá kích thước tim, trung thất trên phim chụp nằm/AP.

- **Chụp Xquang ngực nghiêng** đánh giá thêm tim, phổi, vị trí tổn thương..
- **Chụp thi thoảng** để phát hiện tràn khí màng phổi lượng ít.

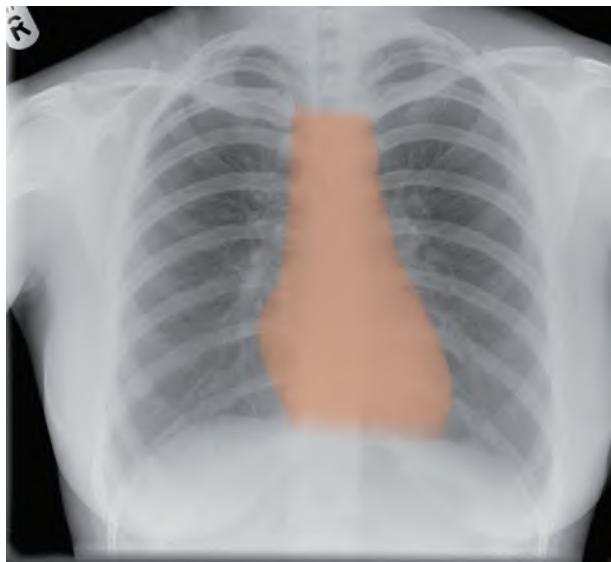
## Giải phẫu bình thường Xquang ngực thẳng

### Giải phẫu 1 (Hình 4)



Hình 4

### Giải phẫu 2 (Hình 5)



Hình 5

Cần nhớ, Khi nhìn phim Xquang ngực, bên trái phim là bên phải bệnh nhân, bên phải phim là bên trái bệnh nhân.

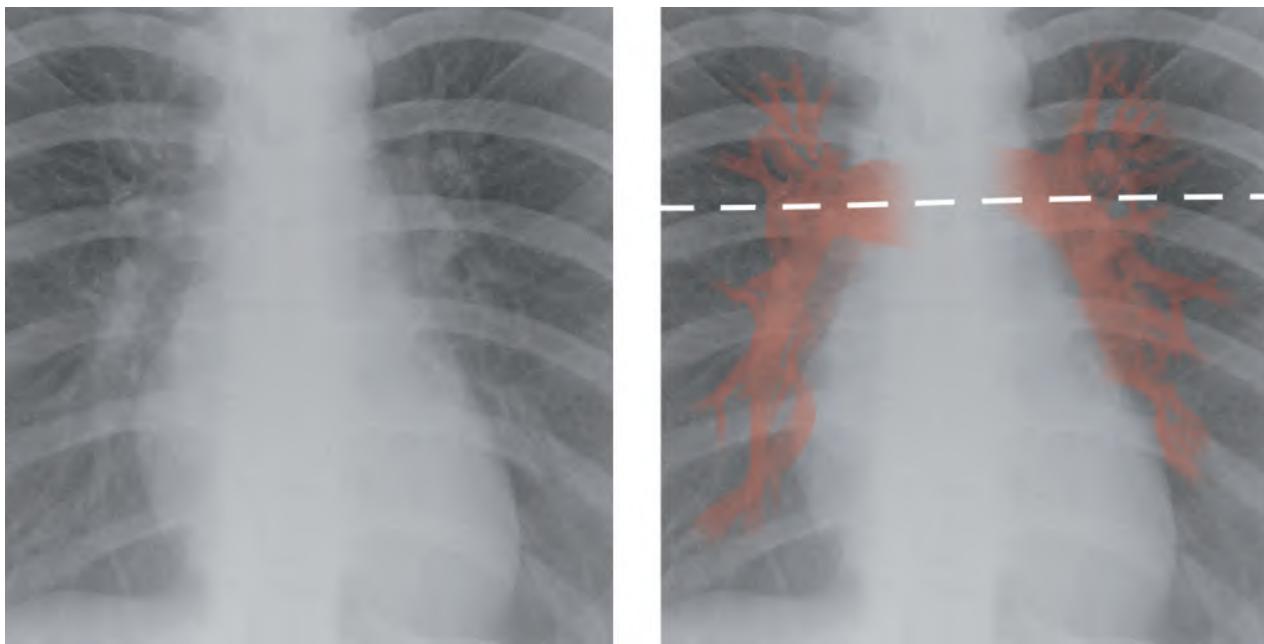
1. Phổi phải .
2. Phổi trái

**Lưu Ý:** Cách tốt nhất để nhớ là tưởng tượng bạn nhìn đối diện với bệnh nhân. Điều này đúng với cả phim PA và AP.

#### Trung thất

Trung thất là khoang nằm giữa lồng ngực (màu cam). Trung thất chứa tim, mạch máu lớn, thực quản, khí quản, thần kinh hoành, chuỗi hạch giao cảm, ông ngực, tuyến úc, hạch lympho.

### Giải phẫu 3 (Hình 6)



Hình 6

#### **Đặc điểm của hệ mạch máu phổi**

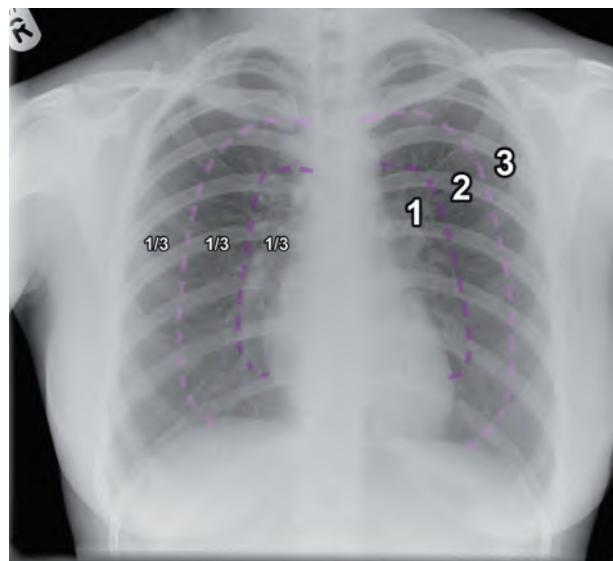
Hệ mạch máu phổi bình thường có các tính chất sau:

- Động mạch và tĩnh mạch phân nhánh theo chiều dọc tới thùy trên và thùy dưới.
- Trên Xquang ngực tư thế đứng, mạch máu thùy trên có đường kính nhỏ hơn mạch máu thùy dưới.

Phim Xquang ở trên minh họa hình ảnh trung thất và mạch máu bình thường ở phổi. Đường màu trắng là nơi mạch máu vào và ra khỏi phổi. Có thể thấy các mạch máu đi lên (ở trên đường kè) nhỏ hơn các mạch máu đi xuống (dưới đường kè). Điều này là do tác dụng của trọng lực.

**Lưu ý:** Điều ngược lại có thể gặp ở bệnh nhân có tăng áp lực tĩnh mạch phổi. vd, các nhánh mạch máu đi lên to hơn các nhánh mạch máu đi xuống.

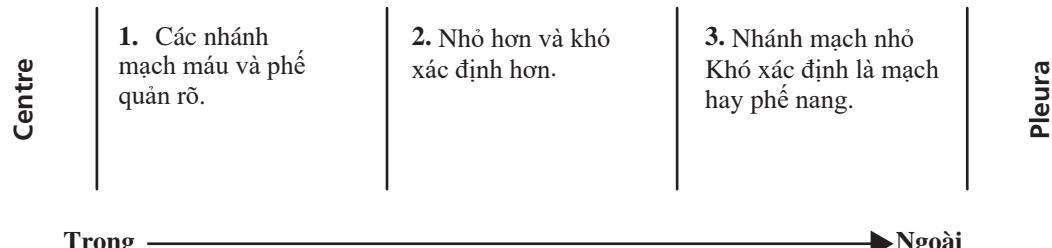
#### Giải phẫu 4 (Hình 7)



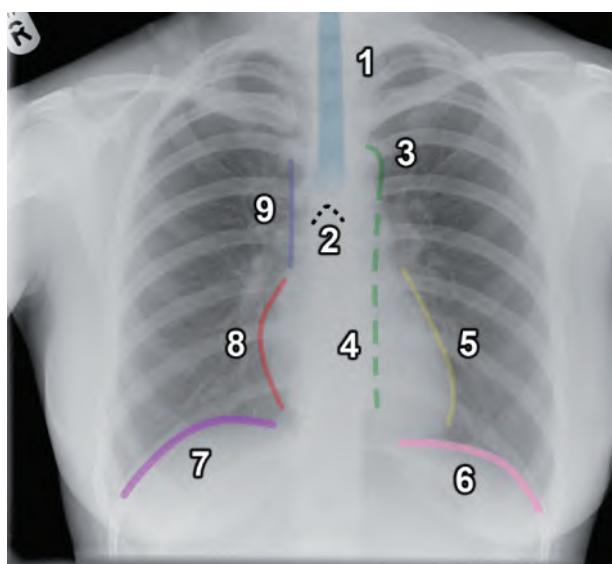
Hình 7

#### Các vân phổi (lung marking)

Vân phổi thực chất là các mạch máu trong phổi. Có thể thấy các mạch máu trên Xquang ngực vì tia X bị Fe trong máu hấp thu. Nếu chia phổi thành 3 phần, từ trong ra ngoài, vân phổi thay đổi như sau:



### Giải phẫu 5 (Hình 8)

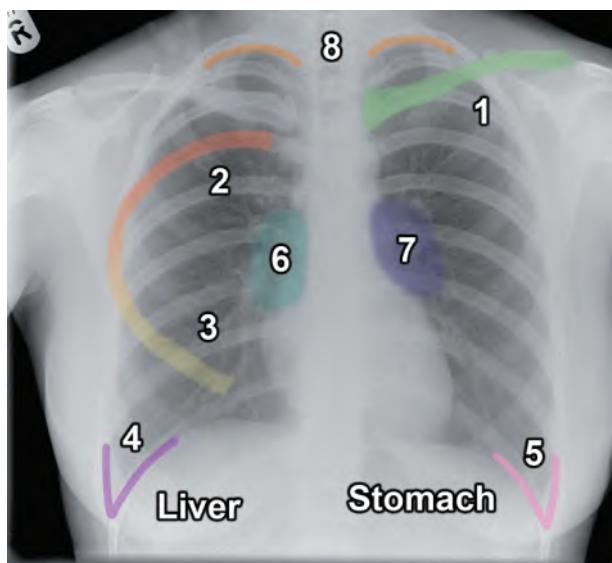


- Khí quản
- Carina – ngang mức T5
- Cung động mạch chủ
- Động mạch chủ ngực
- Thát trái
- Vòm hoành trái
- Vòm hoành phải
- Nhĩ phải
- Tĩnh mạch chủ trên

Hình 8

**Lưu ý:** Thát trái tạo nên bờ trái của tim và nhĩ phải tạo nên bờ phải của tim. Cả nhĩ trái và thát phải đều không thấy trên phim Xquang ngực thẳng. Vì thát phải nằm ở trước, nhĩ trái nằm ở sau nên không thấy bờ trên phim Xquang.

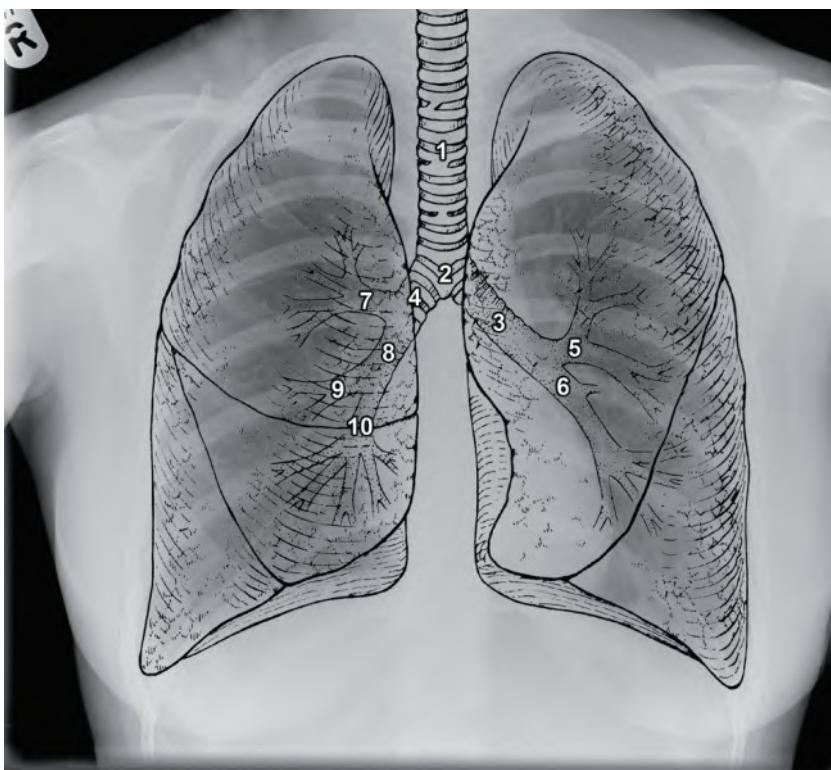
### Giải phẫu 6 (Hình 9)



- Xương đòn
- Cung sau xương sườn (cam)
- Cung trước xương sườn (vàng)
- Góc sườn hoành phải
- Góc sườn hoành trái
- Rốn phổi phải
- Rốn phổi trái
- Đỉnh phổi

Hình 9

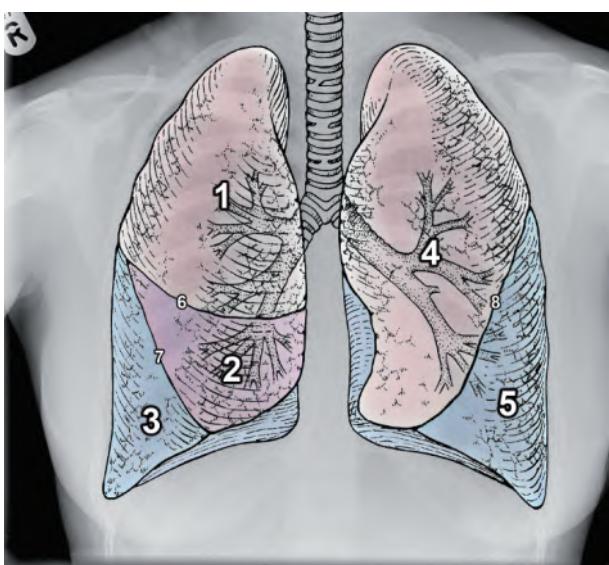
### Giải phẫu 7 (Hình 10)



1. Khí quản
2. Carina – ngang mức T5
3. Phế quản chính trái
4. Phế quản chính phải
5. Phế quản thùy trên trái
6. Phế quản thùy dưới trái
7. Phế quản thùy trên phải
8. Phế quản trung gian
9. Phế quản thùy giữa
10. Phế quản thùy dưới phải

Hình 10

### Giải phẫu 8 (Hình 11)



1. Thùy trên phổi phải
2. Thùy giữa
3. Thùy dưới phổi
4. Thùy trên trái
5. Thùy dưới trái
6. Rãnh ngang
7. Rãnh chéo phải
8. Rãnh chéo trái

Rãnh ngang ngăn cách thùy trên phải với thùy giữa.

Rãnh chéo phải ngăn cách thùy giữa với thùy dưới phải.

Rãnh chéo trái ngăn cách thùy trên trái với thùy dưới trái.

Hình 11

**Lưu ý:** Cần nhớ giải phẫu của phổi. Vì chỉ có 1 thùy giữa ở phổi phải, nên chỉ cần nói thùy giữa chứ không nhất thiết phải nói thùy giữa "phải".

## Đọc phim Xquang ngực

### Đọc một cách hệ thống

Nên đọc Xquang ngực một cách có hệ thống để tránh bỏ sót các tổn thương. Dưới đây là cách đọc bạn nên áp dụng.

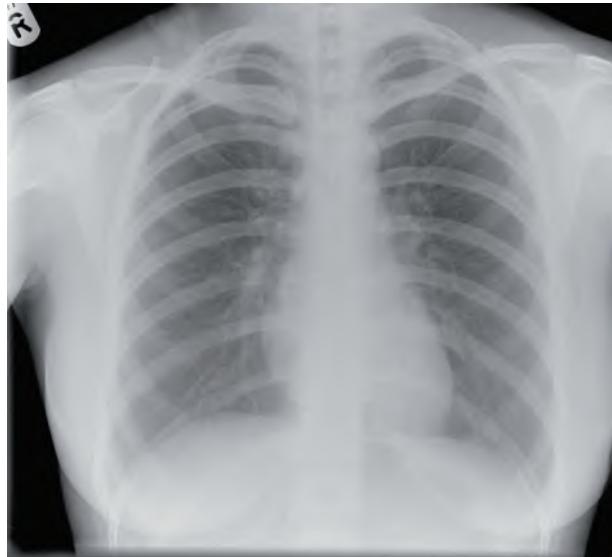
1. **Loại phim và hướng chụp**
2. Tên bệnh nhân
3. Ngày chụp.
4. Chất lượng phim.
5. Đọc theo nguyên tắc ABCDE
6. Kết luận.

vd. ‘Đây là phim **Xquang ngực PA** của John Smith, chụp ngày 1/1/2012.’

Xem phần chất lượng phim và  
nguyên tắc ABCDE

**Xem 18 ví dụ tại trang 108**

### Ví dụ đọc 1 phim Xquang ngực



‘ Phim Xquang ngực thẳng PA của Mrs LA, chụp ngày 24/12/2011.’

‘ Phim cân đối, hít đủ sâu.’

**A:** ‘ Khí quản cân đối.’

**B:** ‘ Phổi nở đều, trường phổi sáng.’

**C:** ‘ Bóng tim bình thường. Không có di lệch trung thất, bờ trung thất, rốn phổi bình thường.’

**D:** ‘ Không có gãy xương.’

**E:** ‘ Không có khí dưới vòm hoành, dị vật.’

‘ Kết luận, phim phổi bình thường.’

**Hình 12** Tên: Mrs LA, Tuổi 50. Ngày chụp: 24/12/2011.

## Đánh giá chất lượng phim

Trước khi đánh giá các bất thường trên phim, cần phải đánh giá chất lượng phim để đảm bảo phim đủ tiêu chuẩn hay chưa. Có 2 điểm cần đánh giá.

1. Cân đối hay không.

2. Hít vào tốt chưa:

– Hít vào tốt rất quan trọng vì nếu hít vào quá nồng, bóng tim có thể to giả tạo. Hơn nữa, nếu phổi không nở tốt, các mảnh máu phổi có thể to, rõ hơn, có thể nhầm với chẩn đoán xẹp phổi.

**Lưu Ý:** Có thể một số bác sĩ đề cập đến vấn đề cường độ tia đã hợp lý chưa. Tuy nhiên đây không còn là vấn đề cần thiết vì với những phim cường độ tia yếu hay mạnh có thể điều chỉnh bù lại bằng máy tính khi xem phim.

### Phim có cân đối không

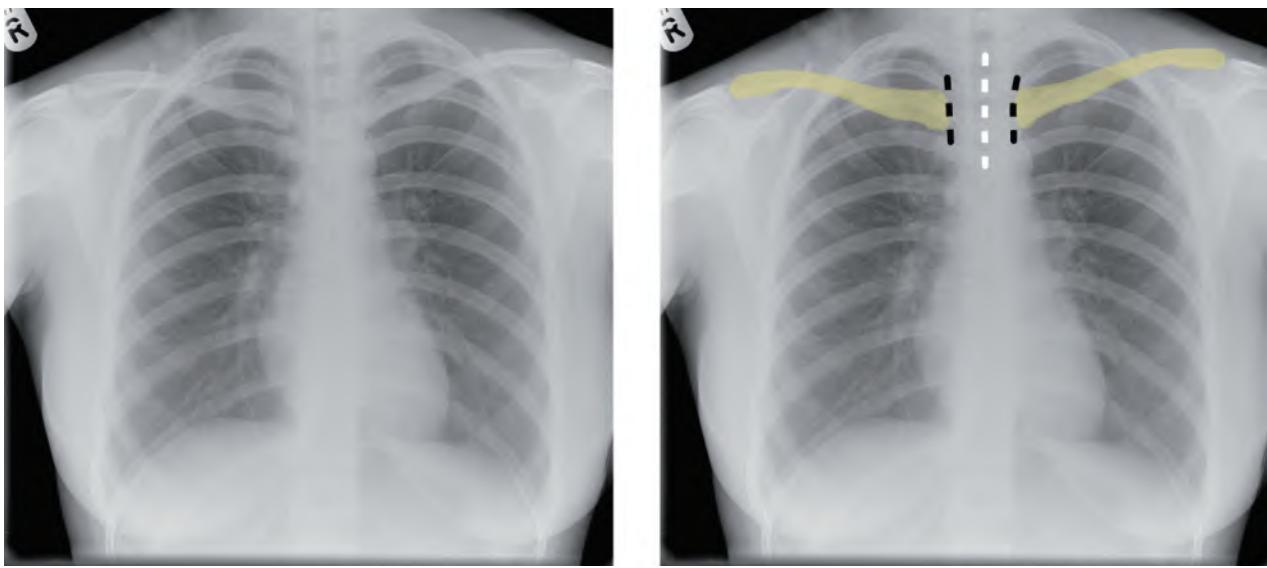
Quanh sát các móm gai của các đốt sống ngực trên. Nếu phim can đối, móm gai nằm giữa hai đầu trong của xương đòn. Nếu không cân, móm gai sẽ bị lệch sang trái hoặc phải.

- **Bệnh nhân xoay trái:** Đầu trong 2 xương tròn nằm bên trái móm gai.
- **Bệnh nhân xoay phải:** Đầu trong 2 xương đòn nằm bên phải móm gai.

**Lưu ý:** Nguyên tắc này áp dụng cho cả phim PA và AP.

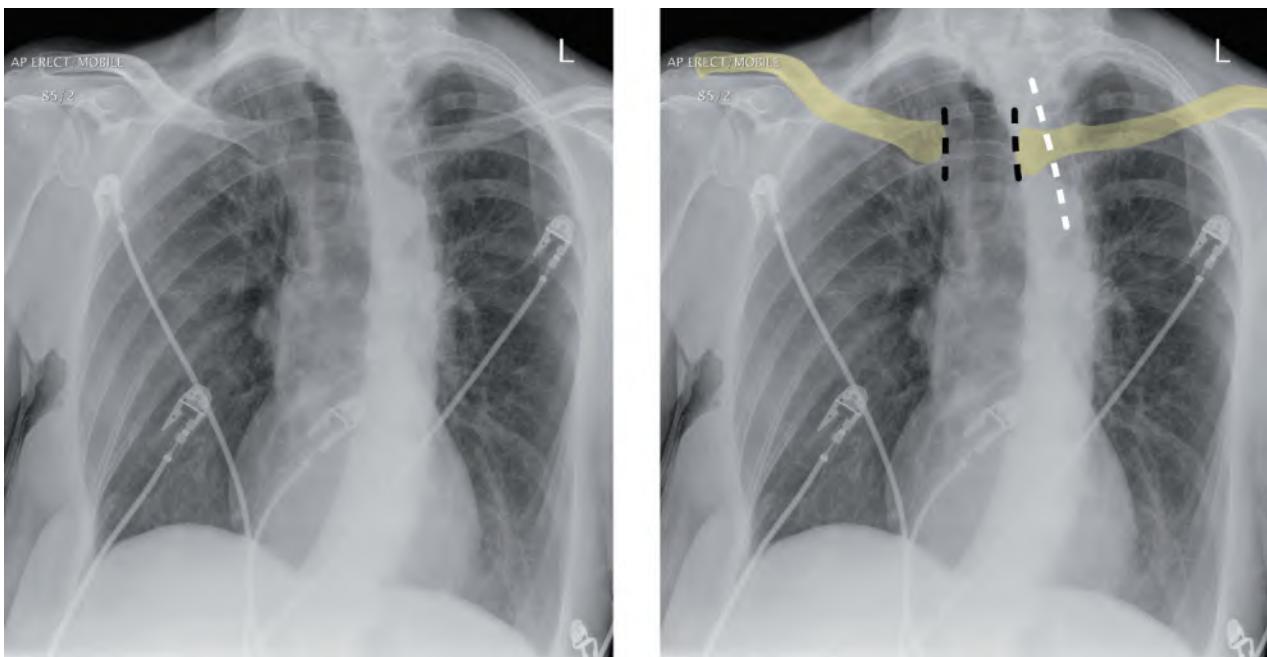
Đánh giá sự cân đối cả phim rất quan trọng vì nếu bệnh nhân xoay thì có thể tim, trung thất sẽ to, nhỏ hơn giả tạo.

**Ví dụ: phim cân đối**



**Hình 13 :** Phim Xquang ngực bình thường. Mỏm gai của đốt sống ngực trên nằm giữa đầu trong 2 xương đòn, vì vậy phim này cân đối.

**Ví dụ: phim không cân đối**

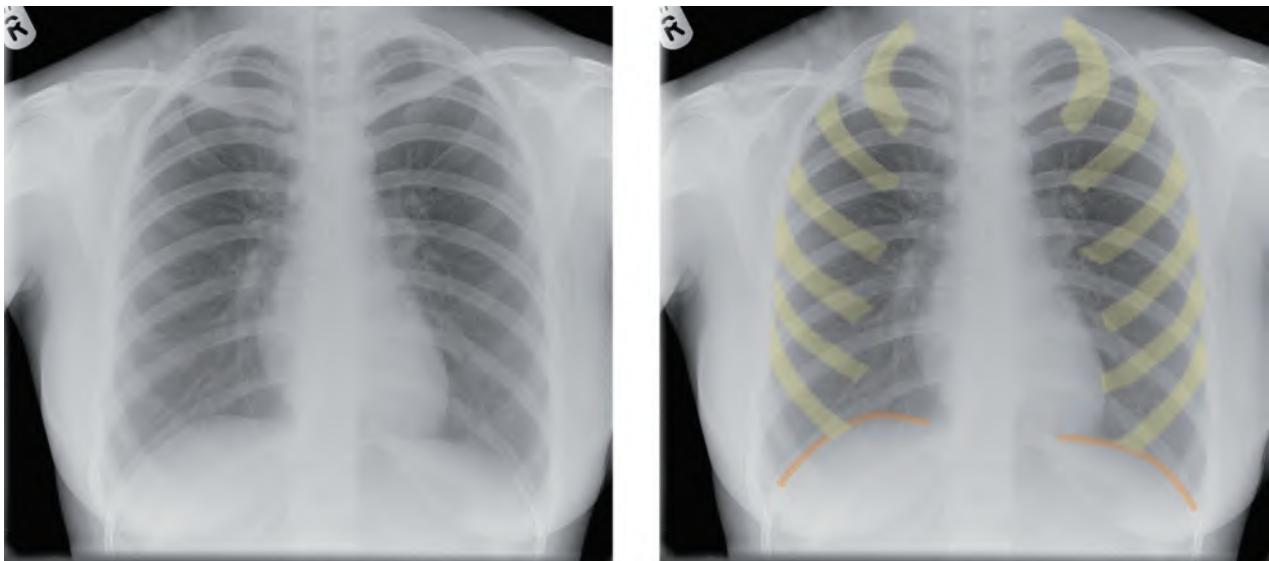


**Hình 14:** Phim Xquang cho thấy bệnh nhân xoay phải. Đầu trong 2 xương đòn nằm bên phải mỏm gai các đốt sống ngực trên vì vậy bệnh nhân xoay phải.

## Hít vào đú

Nếu vòm hoành nằm từ mức đầu trước xương sườn 6 trở xuống hoặc cung sau 8,9 xương sườn thì được coi là bệnh nhân hít vào đú.

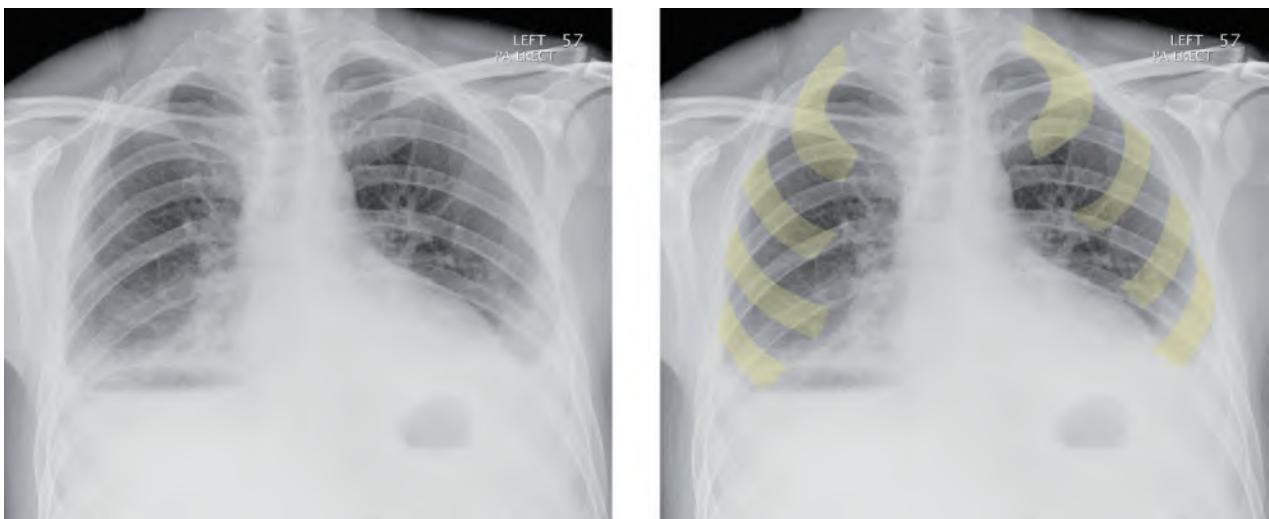
### Ví dụ: Bệnh nhân hít vào đú



**Hình 15** Phim Xquang ngực. Cung trước xương sườn 1-6 (màu vàng). Vòm hoành 2 bên (màu cam). Vòm hoành hình dạng bình thường.

Nếu bệnh nhân hít vào nồng: Dưới 5 cung trước xương sườn hoặc ít hơn 7 cung cau xương sườn có thấy trên trường phổi.

### Ví dụ: bệnh nhân sau hít vào chưa tốt



**Hình 16** Phim Xquang minh họa bệnh nhân hít vào nồng. Lưu ý thấy thể tích phổi giảm, Tim to giả tạo. 4 cung trước xương sườn thấy được trên trường phổi (vàng). Ghi nhận thêm có khí ở dưới vòm hoành phải.

## Tổng quan nguyên tắc ABCDE trong đọc Xquang ngực

Tiếp cận Xquang ngực một cách có hệ thống rất quan trọng. Cách tiếp cận theo nguyên tắc ABC sau đây rất dễ nhớ!

### A (Airway) Đường thở

- Đánh giá khí quản, các phế quản chính, phế quản thùy.

### B (Breathing) Hô hấp

- Đánh giá phổi có nở đều hay không, so sánh 2 bên.
- Đánh giá các bờ phổi.
- Đánh giá 4 bóng mờ.

### C (Circulation) Tim mạch

- Đánh giá kích thước tim.
- Đánh giá các mạch máu lớn (mạch phổi, mạch chủ).
- Đánh giá trung thất, rốn phổi.

### D (Disability) Tendon thương

- Phát hiện gãy xương, đặc biệt là xương sườn, đai vai.

### E (Everything) Tendon thương khác.

- Phát hiện khí dưới vòm hoành.
- Phát hiện tràn khí dưới da.
- Đánh giá bóng vú.
- Đánh giá dị vật .

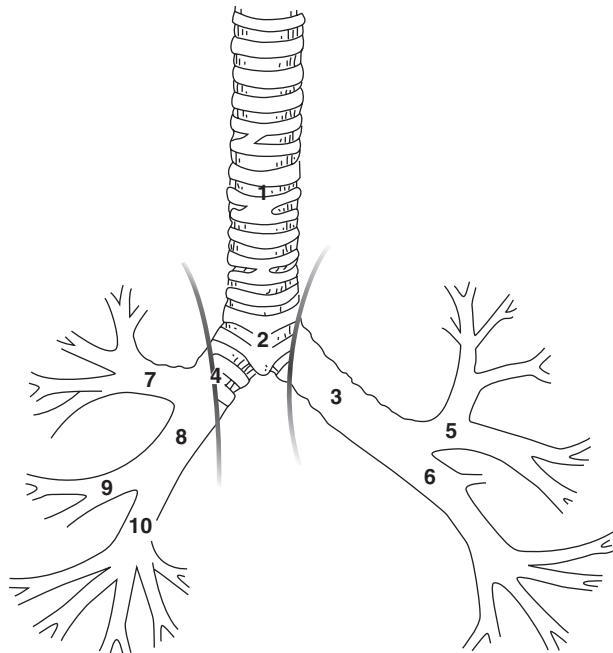
## Đánh giá A – (Airway) Đường thở

### Cách đánh giá

Bắt đầu đánh giá **khí quản** (1) từ trên xuống dưới. Khí quản phải nằm trên đường giữa. Nó chia đôi tại **carina** (2) thành **phế quản chính trái** (3) và **phế quản chính phải** (4).

Bên trái, đường thở kết thúc bằng việc chia đôi thành **phế quản thùy trên** (5) và **phế quản thùy dưới** (6).

Bên phải, phế quản chính chia thành **phế quản thùy trên** (7) và tiếp tục đi xuống dưới như là **phế quản trung gian** (8). Cuối cùng, phế quản trung gian chia thành **phế quản thùy giữa** (9) và **phế quản thùy dưới** (10).



Hình 17 Cây khí quản

### Cân đánh giá

- Khí quản cân hay không
- Góc carina

p. 21

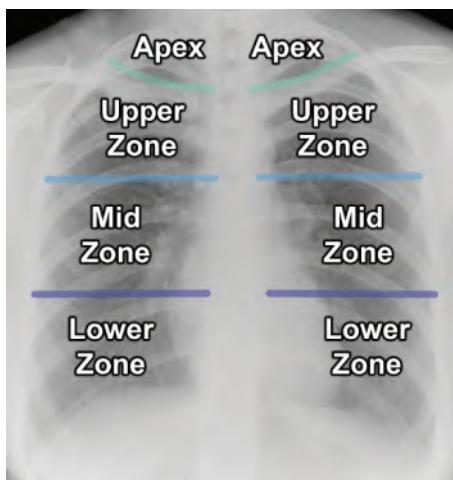
p. 22

*Bình thường khí quản nằm cân  
đối trên đường giữa*

## Đánh giá B – (Breathing) Hô hấp

### Cách đánh giá

Nguyên tắc cơ bản: **đen** = khí và **trắng** = **không có khí**. Cần đánh giá 5 điểm.



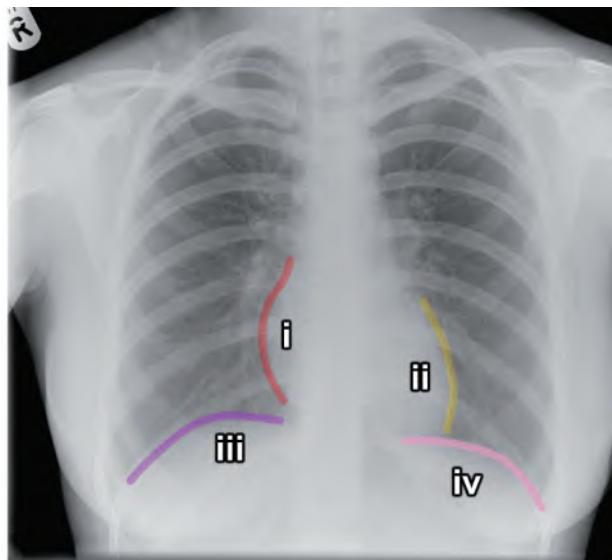
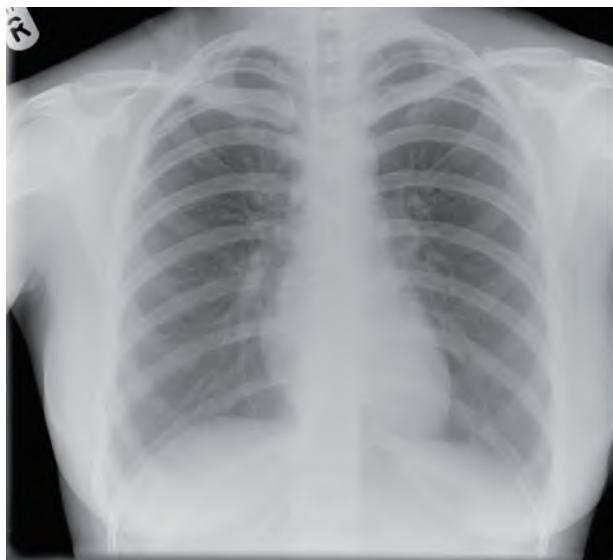
1. Phổi có nở đều hay không ?
2. So sánh hai phổi và phát hiện vùng mờ:
  - So sánh đỉnh phổi 2 bên
  - So sánh vùng trên phổi 2 bên
  - So sánh vùng giữa phổi 2 bên
  - So sánh vùng dưới phổi 2 bên.
3. Đánh giá bờ phổi.
4. Đánh giá góc sườn hoành 2 bên

**Hình 18** Các vùng của phổi.

### 5. Đánh giá 4 bóng mờ sau (xem trang 19)

- i. **Bờ phải tim.** Mát bờ phải tim cho thấy măt khí ở thùy giữa (xẹp phổi/dòng đặc).
- ii. **Bờ trái tim.** Mát bờ trái tim cho thấy măt khí ở thùy lưỡi (xẹp phổi/dòng đặc)

- iii. **Vòm hoành phải .**
  - iv. **Vòm hoành trái .**
- } Xóa ranh giới vòm hoành cho thấy măt khí ở thùy dưới (xẹp/dòng đặc) hoặc có gì đó (vd, dịch) nằm giữa vòm hoành và thùy dưới.



**Hình 19** Phim Xquang ngực bình thường. Bờ tim phải (đỏ) (i). Bờ tim trái (vàng) (ii). Vòm hoành phải (tím) (iii). Vòm hoành trái (hồng) (iv).

## Cần đánh giá

Xquang ngực không chỉ ra bệnh cụ thể như viêm phổi, ung thư phổi, mà chỉ cho thấy dấu hiệu của bệnh, có thể kết luận về cơ chế gây bệnh. Dưới đây là danh sách các bệnh và dấu hiệu của nó:

• Đông đặc phổi	p. 23
• Phế quản chửa hơi	p. 27
• Xẹp phổi	p. 29
– Xẹp thùy trên phổi phải	p. 30
– Xẹp thùy giữa	p. 31
– Xẹp thùy dưới phổi phải	p. 32
– Xẹp thùy trên phổi trái	p. 34
– Xẹp thùy dưới phổi trái	p. 36
– Xẹp toàn bộ phổi	p. 38
• Cắt phổi	p. 39
• Tổn thương khói đơn độc	p. 41
• Tổn thương nhiều khói	p. 44
• Tổn thương dạng hang	p. 47
• Xơ phổi	p. 49
• Tràn khí màng phổi	p. 53
• Tràn khí màng phổi áp lực	p. 56
• Tràn dịch-khí màng phổi	p. 58
• Tràn dịch màng phổi	p. 60
• Phù phổi	p. 65
• Mờ hình cánh hơi	p. 67
• Đường Kerley	p. 69

*Bình thường, phổi nở đều, sáng đều.*

## Đánh giá C – (Circulation) Tuần hoàn

### Cách đánh giá

- Đánh giá kích thước tim. Chiều rộng tim không lớn hơn 1/2 chiều rộng lồng ngực.
- Đánh giá mạch máu lớn (mạch máu phổi, động mạch chủ).
- Đánh giá trung thất, rốn phổi, thoát vị hoành.

### Cân đánh giá:

• Tim sang phải	p. 71
• Tim to	p. 72
• Nhĩ trái to	p. 73
• Trung thất rộng	p. 74
• Rốn phổi to	p. 77
• Thoát vị hoành	p. 79

*Bình thường, kích thước tim bình thường, trung thất không lệch, bờ trung thất, rốn phổi bình thường.*

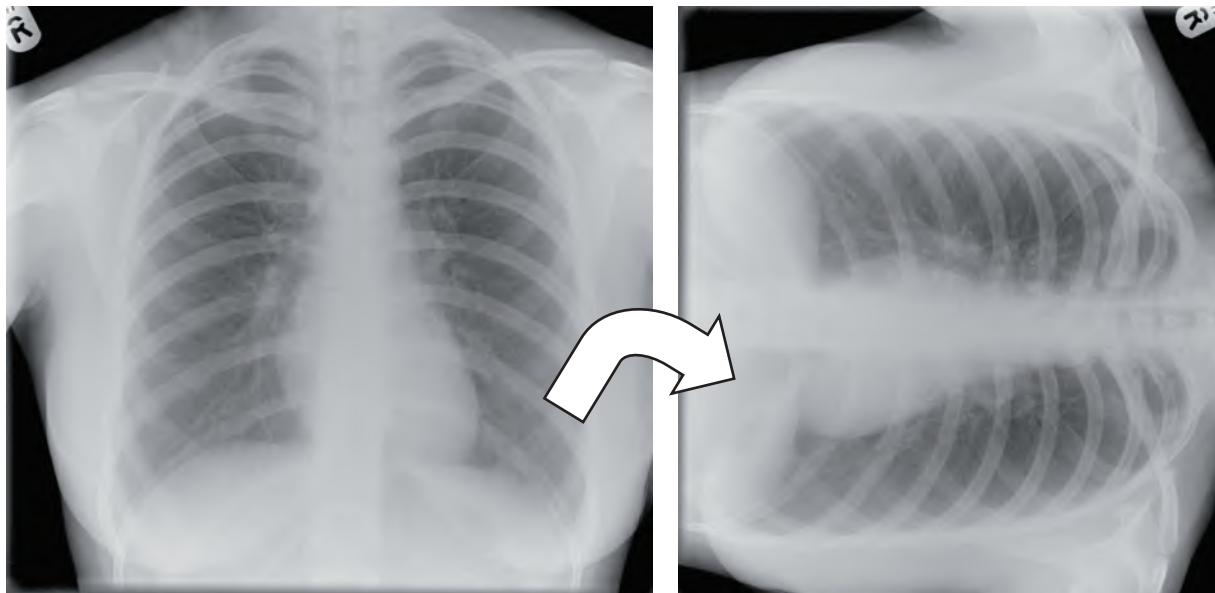
## Dánh giá D – (Disability) Tỗn thương xương

### Cách đánh giá

- Phát hiện gãy xương, tổn thương xương sườn. Nhớ quay phim 90°.

**Lưu Ý :** Khi bạn nhìn phim Xquang ngực, mắt của bạn có xu hướng nhìn các cấu trúc như tim, phổi. Tuy nhiên, khi quay phim 90°, mắt của bạn sẽ tập trung vào các cấu trúc đậm độ cao hơn như xương sườn, vì vậy dễ phát hiện các gãy xương hơn.

- Quan sát kĩ phim và nhìn theo bờ tùng xương để phát hiện gãy xương. Nhìn đường sáng trên mỗi xương avf so sánh với bên đối diện.
- Đánh giá các xương khác: cột sống, xương đòn, đai vai.



**Hình 20** Phim Xquang ngực bình thường. Quay phim 90° để dễ phát hiện gãy xương hơn.

### Cân đánh giá

- Gãy xương sườn và các bất thường xương khác

p. 80

*Bình thường, không thấy gãy xương và tổn thương xương.*

## Đánh giá E – (Everything) Tổn thương khác

### Cách đánh giá

- Đánh giá để phát hiện lièm hơi dưới hoành. Bình thường, đỉnh vòm hoành nằm ở trung tâm, vòm hoành phải cao hơn vòm hoành trái do vị trí của tim (không phải do gan). Các bệnh lí khác trong ổ bụng có thể thấy trên Xquang ngực là vôi hóa dưới vòm hoành (sỏi mật), quai ruột giãn dưới vòm hoành.
- Phát hiện tràn khí dưới da.
- Ở bệnh nhân nữ, cần đánh giá bóng vú. Nếu 1 vú nhỏ hơn hoặc không có, có thể đã phẫu thuật cắt vú (có thể là nguyên nhân gây di căn phổi). Đánh giá vùng nách, cổ dưới để phát hiện khối u.
- Phát hiện các dị vật.

### Cần đánh giá

- |   |       |
|---|-------|
| • Lièm hơi dưới hoành (khí tự do ổ bụng). | p. 82 |
| • Tràn khí dưới da.                       | p. 84 |
| • Cắt vú                                  | p. 87 |
| • Dị vật, dụng cụ y khoa                  | p. 88 |

## Khí quản mất cân đối

Khí quản được xem là mất cân đối khi một đoạn của nó lệch sang phải hoặc trái đường giữa. (Đường giữa là đường nối các mõm gai cột sống).

**Lưu Ý:** Cần đảm bảo phim cân đối, vì nếu phim không cân đối thì có thể gây cảm giác lệch khí quản nhưng thực chất khí quản vẫn nằm giữa.

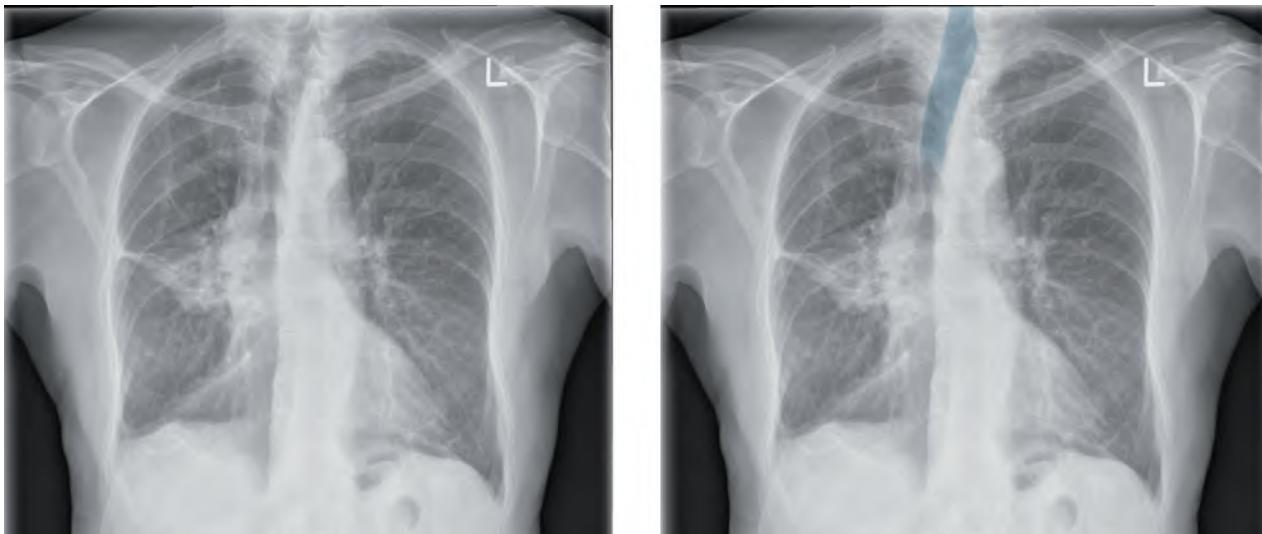
Nếu nghi ngờ khí quản lệch, tìm các nguyên nhân có thể.

- **Khí quản lệch về bên tổn thương** (Kéo khí quản):
  - *Xẹp phổi*
  - *Cắt phổi (1 bên hoặc 1 thùy phổi)*
  - Xơ hóa 1 bên phổi
  - Bất sản phổi (Mất hoàn toàn 1 phổi và phế quản kèm theo).
- **Khí quản lệch về bên không tổn thương** (Đẩy khí quản):
  - *Tràn khí màng phổi áp lực*
  - *Tràn dịch màng phổi nhiều*
  - U trung thất
  - U cạnh khí quản.

(Các nguyên nhân hay gặp gây lệch khí quản được in ĐÂM.)

Hầu hết các bệnh lí khác (đông đặc, TKMP không áp lực) ít gây lệch khí quản.

### Ví dụ

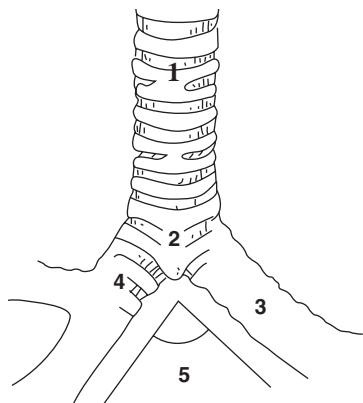


**Hình 21** Phim Xquang cho thấy khí quản lệch phải. Hình ảnh khói mờ nằm ở rốn phổi phải, gây xẹp thùy giữa, kéo khí quản sang phải.

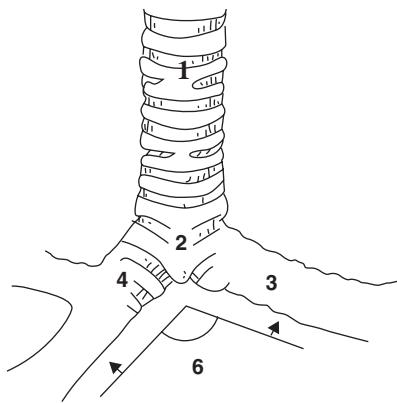
## Carina khí quản

Carina khí quản là góc giữa phế quản chính phải và phế quản chính trái. Bình thường, góc này khoảng  $40^{\circ}$  tới  $100^{\circ}$ . Tăng góc này là dấu hiệu gián tiếp cho thấy bệnh lí của tim, trung thất, phổi, vì vậy nếu góc carina trên  $100^{\circ}$  cần tìm nguyên nhân.

Nếu góc carina tăng thì phải có nguyên nhân đè đẩy khí quản từ dưới carina hoặc có nguyên nhân co kéo 2 phế quản chính.



Hình 22 Góc carina.



Hình 23 Góc carina rộng,  
gợi ý bệnh lý

1. Khí quản
2. Carina – ngang mức T5
3. Phế quản chính trái
4. Phế quản chính phải
5. Góc carina
6. Góc carina rộng

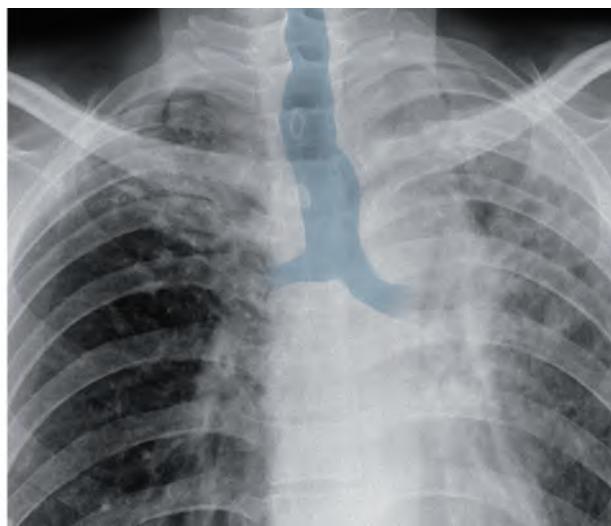
Nguyên nhân gây góc carina rộng:

- **Khối nằm dưới carina** (vd, Ung thư phế quản, thoát vị hoành)
- **Nhĩ trái to, tim to, tràn dịch màng ngoài tim.**
- **Xẹp thùy trên phổi trái, phải** (Kéo phế quản gốc lên).

Ví dụ



Hình 24 Phim Xquang cho thấy góc carina rộng. ( $> 100^{\circ}$ )



## Đông đặc phổi/Đám mờ

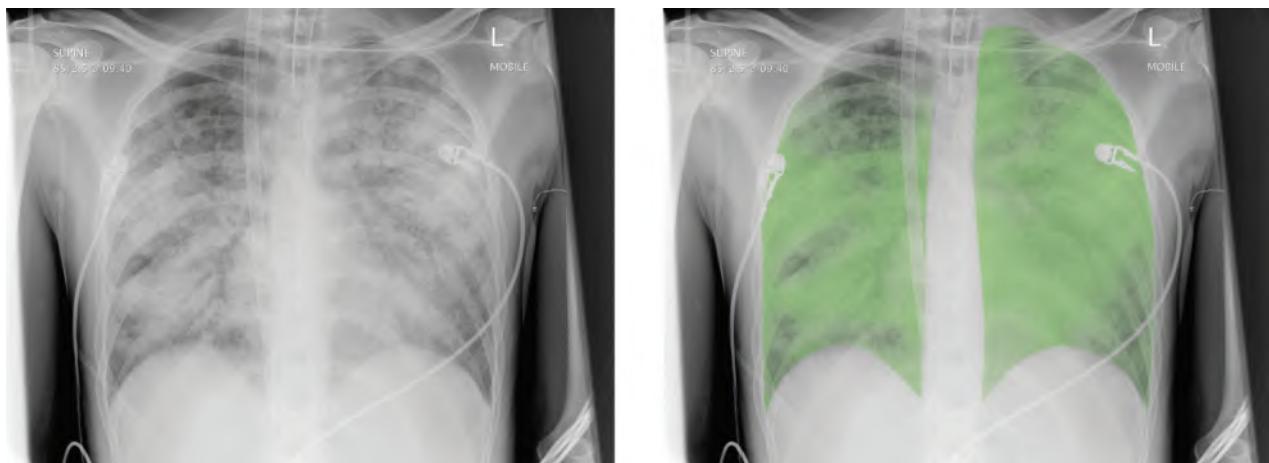
Đông đặc phổi (còn gọi là bóng mờ) là sự thay thế khí trong phế nang bằng dịch, tế bào, mủ, hoặc chất khác. Viêm phổi là nguyên nhân phổ biến nhất gây tổn thương đông đặc. Thỉnh thoảng cũng gặp trong lao phổi nguyên phát.

### **Đặc điểm của tổn thương đông đặc phổi trên Xquang ngực:**

- **Bóng mờ không đều:** bóng mờ nhiều hình dạng, ranh giới không rõ.
- **Bóng mờ dạng thùy/phân thùy phổi:** bóng mờ tương ứng với vị trí giải phẫu của thùy, phân thùy phổi.
- **Phế quản chứa hơi** (xem trang 27): Sự xuất hiện của phế quản chứa hơi khẳng định bóng mờ (dịch/mủ) nằm trong phế nang chứ không nằm trong đường thở lớn. Trên lâm sàng, tiếng thở phế quản là dấu hiệu tương đương với hình phế quản chứa hơi trên Xquang.
- **Thể tích phổi không giảm:** Thực tế, thể tích phổi có thể tăng trong giai đoạn đầu. Sau đó thể tích phổi giảm nhẹ do tắc nghẽn phế quản do tăng tiết dịch viêm. Tuy nhiên, về nguyên tắc, thể tích giảm không đáng kể.

**Lưu ý:** Cân kết hợp với lâm sàng. Trên bệnh cảnh sốt, dấu hiệu của nhiễm trùng, tổn thương đông đặc trên phim khả năng cao là bệnh lý. Hơn nữa, cần so sánh với các phim Xquang trước đó, nếu có tổn thương tương tự trên phim thì có thể là xơ phổi chứ không phải là đông đặc phổi.

### Ví dụ 1



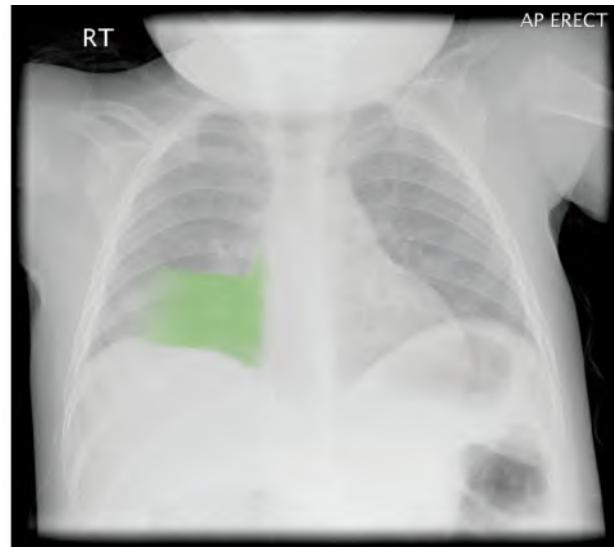
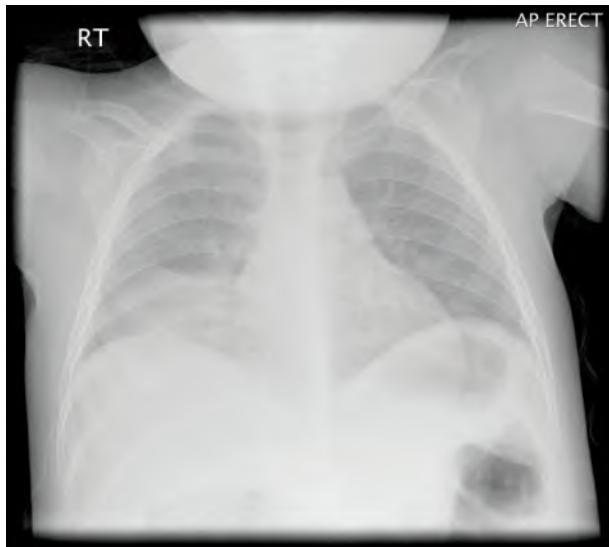
**Hình 25** Phim Xquang cho thấy tổn thương đông đặc phổi. Tổn thương dạng đám mờ lan tỏa 2 phổi trừ vùng đỉnh phổi phải, thể tích phổi không giảm, có hình ảnh phế quản chứa khí ở cả 2 phổi. Ngoài ra còn thấy, ống nội khí quản, sonde dạ dày, cực ghi ECG và 1 catheter tĩnh mạch chủ trên.

## Ví dụ 2

**B**

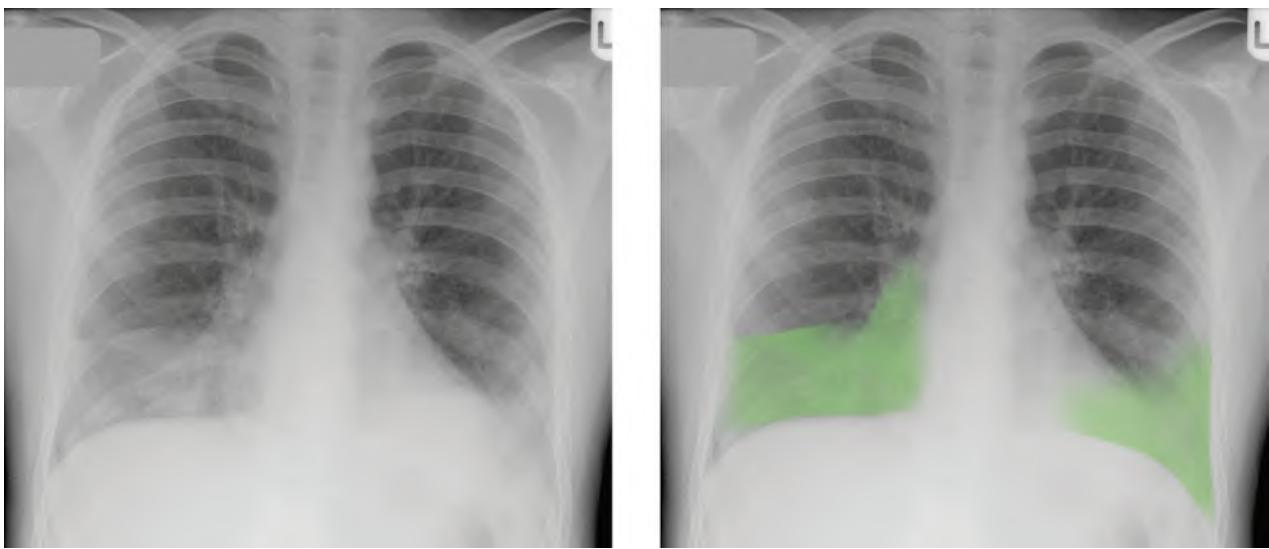
**Hình 26** Phim Xquang minh họa hình ảnh tổn thương dạng đòn đặc/đám mờ thùy trên phổi phải, không tổn thương phân thùy đỉnh. Thể tích phổi không giảm.

## Ví dụ 3



**Hình 27** Phim Xquang minh họa hình ảnh tổn thương đòn đặc phổi ở thùy giữa. Thể tích phổi không giảm. Khẳng định tổn thương đám mờ nằm ở thùy giữa vì đám mờ nằm dưới rãnh ngang, và đám mờ xóa ranh giới với bờ phải tim.

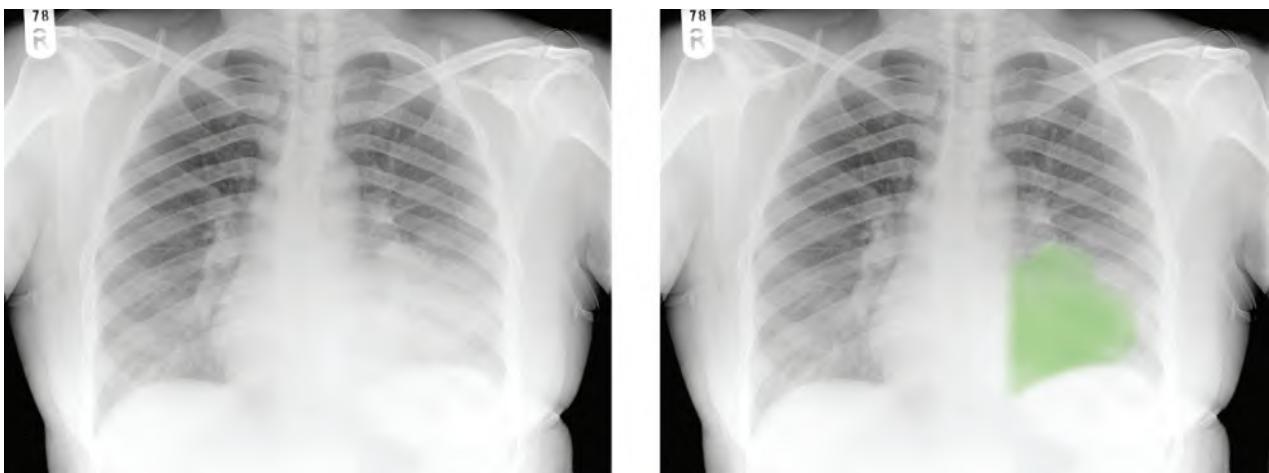
**Ví dụ 4**



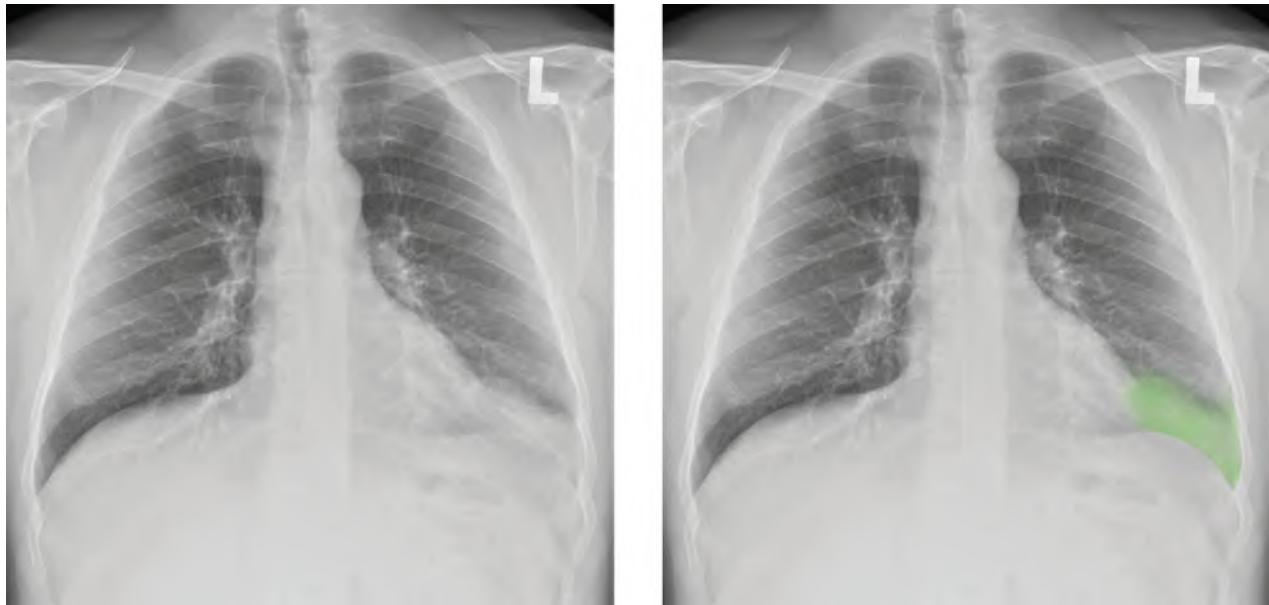
B

**Hình 28** Phim Xquang minh họa tồn thương động đặc nằm ở thùy dưới phổi trái và thùy giữa. Thể tích phổi không giảm. Khẳng định tồn thương đàm mờ nằm ở thùy giữa vì đàm mờ nằm dưới rãnh ngang, và đàm mờ xóa ranh giới với bờ phải tim. Khẳng định tồn thương nằm ở thùy dưới phổi trái vì tồn thương xóa ranh giới với vòm hoành trái, ranh giới với bờ tim trái còn rõ

**Ví dụ 5**



**Hình 29** Phim Xquang minh họa hình ảnh tồn thương động đặc ở thùy lưỡi. Thể tích phổi không giảm. Khẳng định tồn thương nằm ở thùy lưỡi vì xóa ranh giới với bờ trái tim.

**Ví dụ 6****B**

**Hình 30** Phim Xquang minh họa tổn thương đồng đặc nằm ở thùy dưới phổi trái. Thể tích phổi không giảm. Khẳng định tổn thương nằm ở thùy dưới phổi trái vì tổn thương xóa ranh giới với vòm hoành trái, ranh giới với bờ tim trái còn rõ

## Hình ảnh phế quản chứa khí

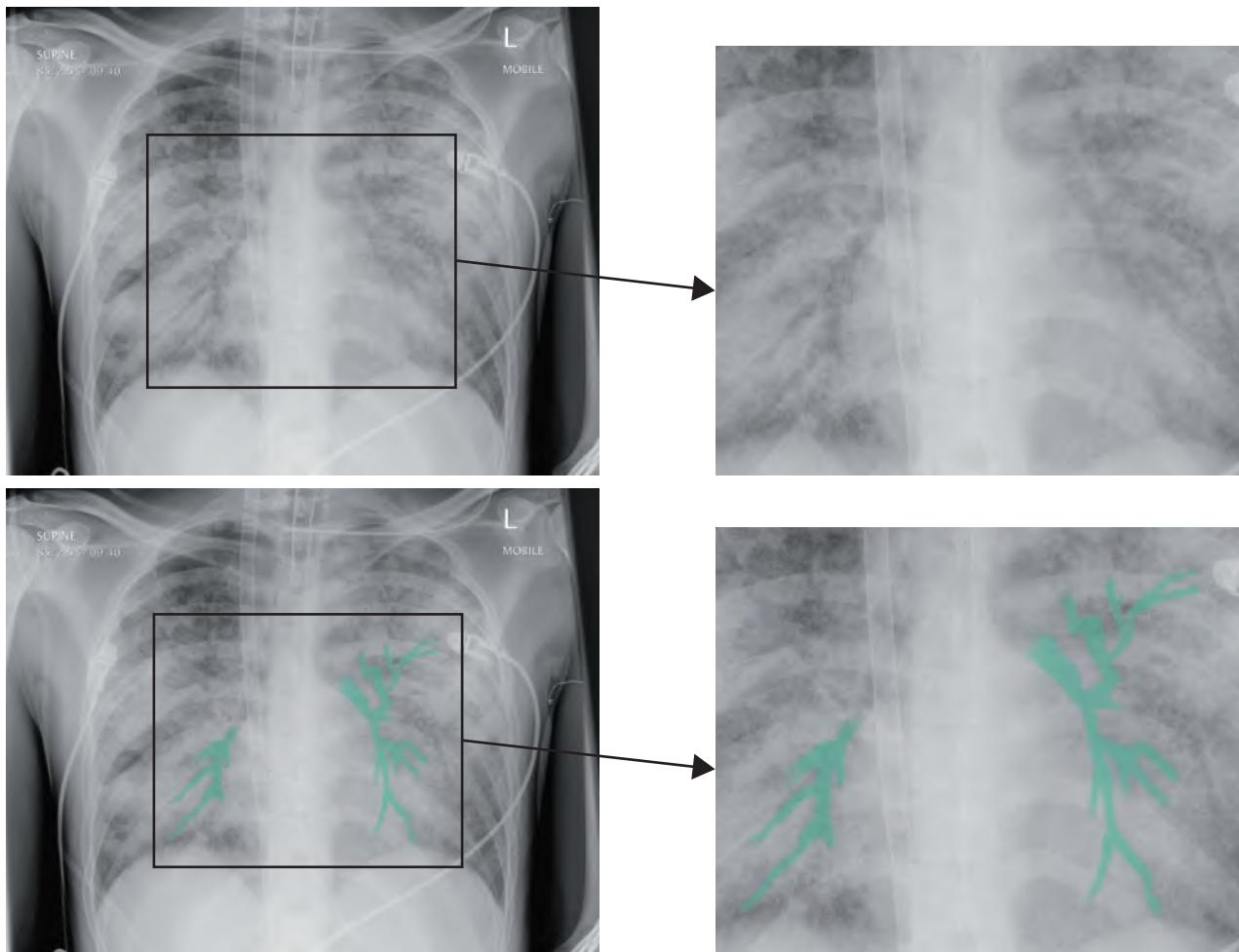
Phế quản chứa khí là hình ảnh trên Xquang, trong đó phế quản chứa khí được bao quanh bởi phế nang chứa dịch/tế bào.

- Gặp trong tổn thương đồng đặc (vd, viêm phổi), xẹp phổi hoặc phù phổi ở vùng phế nang lân cận.
- Thỉnh thoảng, đây là dấu hiệu tiên lượng tốt vì nó cho thấy dịch tiết của vùng tổn thương đồng đặc có thể được đào thải ra ngoài qua phế quản.

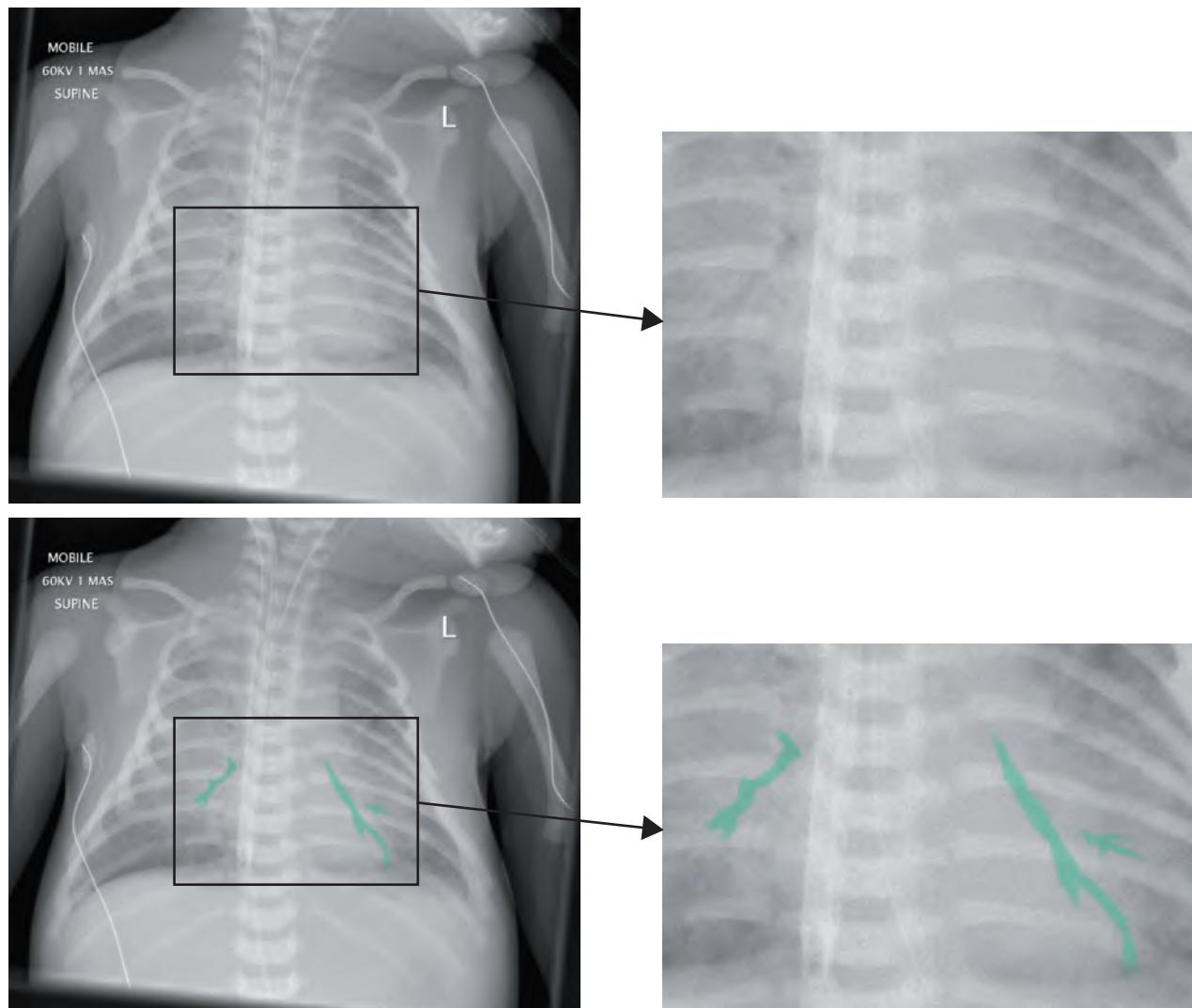
**Lưu ý:** Dấu hiệu phế quản chứa khí trên Xquang tương đương với triệu chứng tiếng thở phế quản trên lâm sàng.

B

### Ví dụ 1



**Hình 31** Phim Xquang ngực minh họa hình ảnh phế quản chứa khí (màu xanh) trên bệnh nhân có tổn thương đồng đặc lan tỏa 2 phổi.

**Ví dụ 2****B**

**Hình 32** Phim Xquang ngực minh họa hình ảnh phế quản chứa khí (màu xanh) trên bệnh nhân có tổn thương đòn đặc lan tỏa 2 phổi.

## Tổng quan về xẹp phổi

Xẹp phổi là một phần hay toàn bộ 1 thùy của phổi mất khả năng giãn nở do không khí không vào được phế nang.

- **Xẹp thùy phổi** là xẹp 1 thùy của phổi.
- **Xẹp phổi** Xẹp toàn bộ 1 bên phổi.

Đặc điểm trên Xquang của xẹp phổi:

- Nhu mô phổi mờ hơn do mất khí (trắng hơn).
- Dấu hiệu của giảm thể tích phổi:
  - Di lệch trung thất/khí quản về bên phổi xẹp
  - Vòm hoành bị kéo lên cao
  - Giãn nở bù của thùy cạnh hoặc phổi đối diện.

**Lưu Ý:** Khi đánh giá 1 vùng phổi mờ, điều quan trọng cần phát hiện xẹp phổi nó có thể là tình trạng bệnh lí nghiêm trọng. Xẹp phổi thường đi kèm với đông đặc phổi (đông đặc phổi gây xẹp phổi). Tình trạng này gọi là xẹp phổi - đông đặc phổi (collapse - consolidation).

B

Nguyên nhân của xẹp phổi gồm:

- **Đông đặc phổi** (vd. viêm phổi).
- **Tắc nghẽn phế quản** do:
  - Khối u trong lòng phế quản (khối u xâm lấn vào phế quản)
  - Tắc đường thở lớn do dịch nhầy (hen)
  - Khối u khác, hạch to, phình mạch chèn ép vào phế quản.
  - Dị vật đường thở (vd. củ lạc)
  - Do bác sĩ (Đặt nội khí quản quá sâu).
- **Chèn ép ngoài phổi** (Tràn dịch màng phổi, khối U).
- Thiếu hụt chất surfactant (thường gặp do ngộ độc oxy, hội chứng suy hô hấp cấp).
- Nguyên nhân do viêm (vd. Lao hoặc nấm phổi).
- Xơ phổi.

Dấu hiệu đặc trưng của xẹp 1 thùy phổi được trình bày ở trang sau

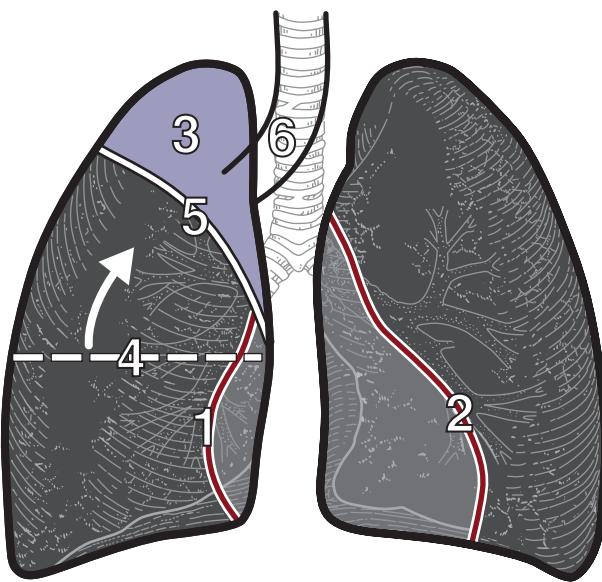
## Xẹp thùy trên phổi phải

Thùy trên phổi phải co lên trên.

### Đặc điểm trên Xquang của xẹp thùy trên phổi phải

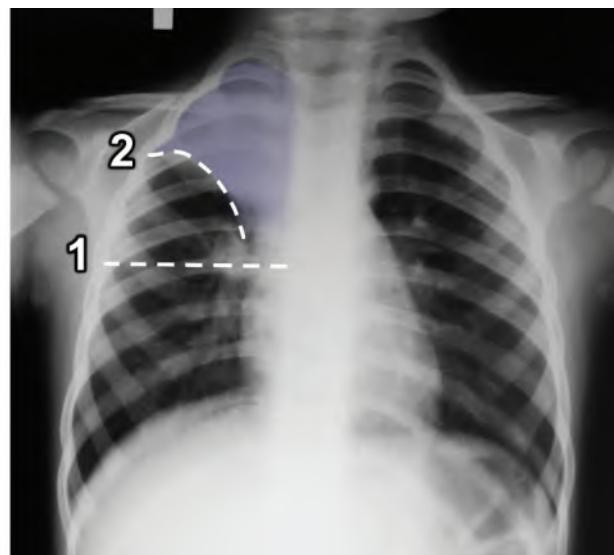
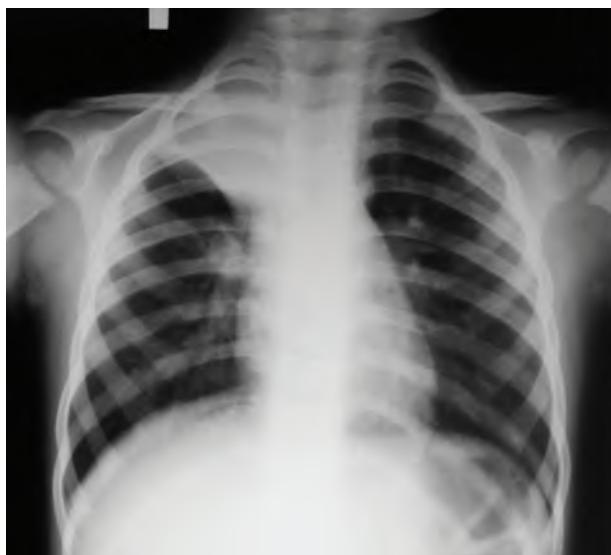
- Vùng phổi phía trên mờ.
- Rãnh ngang di lệch lên trên (bị kéo bởi thùy phổi xẹp).
- Mát ranh giới bờ phổi trung thất.
- Rốn phổi phải nâng cao.
- Khí quản lệch phải.
- Phần còn lại của phổi phải sáng hơn (đen hơn) so với phổi trái do thùy giữa và dưới phải nở ra để bù lại phần phổi xẹp.

B



**Hình 33** Hình ảnh minh họa xẹp thùy trên phổi phải. **1** Bờ phổi tim. **2** Bờ trái tim. **3** Vùng trên phổi phải mờ. **4** Vị trí bình thường của rãnh ngang. **5** Rãnh ngang di lệch lên trên. **6** Khí quản lệch phải.

## Ví dụ



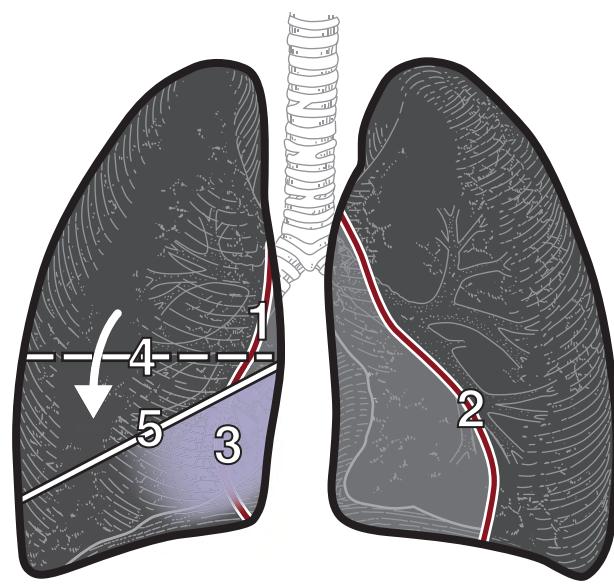
**Hình 34** Phim Xquang minh họa xẹp thùy trên phổi phải. Hình ảnh phần trên phổi phải mờ, rãnh ngang lên cao, xóa ranh giới với bờ phổi trung thất.

## Xẹp thùy giữa

Thùy giữa co vào trong.

### *Đặc điểm trên Xquang của xẹp thùy giữa*

- Vùng giữa phổi phải mờ.
- **Xóa ranh giới với bờ tim phải** (Do thùy phổi xẹp nằm chồng lên bờ tim phải).
  - Ranh ngang bị co xuống dưới.
  - Phần còn lại của phổi phải sáng hơn (đen hơn) so với phổi trái.



B

**Hình 35** Hình ảnh minh họa xẹp thùy giữa **1 Bờ phổi phải tim. 2 Bờ trái tim.**

**3** Vùng giữa phổi phải mờ. **4** Vị trí bình thường của ranh ngang. **5** Ranh ngang di lệch xuống dưới.

## Ví dụ



**Hình 36** Hình ảnh minh họa xẹp thùy giữa. Vùng giữa phổi phải mờ, xóa ranh giới với bờ tim phải. (Ghi nhận thêm xẹp thùy dưới phổi trái).

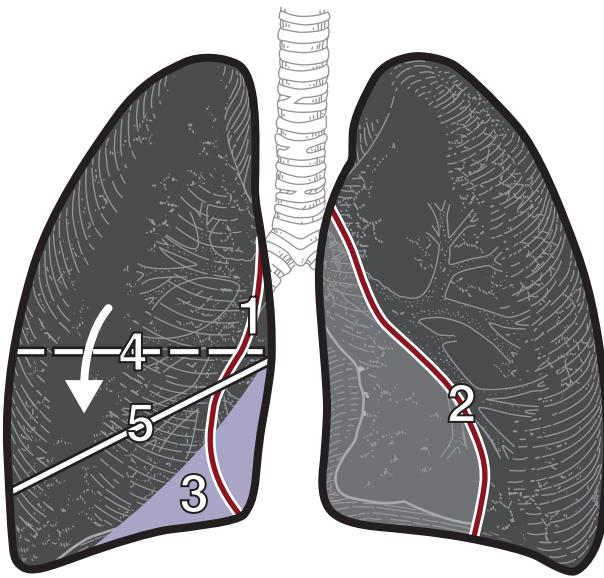
## Xẹp thùy dưới phổi phải

Thùy dưới phổi phải co xuống dưới, vào trong.

### *Đặc điểm trên Xquang của xẹp thùy dưới phổi phải*

- Bóng mờ hình tam giác nằm ở đáy trong phổi phải.
- Xóa ranh giới với vòm hoành phải.
- Vòm hoành phải kéo lên cao.
- Rốn phổi phải hạ thấp.
- **Ranh giới với bờ tim phải rõ.**
- Phần còn lại của phổi phải sáng hơn so với phổi trái.

B



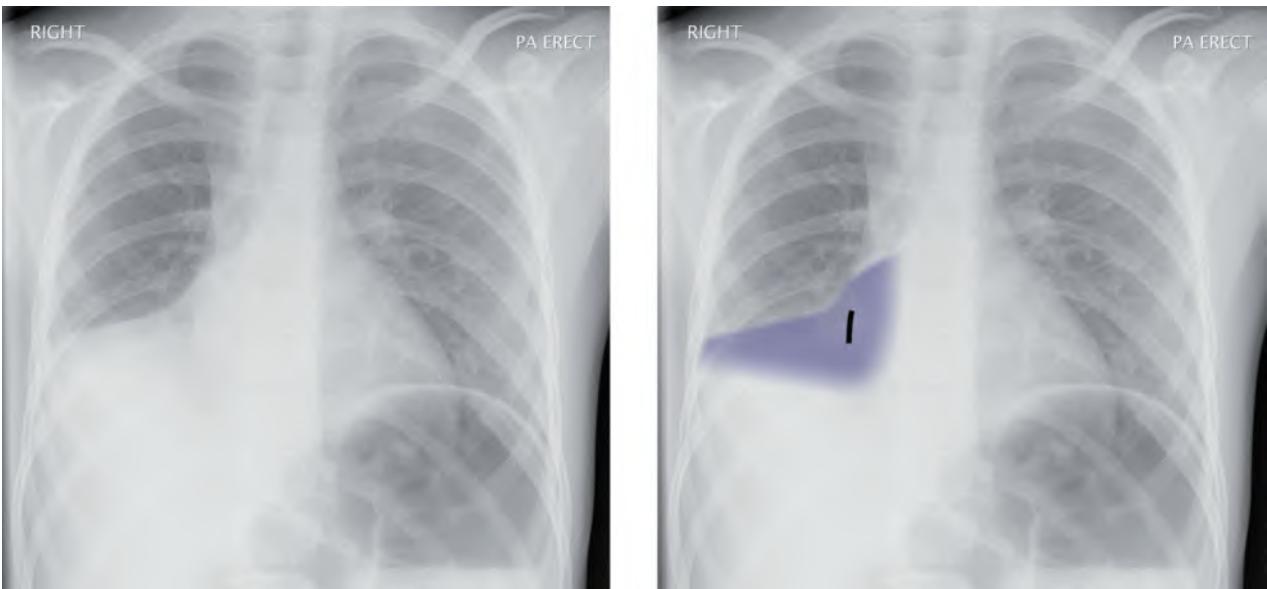
**Hình 37** Hình ảnh minh họa xẹp thùy dưới phổi phải. **1** Bờ tim phải. **2** Bờ tim trái.

**3** Đám mờ hình tam giác nằm ở đáy trong phổi phải.  
**4** Vị trí bình thường của rãnh ngang. **5** Rãnh ngang bị kéo xuống dưới.

### Ví dụ 1



**Hình 38** Phim cho thấy xẹp thùy dưới phổi phải. Đám mờ hình tam giác nằm ở đáy trong, phổi phải, không xóa ranh giới với bờ tim phải. (khác xẹp thùy giữa)

**Ví dụ 2**

**Hình 39** Phim Xquang cho thấy xẹp thùy dưới phổi phải. Đám mờ hình tam giác nằm ở đáy trong, phổi phải, không xóa ranh giới với bờ tim phải. (khác xẹp thùy giữa). Xóa ranh giới với vòm hoành phải.

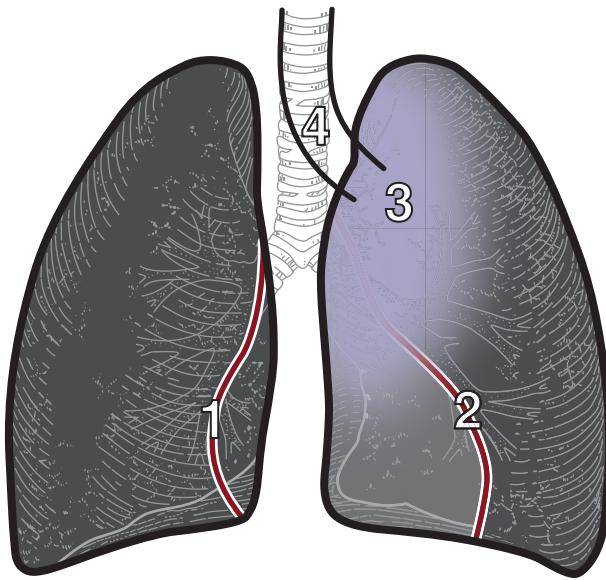
## Xẹp thùy trên phổi trái

Thùy trên phổi trái co lên trên, vào trong.

### *Đặc điểm trên Xquang của xẹp thùy trên phổi trái*

- Vùng trên phổi trái mờ.
- Bóng mờ hình lưỡi, ranh giới không rõ.
- Xóa ranh giới với bờ tim trái, bờ trái trung thất.
- Rốn phổi trái lên cao.
- Khí quản lệch trái.

B



**Hình 40** Hình ảnh minh họa xẹp thùy trên phổi trái.

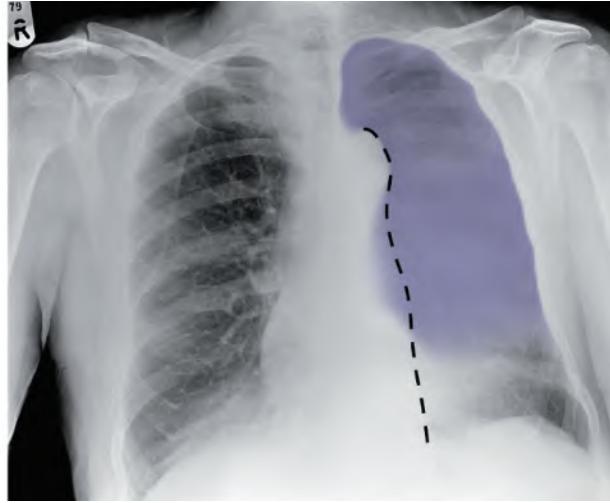
**1** Bờ phải tim.

**2** Bờ trái tim.

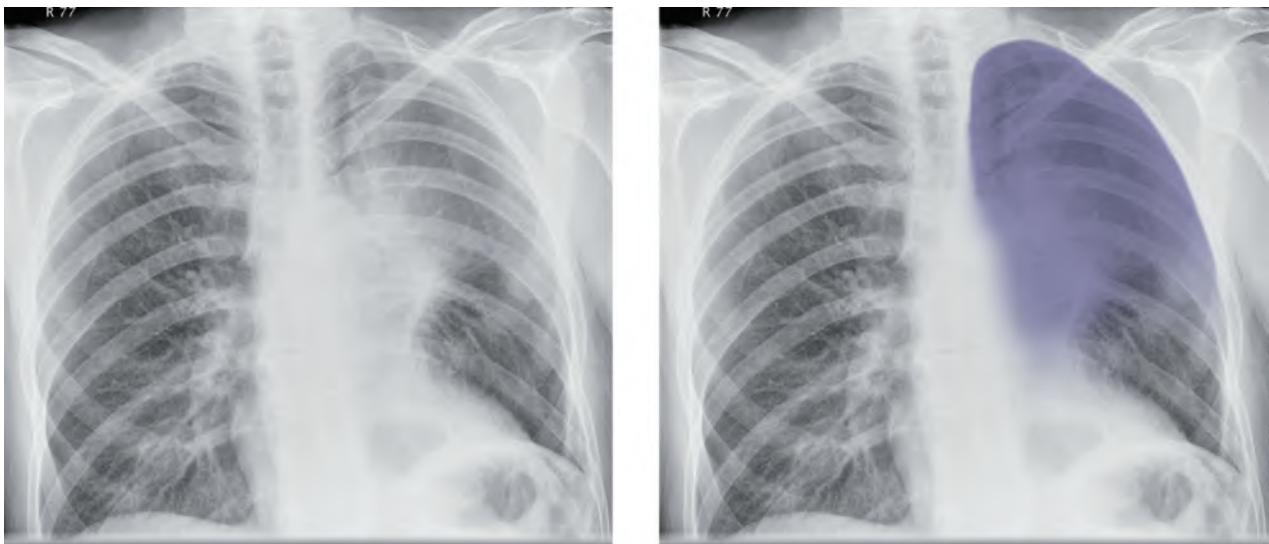
**3** Vùng trên phổi trái mờ, ranh giới phía dưới không rõ.

**4** Khí quản lệch trái.

### Ví dụ 1



**Hình 41** Phim Xquang minh họa xẹp thùy trên phổi trái. Vùng trên phổi trái mờ, ranh giới bờ dưới không rõ, xóa ranh giới với trung thất, bờ trái tim. Có thể thấy cung động mạch và động mạch chủ xuống, điều này chứng tỏ phần phổi nằm cạnh cung ĐMC và ĐM chủ xuống vẫn chứa hơi. Do ĐMC chủ xuống nằm ở trung thất sau nên phân thùy sau của thùy trên phổi trái chứa hơi, tức không xẹp. Vậy, phần phổi xẹp nằm ở phía trước của thùy trên, vd thùy lưỡi.

**Ví dụ 2****B**

**Hình 42** Phim Xquang ngực minh họa xẹp thùy trên phổi trái. Vùng phổi trái mờ, ranh giới không rõ, xóa ranh giới với bờ trái trung thất. Bờ trái tim còn rõ do thùy lưỡi không xẹp. Vùng đỉnh phổi trái, và vùng trên phổi trái vẫn chứa nhu mô phổi do thùy dưới phổi trái giãn nở bù lên phần phổi xẹp. Điều này cho thấy, xẹp phổi ở bệnh nhân này là mạn tính chứ không phải cấp tính vì có thời gian để phổi nở bù.

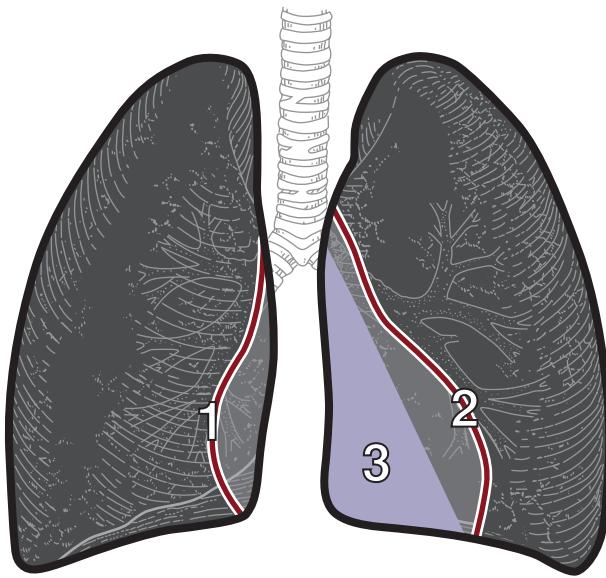
## Xẹp thùy dưới phổi trái

Thùy dưới phổi trái co xuống dưới, vào trong.

### **Đặc điểm trên Xquang của xẹp thùy dưới phổi trái**

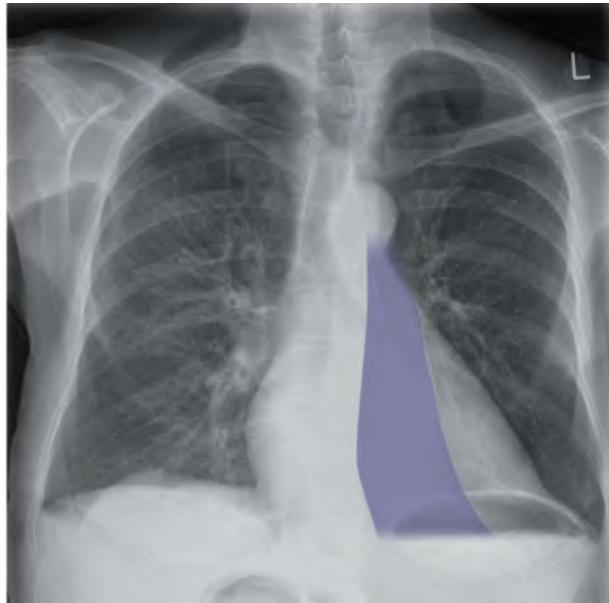
- Đám mờ hình tam giác chèo lên phần tim trái (dấu hiệu ‘**tim đôi**’).
- Xóa ranh giới với phần trong vòm hoành trái.
- Vòm hoành trái kéo lên cao.
- Rốn phổi trái kéo xuống thấp.
- **Bờ tim trái không bị xóa.**
- Phần còn lại của phổi trái sáng hơn (đen hơn) so với phổi phải.

**B**



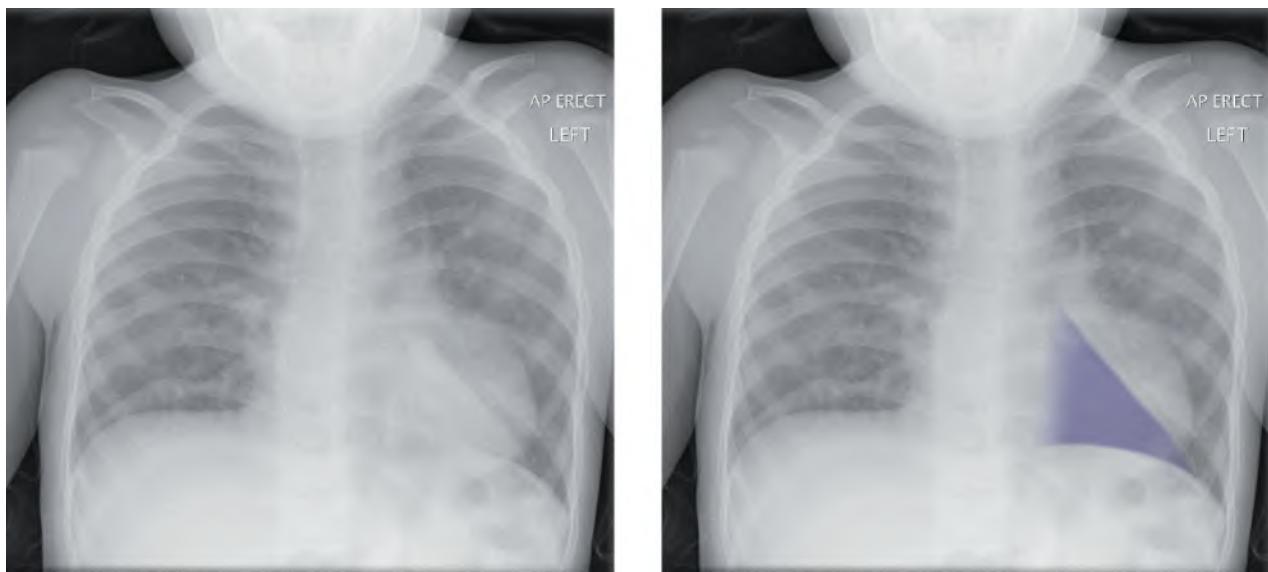
**Hình 43** Hình ảnh minh họa xẹp thùy dưới phổi trái. **1** Bờ phải tim. **2** Bờ trái tim.  
**3** Bóng mờ hình tam giác nằm chèo lên tim trái (dấu hiệu ‘double heart’).

### Ví dụ 1



**Hình 44** Phim Xquang minh họa xẹp thùy dưới phổi trái. Bóng mờ hình tam giác nằm sau bóng tim trái. Bờ tim trái không bị xóa. Có giảm thể tích phổi trái.

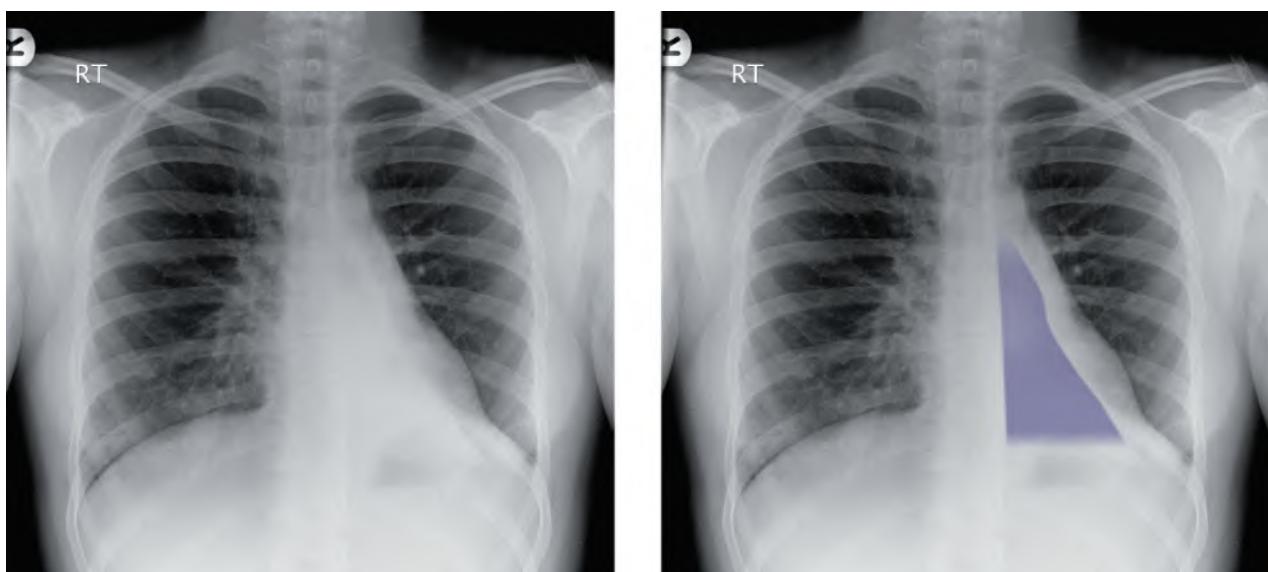
**Ví dụ 2**



B

**Hình 45** Phim Xquang minh họa xẹp thùy dưới phổi trái. Bóng mờ hình tam giác nằm sau bóng tim trái. Bờ tim trái không bị xóa. Xóa ranh giới với phần trong vòm hoành trái

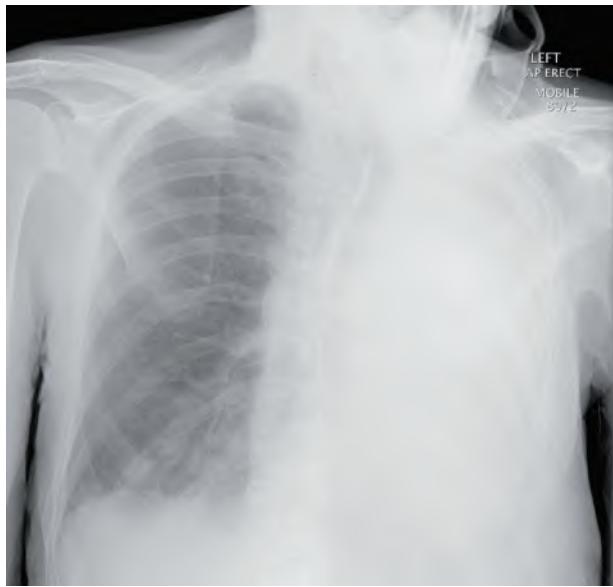
**Ví dụ 3**



**Hình 46** Phim Xquang minh họa xẹp thùy dưới phổi trái. Bóng mờ hình tam giác nằm sau bóng tim trái. Bờ tim trái không bị xóa. Xóa ranh giới với phần trong vòm hoành trái

## Xếp toàn bộ 1 phổi

Ví dụ 1



**Hình 47** Phim Xquang minh họa xếp toàn bộ phổi trái. Hình ảnh mờ toàn bộ phổi trái, và dấu hiệu giảm thể tích phổi như, di lệch trung thất, khí quản về phổi xếp.

Ví dụ 2



**Hình 48** Phim Xquang minh họa xếp toàn bộ phổi trái. Hình ảnh mờ toàn bộ phổi trái, và dấu hiệu giảm thể tích phổi như, di lệch trung thất, khí quản về phổi xếp.

Ví dụ 3



**Hình 49** Phim Xquang minh họa xếp gần như toàn bộ phổi trái (nhưng, vẫn còn một lượng nhỏ khí trong thùy trên phổi trái). Hình ảnh mờ toàn bộ phổi trái, và dấu hiệu giảm thể tích phổi như, di lệch trung thất, khí quản về phổi xếp.



## Cắt phổi

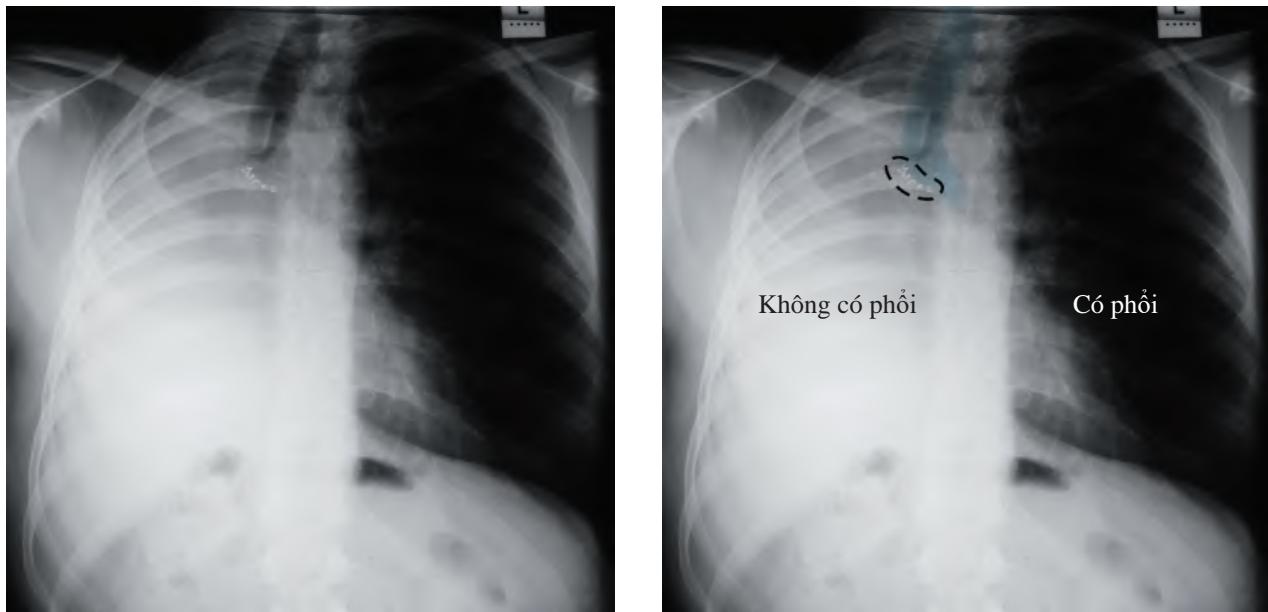
Cắt phổi là phẫu thuật cắt toàn bộ 1 phổi. Cần hỏi về tiền sử, khám phát hiện dấu hiệu phẫu thuật trước đó.

### Dấu hiệu trên Xquang của phẫu thuật cắt phổi

- Mờ lan tỏa 1 bên phổi, không thấy vòm hoành.
- Lồng ngực bên phổi đã cắt nhỏ hơn và lồng ngực bên đối diện lớn hơn (**đen hơn**)
- Trung thất, khí quản lệch sang bên phổi đã cắt.
- Dấu hiệu phẫu thuật trước đó: ghim phẫu thuật, cắt xương sườn.

**Lưu ý:** Không phân biệt được cắt phổi và xẹp hoàn toàn 1 phổi trên Xquang phổi trừ khi có dấu hiệu của phẫu thuật trước đó.

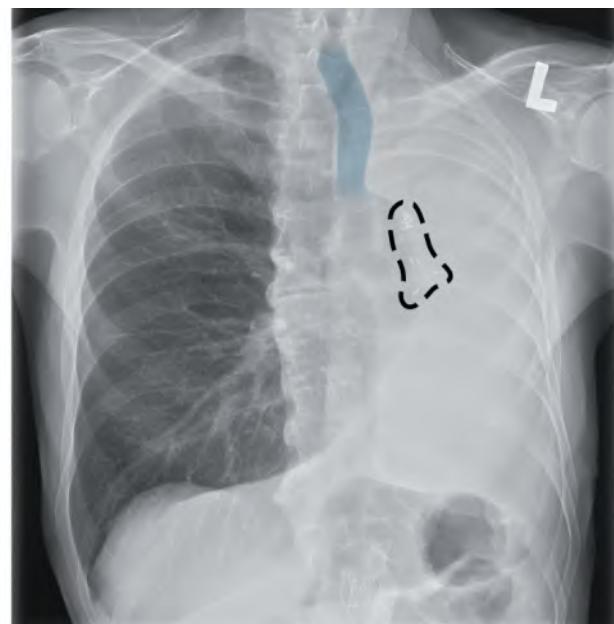
### Ví dụ 1



**Hình 50** Phim Xquang minh họa hình ảnh cắt phổi phải. Hình ảnh mờ lan tỏa phổi phải. Trung thất, khí quản lệch phải. Hình ảnh chỉ phẫu thuật ở phế quản chính phải.

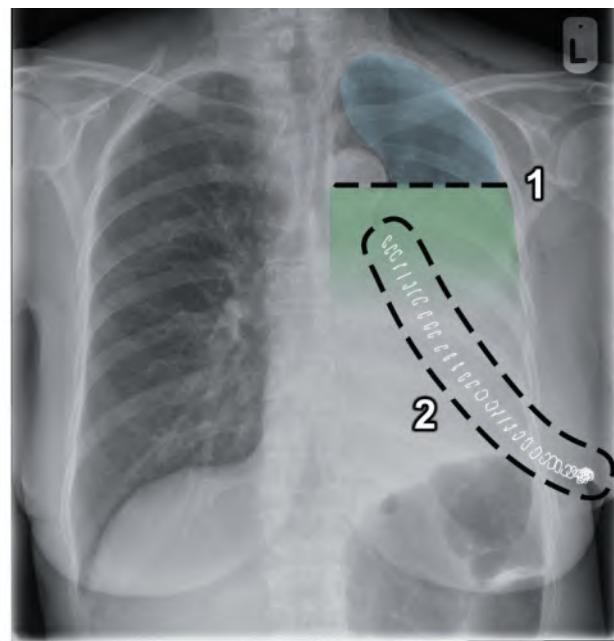
B

## Ví dụ 2

**B**

**Hình 51** Phim Xquang minh họa hình ảnh cắt phổi trái. Hình ảnh mờ lan tỏa phổi trái. Trung thất, khí quản lệch trái. Hình ảnh chỉ phẫu thuật ở phổi trái.

## Ví dụ 3



**Hình 52** Phim Xquang minh họa hình ảnh cắt phổi trái. Hình ảnh mờ 2/3 dưới phổi trái và khí (TKMP) ở 1/3 trên phổi trái. Có thể thấy mức nước - hơi. Có đường chỉ khâu ra ở thành ngực trái.

## Tổn thương dạng khối ở phổi

Tổn thương dạng khối là thuật ngữ dùng để chỉ tổn thương đám mờ nằm trong trường phổi. Nó không nhất thiết phải hình tròn (có thể oval, không đều). Nguyên nhân đáng lo ngại nhất là ung thư phổi.

### Các đặc điểm cần đánh giá trên Xquang:

- **Kích thước** – Tổn thương trên 1 cm có nguy cơ ung thư.
- **Bờ** – Bờ không đều, có tua gai gợi ý tính chất ác tính.
- **Tạo hang** (xem trang. 47) – cả ung thư và nhiễm trùng đều có thể tạo hang.
- **Vôi hóa** – Hiếm gặp trong ung thư.
- **So sánh với phim Xquang trước** – đánh giá tiến triển.
- **Tìm khối khác**.

### Chẩn đoán phân biệt

#### 1. Ung thư

- (a) **Ung thư phế quản nguyên phát**
  - Phát triển nhanh trong thời gian ngắn.
  - Bờ không đều, tua gai.
  - Không có vôi hóa trong khối U.
- (b) **Ung thư di căn phổi**
  - Bằng chứng phẫu thuật, khối U trước đó.

#### 2. Khối lành tính

- (a) **Trong phổi**, vd. khối U hamartoma (thường vôi hóa) và nang phổi lành tính.
- (b) **Ngoài phổi**, vd. U xơ thần kinh.

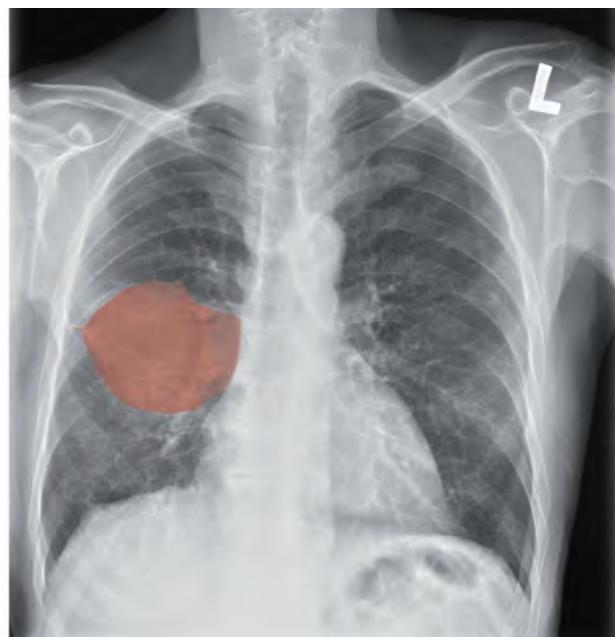
#### 3. Nhiễm trùng

- (a) **Lao phổi**
  - i. **Lao nguyên phát**
    - Tổn thương ở ngoại vi/dòng đặc.
    - Thường có hạch rốn phổi to.
  - ii. **U lao** (di chứng của lao phổi trước đó)
    - Thường vôi hóa.
    - Ranh giới rõ.
    - Đường kính khoảng 2 cm.
    - Không thay đổi trên các phim khác nhau.
- (b) **Nhiễm trùng khác**
  - Động đặc/apxe khu trú.

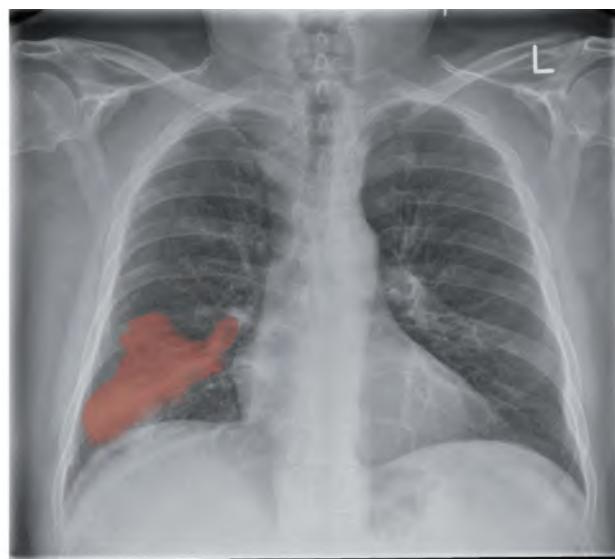
#### 4. Dị dạng động - tĩnh mạch

- Có thể thấy động mạch đến, tĩnh mạch đi.

**B**

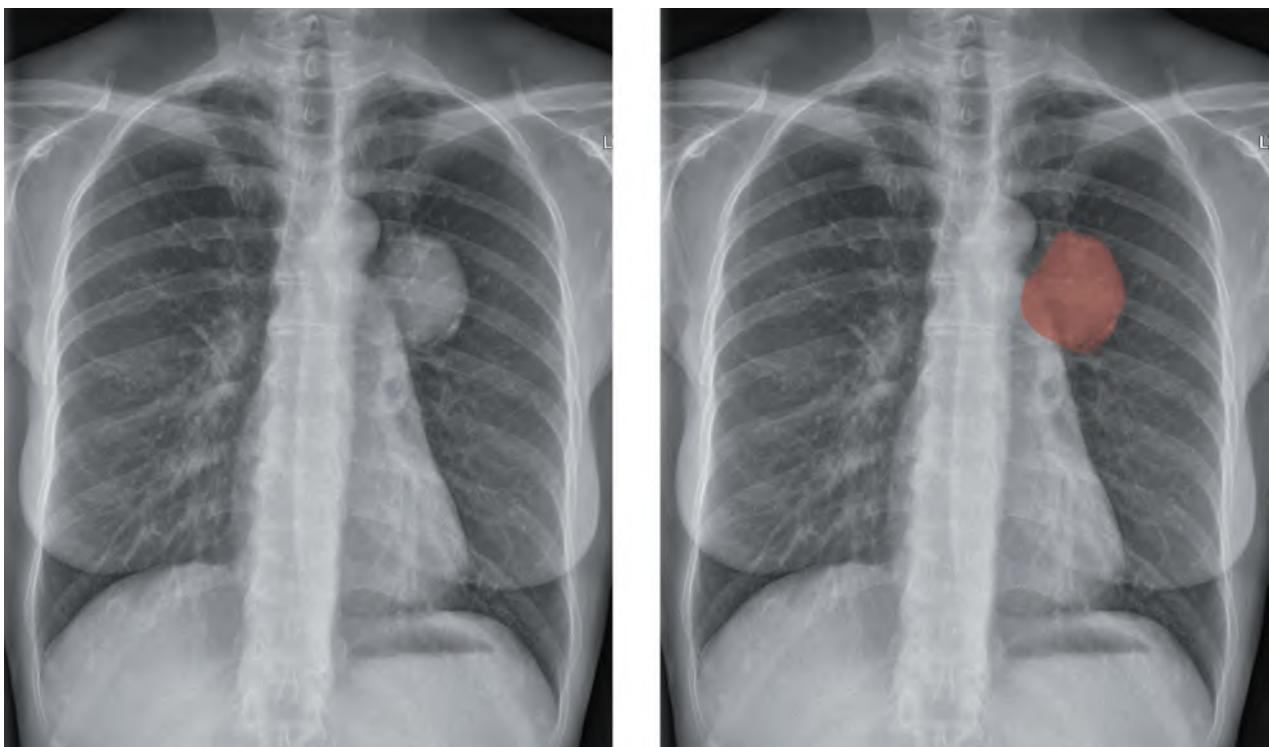
**Ví dụ 1****B**

**Hình 53** Phim Xquang cho thấy khói tồn thương nằm ở thùy trên phổi phải.

**Ví dụ 2**

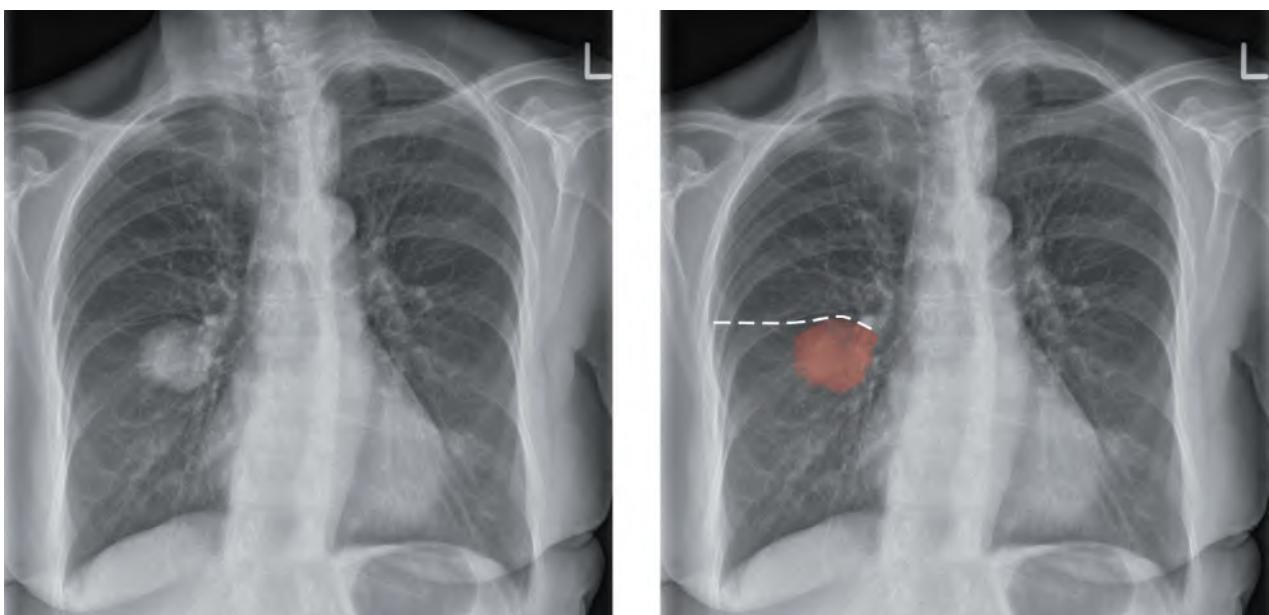
**Hình 54** Phim Xquang cho thấy khói tồn thương nằm ở thùy dưới phổi phải.

Ví dụ 3



**Hình 55** Phim Xquang cho thấy khối tổn thương nằm ở phổi trái

Ví dụ 4



**Hình 56** Phim Xquang cho thấy khối tổn thương nằm ở thùy giữa. Khẳng định ở thùy giữa vì thấy khối dày lồi rãnh ngang.

## Tổn thương nhiều khồi ở phổi

### *Chẩn đoán phân biệt*

#### 1. Di căn phổi

- Thường có ranh giới rõ.
- Kích thước khác nhau.
- Có thể tạo hang: ung thư biểu mô tế bào vảy, sarcoma, di căn từ ung thư đại tràng.

#### 2. Áp xe da ô

- Hang thành dày, không đều.

Hiếm gặp, thường kích thước nhỏ:

#### 3. Hạch thấp (Rheumatoid nodule)

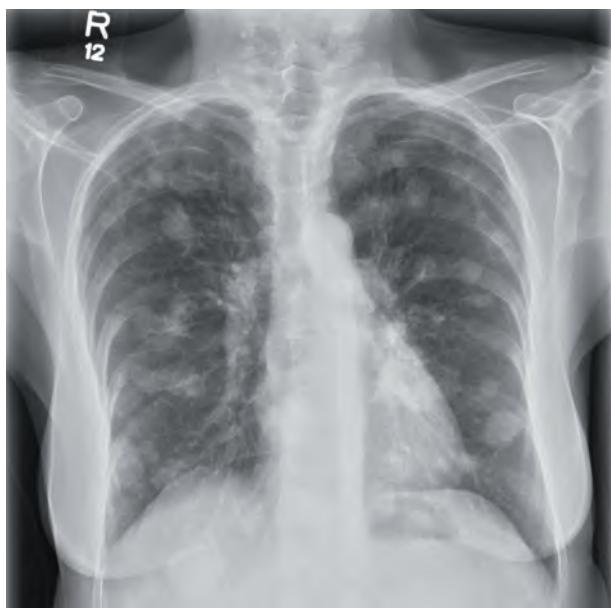
#### 4. U hạt Wegener

- Thường tạo hang.

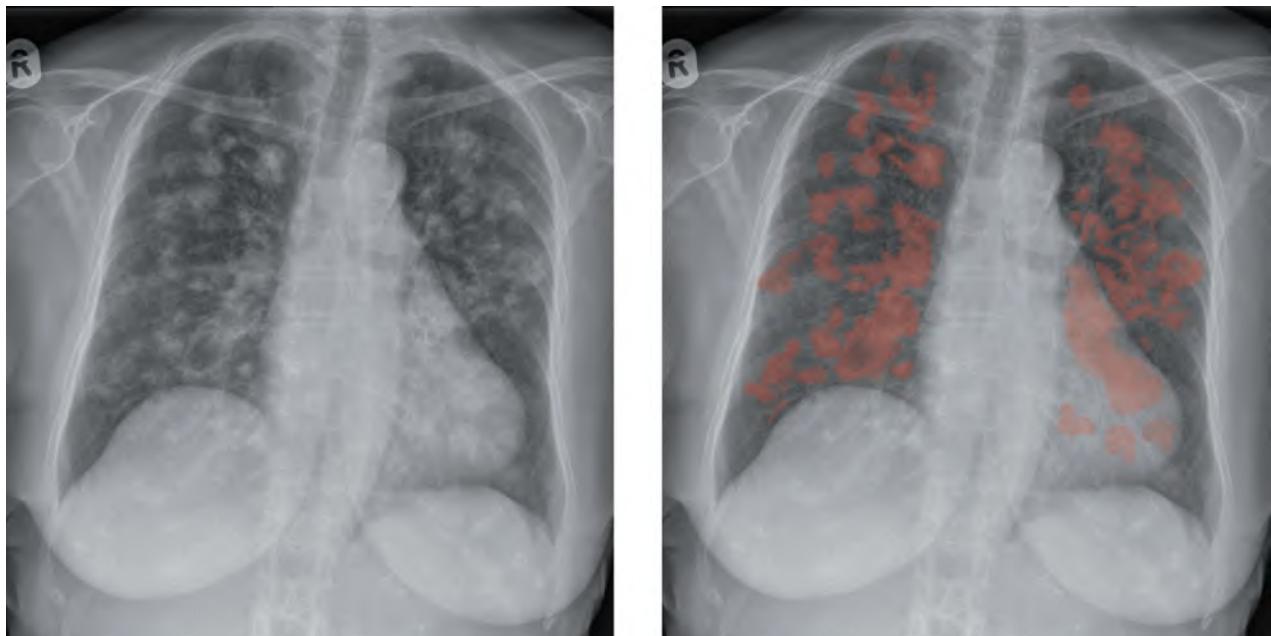
#### 5. Đa dị dạng động tĩnh mạch

B

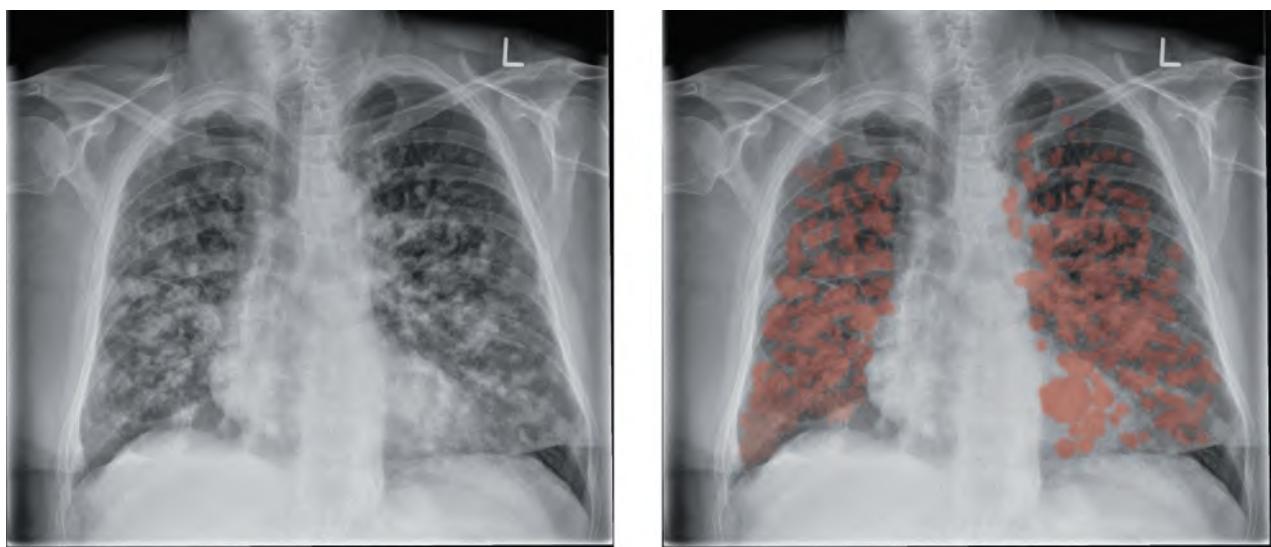
### Ví dụ 1



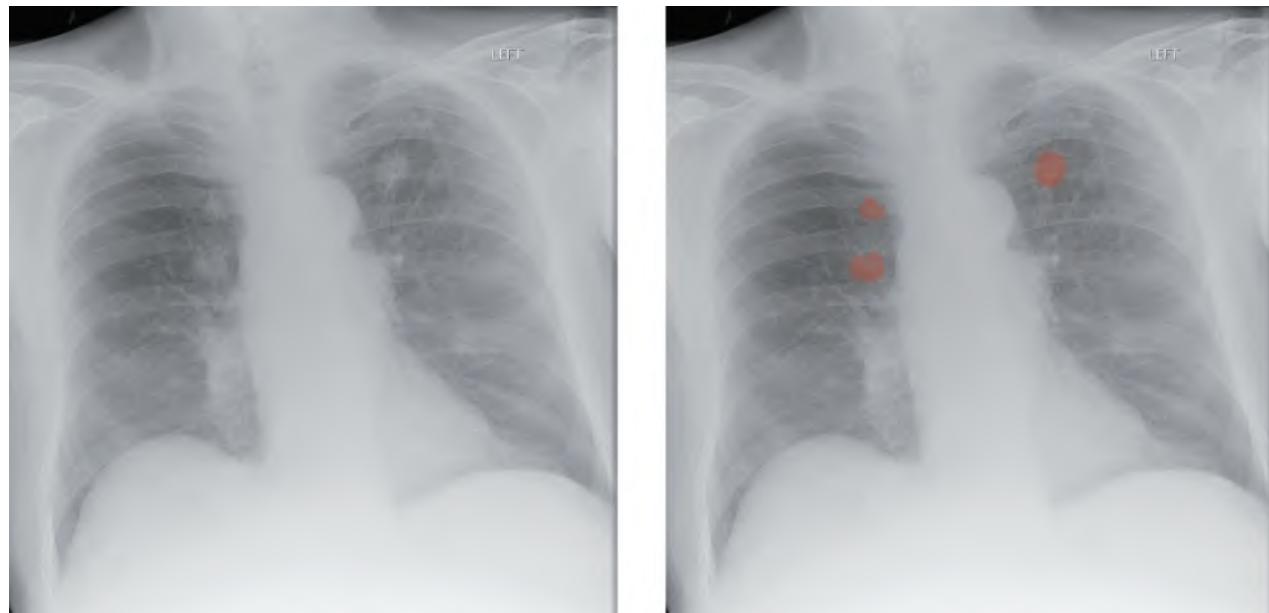
**Hình 57** Phim Xquang ngực cho thấy hình ảnh ung thư di căn phổi nhiều ổ ở cả 2 phổi.

**Ví dụ 2**

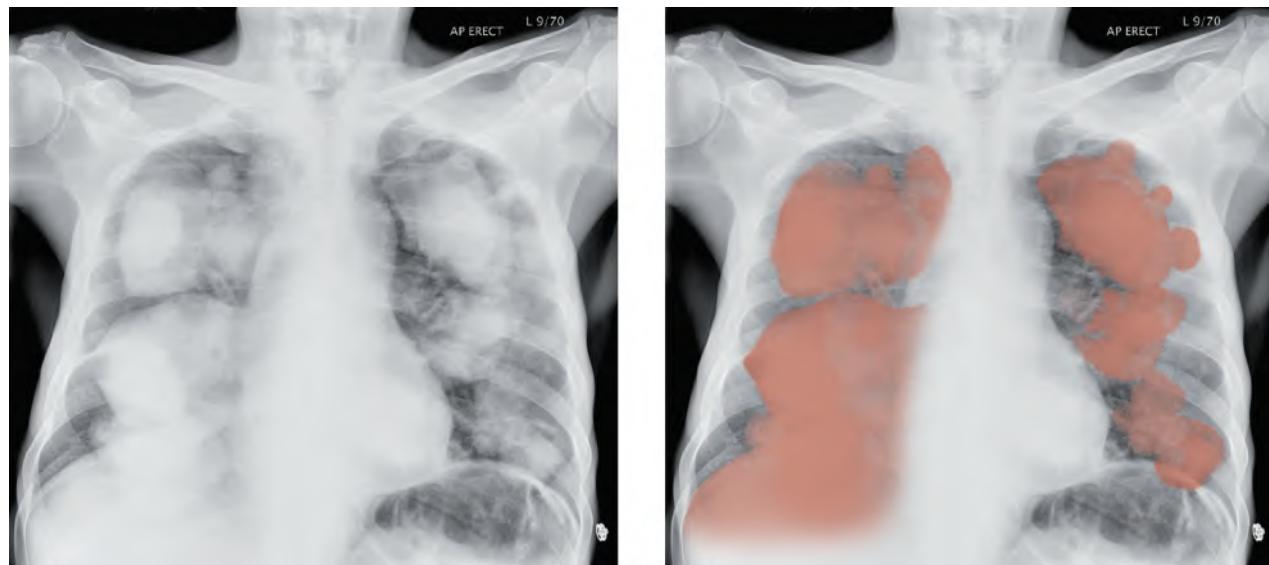
**Hình 58** Phim Xquang ngực cho thấy hình ảnh ung thư di căn phổi nhiều ô ở cả 2 phổi.

**Ví dụ 3**

**Hình 59** Phim Xquang ngực cho thấy hình ảnh ung thư di căn phổi nhiều ô ở cả 2 phổi.

**Ví dụ 4**

**Hình 60** Phim Xquang ngực cho thấy hình ảnh ung thư di căn phổi nhiều ố.

**Ví dụ 5**

**Hình 61** Phim Xquang ngực cho thấy hình ảnh ung thư di căn phổi nhiều ố. Đặc biệt, đánh giá thêm thì khối nanfy di căn từ ung thư đại tràng không điều trị..

## Tổn thương dạng hang ở phổi

Tổn thương khói dạng đặc ở phổi có thể tạo hang, tạo nên tổn thương dạng hang. Tổn thương dạng hang là 1 lỗ ở phổi có thành, lòng và chất mủ chứa trong lòng hang.

### Nguyên nhân

- Áp xe
- Ung thư
- Hang sau viêm phổi
- Xơ phổi
- Nốt dạng thấp (hiếm)

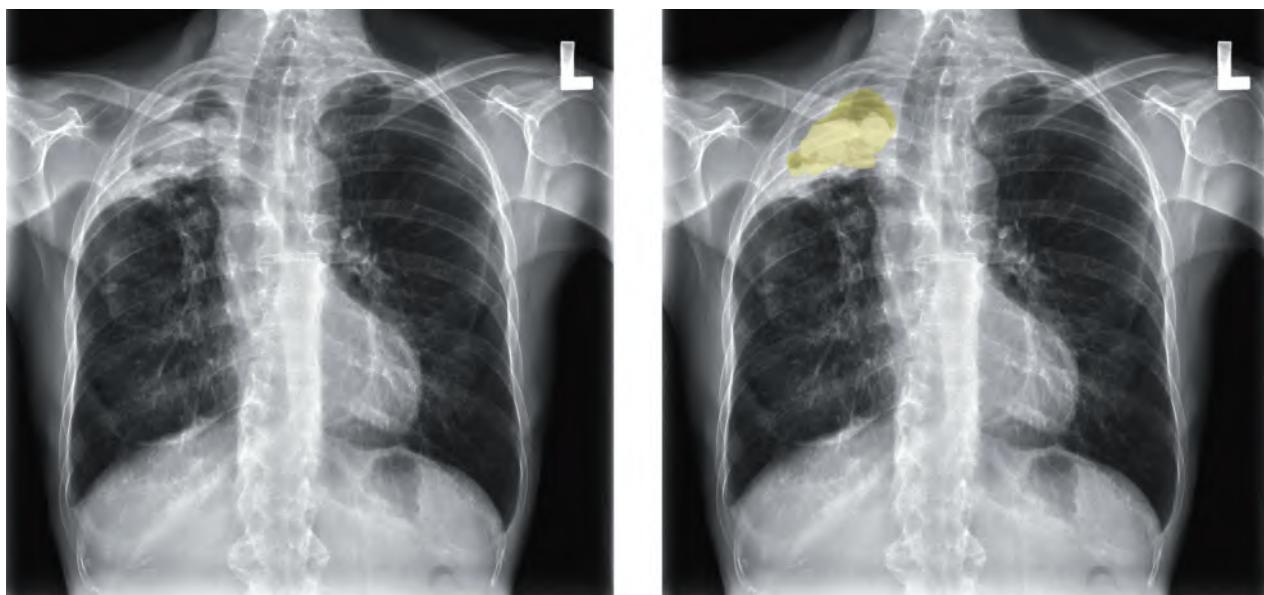
### Dấu hiệu trên Xquang

- **Trung tâm** của tổn thương thường sáng hơn ngoại vi vì không có máu chảy qua.
- **Mức dịch-hơi**: Thấy 1 đường ngang trong tổn thương. Trên đường ngang là hơi (sáng), dưới đường ngang là dịch (mờ).
- So sánh với phim cũ (Có thể thấy tiến triển của hang).

B

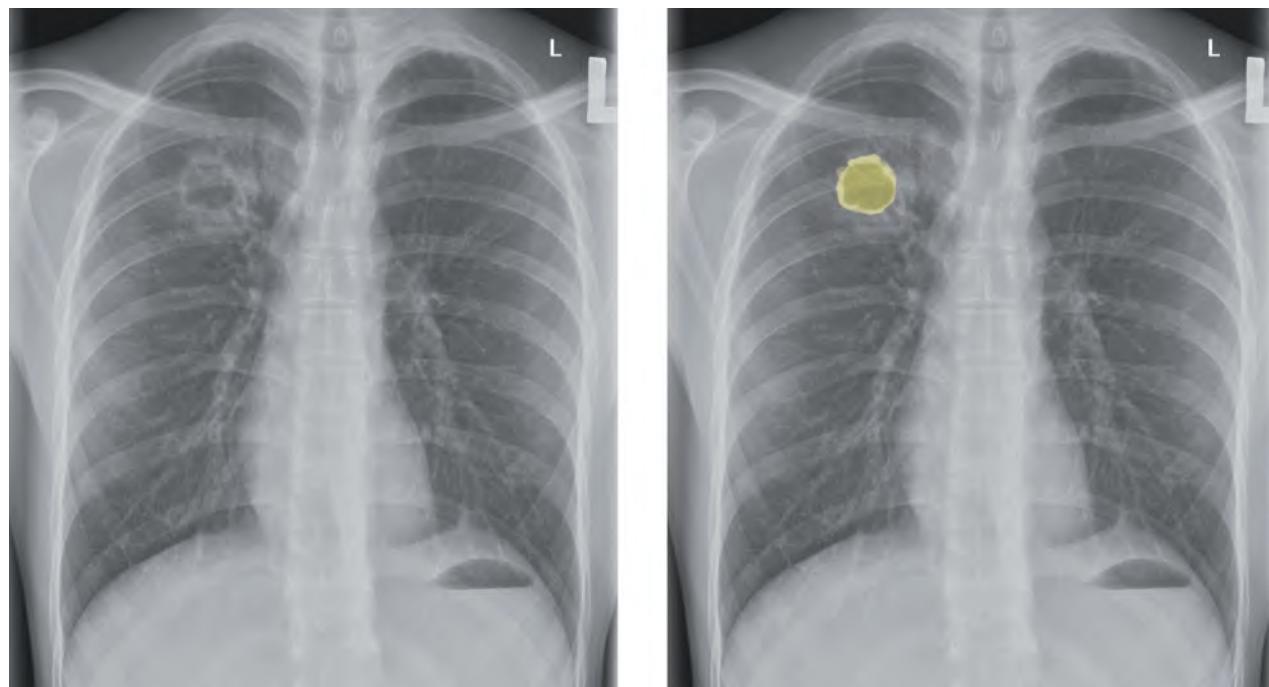
**Lưu Ý:** Nếu có tổn thương dạng hang, cần đánh giá thành hang. Thành càng dày, nguy cơ ung thư càng cao. Thông thường, nếu thành dày  $> 5\text{mm}$ , nguy cơ ung thư cao hơn là áp xe.

### Ví dụ 1



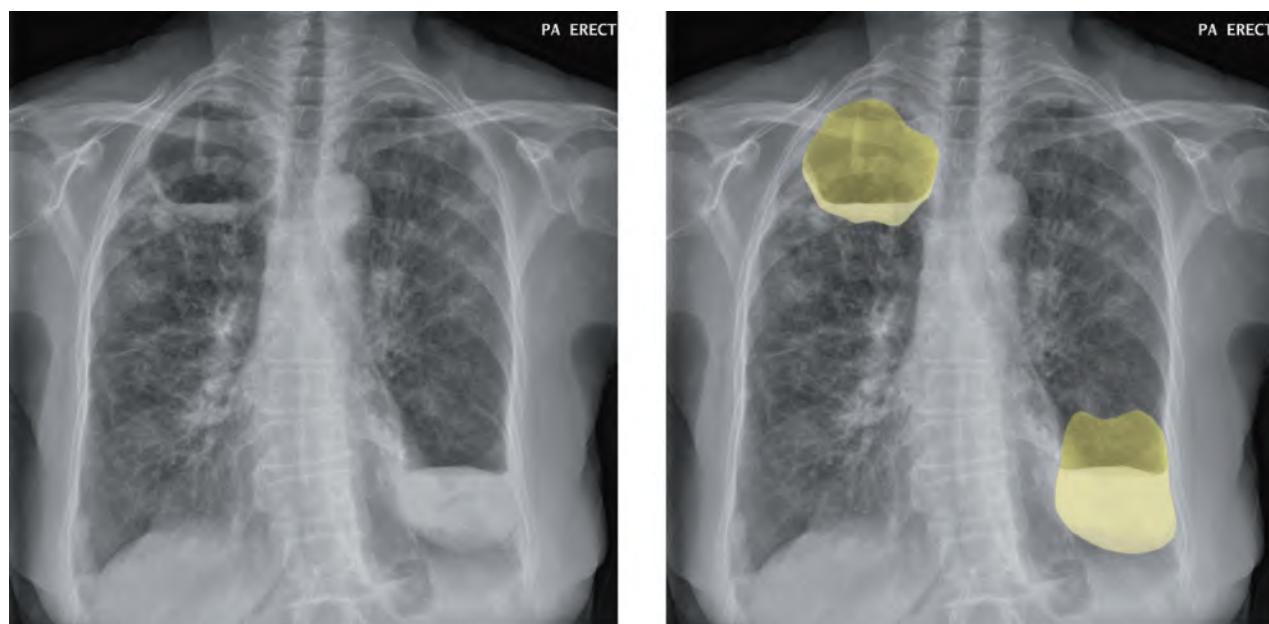
**Hình 62** Phim Xquang cho thấy tổn thương dạng hang nằm ở thùy trên phổi phải. Nằm trong hang là nấm (vàng nhạt) mờ hơn so với phần còn lại của hang (vàng đậm).

## Ví dụ 2



**Hình 63** Phim Xquang cho thấy tồn thương dạng hang nằm ở phần trên phổi phải.

## Ví dụ 3



**Hình 64** Phim Xquang cho thấy hình ảnh 2 hang, 1 nằm ở thùy trên phổi phải, 1 nằm ở thùy dưới phổi trái. Cả 2 đều dạng tròn, và nhiễm trùng. Điều này giải thích trong hang chứa mức dịch-hơi.

## Xơ phổi

Xơ phổi là sự dày và sẹo hóa mô kẽ (mô liên kết) trong phổi. Mô kẽ bao quanh phế quản, mạch máu, phế nang của phổi. Xơ hóa phổi tạo nên hình ảnh mờ dạng lưới, nốt ở phổi.

**Lưu Ý:** Hai yếu tố chính tác động đến mô kẽ là sự tích tụ dịch (gặp trong phù phổi hoặc viêm hạch và dày các vách) và viêm dẫn tới xơ hóa (mờ dạng lưới - nốt). Trên Xquang, cần phân biệt tổn thương mờ dạng lưới - nốt với đồng đặc hoặc phù phổi (2 dạng này phổi biến hon).

B

### Nguyên nhân gây xơ phổi

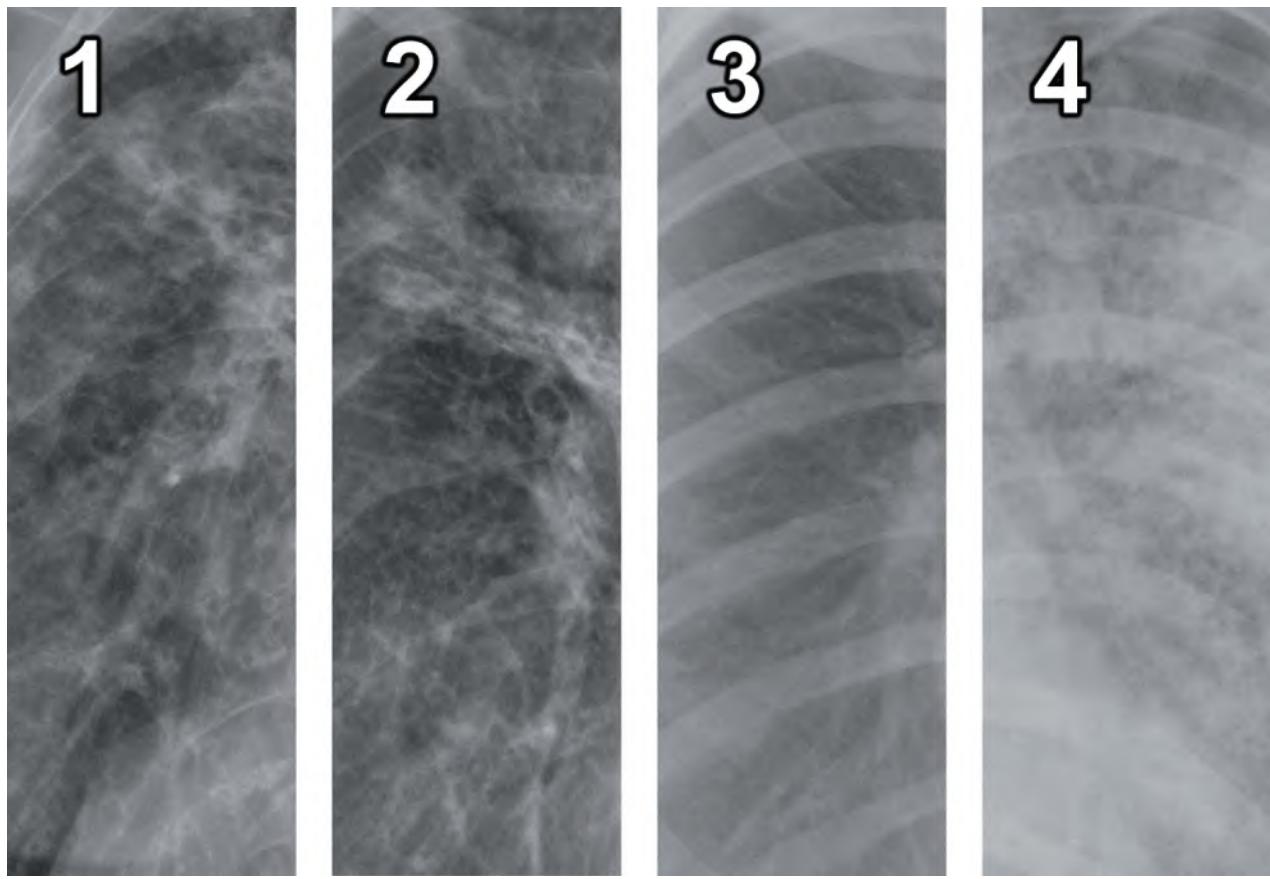
- Sarcoidosis
- S Systemic sclerosis (xơ cứng bì)
- A Asbestosis (trang 103) (B. bụi phổi)
- R Rheumatoid (VKDT)
- C Connective tissue disorders (SLE)
- O Occupation (nghề nghiệp)
- I Idiopathic (Xơ phổi không rõ nguyên nhân)
- D Drug (thuốc) (methotrexate, amiodarone, cyclophosphamide )
- Giãn phế quản
- Lao phổi (trang. 98)
- Xạ trị (thường sau điều trị ung thư vú)

- i. Phổi người nuôi chim (phân chim)
- ii. Phổi người nông dân (nhiễm bào tử nấm)

### Đặc điểm trên Xquang: Đám mờ dạng lưới - nốt

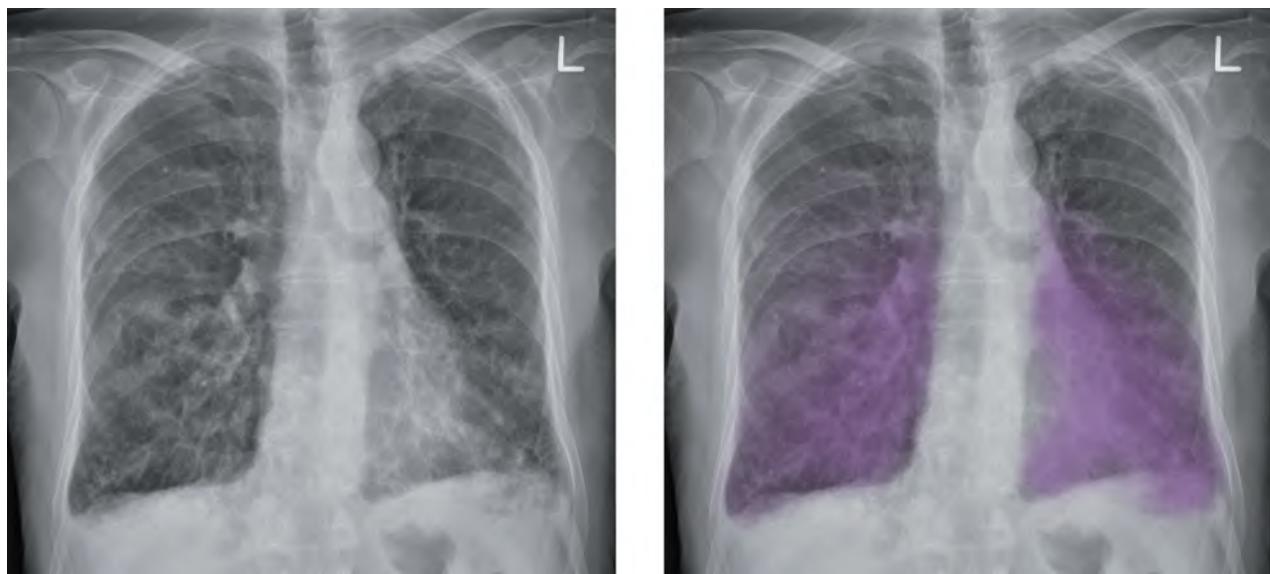
- **Đám mờ dạng lưới:**
  - Do dày mô liên kết ở phổi
  - là đường dạng phân nhánh mịn hoặc thô. Bóng tim mất đi sự trơn láng, trông như "nham nhở".
- **Đám mờ dạng nốt:**
  - **Nốt mờ kích thước 1 – 5 mm**

B

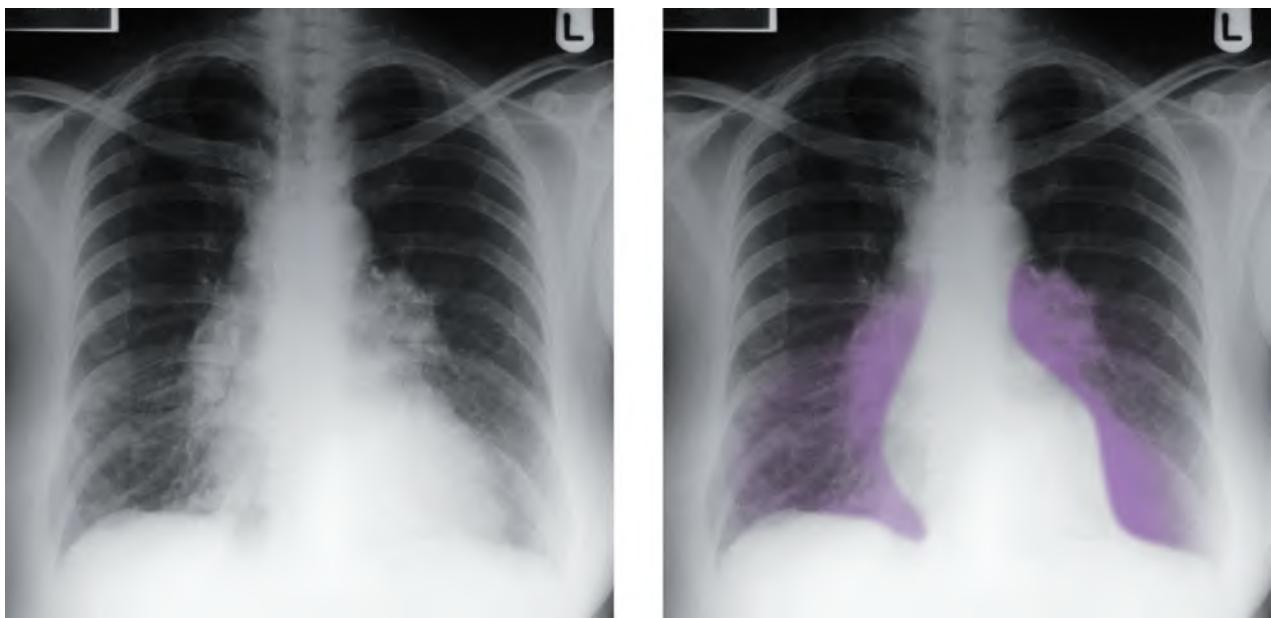


**Hình 65** So sánh 4 hình ảnh Xquang để phân biệt phổi bình thường, xơ phổi và đông đặc. **1 & 2** (Mờ dạng lưới nốt) - Xơ phổi. **3** Phổi bình thường. **4** Đông đặc.

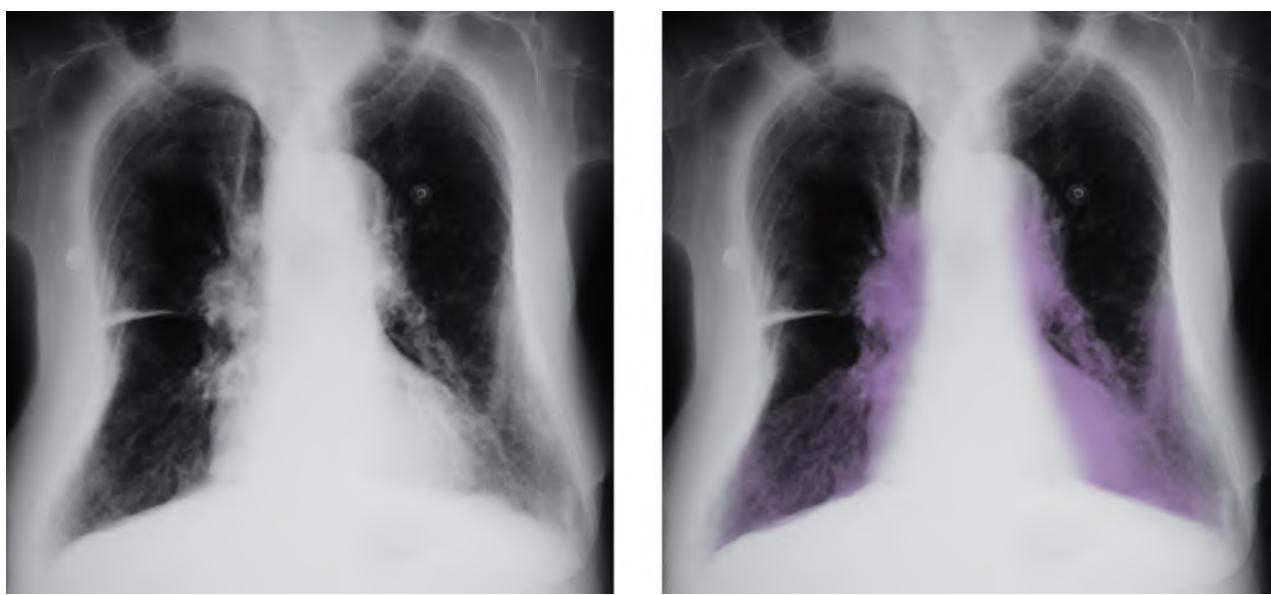
Ví dụ 1



**Hình 66** Phim Xquang cho thấy xơ phổi vùng giữa - dưới dạng thô. Hình ảnh mờ dạng lưới - nốt.

**Ví dụ 2**

**Hình 67** Phim Xquang cho thấy xơ phổi vùng giữa - dưới dạng thô. Hình ảnh mờ dạng lưới - nốt. Trường hợp này nguyên nhân là do bệnh sarcoidosis.

**Ví dụ 3**

**Hình 68** Phim Xquang cho thấy xơ phổi vùng giữa - dưới dạng thô. Hình ảnh mờ dạng lưới - nốt.

Ví dụ 4, 5, 6 & 7

B

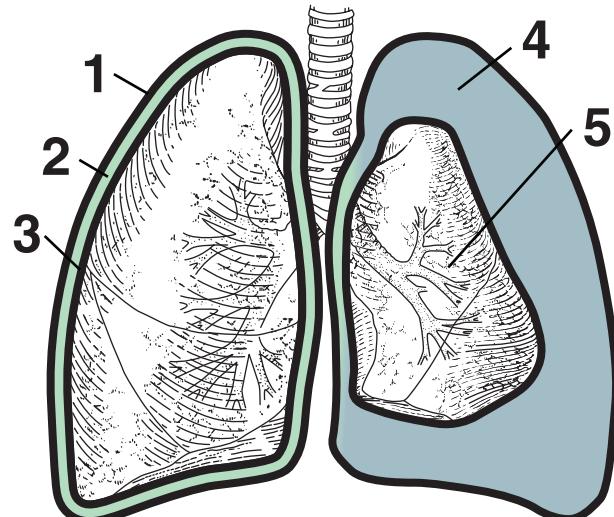


**Hình 69-72:** Phim Xquang cho thấy xơ phổi lan tỏa 2 phổi. Hình ảnh mờ dạng lưới - nốt.

## Tràn khí màng phổi

Tràn khí màng phổi là xuất hiện khí trong khoang màng phổi.

1. Lá thành
2. Khoang màng phổi
3. Lá tặng
4. Tràn khí màng phổi
5. Phổi xẹp



**Hình 73** Hình ảnh minh họa tràn khí khoang màng phổi trái. (4 - khí trong khoang màng phổi trái)

B

Tràn khí màng phổi dễ dàng được phát hiện trên Xquang ngực thẳng. Tràn khí màng phổi lượng ít có thể dễ thấy hơn khi chụp phim ở thi thở ra vì thể tích phổi giảm ở thi thở ra làm tràn khí màng phổi lớn hơn 1 cách tương đối. Đặc điểm quan trọng trên Xquang là phải thấy được bờ nhu mô phổi được bao quanh bởi khí trong khoang màng phổi.

### Đặc điểm trên Xquang

- Một bên phổi sáng hơn (không có vân phổi trong đó).

Khí trong khoang màng phổi làm nhu mô phổi co lại do mất trạng thái áp lực âm trong khoang màng phổi. Khoảng không gian nằm giữa phổi và màng phổi lá thành chứa khí, làm cho khoảng này sáng hơn (đen hơn) trên Xquang.

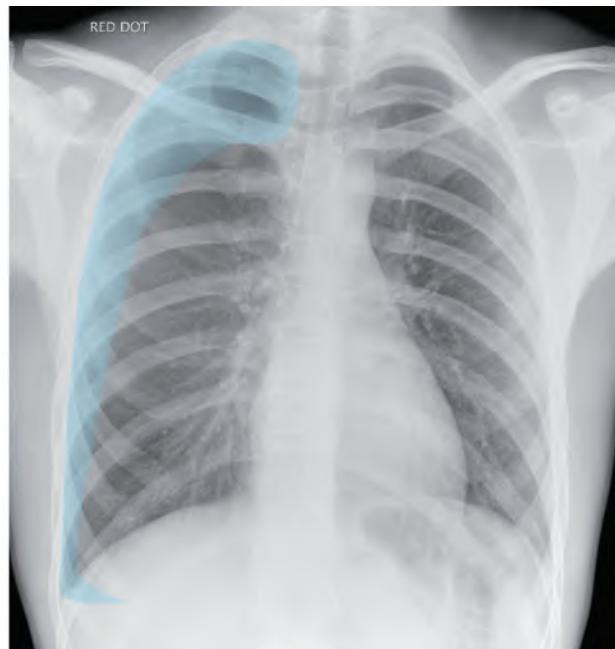
- Thấy được bờ nhu mô phổi và không thấy vân phổi nằm ngoài bờ phổi.

- Di lệch trung thất.

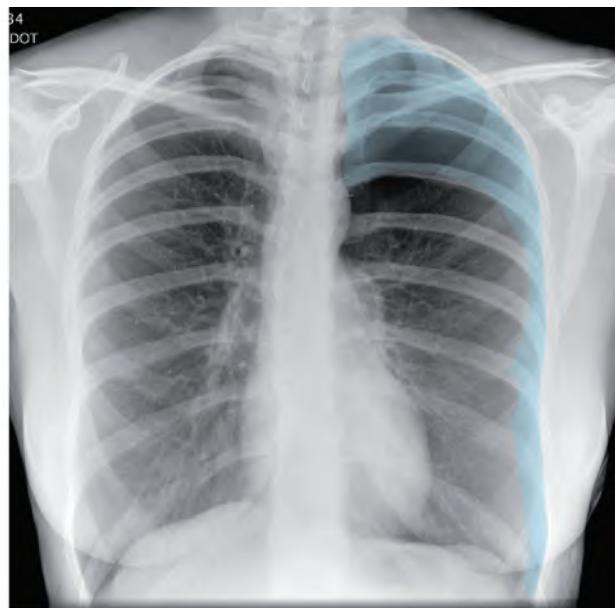
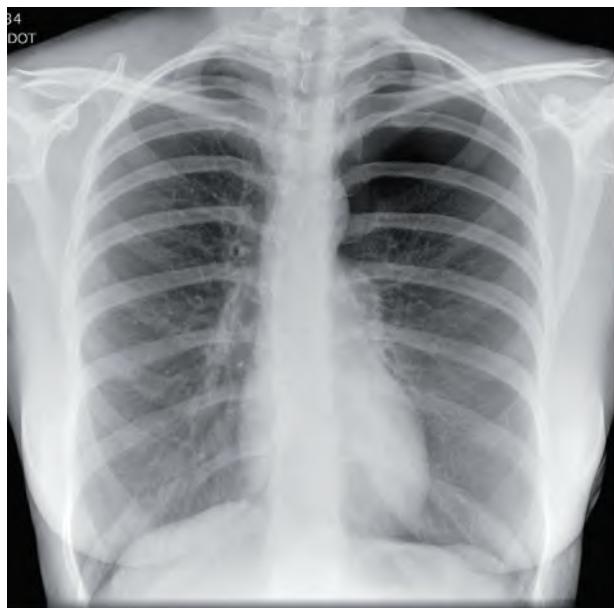
Trung thất lệch về bên bình thường chỉ ra tràn khí màng phổi áp lực (xem trang 56).

- Vân phổi (mạch máu) bên phổi đối diện rõ hơn.

Vì TKMP làm nhu mô phổi xẹp, hầu hết máu từ tim phải sẽ đến phổi không xẹp, dẫn tới tình trạng vân phổi bên lành rõ hơn.

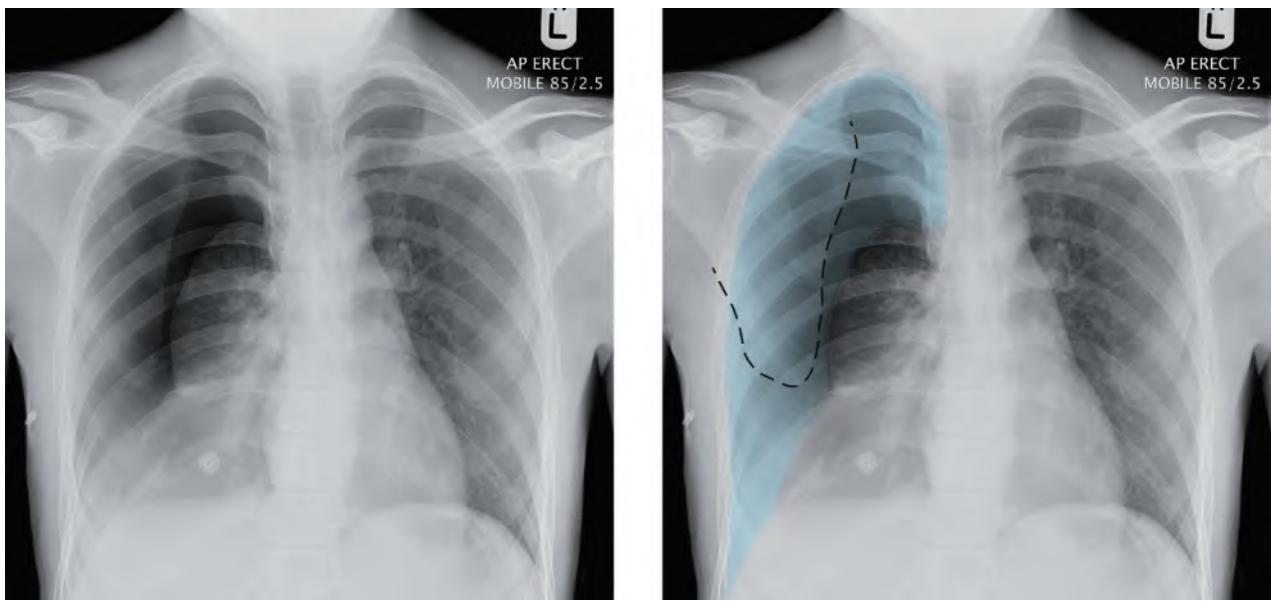
**Ví dụ 1****B**

**Hình 74** Phim Xquang ngực cho thấy tràn khí màng phổi phải. Hình ảnh lá tạng màng phổi và không thấy vân phổi nằm ngoài vùng này. Vân phổi bên phổi lành rõ hơn.

**Ví dụ 2**

**Hình 75** Phim Xquang ngực cho thấy tràn khí màng phổi trái. Hình ảnh lá tạng màng phổi và không thấy vân phổi nằm ngoài vùng này. Vân phổi bên phổi lành rõ hơn.

**Ví dụ 3**



B

**Hình 76** Phim Xquang ngực cho thấy tràn khí màng phổi phải lượng nhiều. Hình ảnh lá tạng màng phổi và không thấy vân phổi nằm ngoài vùng này. Vân phổi bên phổi lành rõ hơn.

**Ví dụ 4**



**Hình 77** Phim Xquang ngực cho thấy tràn khí màng phổi trái. Hình ảnh lá tạng màng phổi và không thấy vân phổi nằm ngoài vùng này. Vân phổi bên phổi lành rõ hơn.

## Tràn khí màng phổi áp lực

Tràn khí màng phổi áp lực là 1 loại tràn khí màng phổi nặng, trong đó khí vào khoang màng phổi qua "van 1 chiều"

mà không ra khỏi khoang màng phổi được. Đây là 1 cấp cứu y khoa, có thể gây xẹp hoàn toàn 1 phổi. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, không phải vào Xquang đơn thuần.

Bất kì bệnh lí nào gây tràn khí màng phổi đều có thể gây tràn khí màng phổi áp lực. Trong tràn khí màng phổi "bình thường", một lượng nhỏ khí lọt vào khoang màng phổi, làm mất áp lực âm của khoang màng phổi, gây xẹp phổi. Trong TKMP áp lực, khí vào trong khoang màng phổi trong mỗi lần thở, làm áp lực trong khoang màng phổi dương, tăng cao, gây xẹp phổi hoàn toàn.

Các cơ quan quan trọng ở trung tâm lồng ngực (như tim, mạch máu lớn, đường thở) có thể bị đẩy sang phía phổi lành. Sự đe dọa này có thể gây chèn ép, cản trở máu tĩnh mạch trở về tim, dẫn tới thiếu oxy, hạ áp, shock.

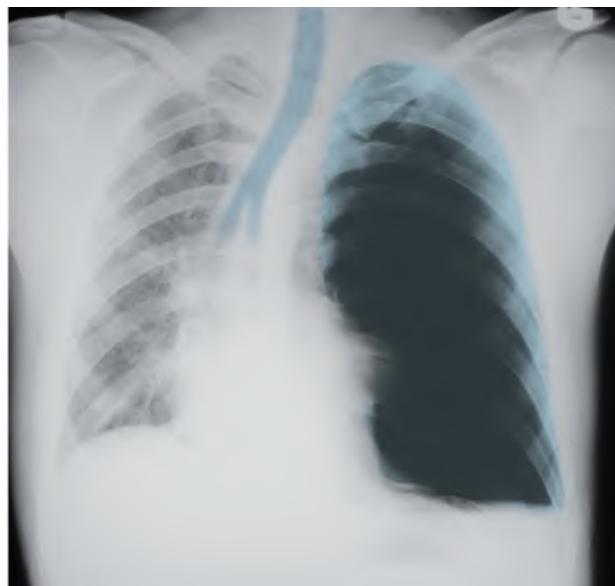
**B**

### Dấu hiệu trên phim Xquang

- Một bên phổi sáng hơn, mất vân phổi.
- Lồng ngực bên tràn khí tăng thể tích.
- Di lệch trung thất (và khí quản) sang bên phổi lành.
- Vòm hoành hạ thấp .

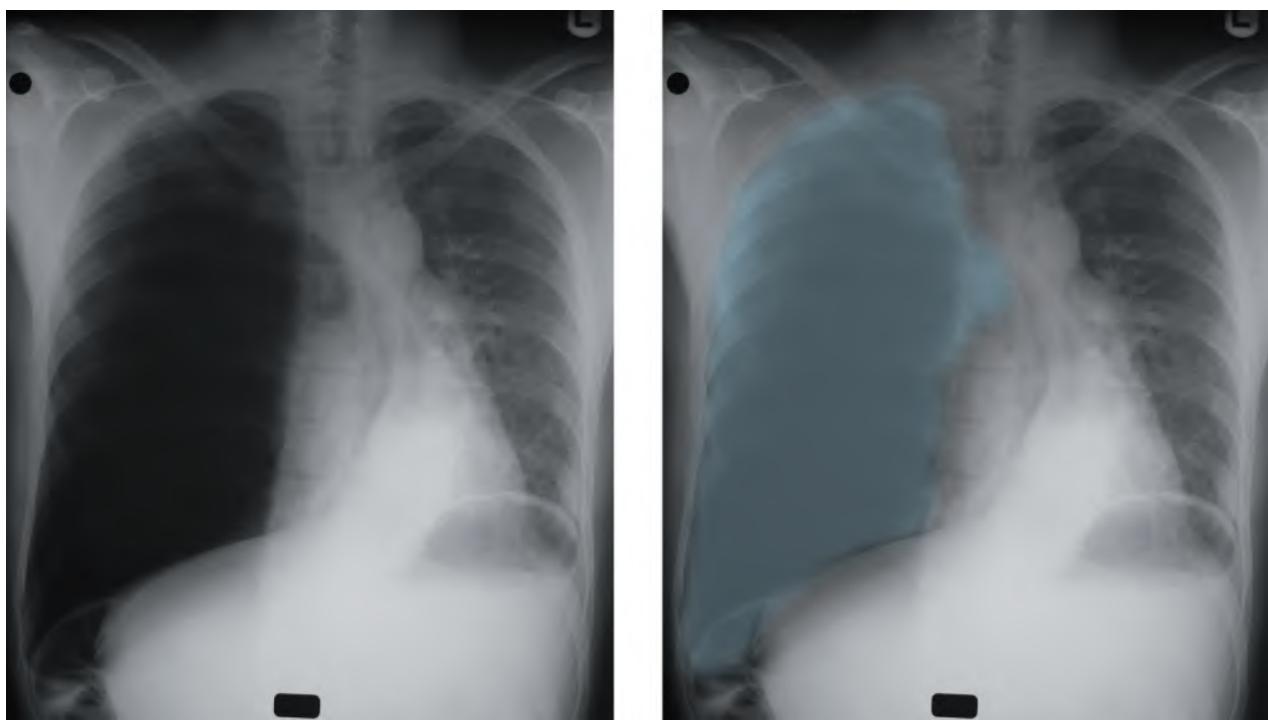
**Lưu Ý:** Chẩn đoán tràn khí màng phổi áp lực cần dựa trên lâm sàng với triệu chứng khó thở, di lệch khí quản, gõ vang, nghe rì rào phế nang giảm, không phải dựa trên Xquang. Chẩn đoán muộn có thể gây tử vong.

### Ví dụ 1



**Hình 78** Phim Xquang minh họa hình ảnh tràn khí màng phổi áp lực bên trái. Vòm hoành trái bị đẩy xuống, trung thất, khí quản di lệch sang phải. Phổi trái mất các vân phổi do khí chiếm toàn bộ lồng ngực trái.

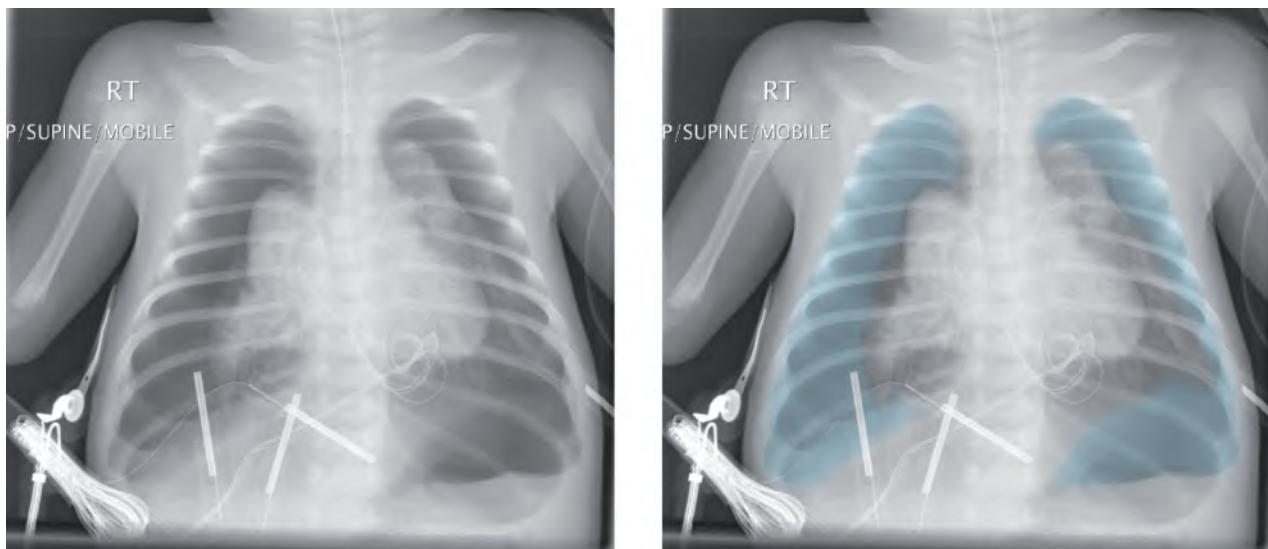
**Ví dụ 2**



B

**Hình 79** Phim Xquang minh họa hình ảnh tràn khí màng phổi áp lực bên phải. Vòm hoành phải bị đẩy xuống, trung thất, khí quản di lệch sang trái. Phổi phải mất các vân phổi do khí chiếm toàn bộ lồng ngực.

**Ví dụ 3**



**Hình 80** Phim Xquang minh họa hình ảnh tràn khí màng phổi áp lực hai bên. Vòm hoành hai bên bị đẩy xuống. Mất vân phổi vùng tràn khí. Đặc biệt, trung thất và khí quản không di lệch vì hai bên cân bằng áp lực. Phần nhu mô phổi còn lại mờ hơn do xẹp lại.

**Lưu Ý:**

‘ Trung thất không di lệch, thì khả năng cao không có tràn khí màng phổi áp lực’

**hoặc**

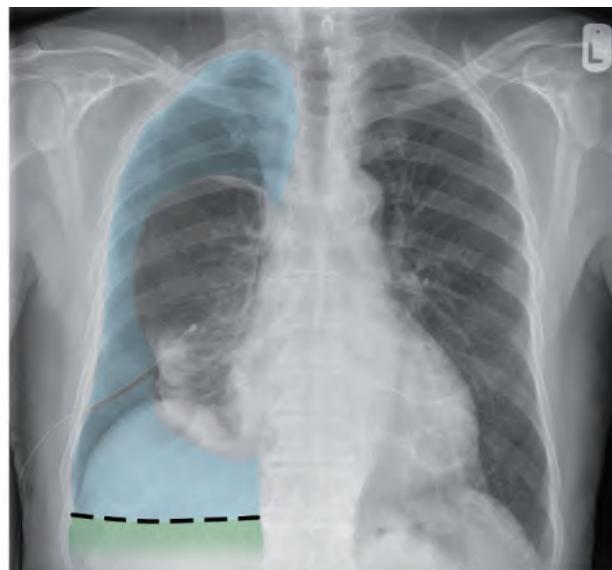
‘ Có sự di lệch trung thất sang bên không tràn khí, thì có tràn khí màng phổi áp lực. Đây là 1 cấp cứu, cần phải xử trí ngay bằng cách dẫn lưu màng phổi ngay.’

**B****Tràn dịch-khí màng phổi**

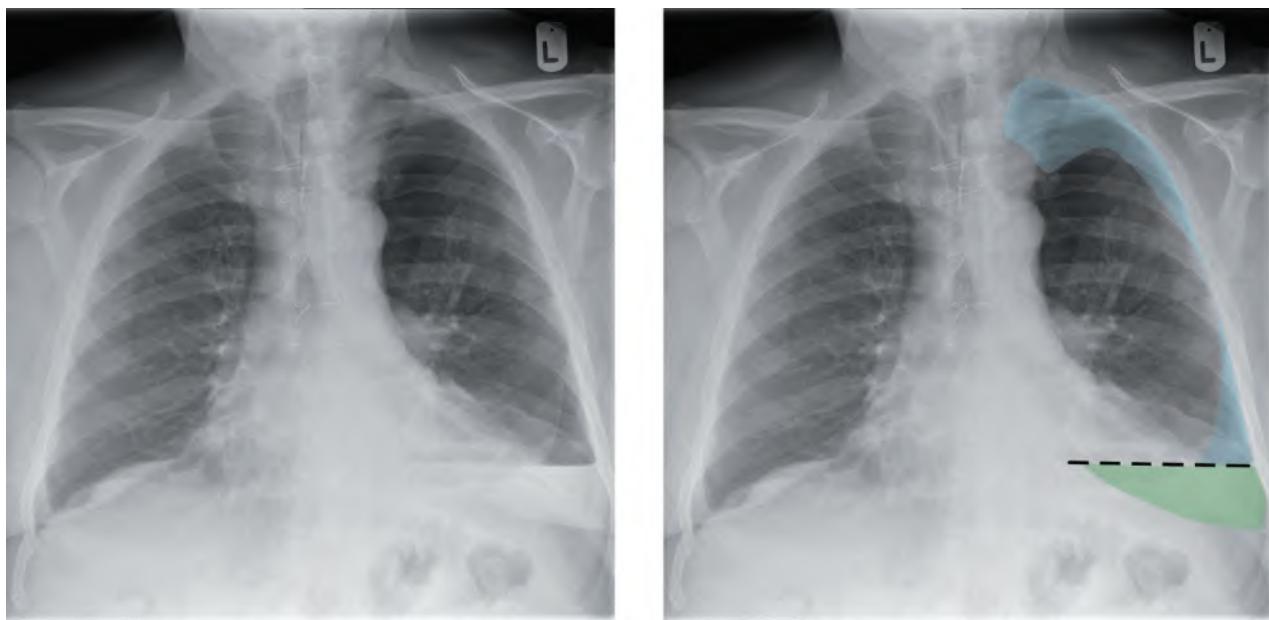
Tràn dịch-khí màng phổi là sự xuất hiện dịch, khí trong khoang màng phổi. Trên Xquang ngực tư thế đứng sẽ thấy mức dịch-khí. Mức dịch-khí có ranh giới rõ, nằm trên toàn bộ độ rộng 1 bên lồng ngực.

**Nguyên nhân**

- **Do thảy thuốc gây ra:** Làm lọt khí vào trong quá trình dẫn lưu dịch màng phổi.
- **Chấn thương .**
- **Do vi sinh vật sinh hơi** (hiếm)

**Ví dụ 1**

**Hình 81** Phim Xquang cho thấy tràn dịch-khí khoang màng phổi phải. Dịch (xanh lá), khí (xanh dương), mức dịch-khí (đường nét đứt).

**Ví dụ 2**

**Hình 82** Phim Xquang cho thấy tràn dịch-khí khoang màng phổi trái. Dịch (xanh lá), khí (xanh dương), mức dịch-khí (đường nét đứt).

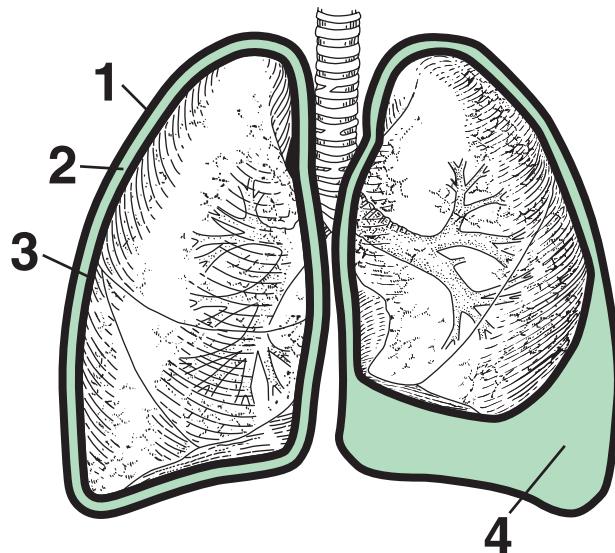
**B**

## Tràn dịch màng phổi

Tràn dịch màng phổi là sự xuất hiện dịch trong khoang màng phổi.

1. Lá thành
2. Khoang màng phổi
3. Lá tạng
4. Dịch trong KMP.

B



**Hình 83** Hình ảnh minh họa tràn dịch màng phổi trái  
Bình thường, khoang màng phổi chỉ có vài ml dịch.

Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi.

- **Dịch thâm** (protein < 30 g/l):
  - Suy tim (suy tim sung huyết, tràn dịch màng ngoài tim)
  - Suy gan (xơ gan)
  - Suy thận
  - Giảm protein (hội chứng thận hư)
  - Giảm protein ăn vào (suy dinh dưỡng)
  - Do thày thuốc (lọc màng bụng).
- **Dịch tiết** (protein > 30 g/l):
  - Nhiễm trùng (viêm phổi, lao)
  - Nhồi máu phổi
  - Ung thư (Ung thư phế quản, ung thư màng phổi, di căn phổi)
  - Bệnh mô liên kết (viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống)
  - Viêm tụy (thường tràn dịch bên trái)
  - Chấn thương/phẫu thuật (do gây xương sườn).

Dấu hiệu Xquang không thay đổi theo nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi, vì vậy dịch thâm, dịch tiết, máu, mủ đều giống nhau trên Xquang. Trên Xquang ngực tư thế đứng, dịch biểu hiện đám mờ nằm ở đáy phổi.

**Lưu Ý:** Xẹp phổi cũng gây mờ vùng đáy phổi. Để phân biệt xẹp phổi và tràn dịch màng phổi cần quan sát khí quản. Trong xẹp phổi, thể tích phổi giảm, khí quản lệch về bên健全. Trong TDMP, khí quản thường không lệch hoặc lệch sang bên lành nếu lượng dịch nhiều.

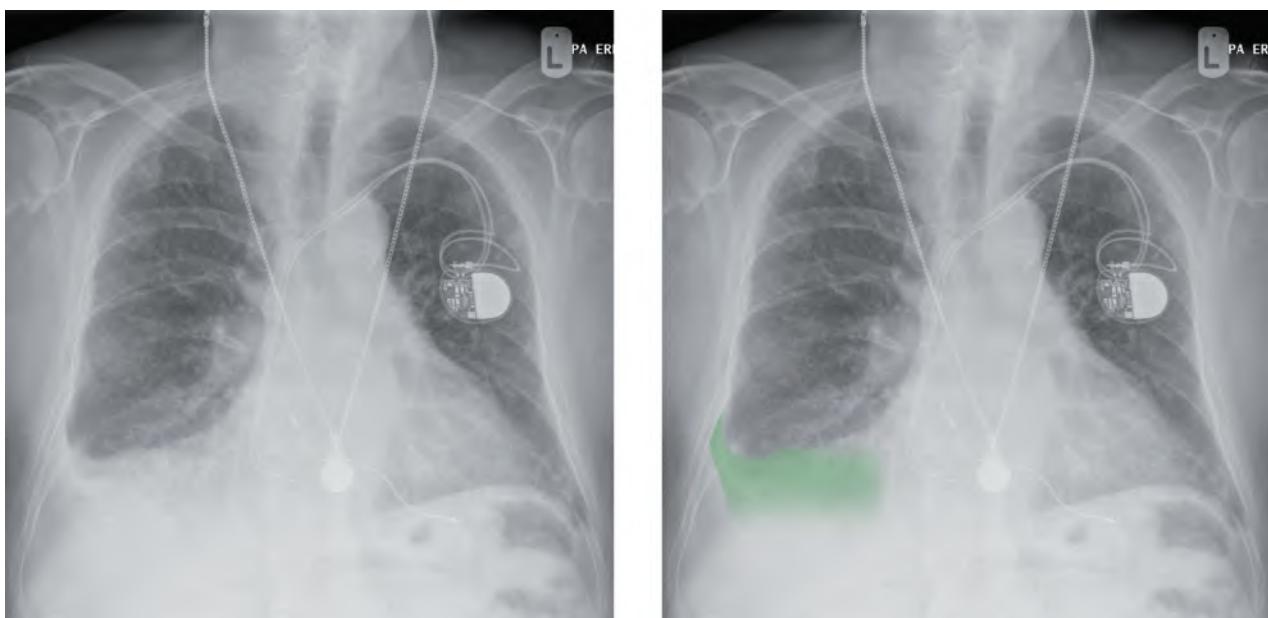
### Dấu hiệu trên Xquang của TDMP

- Mờ đồng nhất.
- Mất (tù) góc sườn hoành.
- Đường cong damoiseau (Ngoại vi cao hơn trung tâm).
- Xóa ranh giới với vòm hoành.
- Không có hình ảnh phế quản chứa hơi.

**Ví dụ 1**

B

**Hình 84** Phim Xquang minh họa hình ảnh tràn dịch màng phổi trái. Hình ảnh mờ góc sườn hoành trái, xóa ranh giới vòm hoành trái. Đường cong damoiseau.

**Ví dụ 2**

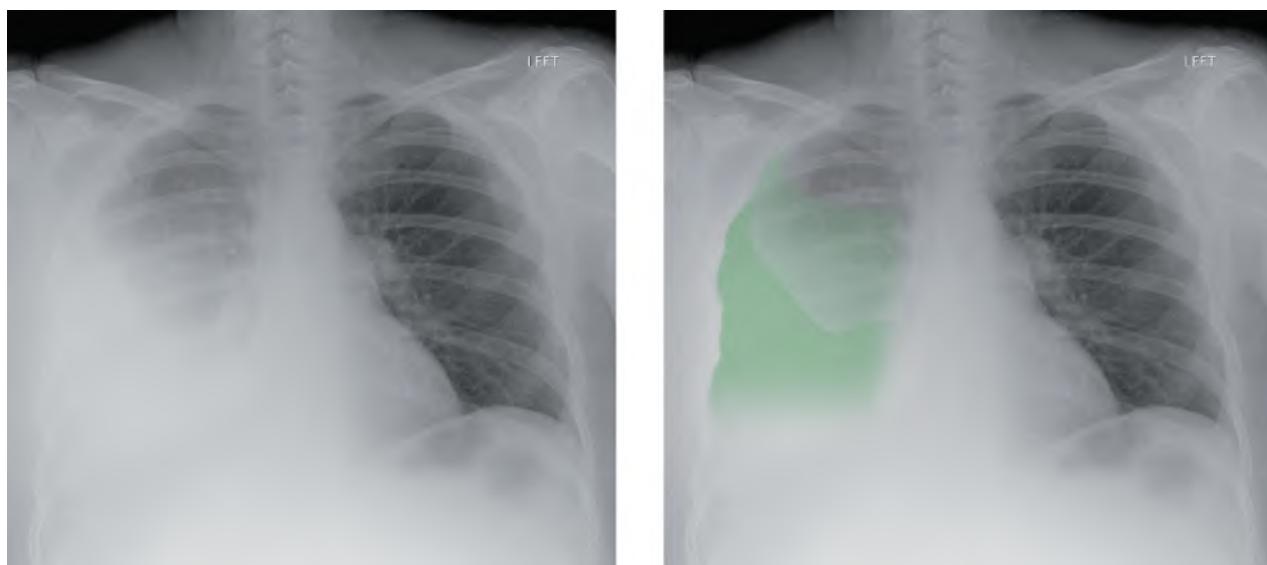
**Hình 85** Phim Xquang minh họa hình ảnh tràn dịch màng phổi phải. Hình ảnh mờ góc sườn hoành phải, xóa ranh giới vòm hoành phải. Đường cong damoiseau.

### Ví dụ 3



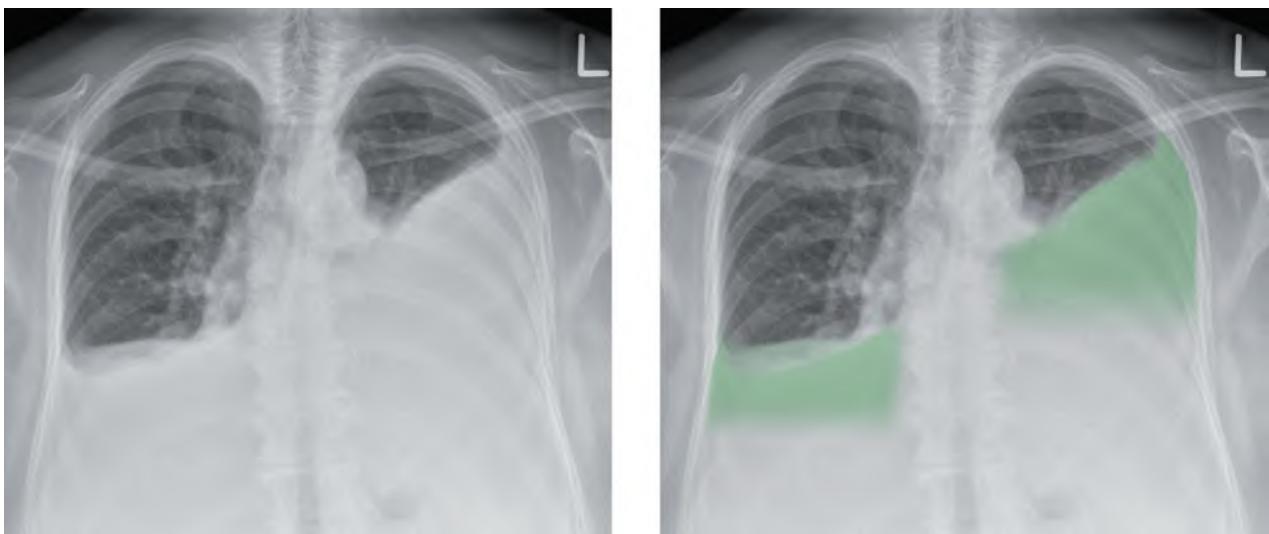
**Hình 86** Phim Xquang minh họa hình ảnh tràn dịch màng phổi trái. Hình ảnh mờ góc sườn hoành trái, xóa ranh giới vòm hoành trái. Đường cong damoiseau. Hình ảnh mờ đồng nhất, không có hình ảnh phế quản chứa hơi. Mức tràn dịch (chính) màu xanh đậm, tuy nhiên dịch ở bờ sau phổi cũng tạo nên 1 bờ mờ hơn (xanh nhạt)

### Ví dụ 4



**Hình 87** Phim Xquang minh họa hình ảnh tràn dịch màng phổi phải. Hình ảnh mờ góc sườn hoành phải, xóa ranh giới vòm hoành phải. Đường cong damoiseau. Hình ảnh mờ đồng nhất, không có hình ảnh phế quản chứa hơi. Mức tràn dịch (chính) màu xanh đậm, tuy nhiên dịch ở bờ sau phổi cũng tạo nên 1 bờ mờ hơn (xanh nhạt)

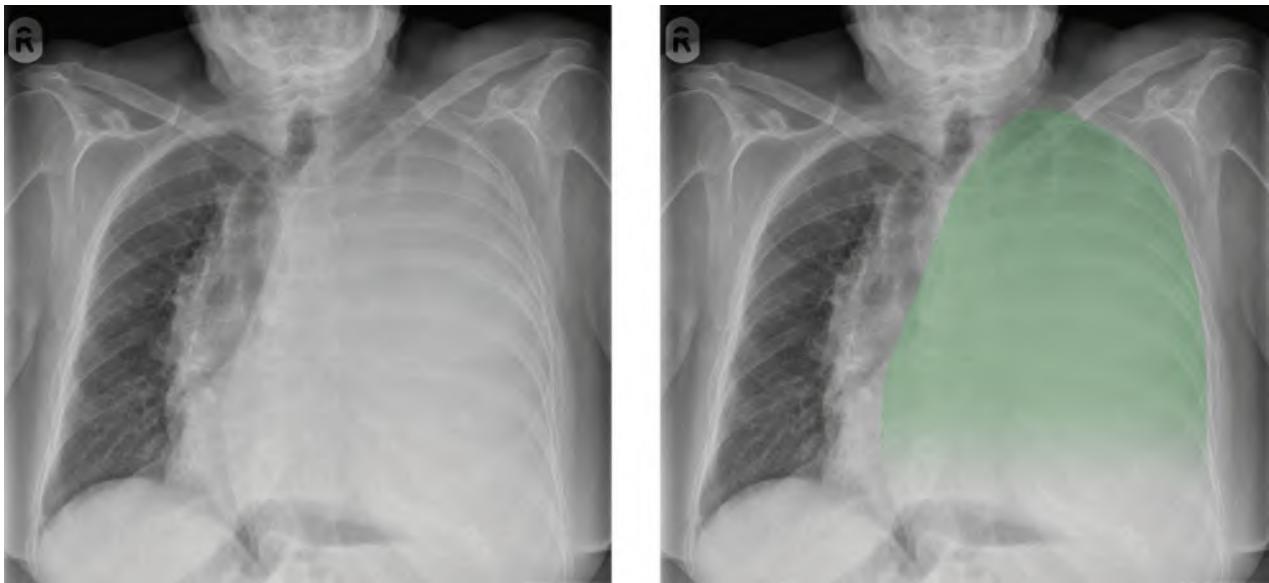
**Ví dụ 5**



B

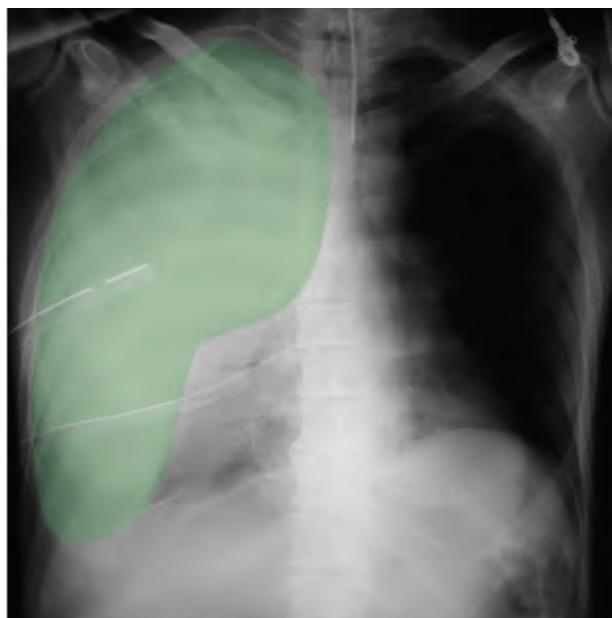
**Hình 88** Phim Xquang cho thấy tràn dịch màng phổi hai bên. Hình ảnh mờ góc sườn hoành, xóa ranh giới vòm hoành. Đường cong damoiseau. Hình ảnh mờ đồng nhất, không có hình ảnh phế quản chứa hơi. Mức tràn dịch (chính) màu xanh đậm, tuy nhiên dịch ở bờ sau phổi cũng tạo nên 1 bờ mờ hơn (xanh nhạt).

**Ví dụ 6**



**Hình 89** Phim Xquang cho thấy tràn dịch màng phổi trái lượng lớn. Hình ảnh mờ góc sườn hoành trái, xóa ranh giới vòm hoành trái. Không có đường cong damoiseau do dịch chiếm toàn bộ lồng ngực trái. Khẳng định đây là tràn dịch chứ không phải xẹp phổi hay cắt phổi vì có hiệu ứng đè đầy khí quản và trung thất sang bên phổi phải.

**Lưu Ý:** Tràn dịch màng phổi lượng lớn như trên thường liên quan tới khói U.

**Ví dụ 7**

**Hình 90** Phim Xquang cho thấy tràn dịch màng phổi phải lượng lớn. Hình ảnh mờ sườn hoành phải, xóa ranh giới vòm hoành phải. Không có đường cõi damoiseau do dịch chiếm toàn bộ lòng ngực phải. Khẳng định đây là tràn dịch chứ không phải xẹp phổi hay cát phổi vì có hiệu ứng đè đầy khí quản và trung thất sang bên phổi trái. Bệnh nhân này là một trường hợp tràn máu màng phổi.

**Lưu Ý về tràn máu màng phổi**

Trên Xquang, tràn máu màng phổi giống với tràn dịch màng phổi.

Nguyên nhân gây tràn máu màng phổi thường do chấn thương: Chấn thương hoặc vết thương ngực gây tổn thương lá thành hoặc lá tang màng phổi. Tổn thương màng phổi làm máu tràn vào khoang màng phổi, làm mất áp lực âm trong khoang màng phổi.

Lượng máu mất vào khoang màng phổi có thể rất lớn, có thể chiếm tới **30 – 40%** lượng máu của một người.

Các nguyên nhân khác, tràn máu màng phổi có thể là biến chứng của:

- **Tràn khí màng phổi**
- **Nhồi máu phổi**
- **Liệu pháp chống đông**, đặc biệt trên bệnh nhân chấn thương ngực.

## Phù phổi

Phù phổi là sự út đọng dịch trong phổi làm cho phế nang tràn ngập dịch. Phù phổi có thể gây ra mất cân bằng trao đổi khí tại các phế nang, gây suy hô hấp.

**Lưu Ý:** Phù phổi khác với tràn dịch màng phổi vì trong phù phổi dịch tích tụ trong phế nang, còn trong TDMP dịch tích trọng trong khoang màng phổi.

### Nguyên nhân gây phù phổi

#### 1. Phù phổi do nguyên nhân tim

- Suy tim. Tim mất khả năng thu máu từ phổi trở về tim (suy tim trái, bệnh van 2 lá).

#### 2. Phù phổi nguyên nhân không do tim

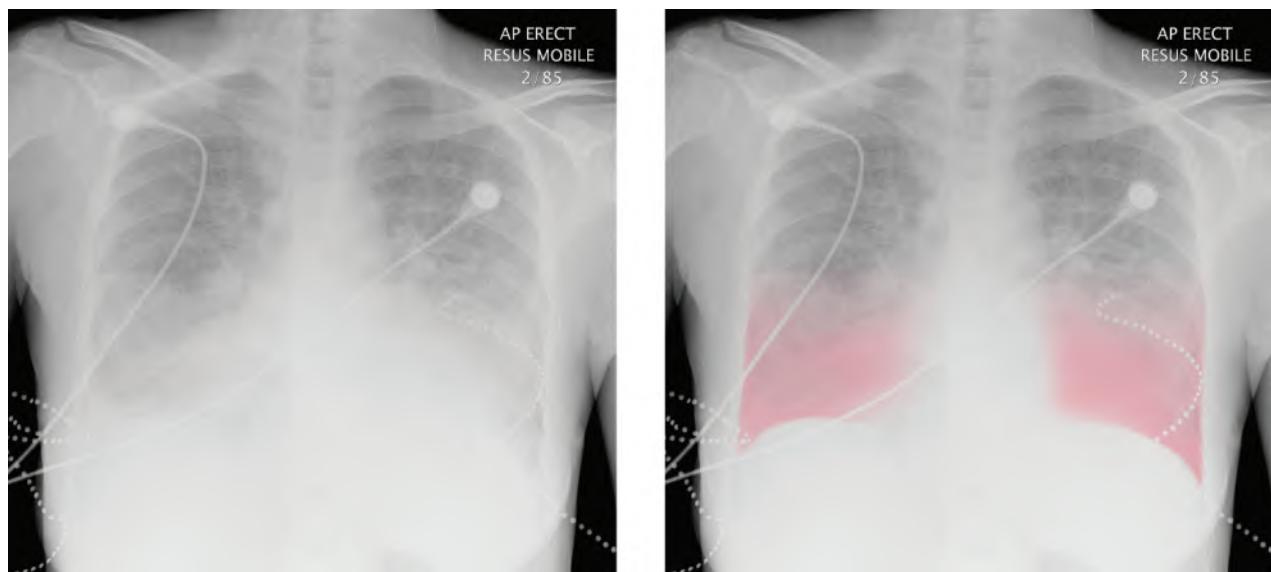
- Suy thận làm tăng thể tích tuần hoàn.
- Do thày thuốc truyền quá nhiều dịch.
- HC suy hô hấp cấp ở người lớn (ARDS) .

### Đặc điểm trên Xquang

- Mờ phổi lan tỏa, đối xứng 2 bên:** (trừ vùng ngoại vi) Đặc biệt là vùng giữa và dưới của phổi do áp lực tĩnh mạch ở đây là lớn nhất dưới tác dụng của trọng lực.
- Tái phân bố máu ở phổi:** Mạch máu ở thùy trên trở lên to hơn thùy dưới trên phim đứng vì mạch máu ở thùy dưới tăng sức cản.
  - Mờ quanh phế quản:** thành phế quản dày hơn. Đây là dấu hiệu trên Xquang khi dịch út đọng trong các phế quản nhỏ gây xẹp phổi khu trú, làm cho vùng quanh phế quản trở nên rõ hơn trên Xquang.
  - Mờ quang rốn phổi:** Đám mờ quanh rốn phổi 2 bên.
  - Trong phù phổi cấp, có thể thấy mờ hình cánh bướm. ( xem trang 67 ).
  - Đường vách ( xem trang 69 ).

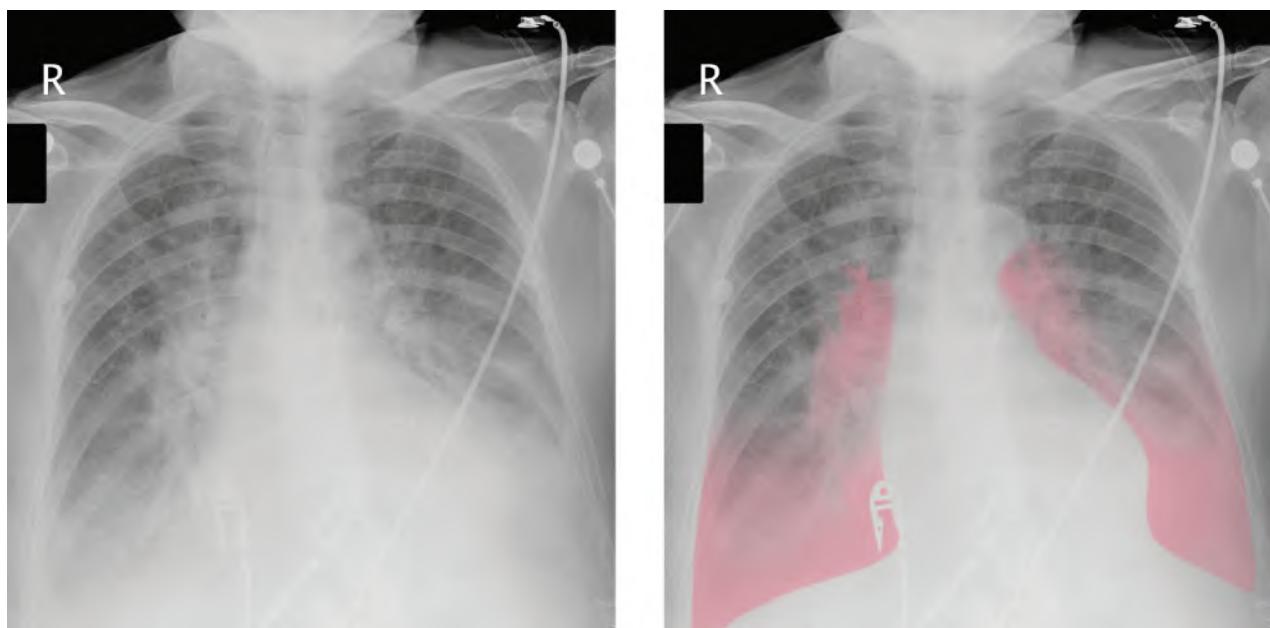
B

### Ví dụ 1



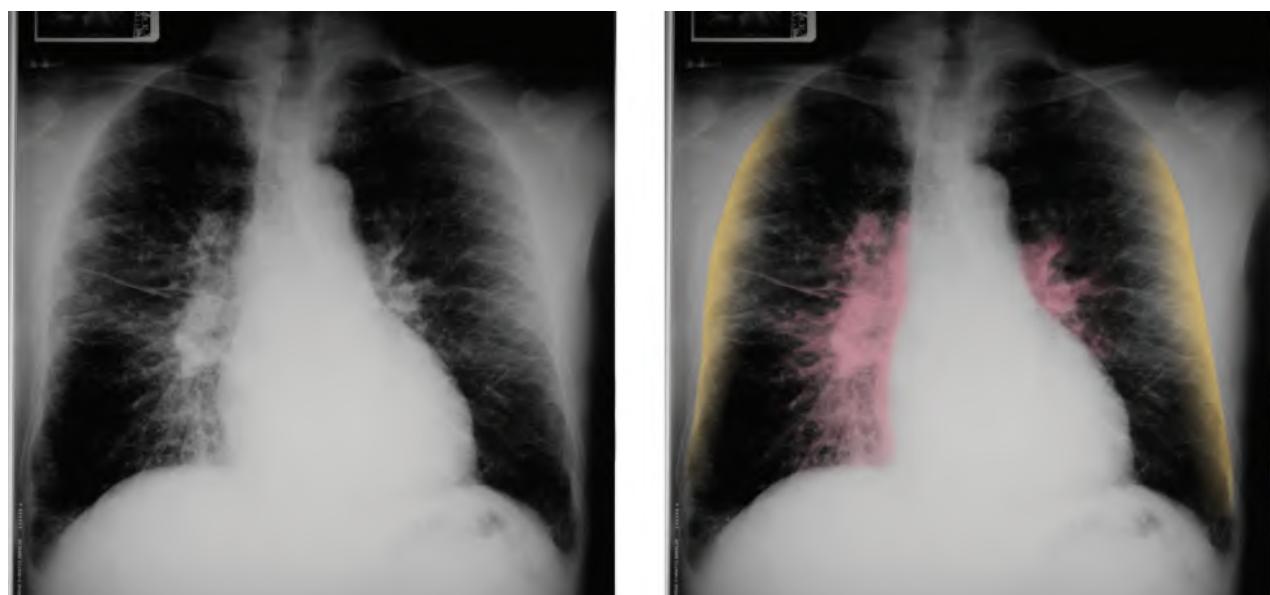
**Hình 91** Phim Xquang cho thấy hình ảnh phù phổi hai bên. Hình anhe mờ lan tỏa, đối xứng 2 bên phổi (màu hồng)

**Ví dụ 2**



**Hình 92** Phim Xquang cho thấy hình ảnh phù phổi hai bên. Hình ảnh mờ lan tỏa, đối xứng 2 bên phổi, chủ yếu ở thùy giữa và dưới (màu hồng)

**Ví dụ 3**



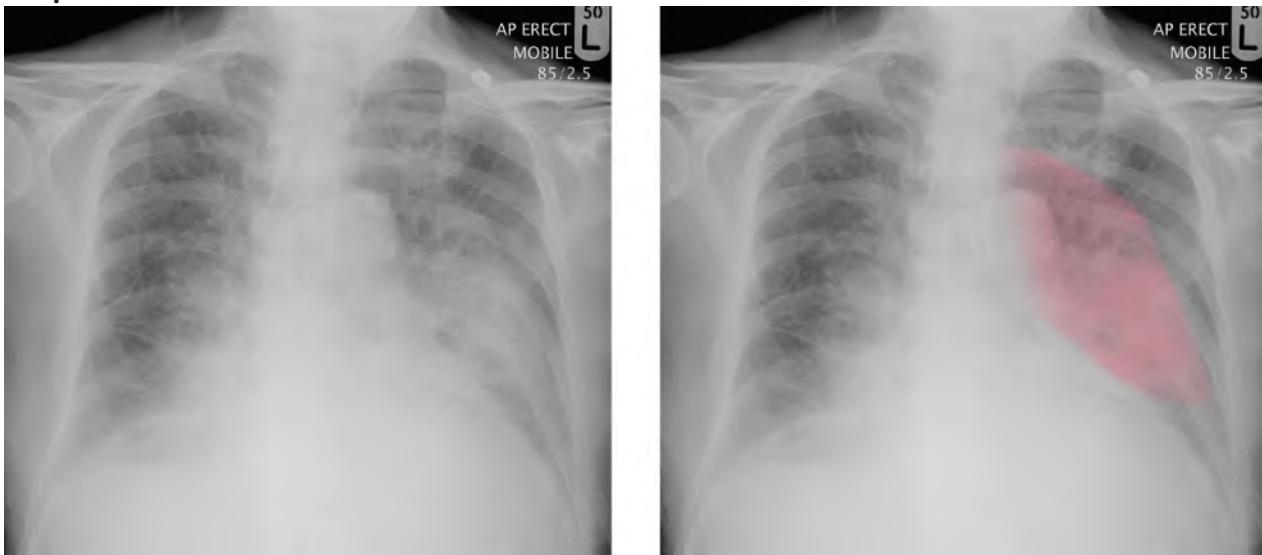
**Hình 93** Phim Xquang cho thấy hình ảnh phù phổi hai bên. Hình ảnh mờ quanh rốn phổi (hồng), đường vách (vàng).

## Mờ hình cánh doi

Trong phù phổi cấp, trên phim Xquang, có thể thấy hình ảnh mờ lan tỏa quanh rốn phổi (một bên hoặc 2 bên), lan tới vùng ngoại vi cách màng phổi 2-3 cm.

- Đám mờ hình cánh doi.
- Chưa có lí giải cho hiện tượng này, và thường gặp ở phần lớn bệnh nhân phù phổi.
- Thường do duy tim trái và phù phổi thứ phát.

Ví dụ 1



**Hình 94** Phim Xquang cho thấy bóng mờ hình cánh doi bên trái. Hình ảnh bóng mờ ranh giới không rõ, lan tới ngoại vi cách thành ngực 2-3 cm, (màu hồng). Ghi nhận thêm đồng đặc thù giữa và dấu hiệu khác của phù phổi như mờ lan tỏa, đối xứng 2 bên vùng đáy phổi.

B

## Ví dụ 2

**B**

**Hình 95** Phim Xquang cho thấy bóng mờ hình cánh 2 bên phổi. Hình ảnh bóng mờ ranh giới không rõ, lan tới ngoại vi cách thành ngực 3-4 cm, (màu hồng). Ghi nhận thêm hình ảnh vôi hóa màng phổi 2 bên

## Đường vách (Đường kerley)

Dấu hiệu đường vách là do sự ú đọng bạch huyết tại rãnh liên thùy do khối u, xơ phổi.

Đường vách thường thấy được ở ngoại vi phổi, lan vào trong từ bề mặt phổi. Đường vách không thấy trên phim Xquang ngực bình thường.

Đường vách thường nhìn thấy trên Xquang do dày lên do dịch, khối U hoặc xơ phổi.

Trên Xquang ngực, đường vách rất nhỏ, thấy ở vùng ngoại vi, vuông góc với màng phổi. Rất dễ bỏ qua đường vách, vì vậy cần quan sát kĩ.

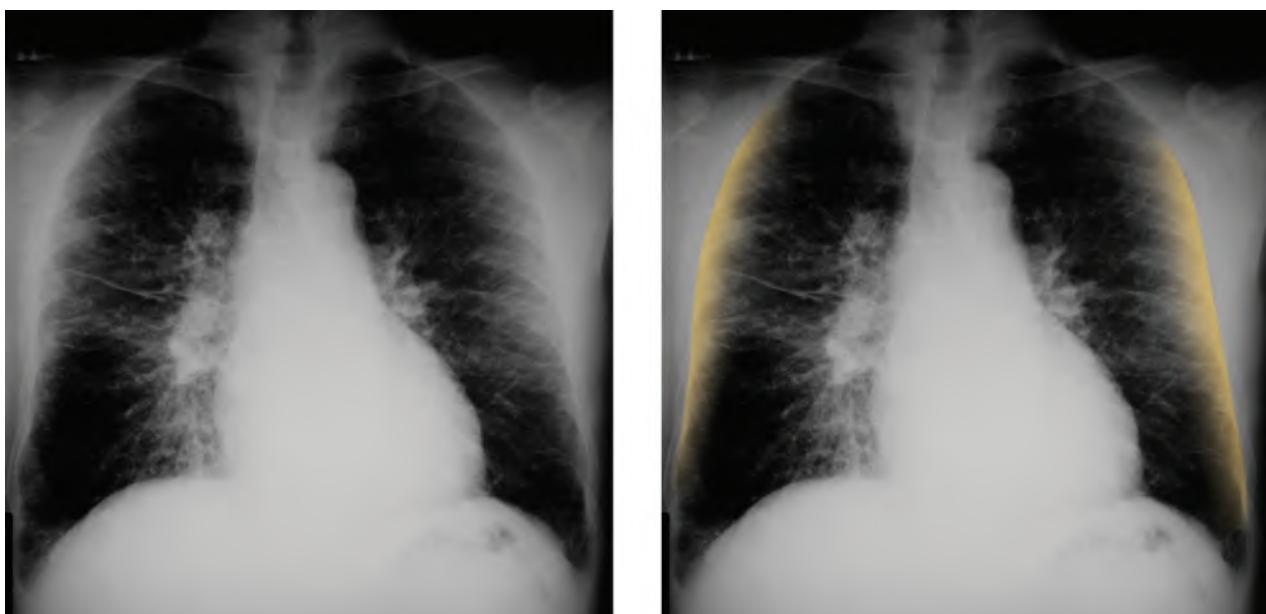
**Lưu Ý:** Đường vách lần đầu được mô tả bởi Kerley, nên chúng thường biết đến với tên đường Kerley A (nằm ở vùng trung tâm phổi) hoặc đường Kerley B (vùng ngoại vi phổi).

B

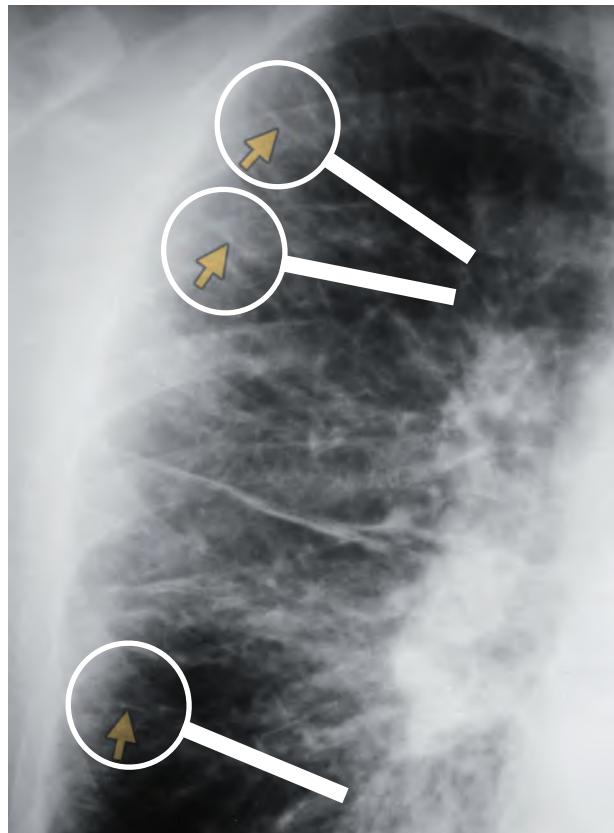
### Nguyên nhân gây ra đường Kerley

- Phù phổi kẽ (vd. Do tăng áp lực tĩnh mạch phổi do suy tim).
- Ung thư di căn trong mạch lympho (**Lymphangitis carcinomatosa**). Ung thư giai đoạn muộn, mạch lympho có thể bị tắc hoặc viêm tạo nên đường vách. Thường ở 2 bên phổi và có thể có hạch rốn phổi to.
- Xơ phổi trong bệnh bụi phổi (rất hiếm).

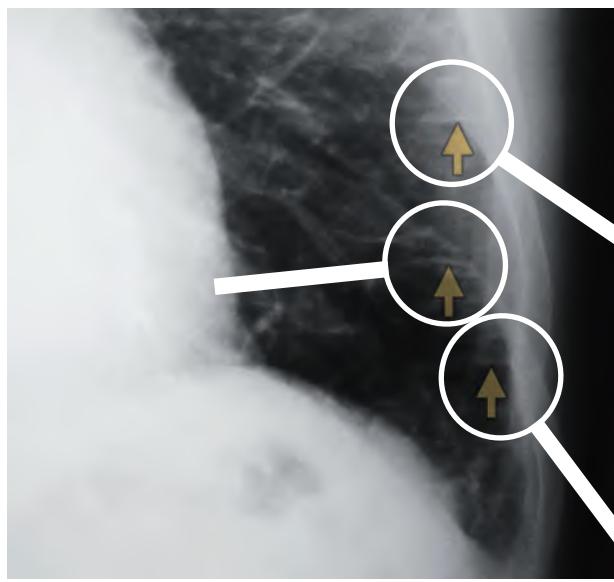
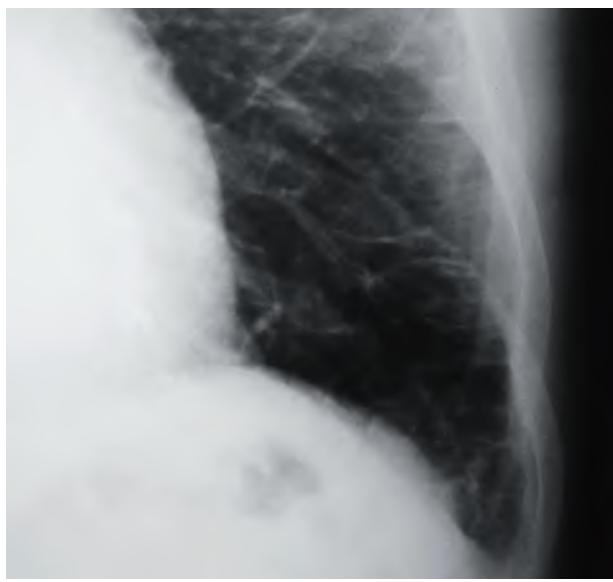
### Ví dụ



**Hình 96a** Phim Xquang cho thấy đường vách (do suy tim). Hình ảnh đường nhỏ, ngoại vi, vuông góc với màng phổi (vàng).

**B**

**Hình 96b** Hình 96a sau khi phóng to cho thấy rất nhiều đường vách bên phổi phải. 3 trong số đó được đánh dấu.



**Hình 96c** Hình 96a sau khi phóng to cho thấy rất nhiều đường vách bên phổi trái. 3 trong số đó được đánh dấu

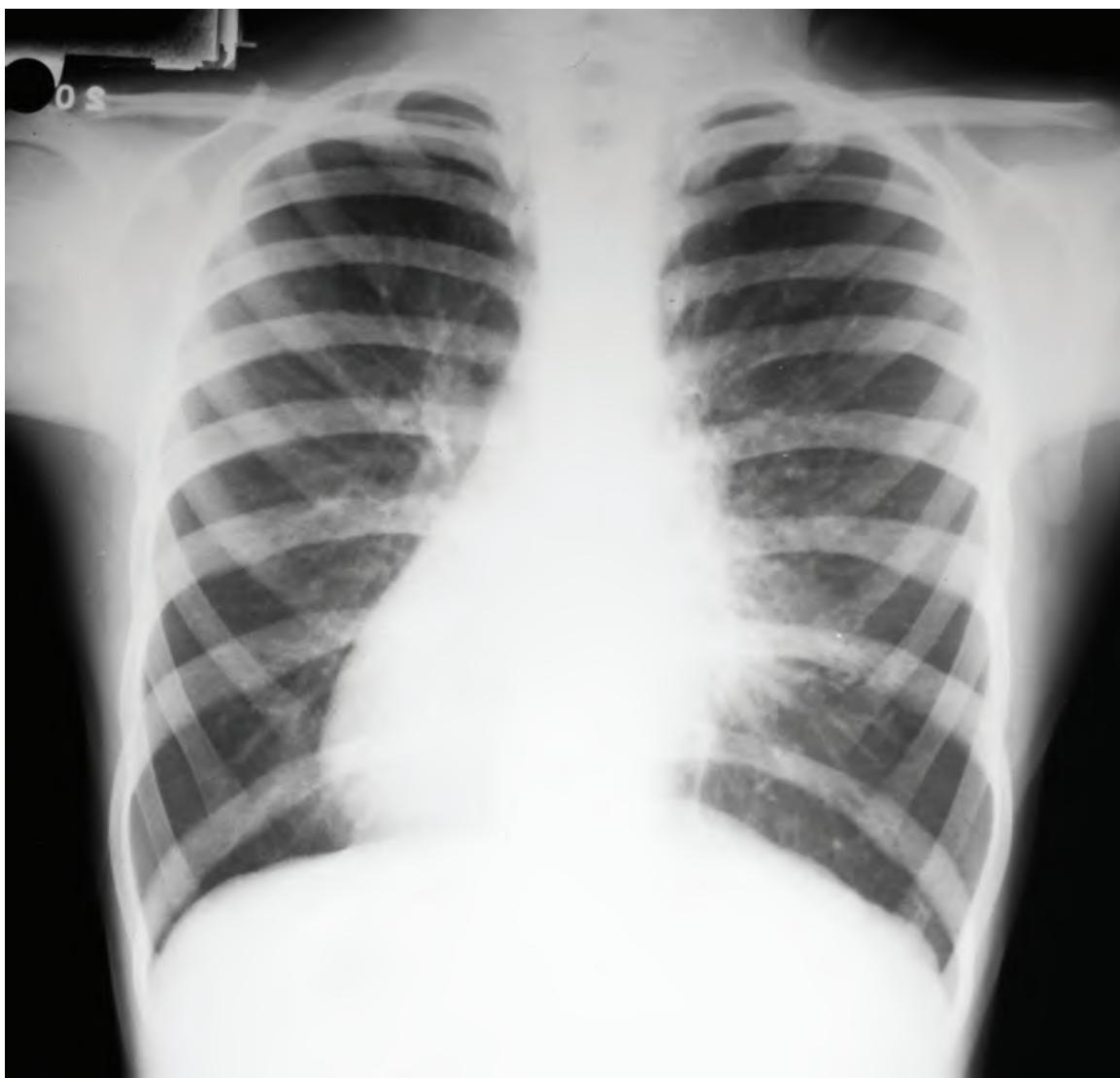
## Tim sang phải

**Tim sang phải** nghĩa là tim nằm ở vị trí đối xứng với vị trí bình thường của tim, tức là tim nằm bên phải lồng ngực, với móm tim hướng sang phải.

Trong một số trường hợp, tất cả các tạng trong lồng ngực đều đảo ngược vị trí, và nằm ở vị trí đối xứng với vị trí bình thường. Trường hợp này gọi lại đảo ngược phủ tạng hoàn toàn. Khi đó, tim và phổi có 2 thùy nằm bên phải, phổi có 3 thùy nằm bên trái.

**Lưu Ý:** Ở người tim sang phải, điện cực ghi ECG và máy phá rung cần đặt ở vị trí ngược lại.

### Ví dụ



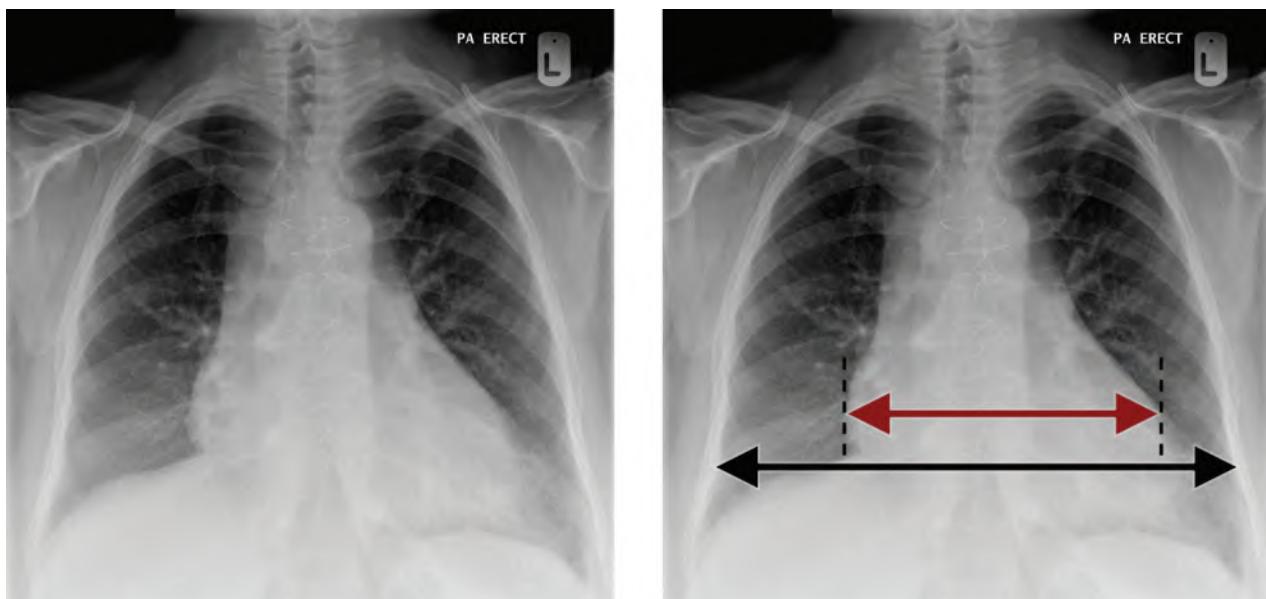
**Hình 97** Phim Xquang cho thấy tim sang phải với móm tim hướng sang phải.

## Bóng tim to

Tim to nếu độ rộng của tim lớn hơn 1/2 độ rộng lồng ngực. Độ rộng của tim được đo theo chiều ngang, là khoảng cách lớn nhất có thể giữa bờ phải và bờ trái tim.

**Lưu Ý:** Chỉ đánh giá kích thước tim trên phim thẳng sau - trước (PA) vì trên phim trước-sau (AP) hoặc chụp nằm trung thất và kích thước tim to hơn do kĩ thuật tạo ảnh. (xem trang 4)

### Ví dụ



**Hình 98** Phim Xquang PA cho thấy tim to. Ghi nhận thêm hình ảnh chỉ khâu da ngực.

Bình thường, 2/3 tim nằm bên trái đường giữa, 1/3 tim nằm bên phải đường giữa. Tâm thất trái tạo nên bờ trái tim, tâm nhĩ phải tạo nên bờ phải tim. Cả tâm nhĩ trái và thất phải không thấy được trên phim Xquang ngực.

Bóng tim trên Xquang ngực sau-trước (PA) chủ yếu do thất trái tạo ra, vì vậy, tim to, thực chất là thất trái to. Nguyên nhân phổ biến nhất gây tim to là suy tim, vì vậy có thể phát hiện dấu hiệu suy thất trái trên phim Xquang ngực (xem Suy tim, trang 95).

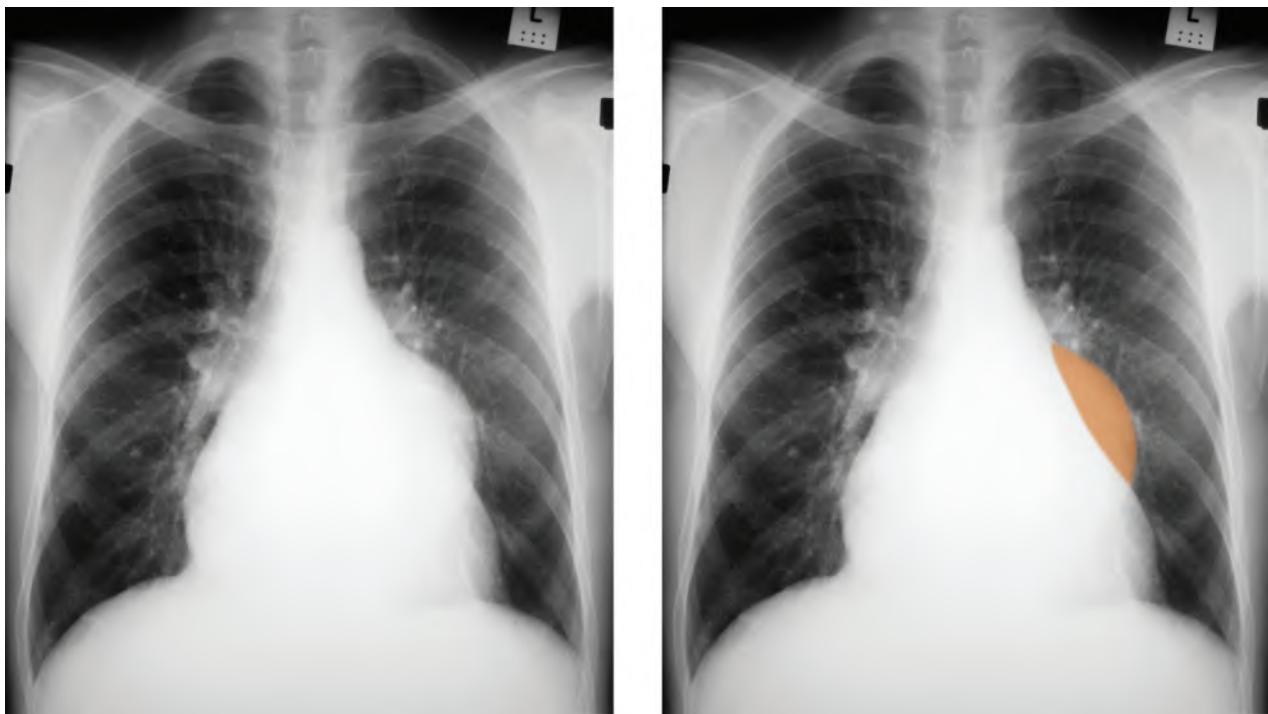
## Tâm nhĩ trái to

Tâm nhĩ trái có thể thấy được trên phim Xquang dưới hình ảnh của tiêu nhĩ trái. Bình thường, tiêu nhĩ trái có hình cong lõm, nhưng khi tâm nhĩ trái to (thường do hẹp van 2 lá) thì tiêu nhĩ trái mất hình dạng cong lõm. Một số trường hợp tâm nhĩ trái quá to đẩy lồi tiêu nhĩ trái ra ngoài.

### Dấu hiệu phì đại tâm nhĩ trái trên Xquang

- **Mất hình dạng cong lõm** của tiêu nhĩ trái.
- **Góc carina rộng**  $> 100$  (xem trang 22).
- Dấu hiệu đường đôi ở bờ phải tim do giãn nhĩ trái (double density sign).

### Ví dụ



**Hình 99** Phim Xquang cho thấy hình ảnh phì đại tâm nhĩ trái. Trường hợp này, nhĩ trái to do bệnh van 2 lá. Hình ảnh tiêu nhĩ trái phồng ra và bờ phải tim lồi hơn về phía bên phải.

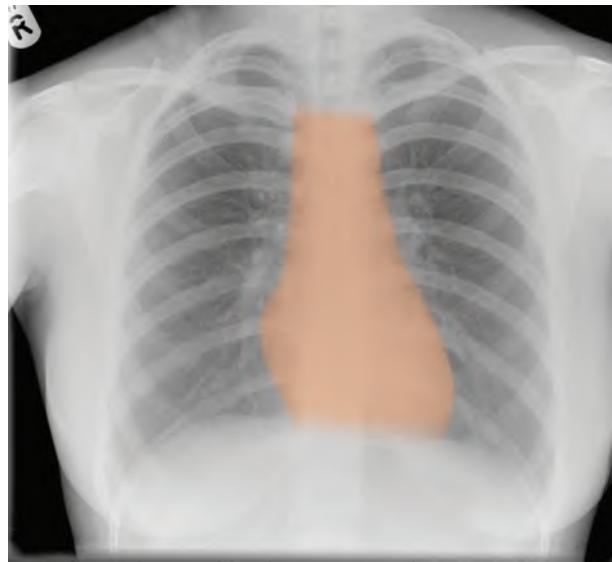
## Trung thất rộng

Trung thất là phần nằm ở trung tâm lồng ngực. Trung thất chứa tim, mạch máu lớn, thực quản, khí quản, thần kinh hoành, chuỗi hạch giao cảm, ống ngực, hạch. Nếu nghi ngờ trung thất rộng, cần khai thác thêm tiền sử, bệnh sử bệnh nhân. Rốn phổi to cũng làm trung thất rộng, và được trình bày ở mục riêng, tại trang 77 – 78.

**Lưu ý:** Cần đảm bảo phim chụp cân đối. Phim không cân có thể làm trung thất nhìn rộng giả tạo.

Các nguyên nhân gây trung thất rộng:

- Phòng quai ĐMC (phình hoặc tách)
- Hạch to
- Giãn thực quản
- Phì đại tuyến giáp
- U tuyến úc



**Hình 100** Phim ngực với trung thất bình thường.

**Vị trí trung thất rộng (trên, giữa, dưới) giúp định hướng nguyên nhân.**

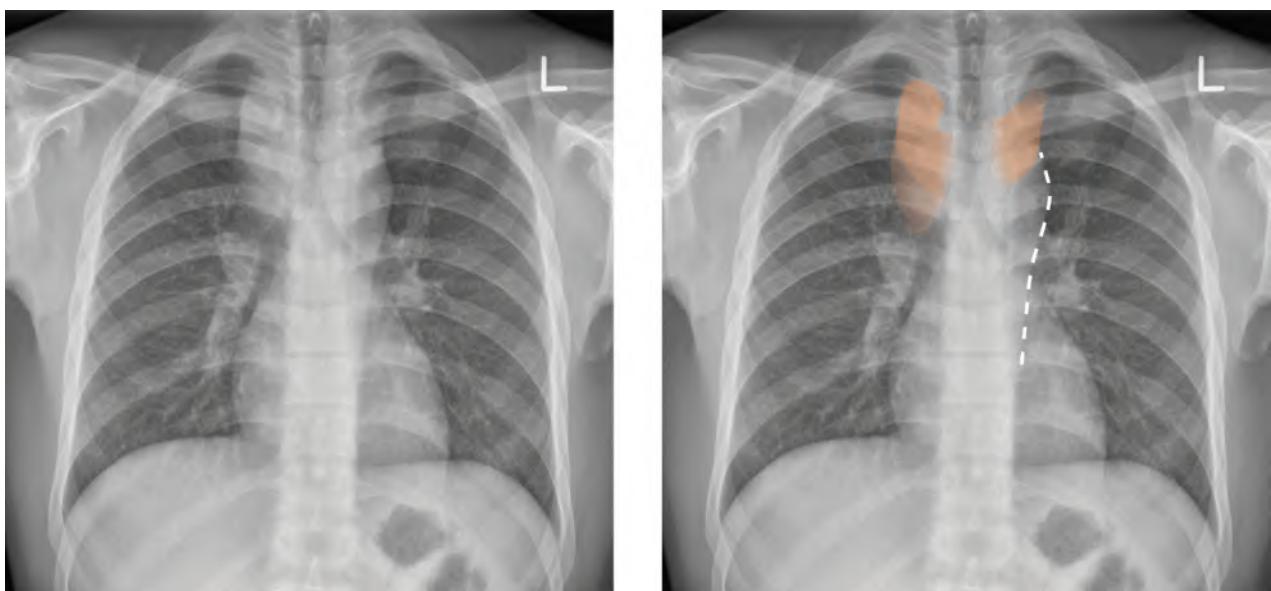
- Trung thất trên rộng:
  - Hạch cạnh khí quản to, nguyên nhân do tuyến úc, tuyến giáp.
- Trung thất giữa/dưới rộng:
  - Rốn phổi to, quai ĐMC nổi, hạch to, giãn thực quản, u tuyến úc.

**Dấu hiệu trên Xquang cần tìm**

- **Nếu nghi ngờ trung thất rộng do nguyên nhân quai ĐMC:**
  - Quan sát đường đi của ĐMC. Có thể thấy bờ ĐMC liên tục với bờ trung thất rộng.
  - Tim vôi hóa thành động mạch chủ.
    - Nếu thành ĐMC đoạn vôi hóa phồng, có thể là phòng ĐMC.
    - Nếu thành ĐMC vôi hóa tách biệt với bóng của ĐMC, có thể là tách ĐMC

**Lưu Ý:** Ở người già, ĐMC có thể đi uốn khúc, có thể nhầm với phòng, tách ĐMC.

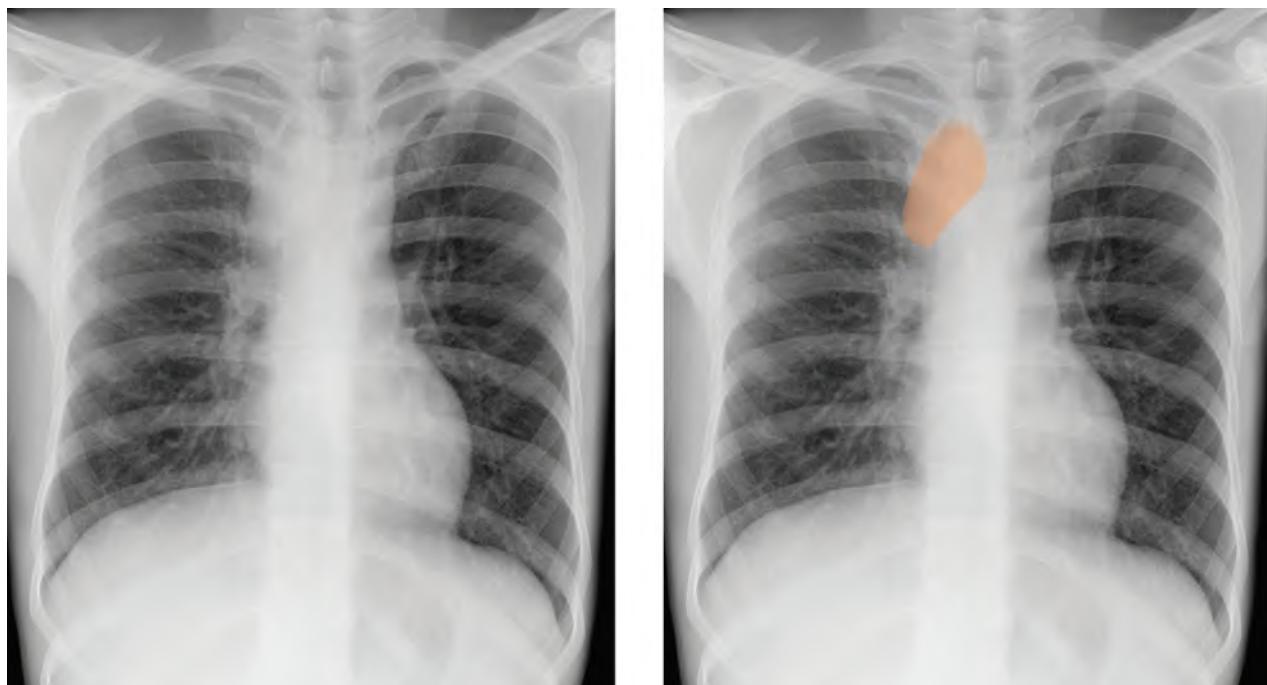
- **Nếu nghi ngờ tuyến giáp to:**
  - Đánh giá khí quản. Nếu tuyến giáp to có thể đè đầy, làm lệch, hẹp khí quản.

**Ví dụ 1**

**Hình 101** Phim Xquang minh họa hình ảnh hạch cảnh khí quản to (cam). Hình ảnh trung thất trên rộng, bờ đều.

**Ví dụ 2**

**Hình 102** Phim Xquang cho thấy hình ảnh hạch cảnh khí quản, hạch rốn phổi to (màu cam). Hình ảnh trung thất trên và trung thất giữa rộng, bờ đều.

**Ví dụ 3**

**Hình 103** Phim Xquang cho thấy hạch cảnh khí quản phải to. Trung thất trên rộng, bờ đều. Khí quản bị đẩy sang trái. Trường hợp này, nguyên nhân gây hạch to 1 bên có thể là lao phổi, hoặc u lympho.

## Rốn phổi to

Nghi ngờ rốn phổi to nếu:

- Rốn phổi 1 bên rộng hơn bên kia
- Rốn phổi 1 bên mờ hơn bên kia
- Mất dạng cong lõm bình thường (là dấu hiệu sớm nhất của rốn phổi to).

Mỗi rốn phổi thấy trên Xquang gồm:

1. Động mạch phổi
2. Phế quản
3. Hạch (không thấy trừ khi to)
4. Tĩnh mạch phổi

Khi rốn phổi to, phải xác định được thành phần nào gây ra. (Thường phải dựa vào các xét nghiệm, phương pháp khác nữa)

### *3 nguyên nhân gây rốn phổi to 1 bên*

#### **1. Nguyên nhân do mạch máu**

- Nếu nhánh của động mạch phổi xuất phát từ 1 khói riêng biệt, thì có thể cho thấy nguyên nhân rốn phổi to là do động mạch phổi.
- Bờ của mạch máu thường đều.

**Nguyên nhân:** Phình ĐM phổi, giãn ĐM phổi sau đặt stent.

#### **2. Nguyên nhân do hạch rốn phổi to**

- Bờ đều, dạng thùy.
- Xuất hiện hạch vôi hóa (đậm độ vôi).
- Tổn thương phổi xung quanh (U, lao).
- Đánh giá phần còn lại của trung thất. Hạch rốn phổi ác tính thường đi kèm với hạch trung thất trên.

**Nguyên nhân:** Nhiễm trùng (vd. lao), u phổi xâm lấn, u lympho hoặc bệnh sarcoidosis (hiếm khi hạch to 1 bên).

#### **3. Ung thư phế quản lớn (bóng mờ chòng lên rốn phổi)**

- Bờ không đều, dạng tua gai, ranh giới không rõ.
- Tìm các tổn thương khác: khói U, tổn thương xương (di căn).
- Đánh giá phần còn lại của trung thất. Hạch rốn phổi ác tính thường đi kèm với hạch trung thất trên

## 2 nguyên nhân gây rốn phổi to hai bên

### 1. Tăng áp phổi

- ĐM phổi lớn là nguyên nhân gây rốn phổi to 2 bên. Nếu ĐM phổi nhánh xuất phát từ 1 khối riêng biệt, thì có thể khẳng định ĐM phổi chính to.
- Có thể do giảm máu máu ở ngoại vi phổi. Trường phổi ngoại vi thường sáng hơn, trung tâm thường mờ hơn (thường gặp trong suy tim sung huyết).
- Tìm nguyên nhân (vd. Dấu hiệu hẹp van 2 lá, bệnh phổi mạn tính).

**Nguyên nhân:** Bệnh phổi tắc nghẽn (vd. hen PQ, COPD), bệnh tim trái (vd. hẹp van 2 lá, suy tim trái), Bệnh TBS có shunt trái phải (vd. thông liên nhĩ, thông liên thất), nhồi máu phổi, tăng áp phổi nguyên phát.

### 2. Hạch rốn phổi to 2 bên

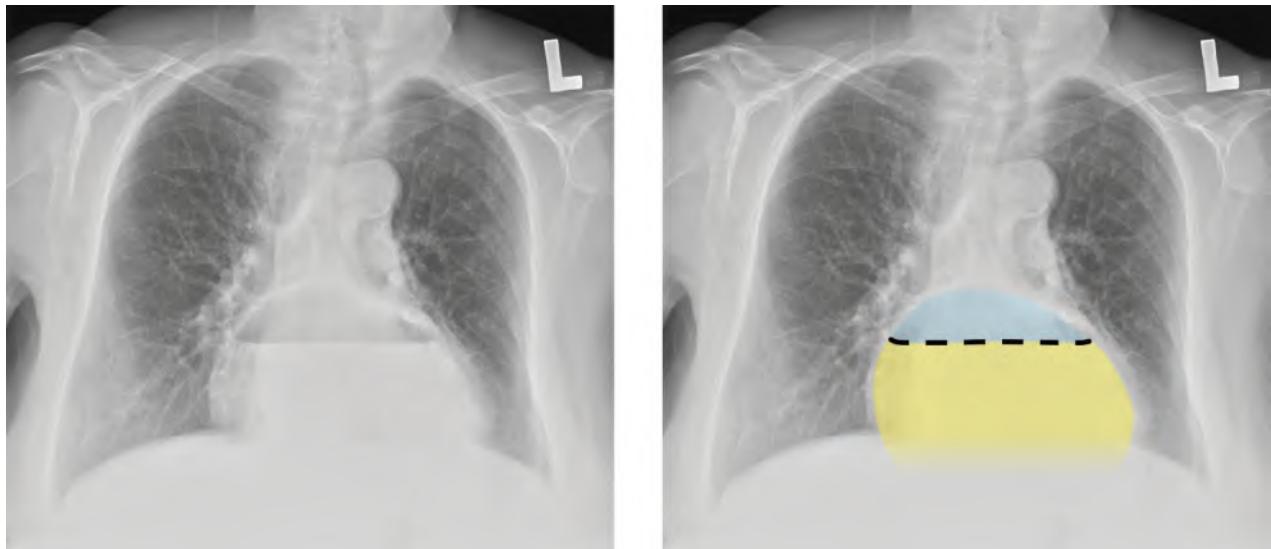
- Bờ đều.
- Vôi hóa hạch.
- Tổn thương khác ở phổi (U, lao, xơ phổi).
- Đánh giá phần còn lại của trung thất. Hạch rốn phổi ác tính thường đi kèm với hạch trung thất trên.

**Nguyên nhân:** Bệnh sarcoidosis, nhiễm trùng (vd. lao), u phổi xâm lấn, u lympho.

## Thoát vị hoành

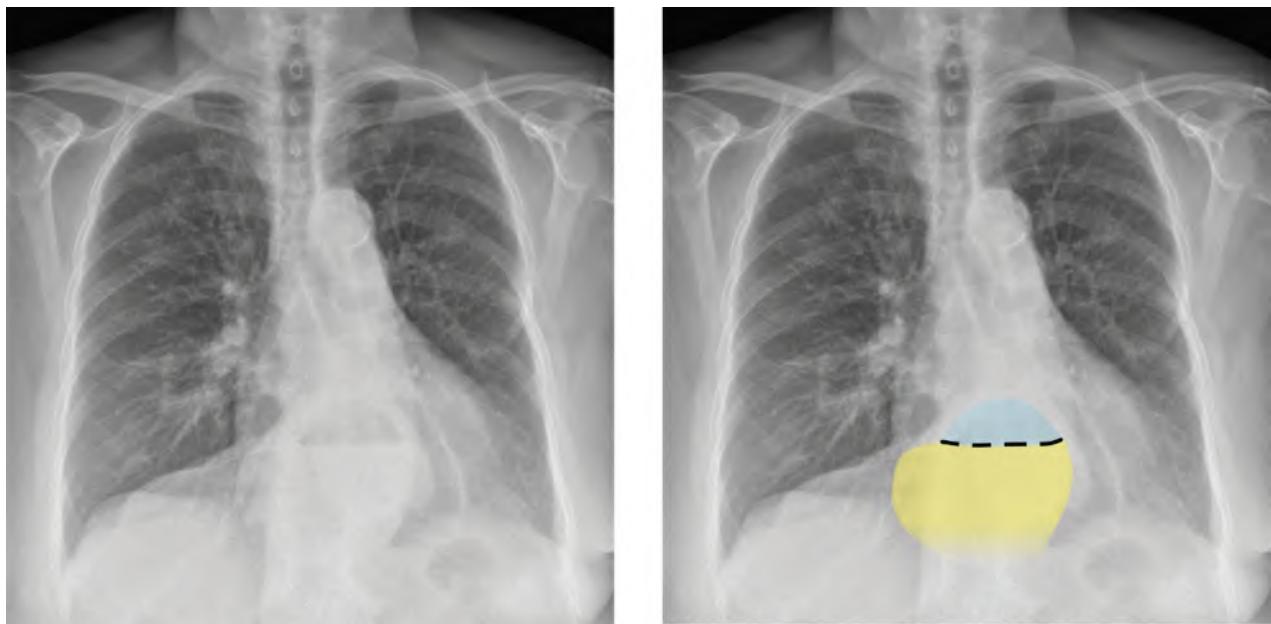
Thoát vị hoành là dạ dày thoát vị vào lòng ngực. Trên Xquang ngực đứng, biểu hiện là 1 khối nằm sau tim với mức nước-hơi.

### Ví dụ 1



**Hình 104** Phim Xquang ngực cho thấy thoát vị hoành. Dịch dạ dày (vàng), khí trong dạ dày (xanh), mức nước-hơi (đường màu đen). Ghi nhận thêm góc carina lớn do thoát vị hoành

### Ví dụ 2



**Hình 105** Phim Xquang ngực cho thấy thoát vị hoành. Dịch dạ dày (vàng), khí trong dạ dày (xanh), mức nước-hơi (đường màu đen).

## Gãy xương sườn và các bất thường xương khác

Có thể phát hiện gãy xương sườn dễ hơn nếu quay phim Xquang  $90^{\circ}$ .

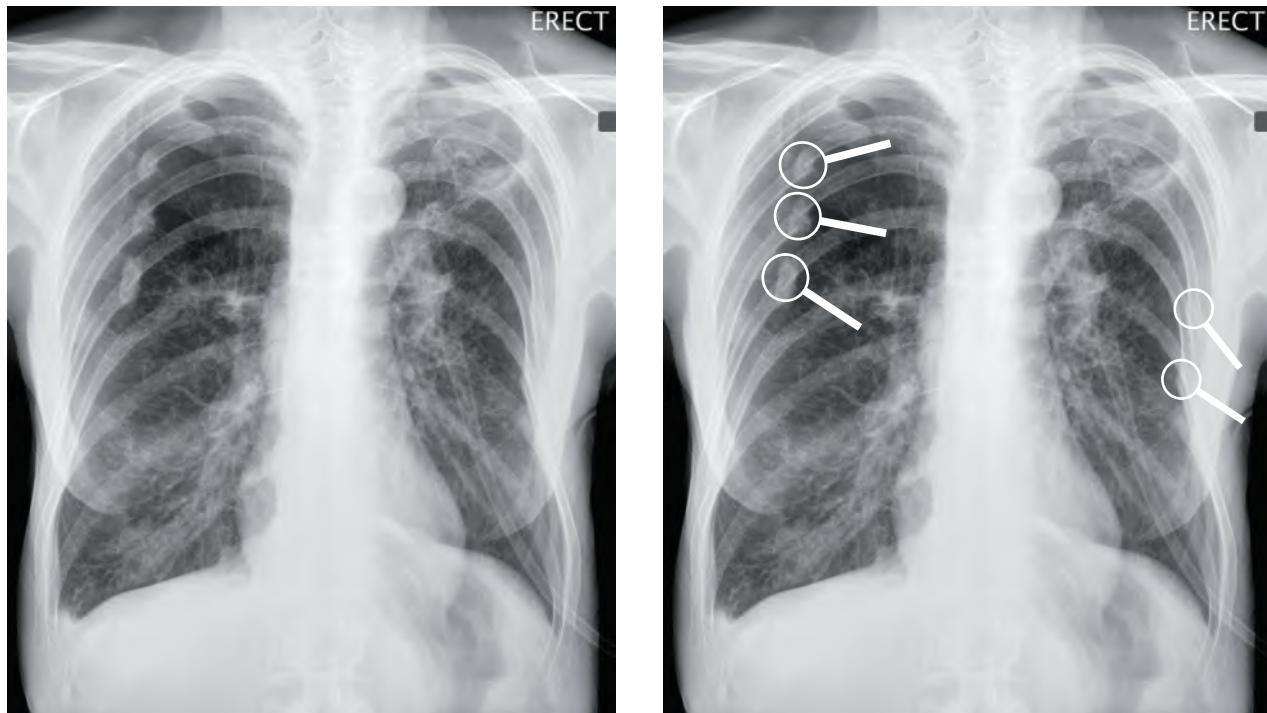
**Lưu Ý:** Bởi vì, khi nhìn phim Xquang, mắt thường có xu hướng nhìn vào các cấu trúc như phổi, tim. Tuy nhiên, khi quay phim, mắt sẽ có xu hướng tập trung vào các cấu trúc đậm độ cao hơn (xương), giúp cho việc dễ dàng phát hiện gãy xương.

- **Quan sát cẩn thận** phim Xquang và quan sát theo bờ các xương để phát hiện đường sáng và so sánh đậm độ xương 2 bên.

Tìm tồn thương phá hủy xương, thoái hóa.

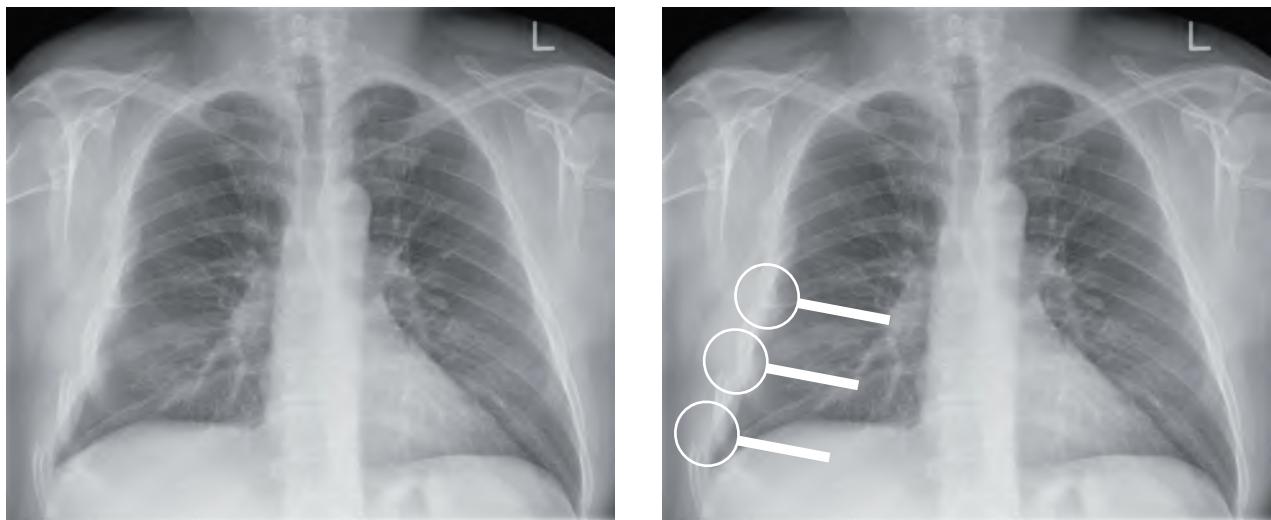
- **Có đứt tất cả xương sườn không?** Nếu không, có thể bị cắt trong phẫu thuật lồng ngực trước đó.
- **Các đốt sống có bình thường không?** Tìm gãy, lún đốt sống.

### Ví dụ 1

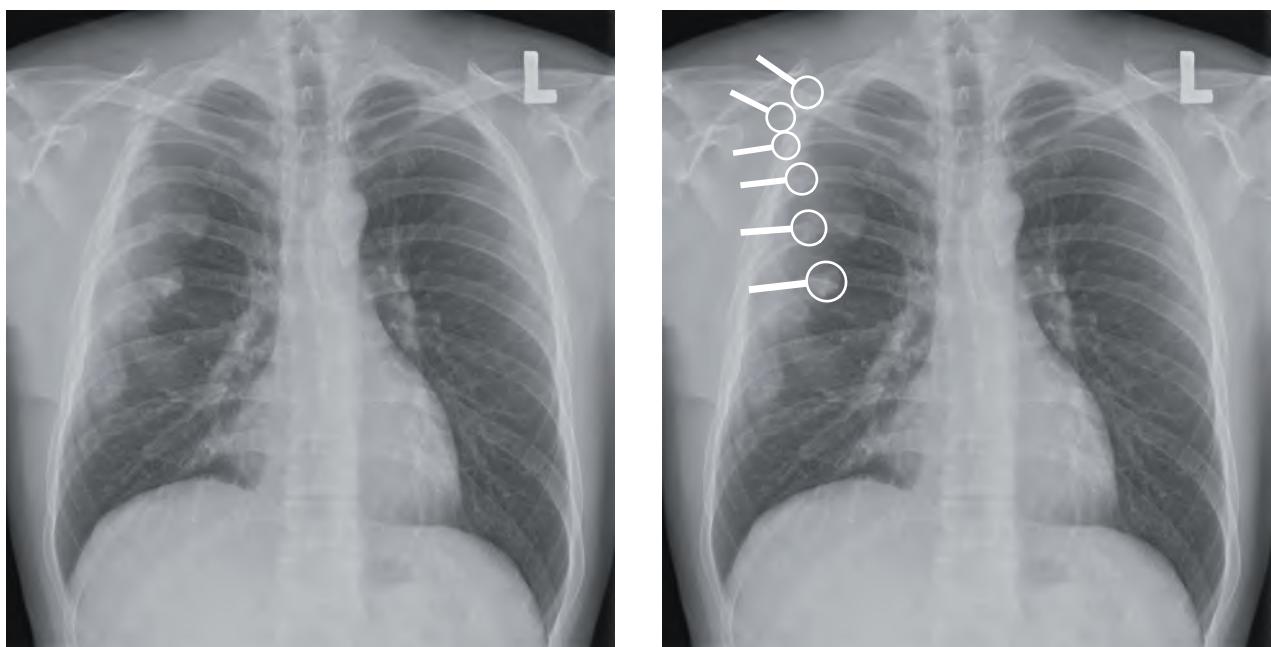


D

**Hình 106** Phim Xquang cho thấy gãy xương sườn. Có 5 vị trí bị gãy: Gãy cung sau xương sườn 5,6,7 bên phải, bắt đầu can xương (gãy cũ vài tuần trước). Gãy cung sau xương sườn 6,7 bên trái. Thực tế, bệnh nhân này có mảng sườn di động - 1 cấp cứu nguy cơ đe dọa tính mạng bệnh nhân.

**Ví dụ 2**

**Hình 107** Phim Xquang cho thấy tổn thương tiêu xương do di căn xương, nằm ở xương sườn 6,7,8 bên phải.

**Ví dụ 3**

**Hình 108** Phim Xquang cho thấy gãy xương sườn. Có 6 vị trí bị gãy: Gãy cung sau xương sườn 2,3,4,5,6,7 bên phải

## Lièm hơi dưới hoành (khí tự do ổ bụng)

Khí tự do ổ bụng nghĩa là khí nằm trong khoang phúc mạc. Nó cho thấy có vỡ tạng rỗng nằm trong ổ bụng. Cũng có thể gặp sau nội soi hoặc phẫu thuật mở ổ bụng.

Trên Xquang ngực tư thế đứng, sẽ thấy lièm hơi dưới hoành, là 1 dải sáng nằm dưới, ngay sát vòm hoành. Xquang ngực đúng rất nhạy trong việc phát hiện khí tự do ổ bụng, có thể phát hiện được lượng **10 ml**.

**Lưu Ý:** Bình thường, vùng ngay dưới cơ hoành mờ (màu trắng) vì phần trên ổ bụng chứa các tạng đậm độ cao như gan, lách. Vì vậy ta chỉ xác định được mặt trên cơ hoành. Khi có tràn khí màng phổi, có thể thấy cả mặt trên và mặt dưới cơ hoành.

**Lưu Ý:** Áp xe dưới hoành có thể nhầm với khí tự do ổ bụng khi nguyên nhân gây áp xe là vi sinh vật sinh hơi.

### Các nguyên nhân chính gây thủng tạng rỗng trong ổ bụng:

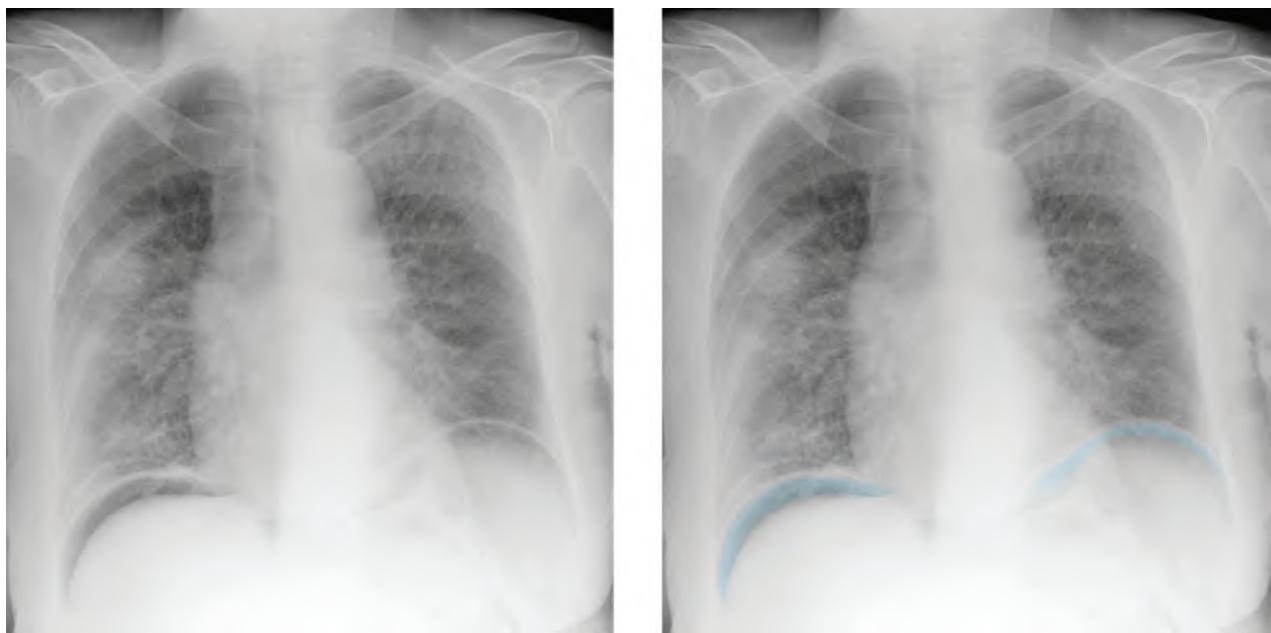
- Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng.
- Vỡ ruột thừa/đại tràng/túi thừa đại tràng.
- Sau phẫu thuật.
- Chấn thương.

Có thể có 1 bóng khí nằm dưới vòm hoành trái. Đó là bóng hơi trong dạ dày. Để phân biệt lièm hơi dưới hoành và bóng hơi dạ dày cần:

- **Bề dày của cơ hoành:** Nếu là lièm hơi dưới hoành, đường mờ nằm giữa lièm hơi và lòng ngực sẽ rất mỏng vì nó chỉ gồm bề dày cơ hoành. Nếu là bóng hơi dạ dày, thì đường mờ dày hơn vì nó gồm cả cơ hoành và thành dạ dày.
- **Chiều rộng của dải khí:** Nếu chiều rộng của dải khí lớn hơn 1/2 chiều rộng của vòm hoành trái thì rất có thể là lièm hơi, nếu là bóng hơi dạ dày thì chiều rộng bị giới hạn bởi thành dạ dày nên ngắn hơn.
- **Có khí ở hai bên hay không?** Nếu khí có ở dưới vòm hoành 2 bên thì đó là lièm hơi dưới hoành.

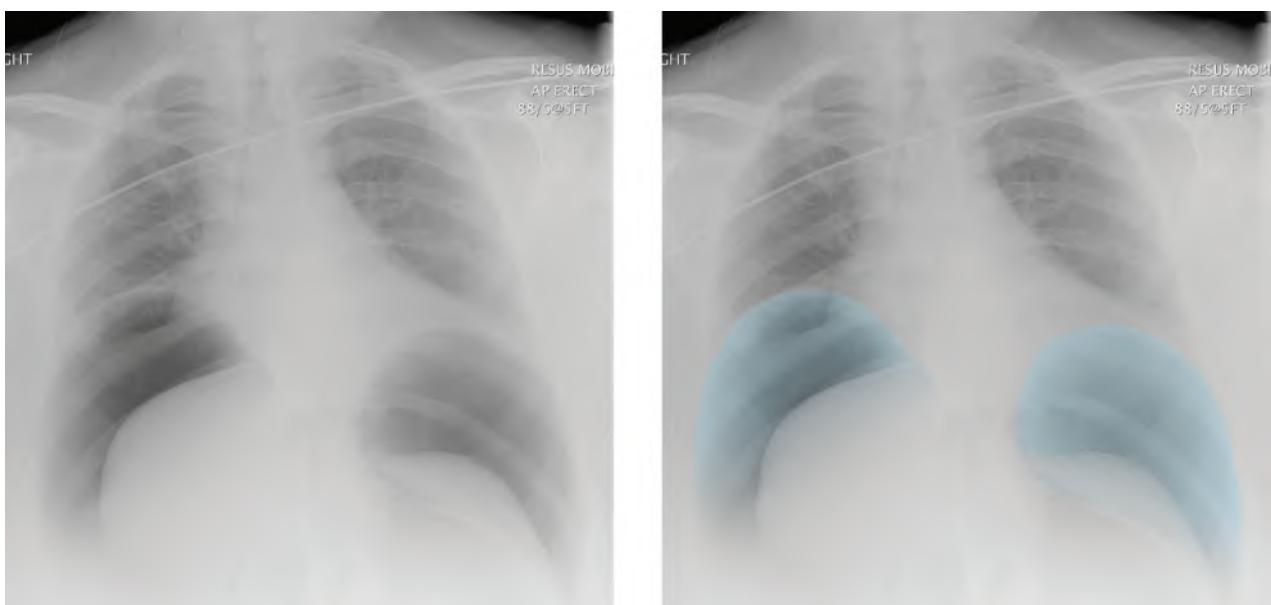
**Lưu Ý:** Nếu còn nghi ngờ thì có thể chụp Xquang khi bệnh nhân nằm nghiêng (nên nghiêng trái). Nếu là khí tự do thì sẽ di chuyển tới mặt trên thành bụng, nếu là bóng hơi dạ dày thì không di chuyển.

**Ví dụ 1**



**Hình 109** Phim Xquang cho thấy lièm hơi dưới hoành. Chú ý đường mờ (của cơ hoành) nằm giữa khí tự do và phổi rất mỏng. Chiều rộng của dài khí lớn hơn 1/2 chiều rộng cơ hoành nên không thể là khí trong dạ dày hay ruột. Khí cũng có ở 2 bên vòm hoành nên gần như chắc chắn là lièm hơi

**Ví dụ 2**



**Hình 110** Phim Xquang cho thấy lièm hơi dưới hoành. Chú ý đường mờ (của cơ hoành) nằm giữa khí tự do và phổi rất mỏng. Chiều rộng của dài khí lớn hơn 1/2 chiều rộng cơ hoành nên không thể là khí trong dạ dày hay ruột. Khí cũng có ở 2 bên vòm hoành nên gần như chắc chắn là lièm hơi

E

## Tràn khí dưới da/tràn khí dưới da do phẫu thuật

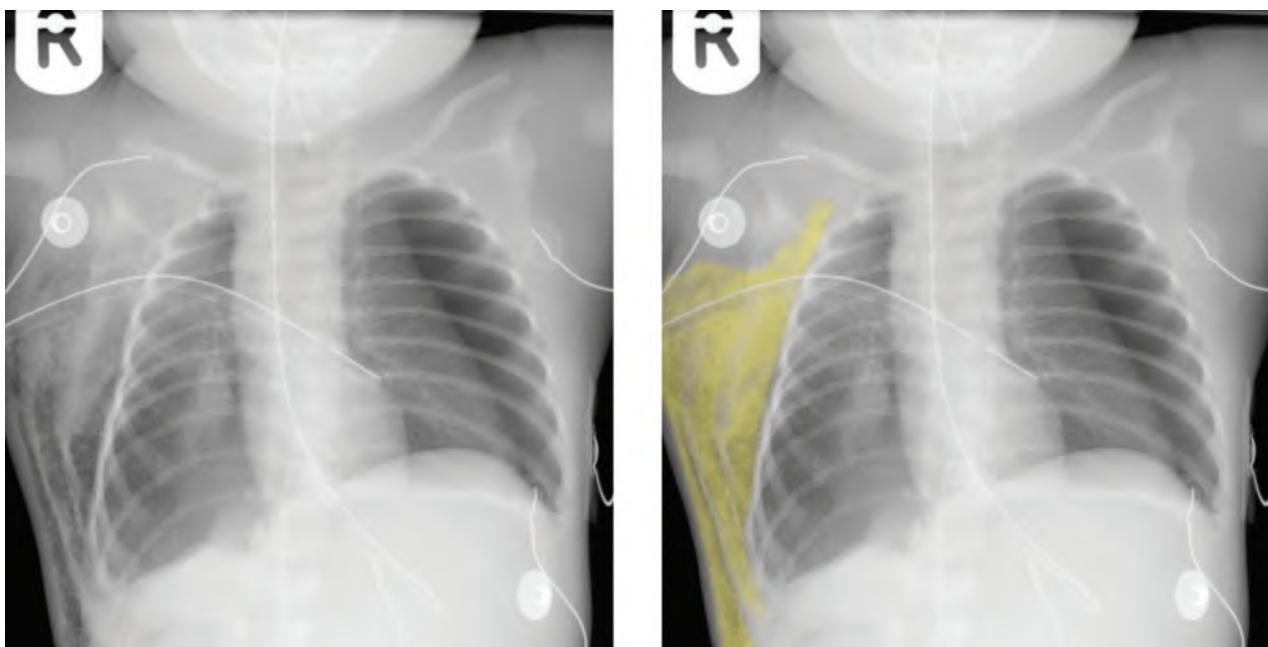
- **Tràn khí dưới da** là sự ứ khí ở trong lớp mô dưới da. Trên Xquang, hình ảnh dải sáng ở những vị trí bình thường phải mờ (trắng).
- **Tràn khí dưới da do phẫu thuật:** (surgical emphysema).

Trên lâm sàng, tràn khí dưới da biểu hiện là tiếng "lép bép" xuất hiện khi sờ vào mô dưới da.

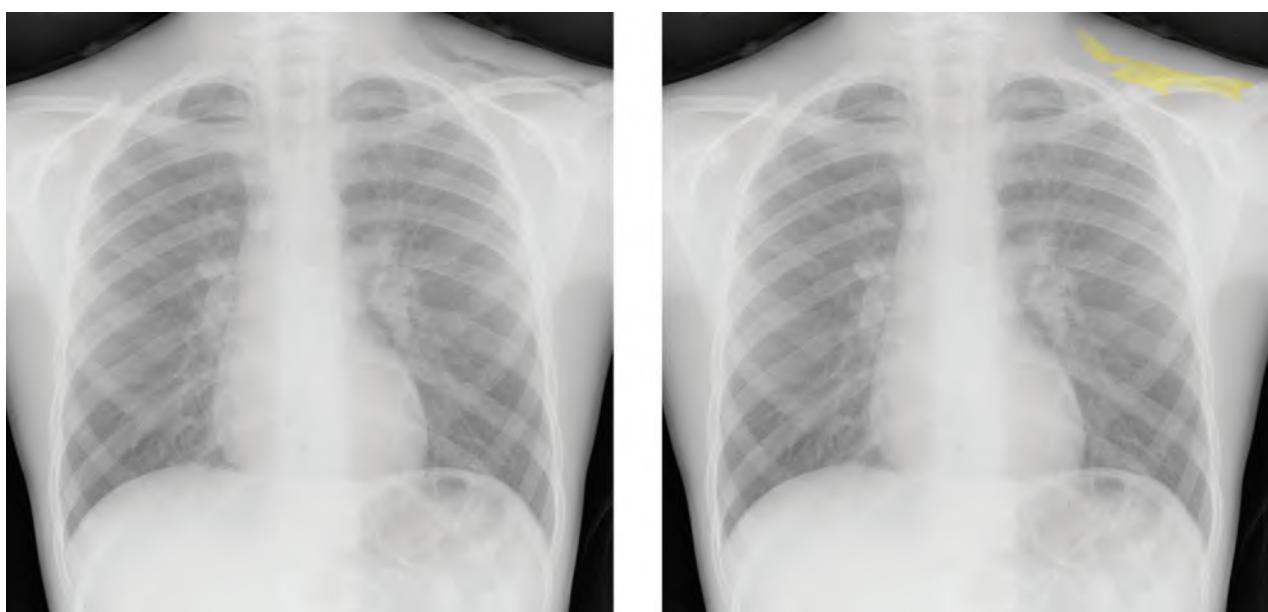
### *Nguyên nhân gây tràn khí dưới da*

- **Chấn thương** (Thủng các cơ quan hệ hô hấp, tiêu hóa, đặc biệt là ở vùng ngực, cổ, có thể gây tràn khí dưới da).
- **Tràn khí màng phổi hoặc dẫn lưu lòng ngực sai kỹ thuật .**
- **Võ thực quản .**

**Lưu Ý:** Tràn khí dưới da không phải luôn cần điều trị vì có thể tự khỏi.

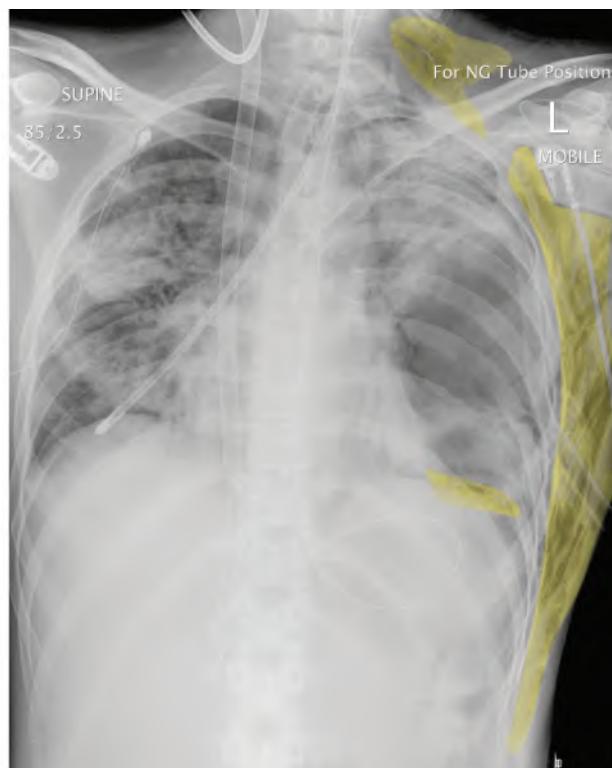
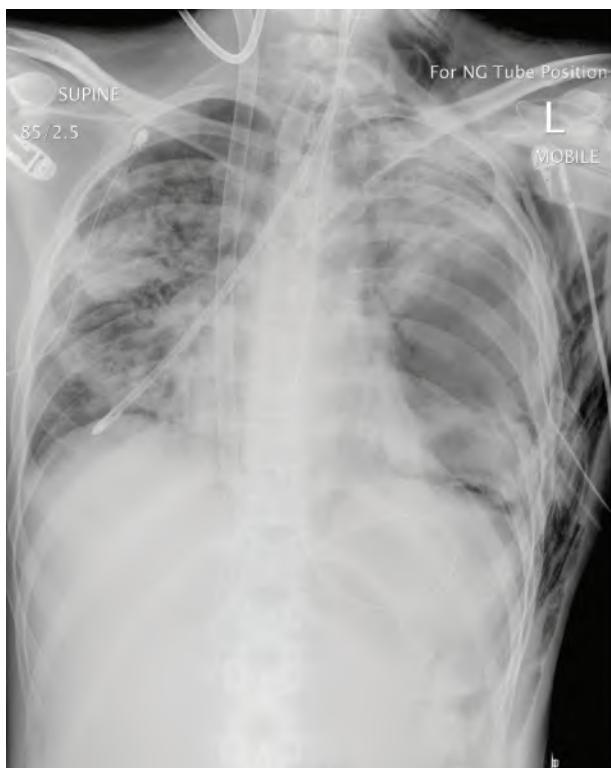
**Ví dụ 1**

**Hình 111** Phim Xquang cho thấy tràn khí dưới da do phẫu thuật (vàng). Ghi nhận thêm tràn khí màng phổi trái, óng nội KQ, sonde dạ dày.

**Ví dụ 2**

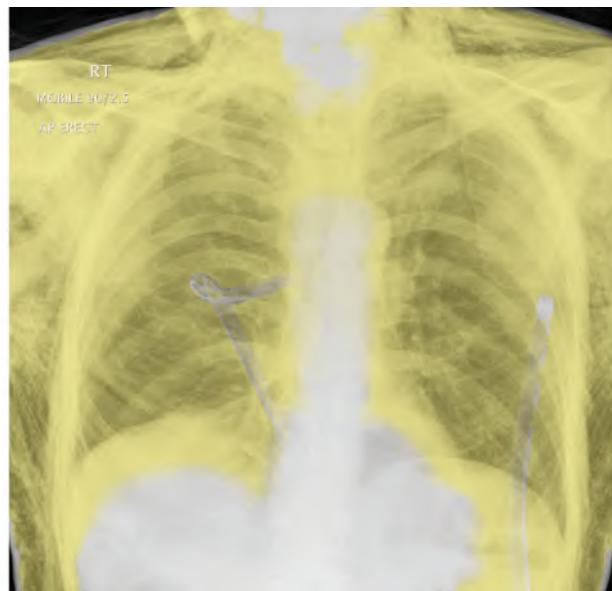
**Hình 112** Phim Xquang cho thấy tràn khí dưới da (màu vàng). Trường hợp này, bệnh nhân hen, ho nhiều làm vỡ bóng khí, làm khí thoát vào trung thất và gây tràn khí dưới da.

### Ví dụ 3



**Hình 113** Phim Xquang cho thấy tràn khí dưới da do phẫu thuật (vàng). Ghi nhận thêm hình ảnh ánh đồng đặc phổi hai bên, ống mở khí quản, ống dẫn lưu KMP trái, sonde dạ dày lệch vị trí.

### Ví dụ 4



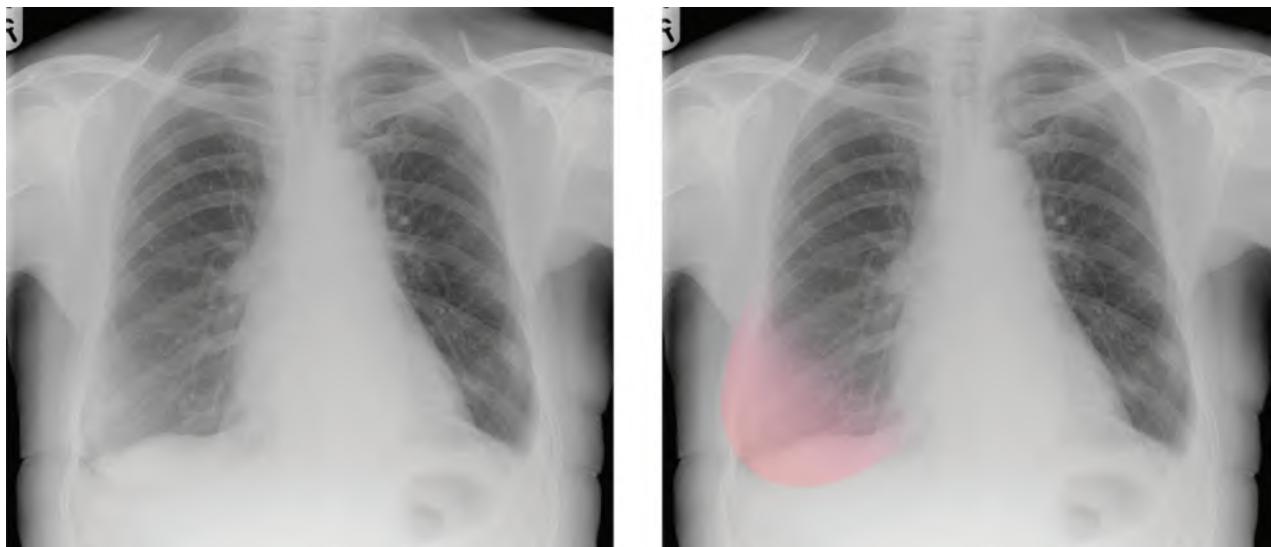
**Hình 114** Phim Xquang cho thấy tràn khí dưới da lượng lớn, gần như toàn bộ lồng ngực. (vàng).

## Cắt vú

Điều quan trọng cần nhớ là các nguyên nhân ngoài phổi có thể làm trùm phổi quá sáng (hoặc quá mờ). Cắt vú sẽ làm phần phổi bên dưới mô vú quá sáng không còn mô mềm che phủ phổi so với bên không cắt.

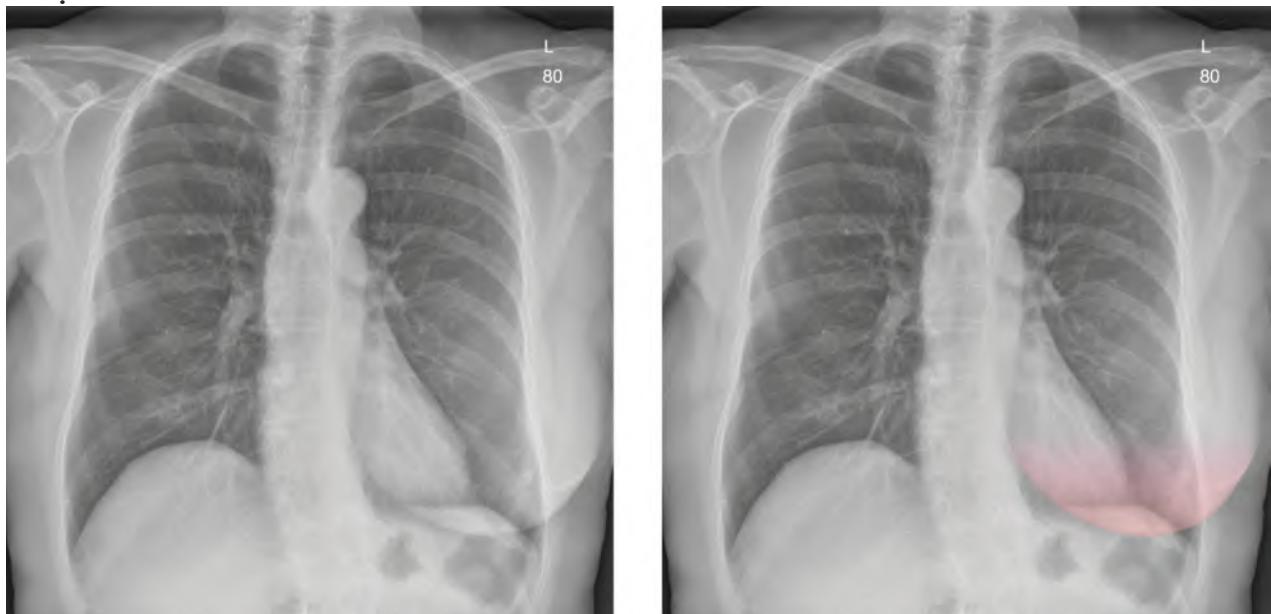
Vì vậy, nếu 1 trường phổi sáng hơn so với bên kia, quan sát kĩ bóng vú xem còn hay không.

### Ví dụ 1



**Hình 115** Phim Xquang cho thấy cắt vú trái. Phổi trái vùng dưới sáng hơn so với vùng dưới phổi phải do không có mô mềm che phủ.

### Ví dụ 2



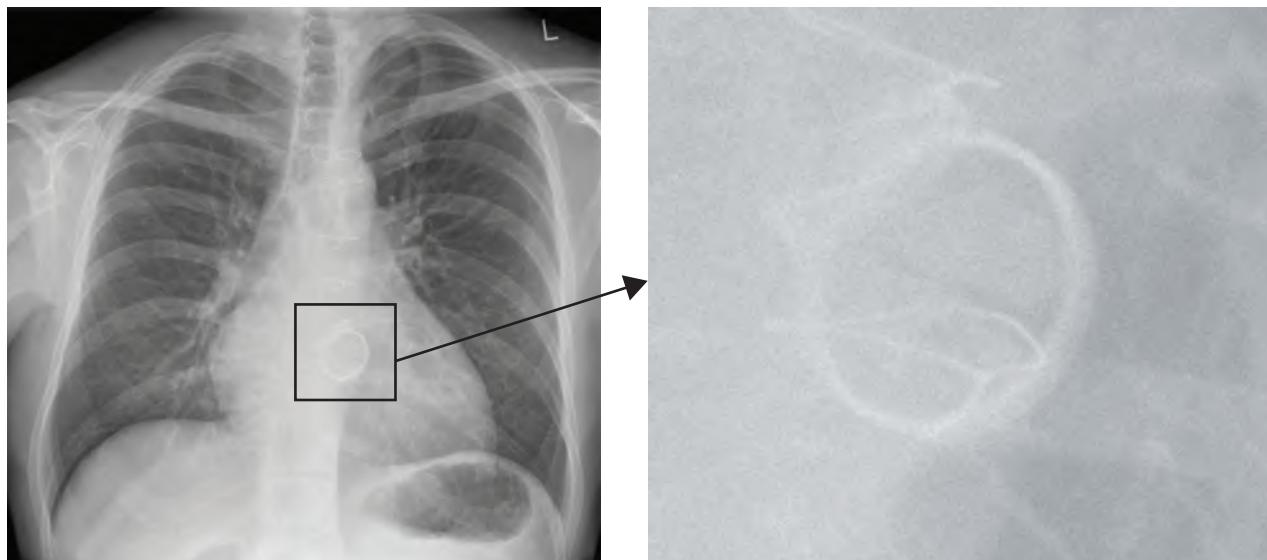
**Hình 116** Phim Xquang cho thấy cắt vú phải. Phổi phải vùng dưới sáng hơn so với vùng dưới phổi trái do không có mô mềm che phủ.

## Dị vật và các thủ thuật y khoa

Một số ví dụ thường gặp.

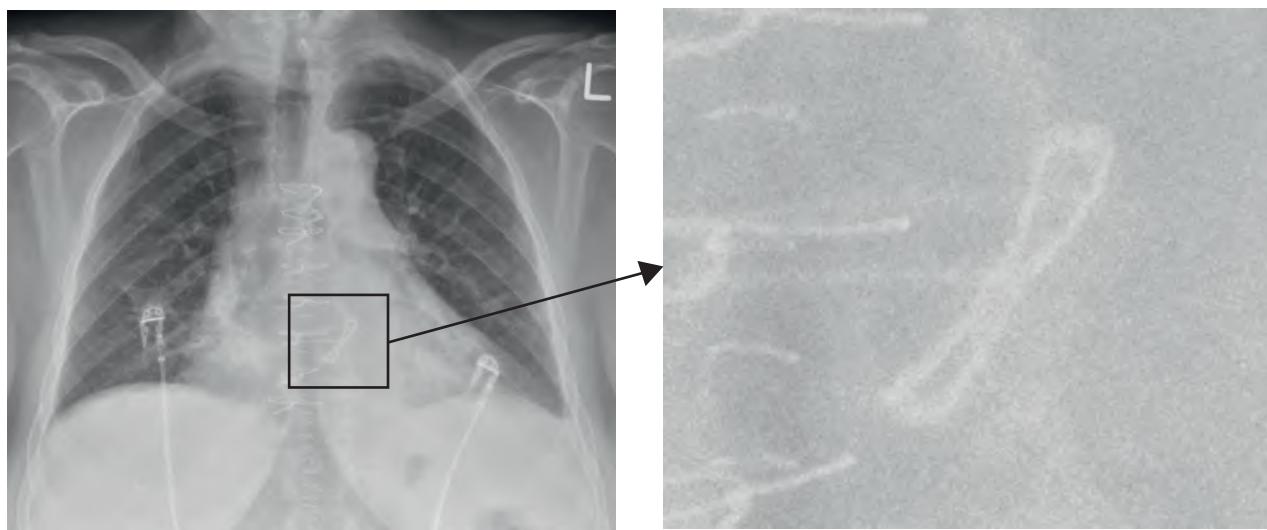
### Van tim nhân tạo

#### Ví dụ 1



**Hình 117** Phim Xquang cho thấy van tim cơ học. Van tim đậm độ cao do nó chứa thành phần lim loại. Ghi nhận thêm hình ảnh chỉ khâu thành ngực.

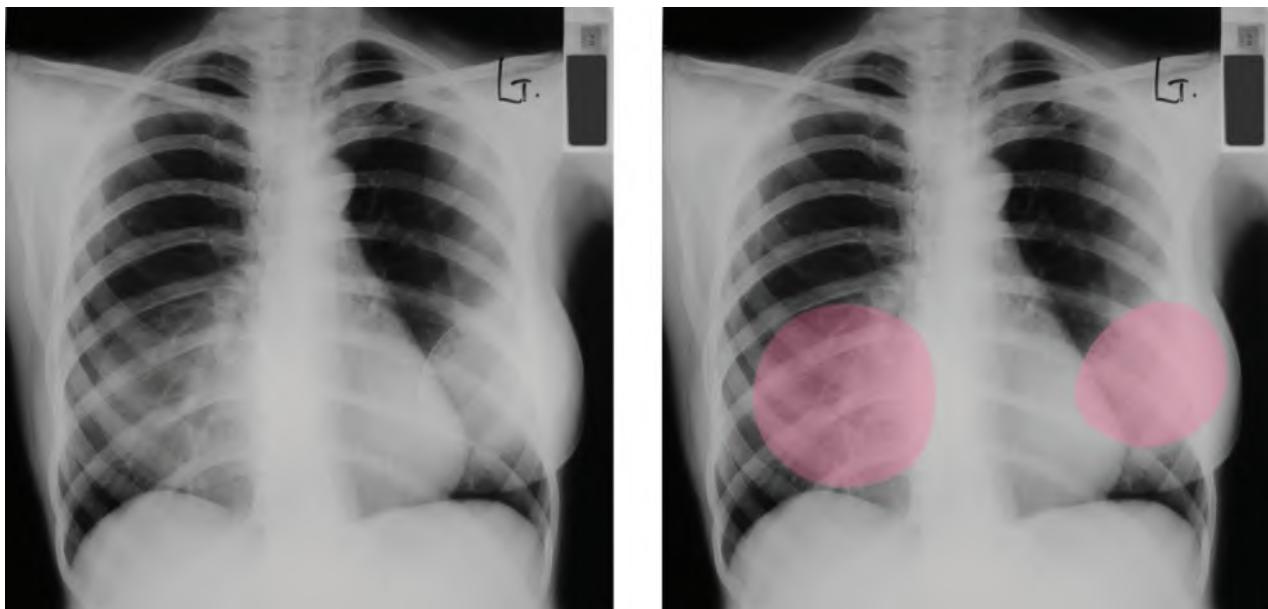
#### Ví dụ 2



**Hình 118** Phim Xquang cho thấy van tim cơ học. Van tim đậm độ cao do nó chứa thành phần lim loại. Ghi nhận thêm hình ảnh chỉ khâu thành ngực.

## Ghép vú

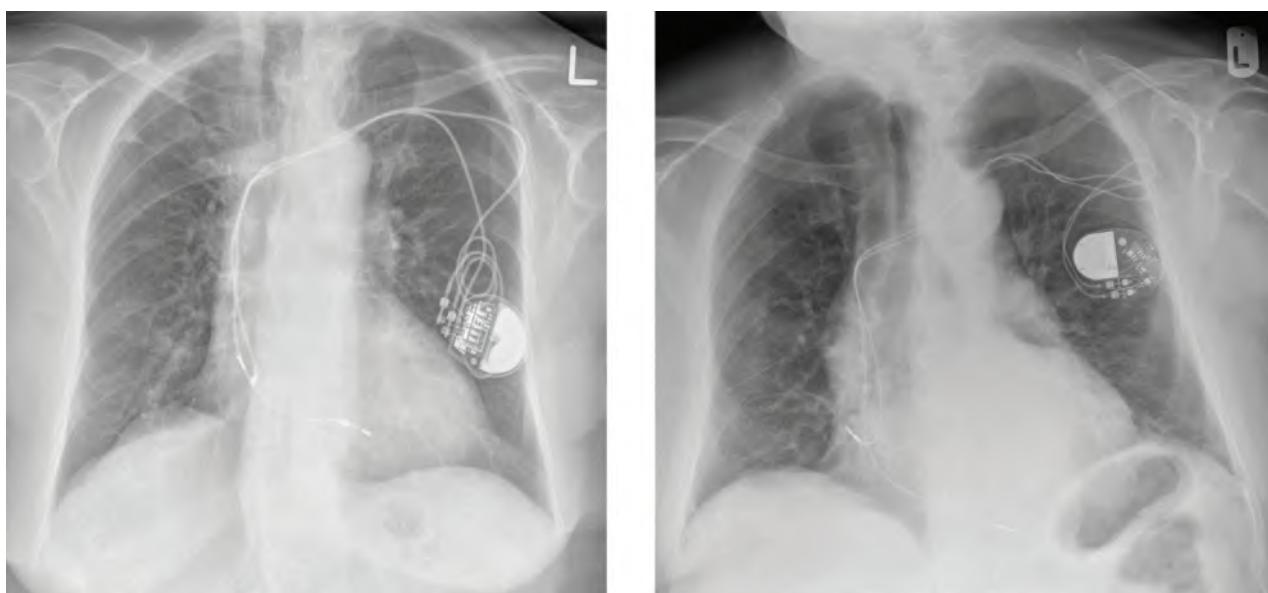
Ví dụ



**Hình 119** Phim Xquang cho thấy hình ảnh ghép vú 2 bên.

## Máy tạo nhịp tim

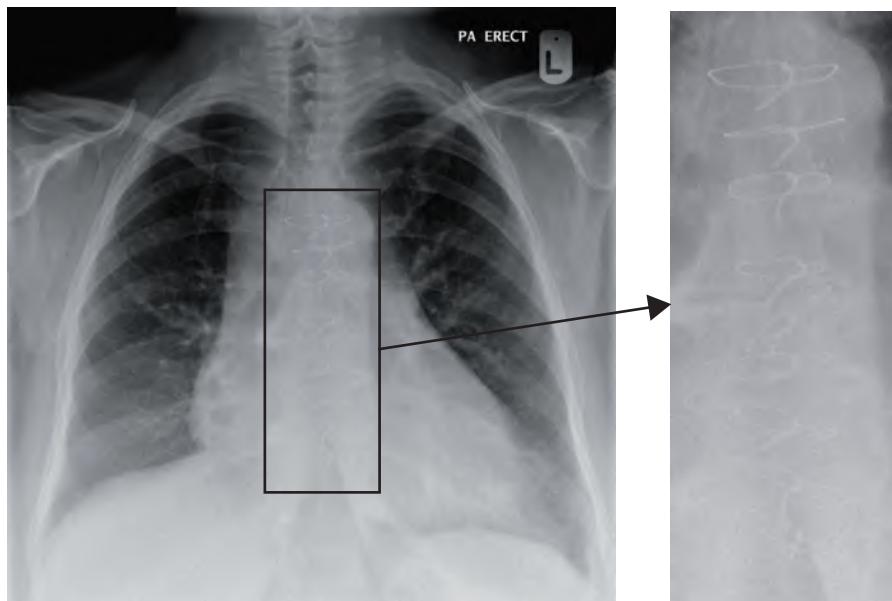
Ví dụ



**Hình 120** Phim Xquang cho thấy hình ảnh máy tạo nhịp tim

## **Chỉ khâu thành ngực (xương úc)**

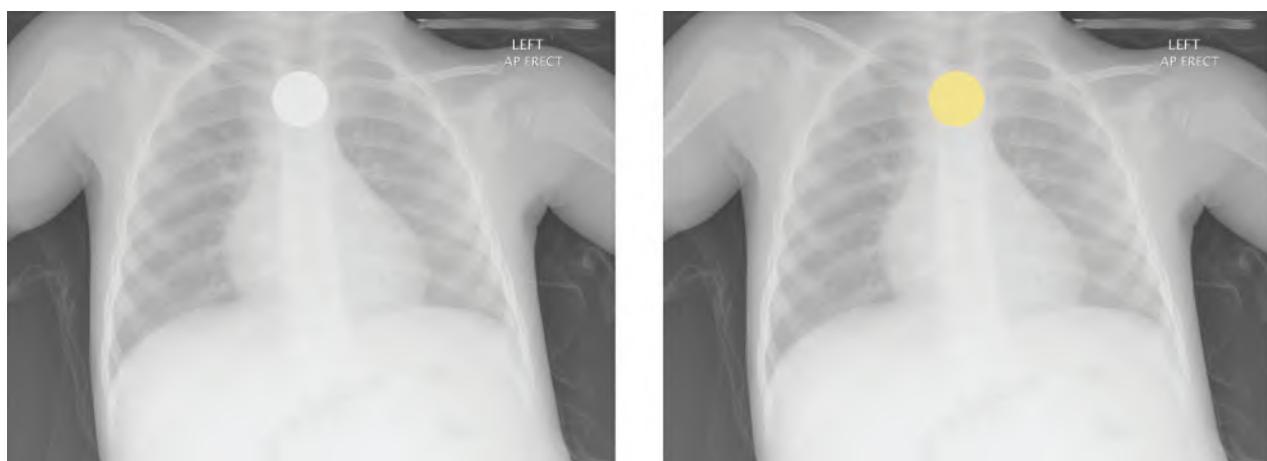
**Ví dụ**



**Hình 121** Phim Xquang cho thấy chỉ khâu xương úc. Rất có thể bệnh nhân đã phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

## **Dị vật: đồng tiền trong thực quản**

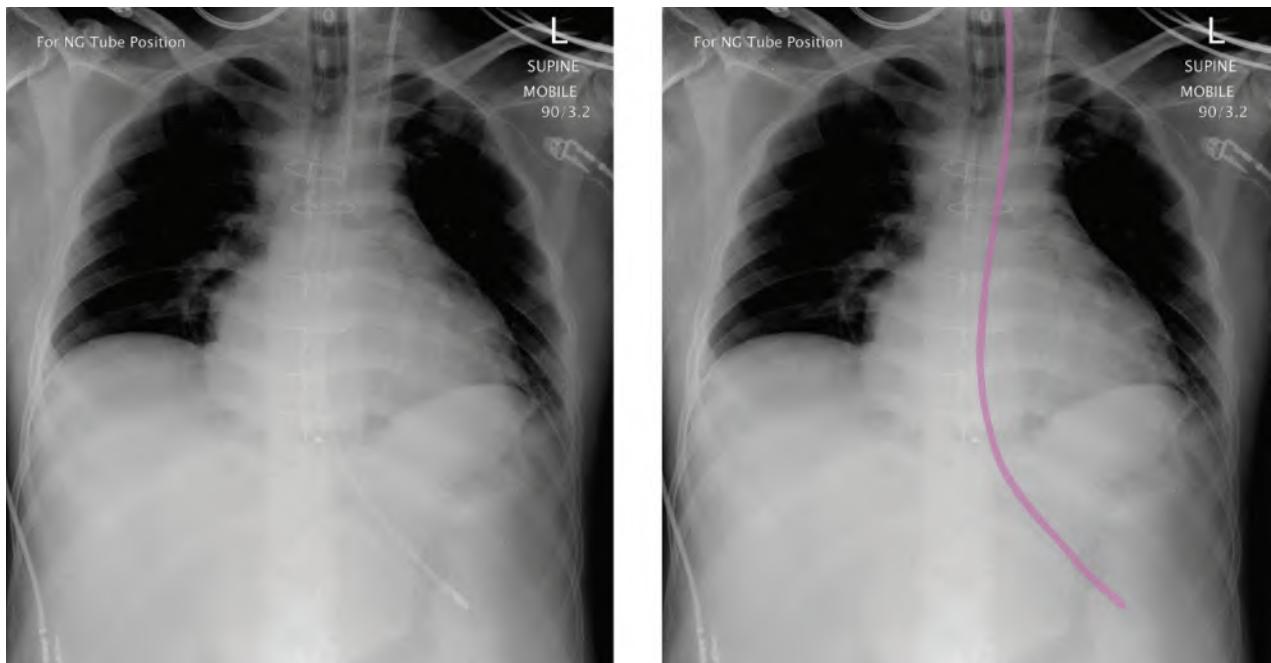
**Ví dụ**



**Hình 122** Phim Xquang cho thấy dị vật (đồng tiền) trong thực quản.

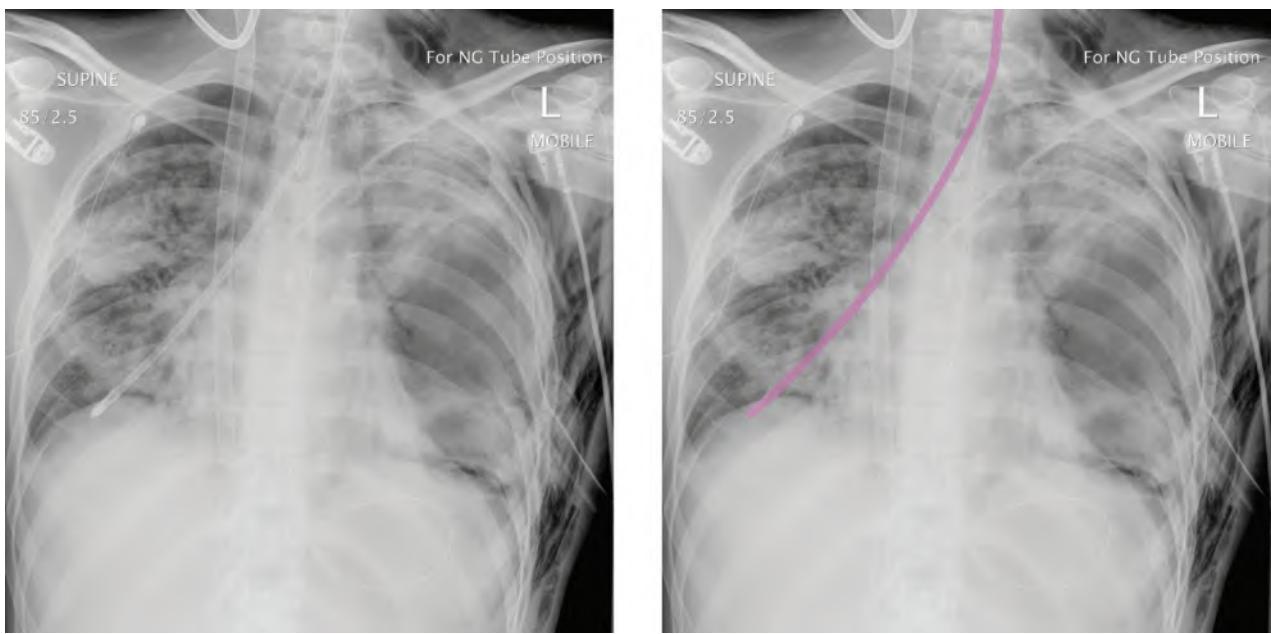
## Sonde dạ dày

### Ví dụ 1

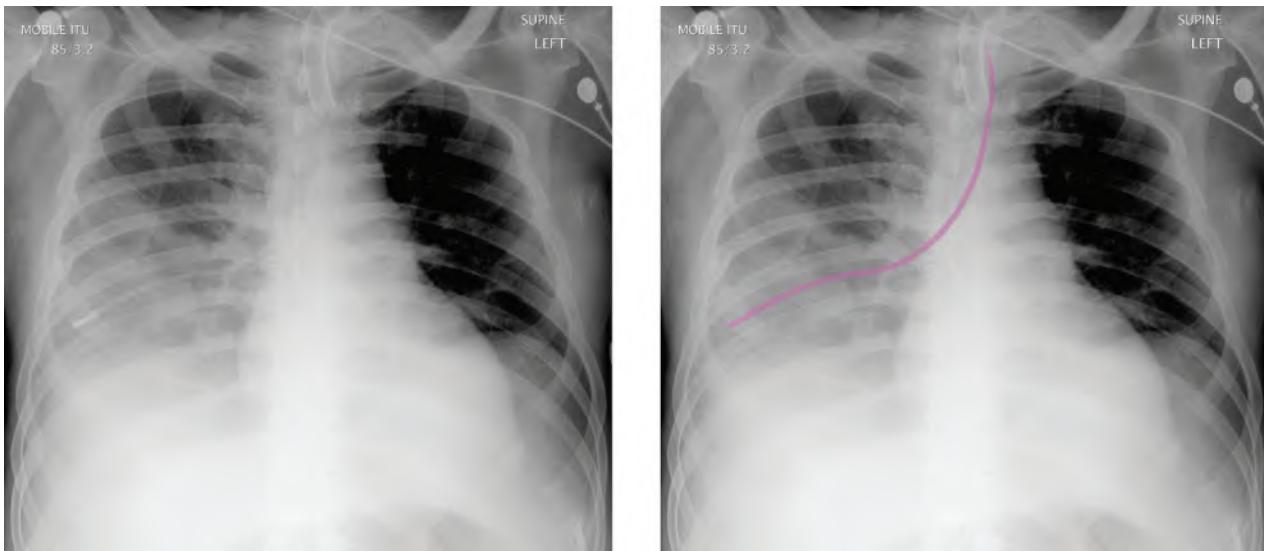


**Hình 123** Phim Xquang cho thấy hình ảnh sonde dạ dày (Xquang dùng để đánh giá vị trí sonde, ở đây đúng vị trí vì đầu sonde nằm ngay dưới vòm hoành trái). Ghi nhận thêm chỉ khâu xương ức, ống nội khí quản.

### Ví dụ 2



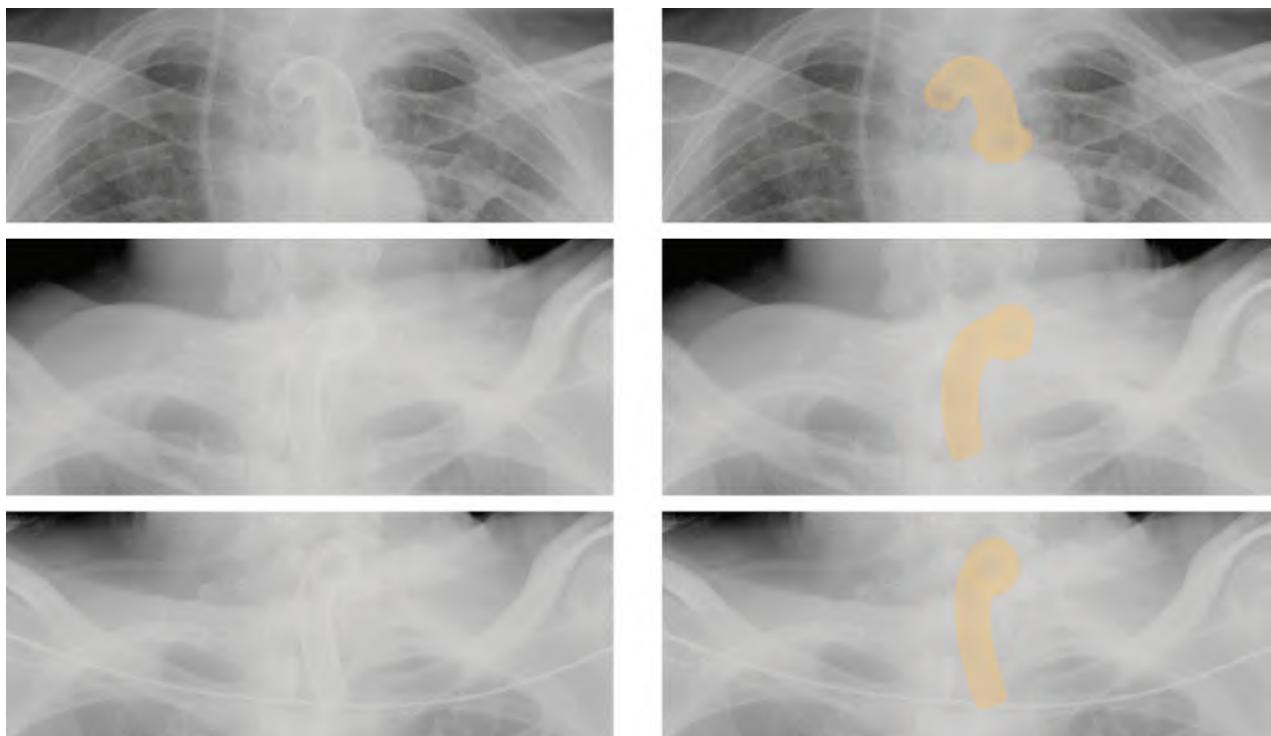
**Hình 124** Phim Xquang cho thấy hình ảnh sonde dạ dày (Xquang dùng để đánh giá vị trí sonde, ở đây sai vị trí vì sonde vào khí quản, phế quản chính phải rồi xuống phế quản thùy dưới phải). Ghi nhận thêm đông đặc phổi 2 bên, tràn khí dưới da, ống mở khí quản.

**Ví dụ 3**

**Hình 125** Phim Xquang cho thấy hình ảnh sonde dạ dày (Xquang dùng để đánh giá vị trí sonde, ở đây sai vị trí vì sonde vào khí quản, phế quản chính phải rồi xuống phế quản thùy giữa.. Ghi nhận thêm đồng đặc thùy dưới phổi phải.

## Ông mở khí quản

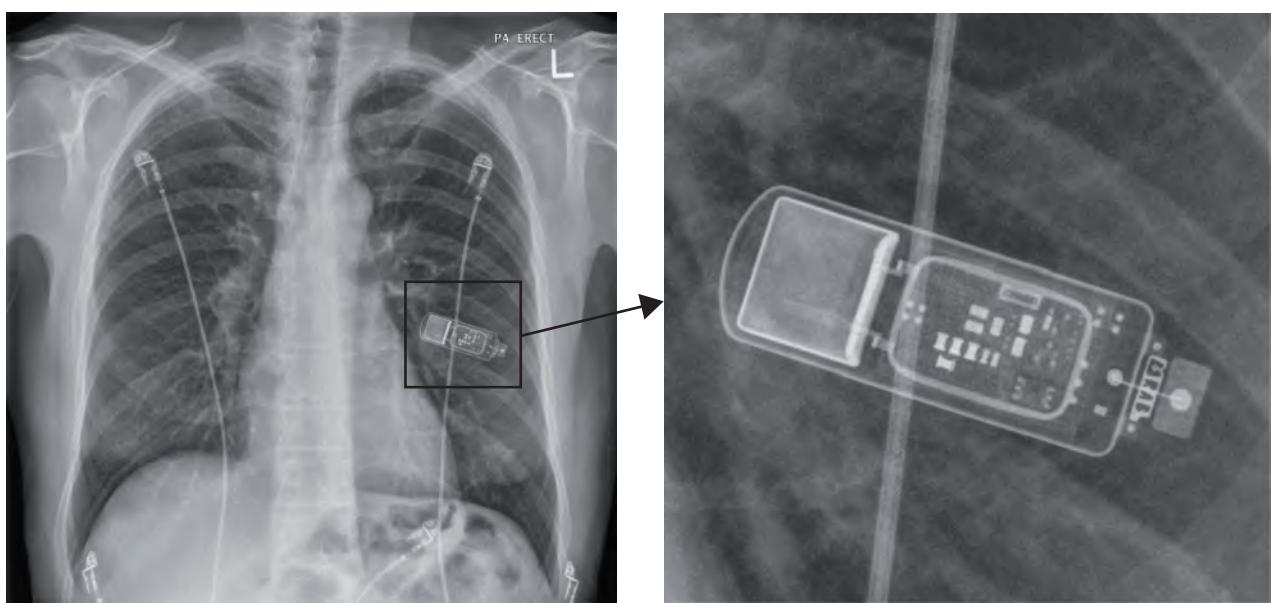
Ví dụ



**Hình 126** Phim Xquang minh họa hình ảnh ống mở khí quản

### Thiết bị ghi/đọc

Ví dụ



**Hình 127** Phim Xquang ngực cho thấy hình ảnh ghi nhịp tim được đặt trong mô dưới da, thành ngực trước. Thiết bị này phát hiện loạn nhịp tim và ghi lại. Sau đó được phân tích bởi 1 thiết bị đọc ở ngoài.

## Bệnh lí hay gặp và dấu hiệu trên Xquang.

Cần phải biết các bệnh lí hay gặp và dấu hiệu trên Xquang.

• Thuyên tắc phổi	p. 94
• Ung thư phế quản	p. 94
• Suy tim	p. 95
• Viêm phổi	p. 97
• COPD	p. 97
• Lao phổi	p. 98
• Bệnh phổi do ami-ăng	p. 103
– Bệnh màng phổi lành tính	p. 103
– Bụi phổi	p. 104
– Ung thư màng phổi	p. 105

### Thuyên tắc phổi

**Lưu Ý:** Không có dấu hiệu đặc hiệu của thuyên tắc phổi trên Xquang ngực, mặc dù có một vài dấu hiệu được mô tả như xẹp phổi dạng dài, giảm tưới máu khu trú, nhưng cũng chưa thông nhất và ít giá trị. Phim Xquang ngực có thể dùng để phát hiện bệnh lí có thể nhầm với thuyên tắc phổi.

**Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán thuyên tắc phổi là chụp CT mạch.**

### Ung thư biểu mô phế quản

Đây là ung thư nguyên phát ở phổi, khoảng 1/2 ở vùng ngoại vi, 1/2 ở vùng trung tâm. Các typ mô bệnh học chính là: biểu mô vảy, tế bào nhỏ, biểu mô tuyến, ung thư biểu mô phế nang (hiếm gặp).

#### Đặc điểm trên Xquang

- **Khối không đều, bờ tua gai** (đôi khi bờ có thể nhẵn).
- Thường có rỗn phổi to, tràn dịch màng phổi, xẹp phổi, đồng đặc phổi.
- Tao hang trong khoảng 15% trường hợp (thành hang dày không đều, mức dịch-khí).

Ung thư biểu mô vảy thường tạo hang.

- Có thể thấy di căn.

**Lưu Ý:** Ung thư biểu mô phế nang thường biểu hiện là mờ lan tỏa phổi hơn là khối đặc khu trú.

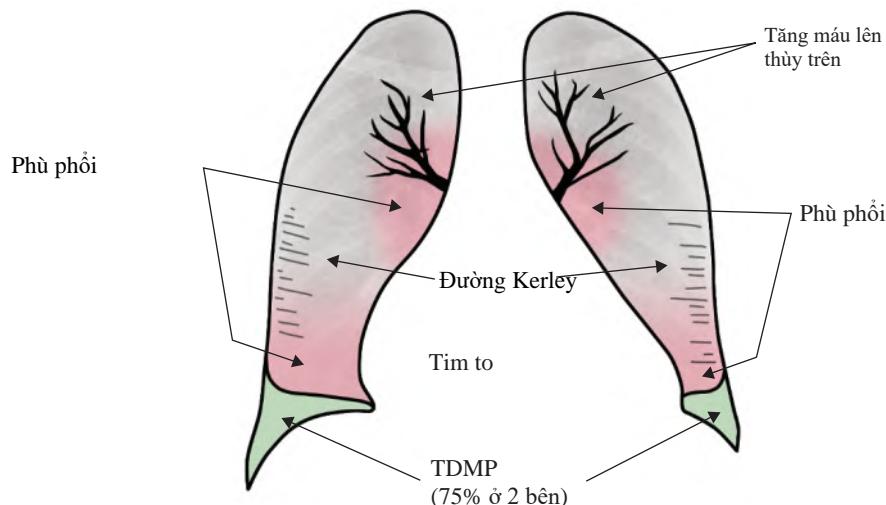
## Suy tim

Suy tim là hội chứng đặc trưng bởi tim mất khả năng bơm máu tới mô.

Có nhiều nguyên nhân, nhưng có 4 nguyên nhân chính gây suy tim:

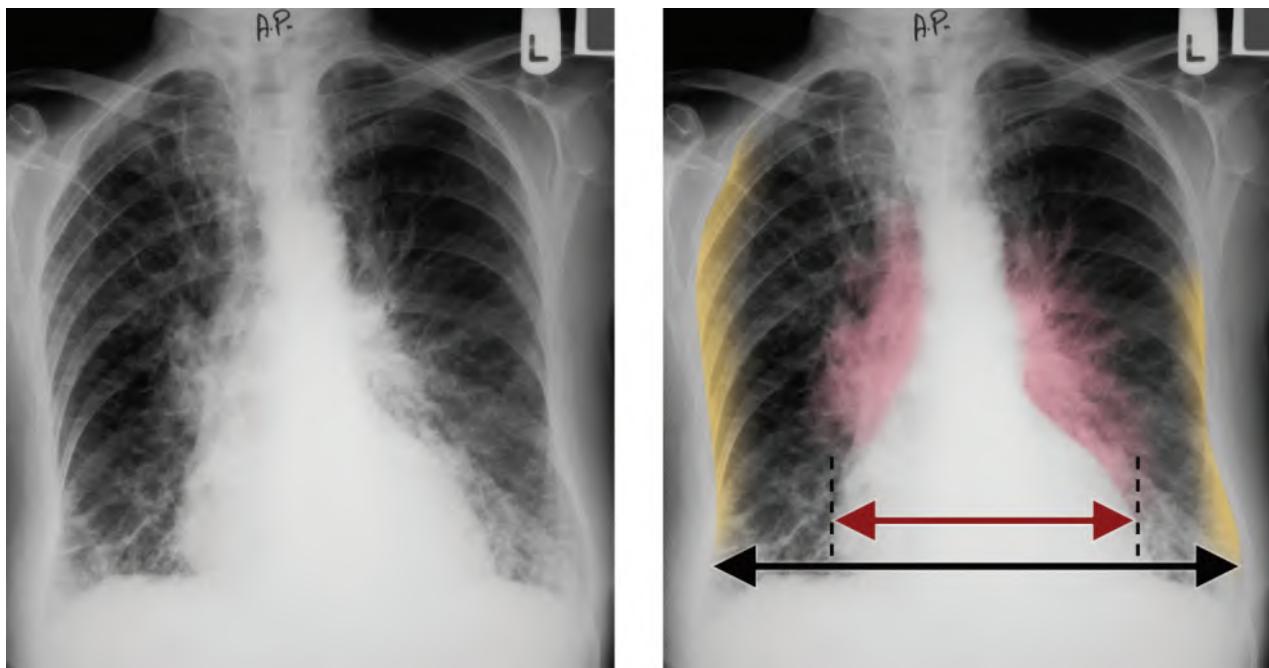
1. Thiếu máu cơ tim
2. Bệnh cơ tim giãn không do thiếu máu
3. Tăng huyết áp
4. Bệnh van tim.

### Dấu hiệu trên Xquang của suy tim

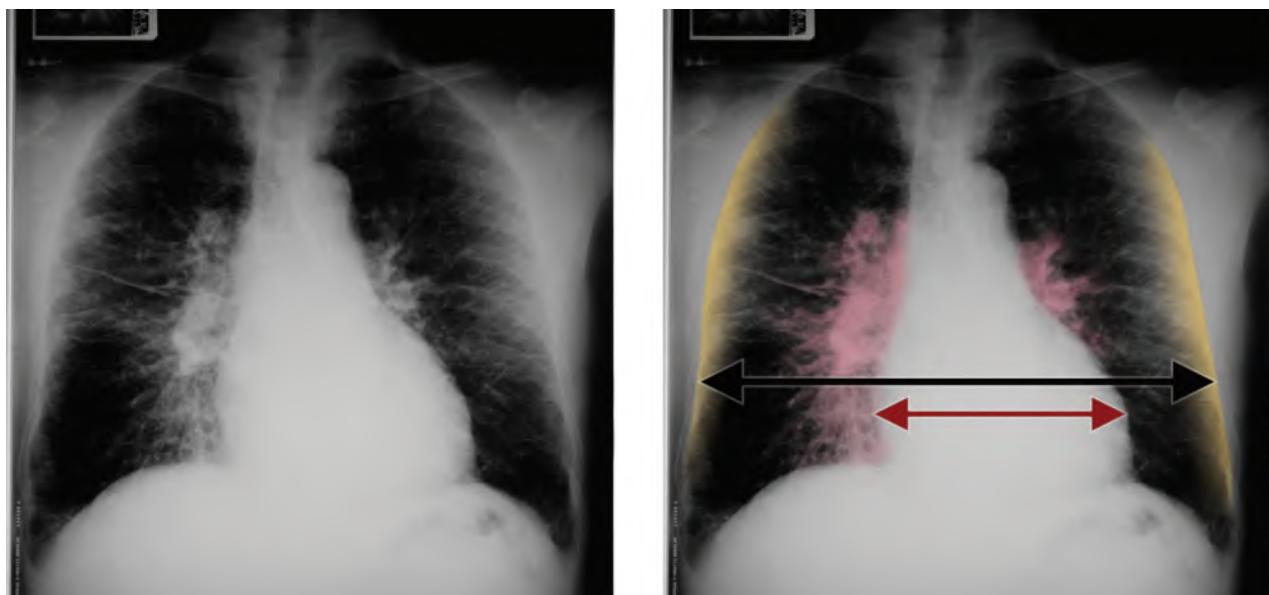


**Hình 128** Dấu hiệu trên Xquang của suy tim.

1. **Tim to** ( xem trang 72 ).
2. **Phù phổi** (hồng) (xem trang 65 )
  - Có thể bóng mờ dạng cánh hơi không điển hình ( xem trang 67 ).
3. **Tăng máu lên thùy trên phổi** (đen)
  - Trên Xquang ngực đứng, mạch máu ở thùy trên to hơn mạch máu ở thùy dưới do tăng sức cản ở mạch máu thùy dưới.
4. **Đường Kerley** ( xem trang 69 )
  - Ú dịch trong mạch bạch huyết.
5. **Tràn dịch màng phổi** ( xem trang 60 )
  - Thoát dịch từ mạch máu vào màng phổi.

**Ví dụ 1**

**Hình 129** Phim Xquang PA cho thấy hình ảnh suy tim. Hình ảnh phù phổi (màu hồng), đường Kerley (màu vàng), bóng tim lớn hơn 1/2 lòng ngực (tim to).

**Ví dụ 2**

**Hình 130** Phim Xquang PA cho thấy hình ảnh suy tim. Hình ảnh phù phổi (màu hồng), đường Kerley (màu vàng), bóng tim lớn hơn 1/2 lòng ngực (tim to).

## Viêm phổi

Viêm phổi là tình trạng viêm của nhu mô phổi, đặc trưng bởi hình ảnh phế nang bị lấp đầy bởi dịch viêm và tế bào viêm. Trên Xquang ngực, viêm phổi biểu hiện là tổn thương đồng đặc phổi (xem trang 23).

**Lưu Ý:** Viêm phổi và đồng đặc phổi không hoàn toàn giống nhau. Đồng đặc phổi có thể do bất kì nguyên nhân nào làm phế nang bị lấp đầy bởi dịch, mủ, tế bào. Vì thế, nên nói, viêm phổi là nguyên nhân phổ biến nhất gây tổn thương đồng đặc phổi.

### Các loại viêm phổi

- Viêm phổi cộng đồng
  - Viêm phổi bệnh viện
  - Viêm phổi hít
- }      Nhiễm vi khuẩn hoặc virus  
 }      Hít phải dịch tiết vùng họng.

Các dấu hiệu khác của viêm phổi trên Xquang ngực:

- Phế quản chứa hơi
- Tràn dịch màng phổi (tràn dịch gần vùng viêm)
- Tạo hang.

## Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)

**Lưu Ý:** Không chẩn đoán COPD trên Xquang ngực. Luôn cần chẩn đoán COPD dựa trên lâm sàng và đo chức năng hô hấp.

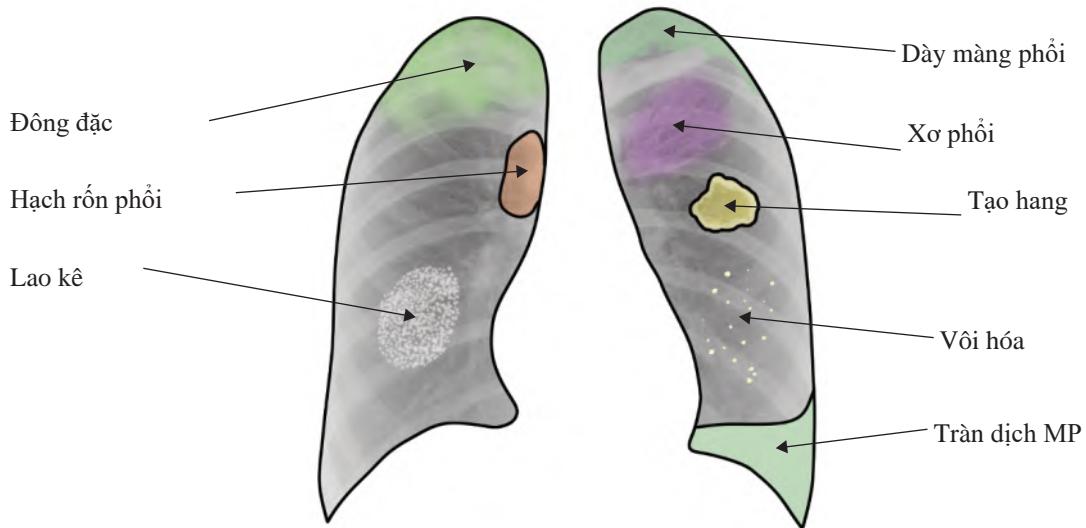
Nếu nghi ngờ COPD, cần tìm các dấu hiệu sau.

- **Tràn khí màng phổi**
  - Thường gặp trong COPD, có thể "ân" ở đỉnh phổi.
- **Khối U/di căn/dấu hiệu khác của ung thư phổi**
  - Gần như toàn bộ bệnh nhân COPD có hút thuốc (nguyên nhân gây ung thư phổi).

## Lao phổi

Lao phổi là bệnh nhiễm trùng gây ra bởi trực khuẩn lao *Mycobacterium tuberculosis*, chủ yếu gây tổn thương đường hô hấp, nhưng có thể gặp ở bất kỳ đâu trong cơ thể. Những người có nguy cơ nhiễm lao là người suy giảm miễn dịch, thể trạng yếu, nhập cư.

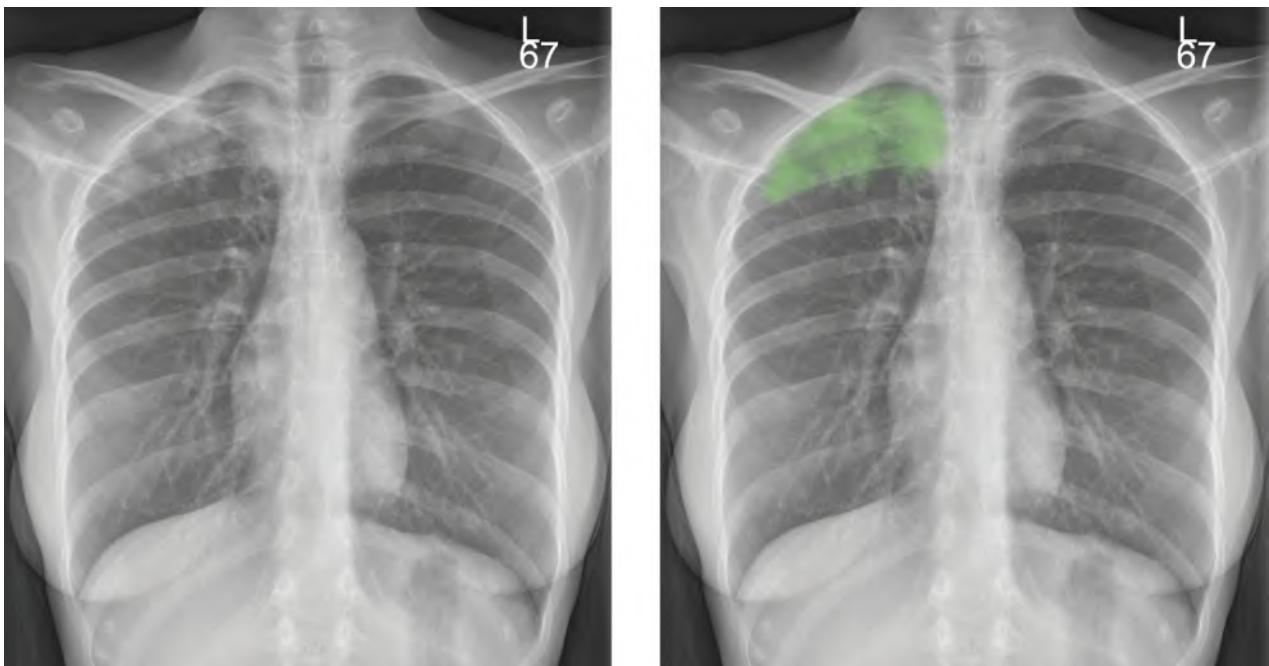
Lao phổi có biểu hiện đa dạng trên phổi, thường gặp ở đỉnh phổi.



**Hình 131** Dấu hiệu trên Xquang của lao phổi

Trên Xquang, có nhiều sự khác nhau giữa lao nguyên phát, lao thứ phát, lao cũ. Các dấu hiệu trên Xquang gồm.

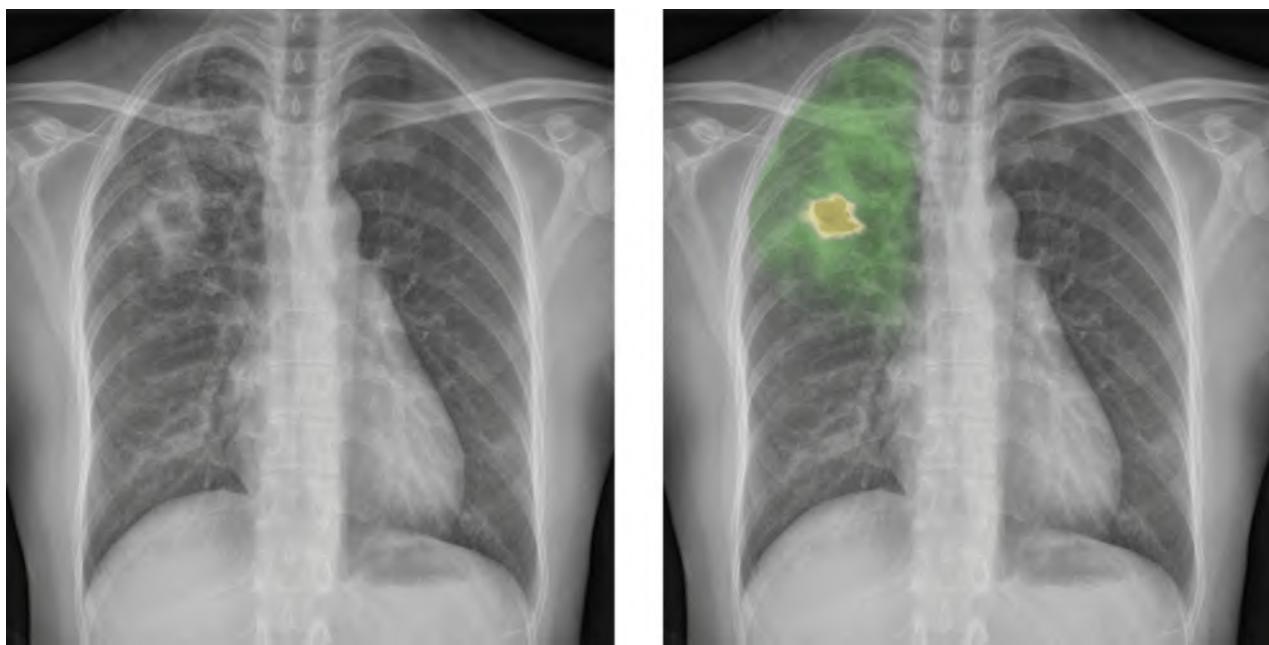
- **Lao nguyên phát:**
    - Khối/đông đặc phổi ở ngoại vi (phức hợp Ghon)
    - Hạch rốn phổi to.
  - **Lao thứ phát (Lao hậu nguyên phát hay lao hoạt động) :**
    - Đông đặc kèm tạo hang
    - Thường ở thùy trên hoặc phân thùy đỉnh thùy dưới
    - Thường có tràn dịch màng phổi/dày màng phổi.
  - **Lao cũ (Lao đã khỏi) :**
    - Xơ phổi, giảm thể tích phổi
    - Vôi hóa
    - **Vôi hóa màng phổi**
    - **U lao**
- U lao là khối U hạt, khu trú, ranh giới rõ, thường có vôi hóa.  
Đường kính 2cm, không thay đổi theo thời gian.
- **Lao kê**
    - Nốt mờ rải rác đường kính 1 – 2 mm lan tỏa 2 phổi do lan theo đường máu.

**Ví dụ 1**

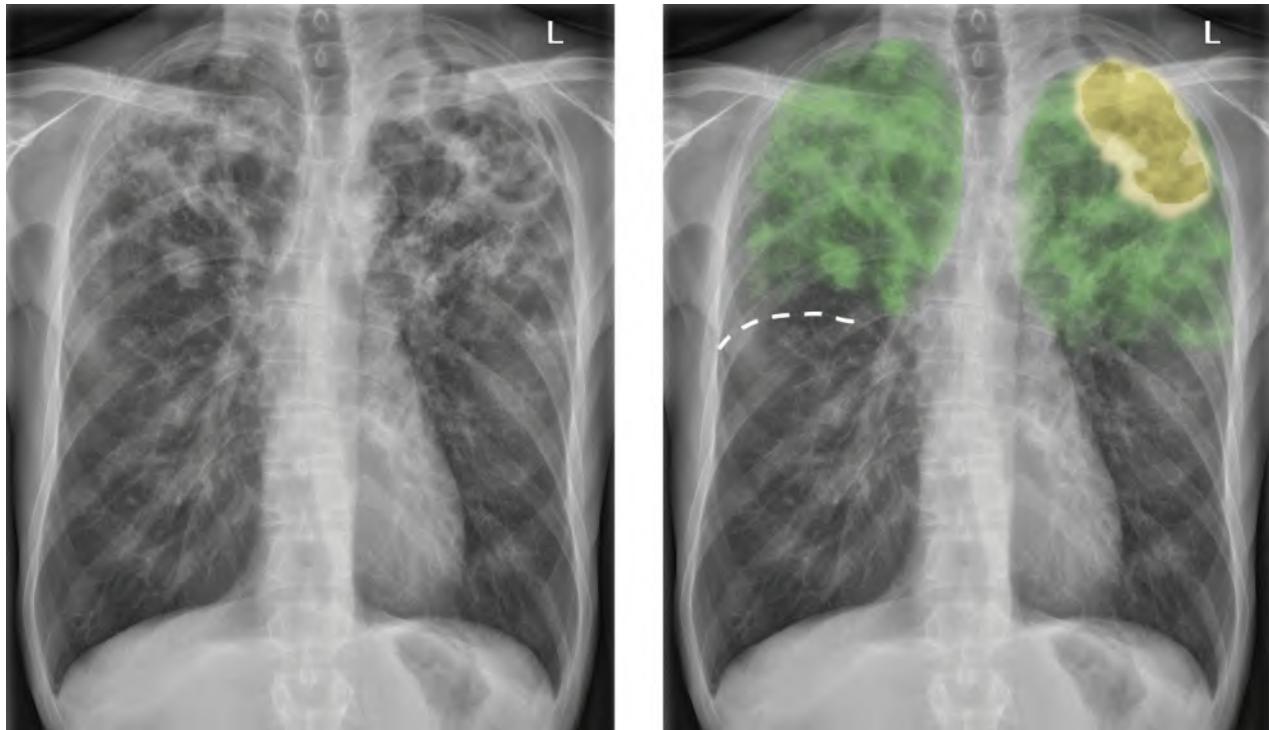
**Hình 132** Phim Xquang cho thấy hình ảnh lao nguyên phát với đồng đặc đỉnh phổi phải. (xanh)

**Ví dụ 2**

**Hình 133** Phim Xquang cho thấy lao nguyên phát ở đỉnh phổi trái. Hình ảnh mờ đồng nhất vùng đỉnh phổi trái là do dày màng phổi (phía trên đường kẻ) - gợi ý lao hoạt động. Tổn thương đồng đặc thùy trên phổi trái với giảm thể tích phổi và xơ phổi (phía dưới đường kẻ).

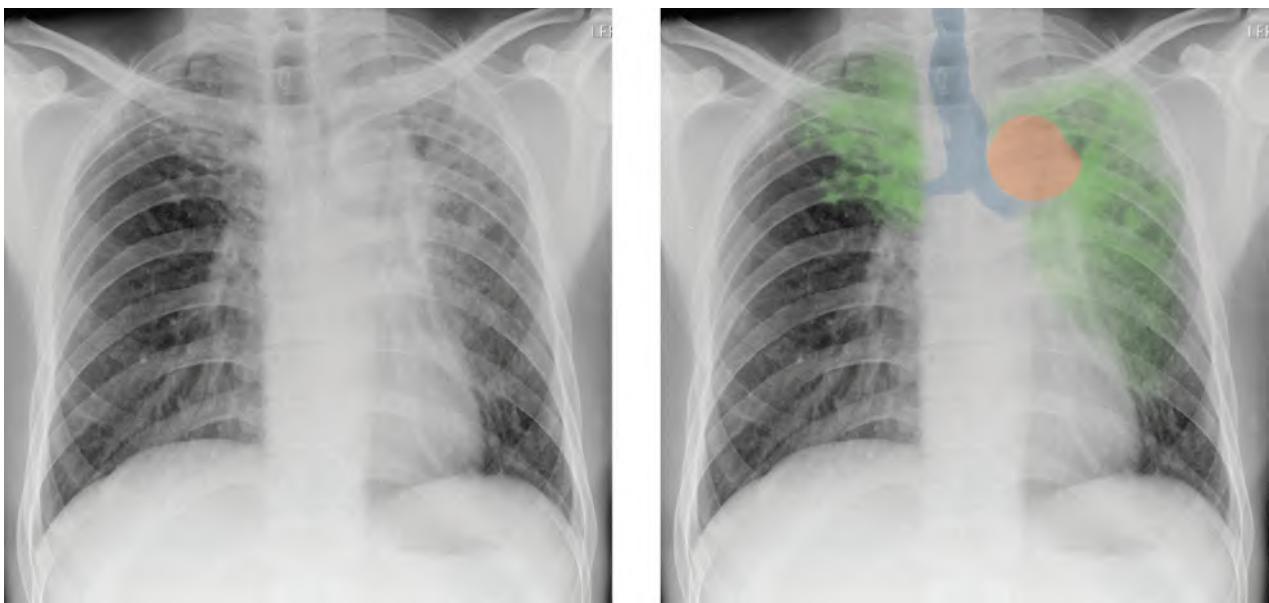
**Ví dụ 3**

**Hình 134** Phim Xquang cho thấy lao nguyên phát với tổn thương đông đặc thùy trên phổi phải (xanh), tạo hang (vàng)

**Ví dụ 4**

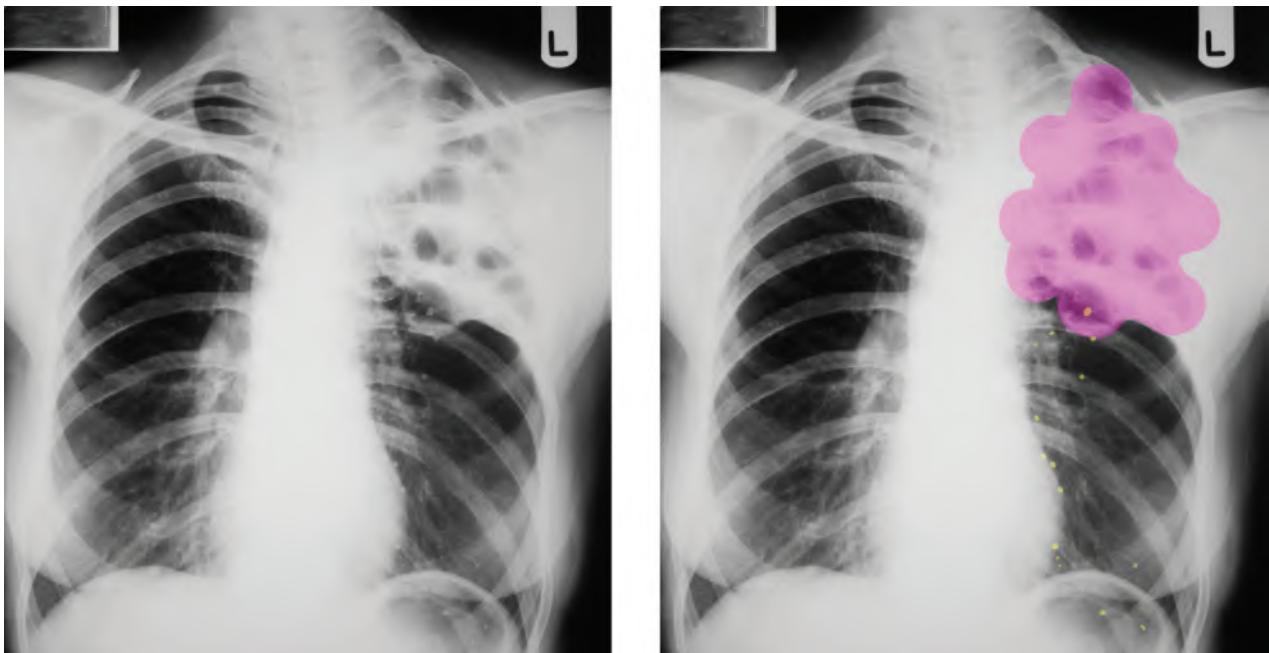
**Hình 135** Phim Xquang cho thấy lao nguyên phát với tổn thương đông đặc thùy trên 2 bên (xanh), tạo hang (thùy trên phổi trái - màu vàng). Trường hợp này chủ yếu là tổn thương đông đặc, ít xơ hóa vì thấy ranh ngang (đường kẻ) không di lệch lên trên.

**Ví dụ 5**



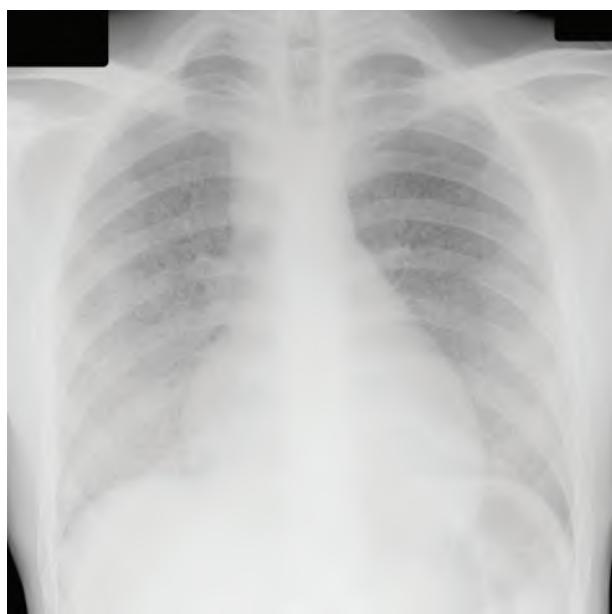
**Hình 136** Phim Xquang cho thấy lao thứ phát (tái hoạt động) với hình ảnh giảm thể tích thùy trên phổi trái, hạch rốn phổi trái to (màu cam), lao cũ ở thùy trên phổi phải. Rốn phổi trái lên cao, phế quản chính trái bị kéo lên làm góc carina lớn.

**Ví dụ 6**



**Hình 137** Phim Xquang cho thấy lao cũ trên bệnh nhân đã mổ ngực và làm thủ thuật plombage. Plombage được làm trước khi dùng kháng sinh điều trị lao ở thùy trên phổi trái. Plombage làm bằng cách đưa 1 chất trơ vào khoang màng phổi, làm xẹp vùng phổi bị bệnh. Hình ảnh nốt vôi hóa (vàng), chất plombage (tím)

Ví dụ 7, 8 & 9



**Hình 138, 139, 140** Phim Xquang cho thấy lao kê lan tỏa 2 phổi. Hình ảnh nốt mờ 1-2 mm.

## Bệnh phổi do ami-ăng

Hít phải bụi ami-ăng có thể gây bệnh phổi. Bệnh nhân có thể được bồi thường vì nó được xem là bệnh nghề nghiệp. Tỷ lệ mới mắc ung thư phế quản ở người tiếp xúc với ami-ăng cao hơn 5 lần ở những người không hút thuốc lá, hơn 50 lần ở những người hút thuốc.

Phân loại bệnh phổi do ami-ăng:

1. **Bệnh màng phổi lành tính**
2. **Bệnh bụi phổi**
3. **Ung thư màng phổi**.

### Bệnh màng phổi lành tính

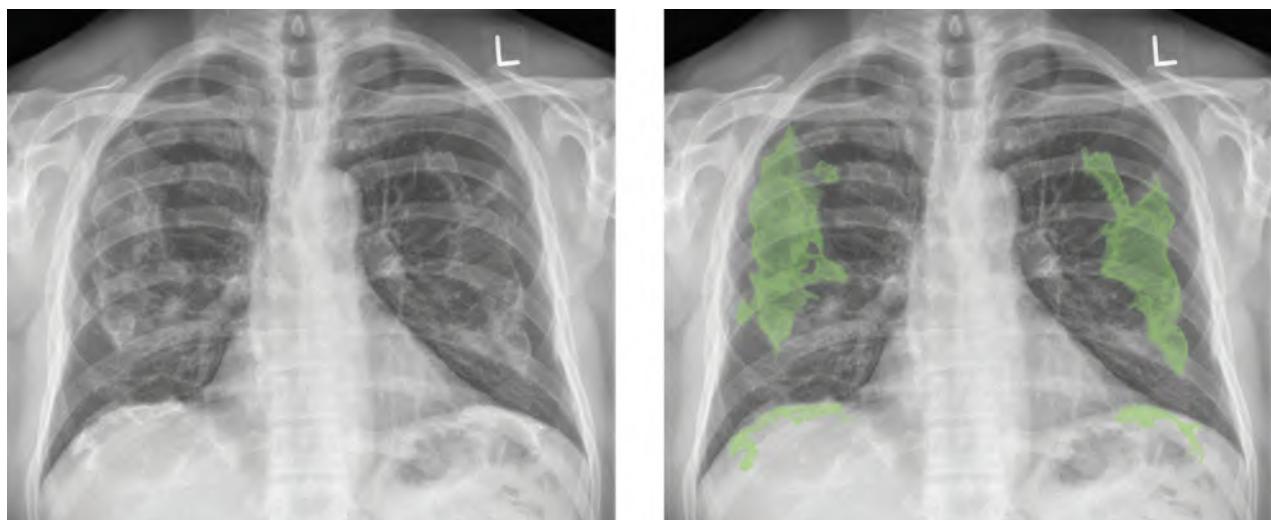
Dấu hiệu đặc trưng trên Xquang là các mảng ami-ăng (mảng màng phổi). Mảng ami-ăng là những vùng màng phổi dày do ami-ăng. Trên Xquang là vùng mờ (tăng đậm độ) khu trú. Bệnh nhân có thể có tràn dịch màng phổi.

#### Dấu hiệu trên Xquang

- **Mảng ami-ăng** là vùng mờ không đều, ranh giới rõ. Thường thấy dọc theo các xương sườn trên, hai bên. Thường kèm theo các vùng vôi hóa bên trong.
- **Mảng màng phổi vôi hóa** dọc theo cơ hoành.
- **Dày màng phổi lan tỏa** là đường dày quanh bờ phổi.
- **Tràn dịch màng phổi** có thể xuất hiện sau 10 năm sau tiếp xúc với ami-ăng.

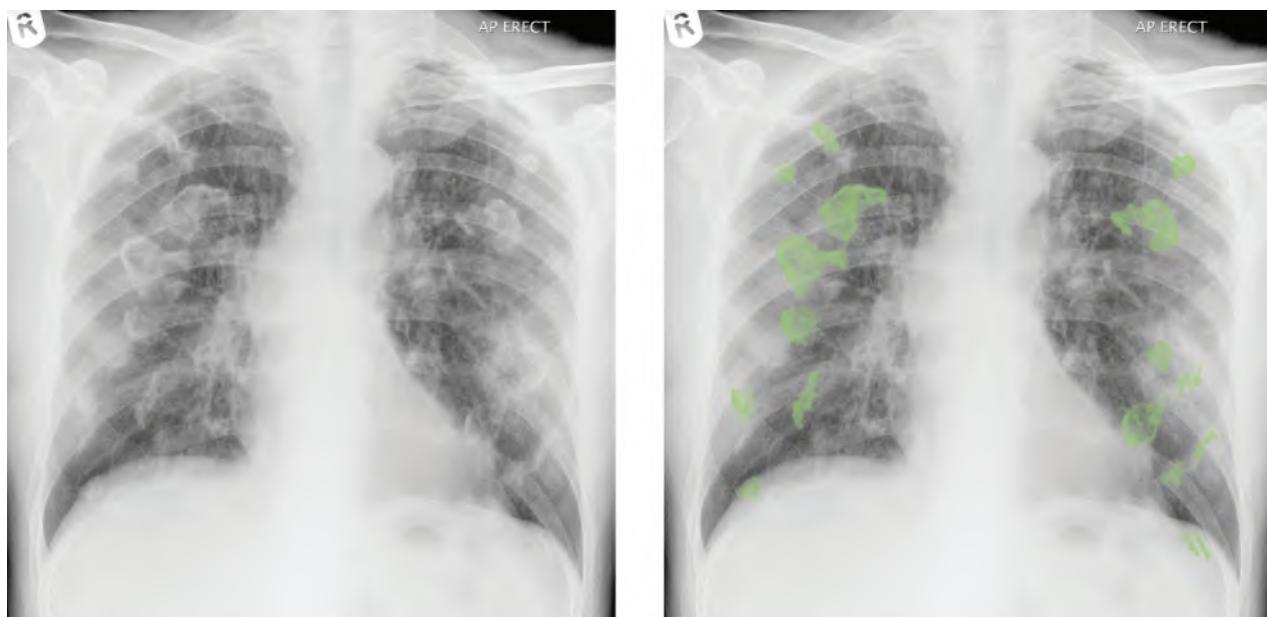
**Lưu Ý:** So sánh với Xquang cũ. Mảng màng phổi tiến triển chậm và có thể thấy trên Xquang trước đó.

#### Ví dụ 1



**Hình 141** Phim Xquang cho thấy mảng màng phổi 2 bên (xanh). Hình ảnh mờ, ranh giới rõ, vôi hóa bên trong. Mảng màng phổi vôi hóa dọc theo vòm hoành.

### Ví dụ 2



**Hình 142** Phim Xquang cho thấy rất nhiều mảng màng phổi 2 bên (xanh). Hình ảnh mờ, ranh giới rõ, vôi hóa bên trong.

### Bệnh bụi phổi do ami-ăng

Bệnh bụi phổi là thuật ngữ chỉ tình trạng xơ hóa mô kẽ tại phổi, gặp khoảng 50% bệnh nhân tiếp xúc với ami-ăng công nghiệp. Đây là tình trạng viêm mạn tính của mô kẽ của phổi, do tiếp xúc lâu dài, lượng lớn ami-ăng. (vd. công nhân khai thác mỏ).

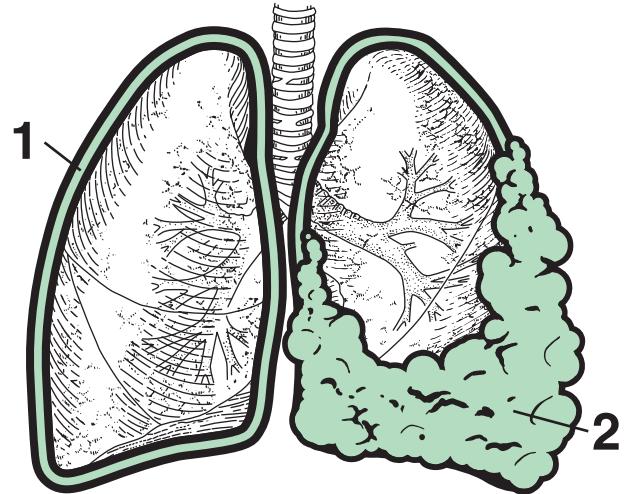
#### Dấu hiệu trên Xquang

- **Xơ phổi** kèm giảm thể tích phổi (Xơ phổi, xem trang 49).
- VÀ
- **Vôi hóa mảng phổi**. Thường liên quan tới cơ hoành, dọc theo thành ngực trước.

## Ung thư màng phổi

- Ung thư màng phổi là khối u ác tính ở tế bào màng phổi, thường ở 1 bên, gây đau màng phổi kiếu viêm.
- **5 – 10%** công nhân tiếp xúc với ami-ăng xuất hiện ung thư màng phổi.
- Thời gian ủ bệnh **20 – 45 năm**.

1. Màng phổi
2. Ung thư màng phổi



**Hình 143** Hình ảnh minh họa ung thư màng phổi trái.

Trên Xquang ngực, ung thư màng phổi có đặc điểm của **bóng mờ màng phổi** (dày lan tỏa, tăng dày màng phổi, tràn dịch màng phổi ác tính) và dấu hiệu xâm lấn thành ngực (di căn).

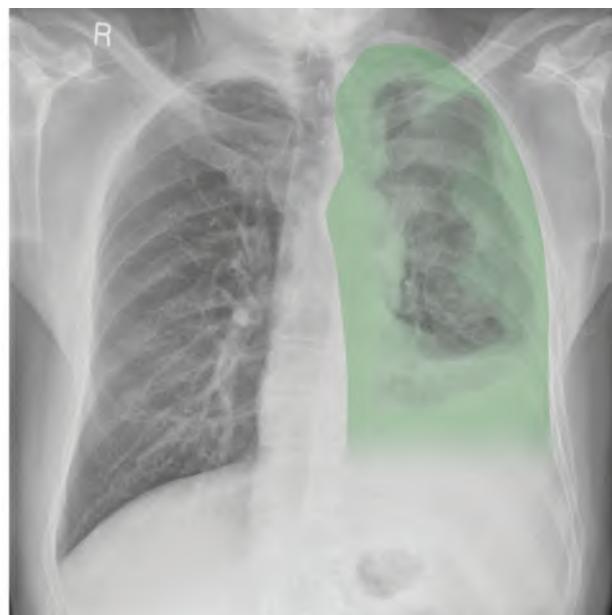
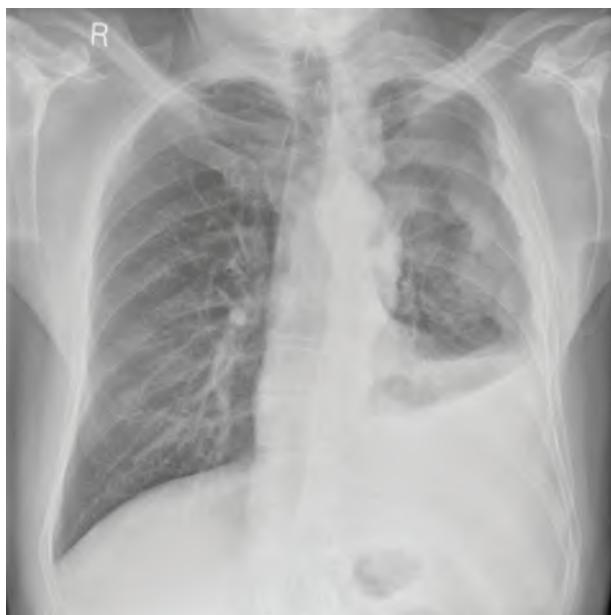
### Dấu hiệu trên Xquang

- Bóng mờ không theo bờ phổi vì nó có nguồn gốc màng phổi.
- Bờ bóng mờ không đều (chia mũi- gợi ý tính chất ác tính).
  - Đánh giá bờ trên của bóng mờ. Không có dạng cong lõm (Chẩn đoán phân biệt chính là tràn dịch màng phổi).
  - Giảm thể tích phổi bên tồn thương (càng khẳng định ung thư màng phổi).
  - Dấu hiệu xâm lấn thành ngực (phá hủy xương sườn, khối u mô mềm trong thành ngực) là dấu hiệu duy nhất để phân biệt ung thư màng phổi với bệnh lành tính.

**Lưu Ý:** Khối u màng phổi có thể là ung thư màng phổi nguyên phát, di căn màng phổi, khối u lành tính (hiếm) hoặc sarcom màng phổi (rất hiếm).

**Ví dụ 1**

**Hình 144** Phim Xquang cho thấy ung thư màng phổi phải (lớn). Hình ảnh mờ bao quanh lồng ngực phải, dạng mũi, không theo bờ phổi.

**Ví dụ 2**

**Hình 145** Phim Xquang cho thấy ung thư màng phổi trái (lớn). Hình ảnh mờ bao quanh lồng ngực phải, dạng mũi, không theo bờ phổi.

**Ví dụ 3**

**Hình 146** Phim Xquang cho thấy ung thư màng phổi trái (lớn). Hình ảnh mờ bao quanh lồng ngực phải, dạng mũi, không theo bờ phổi.

## Câu hỏi lượng giá

Những câu hỏi này kiểm tra khả năng đọc Xquang ngực và phát hiện bệnh lý. Chúng được thiết kế theo cấu trúc câu hỏi của kì thi objective structured clinical examination OSCE.

Có 18 câu hỏi. Nhớ tiếp cận theo module ABCDE, và nhớ rằng có thể có nhiều hơn 1 bệnh trên 1 phim.

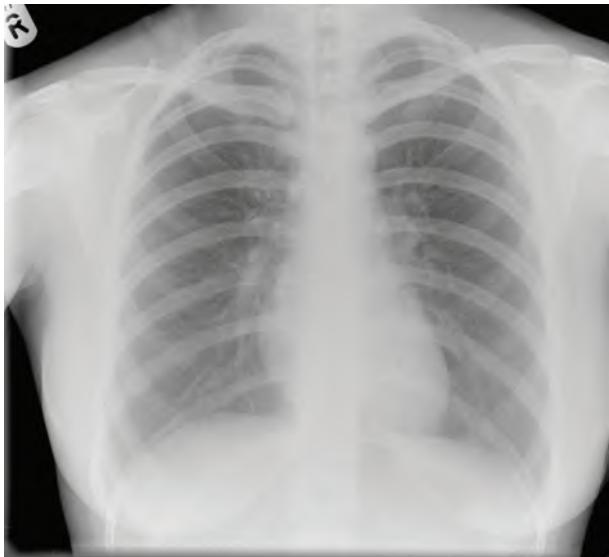
Phần (a) kiểm tra khả năng đọc Xquang theo module ABCDE.

Phần (b), (c) và (d) là những câu hỏi từ kì thi OSCE.

Xem đáp án tại trang 113 – 121 .

**Lưu Ý:** Thông tin về tuổi, ngày chụp đều là giả định, không liên quan đến phim Xquang.

*Câu 1*



**Hình 147** Tên Mrs LA, Tuổi 50. Ngày chụp: 24/12/2011.

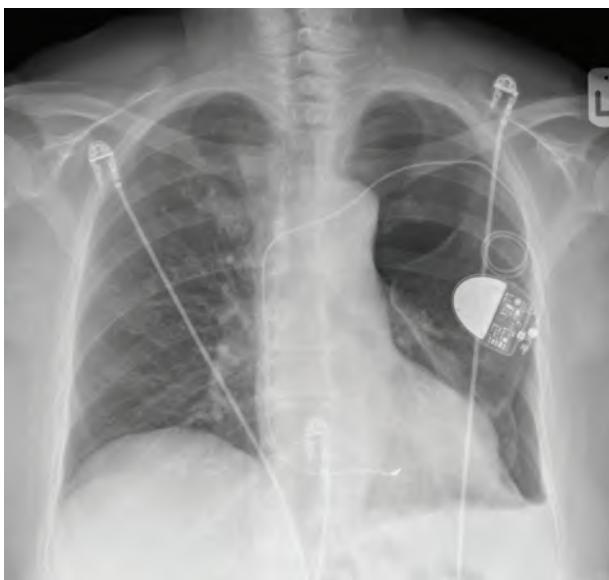
- (a) Đọc phim.
- (b) Chỉ ra cung trước xương sườn 2 bên trái?
- (c) Chỉ ra bờ tâm nhĩ phải?
- (d) Tại sao tâm thất phải không thấy được trên phim?

*Câu 2*



**Hình 148** Tên Mr KH, Tuổi 60. Ngày chụp: 27/07/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Cần làm xét nghiệm gì tiếp theo?

**Câu 3**

**Hình 149** Tên Mrs HA, Tuổi 55. Ngày chụp: 01/07/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Nguyên nhân có thể là gì?
- (c) Nếu đây là lần đầu bạn thấy tổn thương này, bạn nên làm gì tiếp để điều trị?
- (d) Tam giác an toàn ('triangle of safety') là gì?

**Câu 4**

**Hình 150** Tên Mrs NM, Tuổi 60. Ngày chụp: 20/03/2011. Bệnh nhân khó thở.

- (a) Đọc phim.
- (b) Nguyên nhân của tổn thương vùng dưới phổi trái?
- (c) Ngoài CT, bạn nên làm gì để điều trị và test gì là đặc hiệu với bệnh nhân này?

**Câu 5**

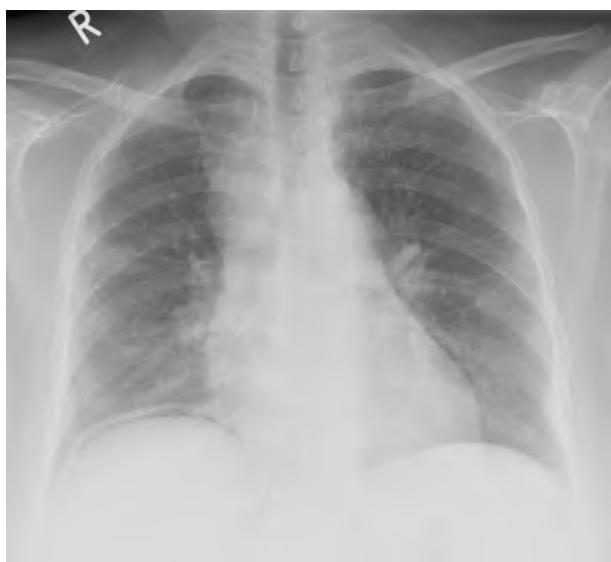
**Hình 151** Tên Mr JS, Tuổi 70. Ngày chụp: 11/02/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Tại sao đây không phải chỉ là TDMP?
- (c) Tại sao đây không phải xẹp phổi?

**Câu 6**

**Hình 152** Tên Child NC, Tuổi 12 tháng. Ngày chụp 27/09/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Tại sao ở trẻ em, dễ xẹp thùy hay phân thùy phổi?

*Câu 7*

**Hình 153** Tên Mrs DR, Tuổi 60. Ngày chụp 26/08/2011.

- (a) Đọc phim
- (b) Bệnh nhân đau bụng, nêu 4 nguyên nhân có thể
- (c) Nguyên nhân gây hạch rốn phổi to 1 bên?

*Câu 9*

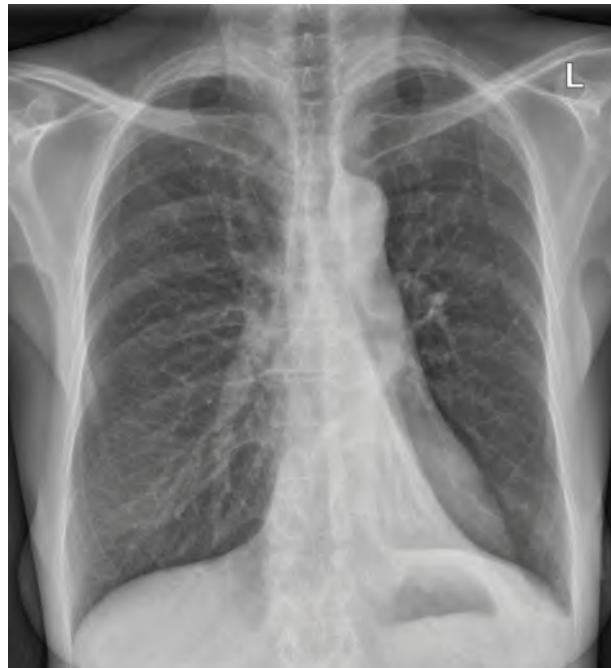
**Hình 155** Tên Mr RR, Tuổi 61. Ngày chụp 12/02/2011.

- (a) Đọc phim
- (b) Chẩn đoán?
- (c) Tại sao xẹp thùy giữa?

*Câu 8*

**Hình 154** Tên Mrs ES, Tuổi 56. Ngày chụp 03/04/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) 3 nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi.
- (c) Phân biệt các nguyên nhân.

*Câu 10*

**Hình 156** Tên Mrs WC, Tuổi 52. Ngày chụp 23/07/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Chẩn đoán?
- (c) Làm gì tiếp theo?

Câu 11



**Hình 157** Tên Mr DC, Tuổi 38. Ngày chụp 11/12/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) 2 nguyên nhân gây tổn thương phổi phải.
- (c) Nên làm xét nghiệm gì tiếp theo

Câu 12

Câu 13



**Hình 159** Tên Mr GB, Tuổi 43. Ngày chụp 02/08/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Chẩn đoán?
- (c) Nên làm xét nghiệm gì tiếp theo?

Câu 14



**Hình 158** Tên Mrs MB, Tuổi 48. Ngày chụp 29/08/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Xử trí gãy xương đòn như thế nào?
- (c) Biến chứng của gãy xương đòn với lồng ngực?

**Hình 160** Tên Mr WC, Tuổi 71. Ngày chụp 08/10/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Chẩn đoán phân biệt?
- (c) Nên làm xét nghiệm gì tiếp theo?



**Câu 15**

**Hình 161** Tên Mr AC, Tuổi 62. Ngày chụp 30/08/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Chẩn đoán?
- (c) Nên làm xét nghiệm gì tiếp theo?

**Câu 17**

**Hình 163** Tên Mrs MA, Tuổi 49. Ngày chụp 14/03/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Bệnh nhân này biểu hiện lâm sàng như thế nào?
- (c) Bệnh nhân này cần dùng thuốc gì?
- (d) Tại sao góc carina rộng?

**Câu 16**

**Hình 162** Tên Mr MF, Tuổi 67. Ngày chụp 06/03/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Chẩn đoán?
- (c) Hội chứng gì có thể có ở bệnh nhân này?

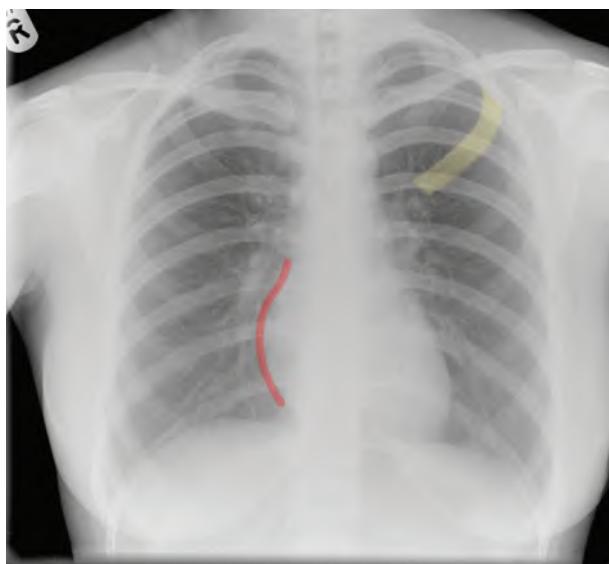
**Câu 18**

**Hình 164** Tên Mr BW, Tuổi 64. Ngày chụp: 30/05/2011.

- (a) Đọc phim.
- (b) Chẩn đoán?
- (c) Nguyên nhân?

## Câu trả lời

*Câu 1*



**Hình 165**

(a) Phim chụp ngực thẳng PA của Mrs LA, ngày 24/12/2011.

Phim cân đối, hít tốt (Lưu ý: các phim sau sẽ bỏ qua phần đánh giá chung này - nếu phim bình thường)

A: Khí quản cân đối.

B: Phổi nở đều, sáng đều

C: Tim, trung thất, rốn phổi bình thường

D: Không có gãy xương.

E: Không có khí dưới hoành, dưới da hay di vật.

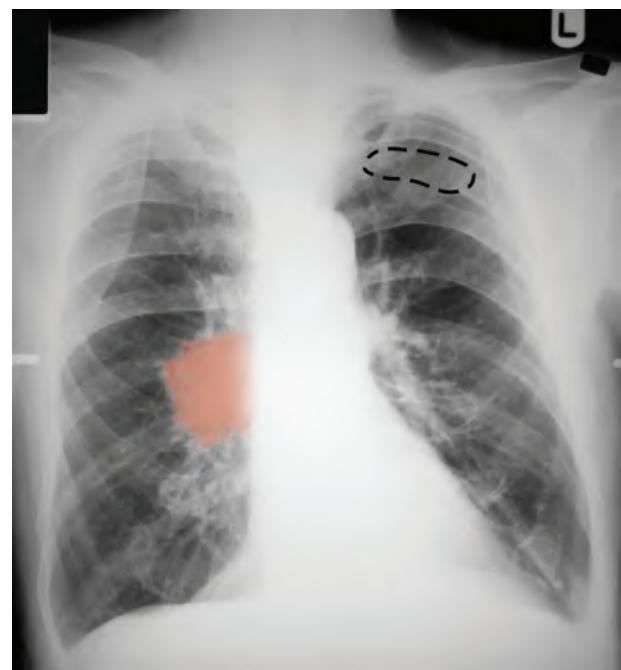
Kết luận: phim phổi bình thường.

(b) Cung trước xương sườn 2 bên trái (màu vàng).

(c) Bờ tâm nhĩ phải (màu đỏ).

(d) Tâm thất phải không thấy trên phim vì nó nằm phía trước, nên không thấy bờ trên phim.

*Câu 2*



**Hình 166**

(a)

A: Khí quản cân đối.

B: Trường phổi nở đều. Khối mờ, bờ không đều ở vùng giữa phổi phải gọi ý tổn thương ác tính (đỏ).

C: Kích thước tim bình thường. Trung thất không lệch. Bờ trung thất và rốn phổi bình thường.

Bờ rốn phổi phải chòng lên khối mờ, vì vậy có khí giữa khối và rốn phổi phải, điều này cho thấy khối hoặc nằm sau hoặc trước rốn phổi, không thuộc rốn phổi.

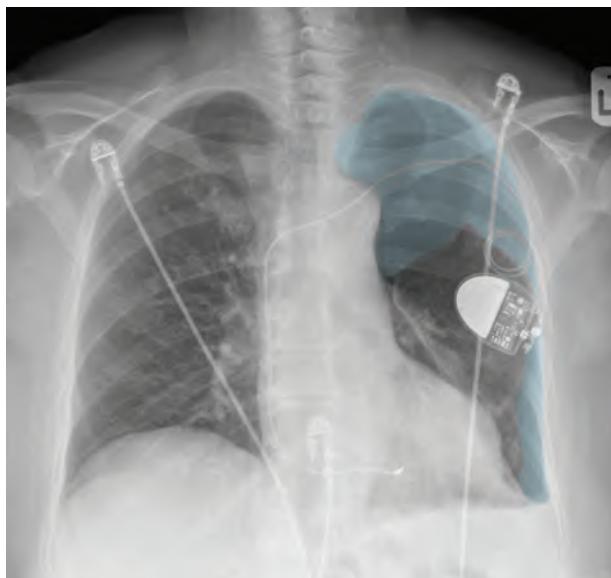
D: Mát liên tục cung sau xương sườn 5 trái (đường kẻ), rất có thể là di căn xương.

E: Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật.

Kết luận: Ung thư biểu mô phế quản di căn cung sau xương sườn 5 trái.

(b) CT ngực, bụng, chậu để phát hiện di căn, đánh giá giai đoạn.

Câu 3



Hình 167

(a)

**A:** Khí quản cân đối.**B:** Tràn khí màng phổi trái (xanh dương).**C:** Tim bình thường, trung thất không lệch, bờ trung thất bình thường.**D:** Không có gãy xương.**E:** Có máy tạo nhịp tim và điện cực ghi ECG.

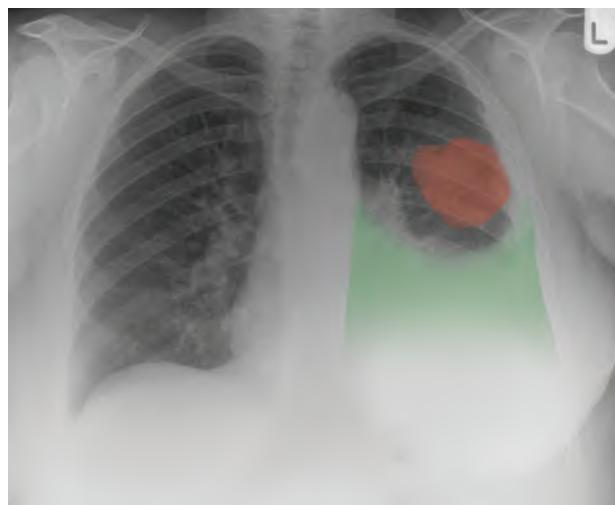
Kết luận: tràn khí màng phổi trái, đặt máy tạo nhịp tim.

(b) TKMP thứ phát sau đặt máy tạo nhịp.

(c) Dẫn lưu khoang màng phổi.

(d) Vùng tam giác giữa đường nách trước (1) và đường nách giữa (2) với đường ngang qua núm vú (3) là vùng an toàn để dẫn lưu.

Câu 4



Hình 169

(a)

**A:** Khí quản cân đối.**B:** Tràn dịch màng phổi trái (xanh). Mờ đồng nhất vùng đáy phổi trái, xóa mờ góc sườn hoành, ờm hoành trái. Hình ảnh đường cong damoiseau.

Khói tồn thương nằm ở vùng giữa phổi trái gọi ý tồn thương ác tính (đỏ).

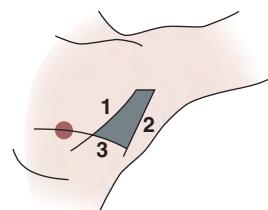
**C:** Kích thước tim khó đánh giá do bờ trái bị xóa mờ. Trung thất bình thường.**D:** Không có gãy xương.**E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật..

Kết luận: TDMP trái, khói mờ phổi trái gọi ý ung thư phế quản.

(b) TDMP khả năng cao là thứ phát do ung thư phế quản.

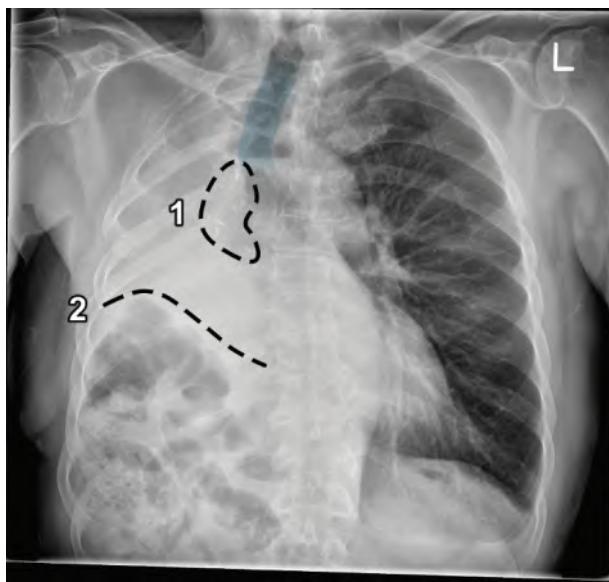
(c) Bước tiếp theo nên lấy bệnh phẩm màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm, rồi làm XN:

- Tế bào học
- Sinh hóa – xác định là dịch thấm hay dịch tiết
- Vi sinh – Cây, làm kháng sinh đỏ.



Hình 168

Câu 5



Hình 170

(a)

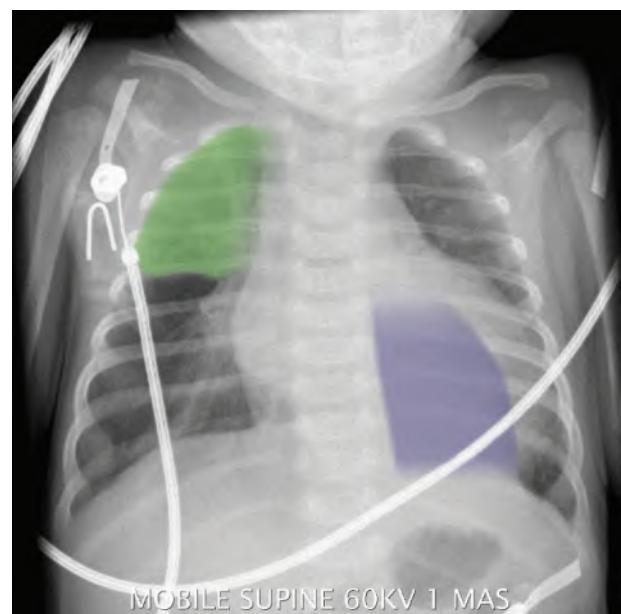
**A:** Khí quản lêch phải (xanh dương).**B:** Phẫu thuật cắt phổi và giảm thể tích lồng ngực phải. Hình ảnh mờ toàn bộ phổi phải và chỉ phẫu thuật ở rốn phổi phải (1). Hình ảnh quai ruột ở lồng ngực phải do giảm thể tích phổi phải và vòm hoành phải di lệch lên trên (2). Phổi trái giãn nở quá mức.**C:** Kích thước tim khó đánh giá. Trung thất lệch phải.**D:** Không có gãy xương.**E:** Không có khí dưới vòm hoành, khí dưới da.

Kết luận: Phẫu thuật cắt phổi phải.

(b) Đây không phải tràn dịch màng phổi vì khí quản lêch phải (bên tồn thương) cho thấy giảm thể tích phổi phải. Trong TDMP, khí quản ở giữa hoặc lệch trái nếu lượng dịch lớn.

(c) Nếu không có bằng chứng của phẫu thuật cắt phổi (chỉ phẫu thuật) thì rất khó để phân biệt xép phổi hoàn toàn với cắt phổi. Nhưng ở đây có bằng chứng, nên đây là cắt phổi

Câu 6



Hình 171

(a)

**A:** Khí quản cân đối.**B:** Phổi nở đều. Tồn thương đông đặc thùy trên phổi phải (xanh lá). Hình ảnh mờ thùy trên phổi phải, không giảm thể tích phổi.

Xép thùy dưới phổi trái (xanh dương). Mờ hình tam giác nằm sau tim trái, xóa ranh giới với vòm hoành. Không xóa ranh giới với bờ tim.

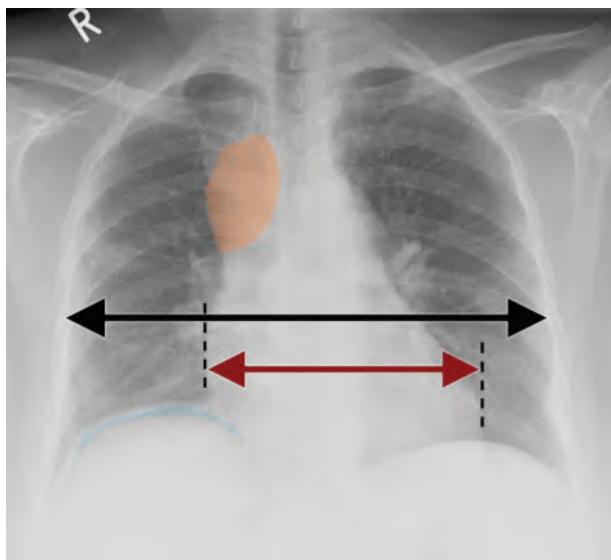
**C:** Không đánh giá kích thước tim vì đây là phim AP.

Trung thất không lệch.

**D:** Không có gãy xương.**E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật.

Kết luận: Đông đặc thùy trên phổi phải, xép thùy dưới phổi trái.

(b) Đường thở của trẻ em nhỏ, và dễ hẹp khi bị viêm. Vì vậy, dễ bị tắc do nhày gây xép/dông đặc phổi sau chổ tắc.

*Câu 7*

Hình 172

(a)

- A:** Khí quản cân đối.  
**B:** Phổi nở đều  
**C:** Bóng tim to. Trung thất không di lệch. Nốt mờ nằm ở trung thất trên, phải với bờ đều có thể là hạch rốn phổi (màu cam)

**D:** Không có gãy xương.

**E:** Lièm hơi dưới hoành phải: dải sáng nằm sát dưới vòm hoành phải (xanh dương).

Kết luận: Tim to, hạch rốn phổi phải, khí tự do ổ bụng.

(b) Nguyên nhân gây đau bụng ở bệnh nhân có lièm hơi dưới hoành có thể là: thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, thủng tang rỗng, sau chấn thương, phẫu thuật.

(c) Nguyên nhân gây hạch rốn phổi to 1 bên: nhiễm trùng (lao), ung thư phổi xâm lấn hạch, u lympho, bệnh sarcoidosis (hiếm).

*Câu 8*

Hình 173

(a)

- A:** Khí quản cân đối.  
**B:** Tràn dịch màng phổi 2 bên. (xanh lá). Hình mờ đồng nhất nằm ở đáy phổi 2 bên, xóa ranh giới với vòm hoành, góc sườn hoành 2 bên.

**C:** Khó đánh giá kích thước tim do bờ phải bị xóa mờ. Trung thất không lệch

**D:** Không có gãy xương.

**E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật

Kết luận: tràn dịch màng phổi hai bên

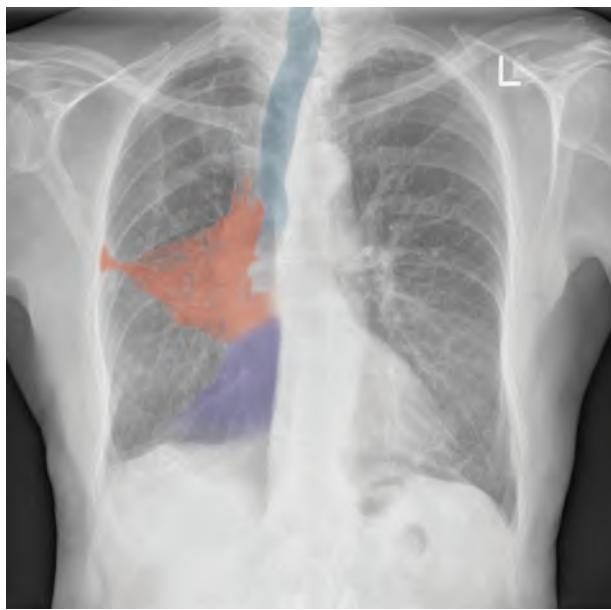
(b) Suy tim, suy gan, suy thận.

(c) 1. Suy tim: Siêu âm tim, ECG dễ phát hiện rối loạn chức năng tim

2. Suy gan: test sinh hóa phát hiện giảm albumin máu

3. Suy thận: chức năng thận - tăng creatinin.

Câu 9



Hình 174

(a)

**A:** Khí quản lệch phải (xanh dương)**B:** Phổi nở đều. Khối mờ vùng giữa phổi phải (đỏ) có thể liên quan tới rốn phổi, gọi ý tổn thương ác tính.

Xẹp thùy giữa (xanh đậm) Hình ảnh tăng đậm độ thùy giữa, xóa mờ bờ phải tim.

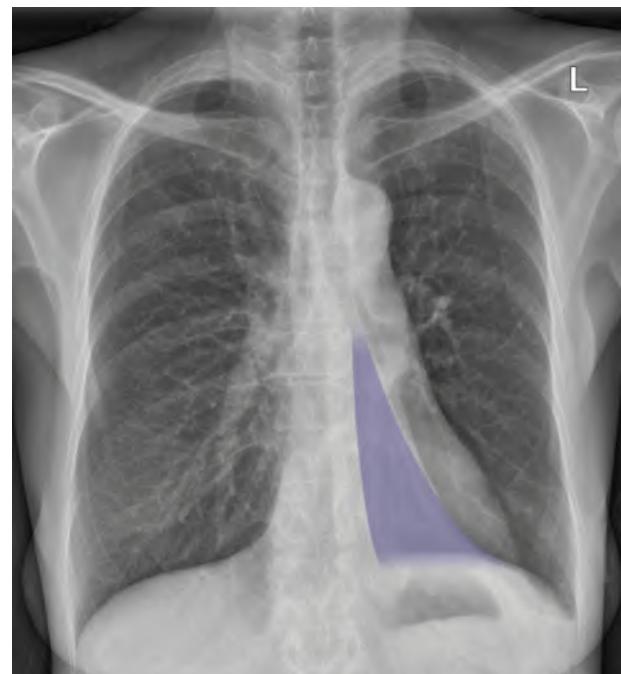
**C:** Kích thước tim bình thường, trung thất không lệch.**D:** Không có gãy xương.**E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật.

Kết luận: Khí quản lệch phải, xẹp thùy giữa, khối mờ gọi ý tổn thương ác tính (ung thư phế quản).

(b) Ung thư phế quản và xẹp thùy giữa.

(c) Có thể là xẹp thùy giữa do khối u chèn ép làm tắc phế quản thùy giữa.

Câu 10



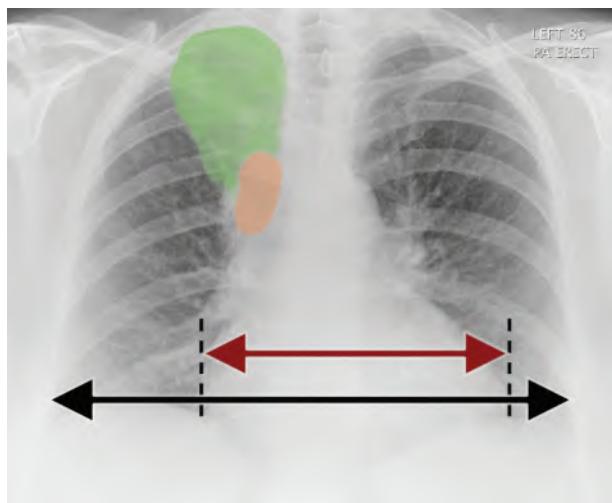
Hình 175

(a)

**A:** Khí quản cân đối.**B:** Xẹp thùy dưới phổi trái (xanh dương). Mờ hình tam giác nằm sau tim trái, không xóa mờ bờ tim.**C:** Kích thước tim bình thường. Trung thất không lệch.**D:** Không gãy xương.**E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật.

Kết luận: Xẹp thùy dưới phổi trái.

(b) Xẹp thùy dưới phổi trái.  
(c) Chẩn đoán phân biệt chính là xẹp phổi thứ phát sau nhiễm trùng; tuy nhiên, ung thư phế quản gây tắc nghẽn cũng gây xẹp phổi. Chụp lại Xqaul sau 4-6 tuần để phát hiện ung thư.

**Câu 11****Hình 176**

(a)

**A:** Khí quản cân đối.**B:** Xẹp/đóng đặc thùy treeb phổi phải. Hình ảnh mờ nằm ở thùy trên phổi phải, rãnh ngang bị kéo lên trên cho thấy có giảm thể tích phổi.**C:** Tim to. Trung thất không lệch. Nốt mờ lớn nằm ở trung thất trên, phải bờ đều có thể là hạch cảnh khí quản phải (màu cam).**D:** Không có gãy xương.**E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật.

Kết luận: Xẹp/đóng đặc thùy trên phổi phải, hạch cảnh khí quản phải, tim to.

(b) (1) Viêm phổi; (2) Ung thư.

(c)

1. Chụp lại Xquang ngực - xem tổn thương có hồi phục không.

2. Nội soi phế quản – Đánh giá hẹp lòng phế quản (vd, khối u).

3. CT ngực – tìm khối u.

**Câu 12****Hình 177**

(a)

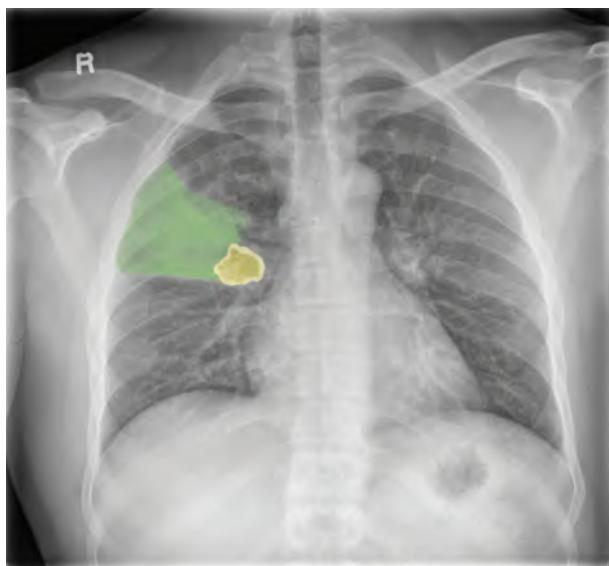
**A:** Khí quản cân đối.**B:** Phổi nở đều, sáng đều**C:** Kích thước tim bình thường. Trung thất bình thường.**D:** Gãy xương đòn trái.**E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật.

Kết luận: gãy xương đòn trái.

(b) Điều trị bảo tồn bằng nẹp hoặc phương pháp tương tự để giảm trọng lượng cánh tay tác động lên xương đòn.

(c) Trần khí màng phổi

Câu 13



Hình 178

(a)

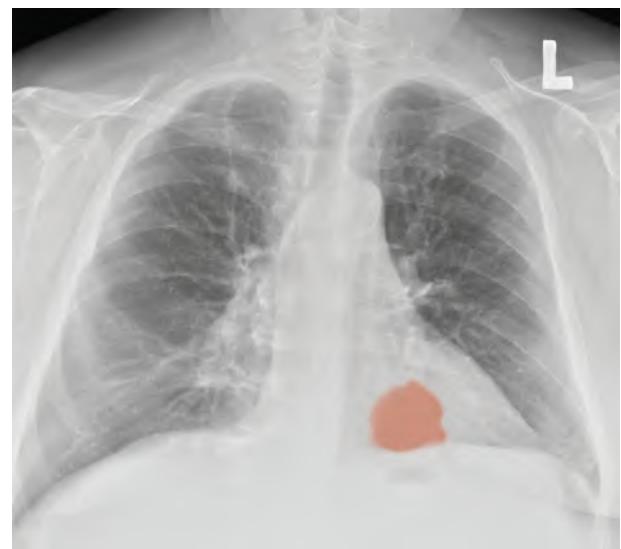
**A:** Khí quản cân đối.**B:** Phổi nở đều. Tổn thương dạng hang nằm ở thùy trên phổi phải (vàng). Kèm theo tổn thương đồng đặc hình quạt từ hang kéo dài ra ngoại vi (xanh).**C:** Tim kích thước bình thường. Trung thất bình thường.**D:** Không có gãy xương.**E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật.  
Kết luận: Tổn thương dạng hang thùy trên phổi phải với vùng đồng đặc phổi.

(b) Viêm phổi thùy có tạo hang.

(c) Chụp lại Xquang sau 4-6 tuần để chắc chắn khối hoặc phát hiện khối u.

Soi phế quản nếu triệu chứng vẫn còn hoặc Xquang vẫn bất thường.

Câu 14



Hình 179

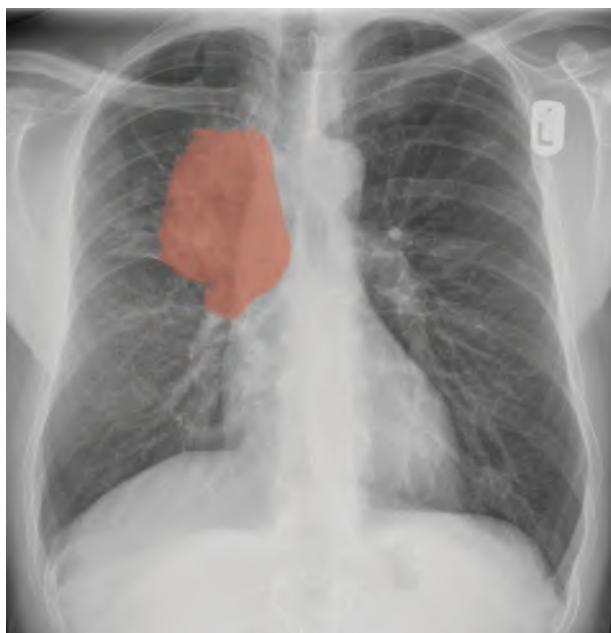
(a)

**A:** Khí quản cân đối.**B:** Phổi nở đều. Khối mờ nằm ở đáy phổi trái, đè lên bóng tim gọi ý tổn thương ác tính (đỏ).**C:** Kích thước tim bình thường. Trung thất bình thường.**D:** Không có gãy xương.**E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật.

Kết luận: Khối mờ đáy phổi trái gợi ý ung thư phế quản.

(b) Ung thư phế quản hoặc ung thư di căn phổi.

(c) CT ngực và sinh thiết. CT nên lấy cá thận vì ung thư thận có thể di căn phổi.

**Câu 15****Hình 180**

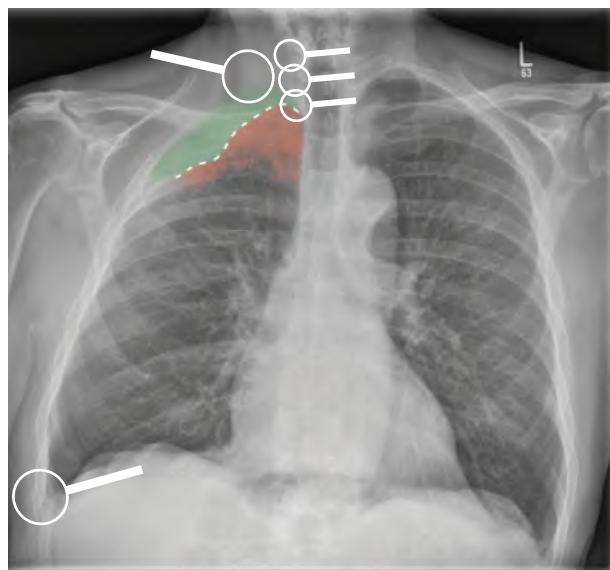
(a)

**A:** Khí quản cản đồi.**B:** Phổi nở đều. Khối mờ nằm ở vùng trên phổi phải đè đầy phế quản chính phải gọi ý tổn thương ác tính (đỗ).**C:** Kích thước tim bình thường. Trung thất bình thường.**D:** Không có gãy xương.**E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật.

Kết luận: Khối mờ phổi phải gọi ý tổn thương ác tính (ung thư phế quản).

(b) Khối u lớn nằm ở vùng trung tâm.

(c) Nội soi phế quản và sinh thiết vì khối u nằm ở trung tâm. CT có thể làm sau để hỗ trợ chẩn đoán giai đoạn.

**Câu 16****Hình 181**

(a)

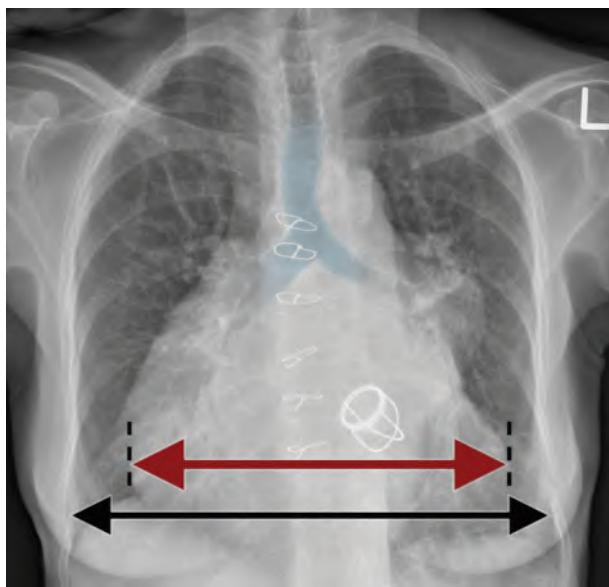
**A:** Khí quản cản đồi.**B:** Khối mờ đỉnh phổi phải (đỗ) với dày màng phổi (xanh lá).**C:** Kích thước tim bình thường. Trung thất bình thường.**D:** Phá hủy hoành toàn xương sườn 1 bên phải. Tiêu xương tại mõm ngang các đốt sống ngực trên. Gãy xương sườn 9 bên phải.**E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật.

Kết luận: Khối mờ đỉnh phổi phải kèm dày màng phổi và phá hủy xương sườn 1 bên phải, gợi ý ung thư phế quản. Gãy xương sườn 9 bên phải (có thể là ngẫu nhiên phát hiện).

(b) Khối U Pancoast bên phải.

(c) Hội chứng Horner và HC Pancoast

Câu 17



Hình 182

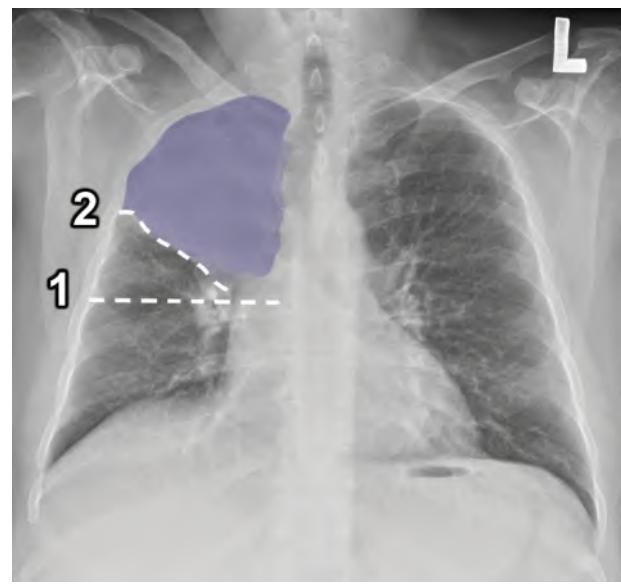
(a)

- A:** Khí quản cân đối. Góc carina rộng.  
**B:** Phổi nở đều, sáng đều.  
**C:** Tim to. Trung thất bình thường.  
**D:** Không có gãy xương.  
**E:** Hình ảnh van tim cơ học, chỉ khâu lồng ngực.

Kết luận: Góc carina rộng, tim to, van tim cơ học, chỉ khâu lồng ngực.

- (b) Rung nhĩ do bệnh van 2 lá.  
(c) Thuốc chống đông suốt đời.  
(d) Bệnh van 2 lá gây nhĩ trái to. Có thể gây góc carina rộng.

Câu 18



Hình 183

(a)

- A:** Khí quản cân đối.

**B:** Xẹp/đóng đặc thùy trên phổi phải (xanh dương). Vùng tăng tỷ trọng thùy trên phổi phải, rãnh ngang kéo lên cao (1->2). Xóa ranh giới với bờ trung thất trên phái.

**C:** Kích thước tim bình thường. Trung thất bình thường.

- D:** Không có gãy xương.

- E:** Không có khí dưới hoành, dưới da, dị vật.

Kết luận: Xẹp/đóng đặc thùy trên phổi phải.

(b) Xẹp/đóng đặc thùy trên phổi phải. Trường hợp này không xẹp hoàn toàn vì thùy trên vẫn mờ do chứa mủ (đóng đặc).

(c) Trường hợp bệnh nhân này, nguyên nhân có thể là ung thư phế quản gây hẹp phế quản thùy trên phái kèm nhiễm trùng do tắc nghẽn. Viêm phổi cũng có thể là 1 nguyên nhân và khi đó, triệu chứng lâm sàng sẽ hết khi điều trị kháng sinh và theo dõi bằng Xquang.



