

Câu 1: Trình bày tiêu chuẩn phim X-quang tim phổi tư thế thẳng - đứng?
Trình bày dấu hiệu ngực - bụng ? (Có hình minh họa). Trình bày triệu chứng hình ảnh tràn dịch màng phổi ? (Có hình minh họa)

*** Tiêu chuẩn phim X-quang tim phổi tư thế thẳng - đứng:** bệnh nhân đứng, hít sâu, tia X đi từ sau ra trước.

- Điện thế thấp : thấy được ba đốt sống ngực đầu tiên trên phim.

+ Tư thế thẳng ,cân xứng : Hai xương đòn đối xứng qua đường giữa. Tư thế đứng: túi hơi dạ dày có mức hơi dịch nằm ngang.

+ Độ đậm xuyên: Thấy rõ các đốt sống từ D4 trở lên, còn từ D5 trở xuống không thấy rõ; Mạch máu ngoại vi nhìn thấy đến cách thành ngực 1,5cm, mạch máu sau tim có thể nhìn thấy được

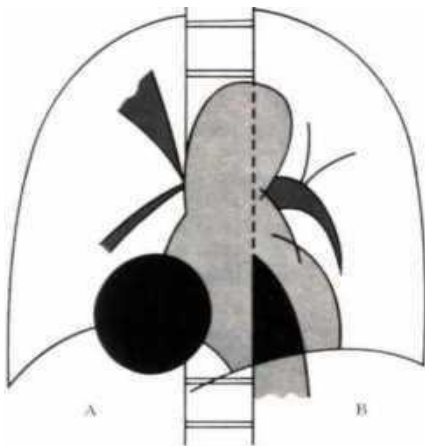
+ Hít vào sâu: đỉnh vòm hoành phải thấp hơn hoặc ngang mức cung trước xương sườn VI.

- Điện thế cao : thấy được toàn bộ cột sống ngực với các cấu trúc của trung thất, đồng thời thấy được lưới mạch máu phổi tới các nhánh của thành ngực 1,5cm, quan sát được cấu trúc phổi, trung thất.

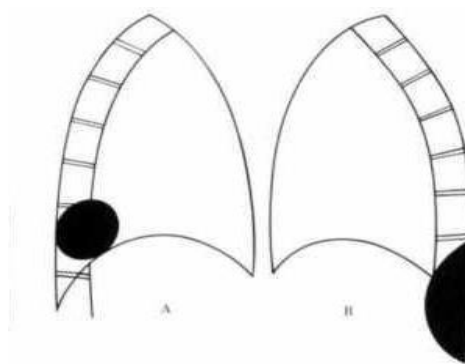
*** Dấu hiệu ngực - bụng**

- Bóng mờ ở đáy phổi nếu có bờ dưới rõ nét trên nền mờ ở bụng là xuất phát từ phổi, được bao bọc bởi khí

- Nếu bờ dưới của bóng mờ này bị xóa là xuất phát từ ổ bụng , được bao bọc bởi phần mềm của ổ bụng



A : Bóng mờ trong lồng ngực

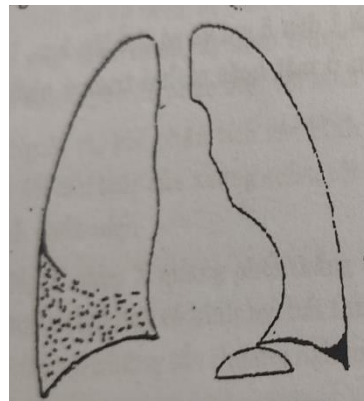


B: Bóng mờ trong ổ bụng

* **Tràn dịch màng phổi**

a. Tràn dịch màng phổi thể tự do: dịch luôn luôn tập trung ở vị trí thấp của tư thế chụp, ở tư thế đứng dịch tập trung ở đáy phổi, dưới dạng mờ đồng đều.

- Phim thẳng, tư thế đứng, dịch tập trung ở đáy phổi cho hình mờ đậm, đồng nhất; có giới hạn trên là đường cong mờ không rõ nét, lõm lên trên vào trong, đó là đường cong Damoiseau. X quang: không thấy rõ bờ vòm hoành, bờ tim; dịch thay đổi vị trí theo tư thế bệnh nhân.

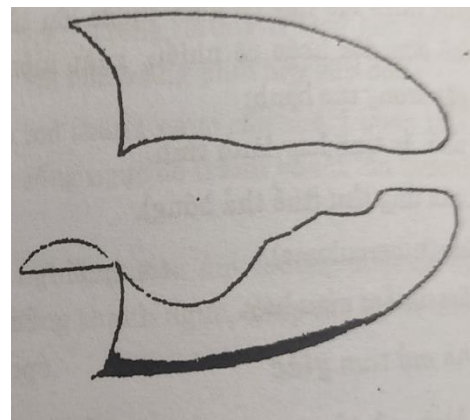


- Phim nghiêng: đám mờ của dịch đi từ phía sau xương ức tới thành sau của ngực. Giới hạn trên của dịch cong xuống dưới. Vòm hoành bị xoá.

Khi có nhiều dịch, hình mờ chiếm toàn bộ nửa lồng ngực, đẩy trung thất về bên đối diện và đẩy vòm hoành xuống thấp, các khoang liên sườn giãn rộng.

Trong trường hợp dịch ít, góc sườn hoành sau bị mờ, khi nhiều dịch hơn thì thấy mờ góc sườn hoành trên phim thẳng.

- Tràn dịch màng phổi dưới phổi (tràn dịch thể hoành): khi độ giãn nở của phổi suy giảm như phù nề kẽ hoặc xơ phổi, nhu mô phổi không co lại được, dịch sẽ tập trung ở giữa phổi và vòm hoành gọi là tràn dịch màng phổi thể hoành. Các dấu hiệu gợi ý : phần cao nhất của vòm hoành lệch ra ngoài so với bình thường. Nếu bên trái: bóng hơi dạ dày nằm cách vòm hoành hơn 1,5cm. Nếu bên phải: vòm hoành nằm quá gần rãnh liên thùy nhỏ.



Bệnh nhân nằm nghiêng, tia chụp ngang, dịch tập trung dọc bờ sườn, động vùng thấp tạo dải mờ mỏng nằm sát thành ngực

b. Tràn dịch khu trú : tổn thương đều là những hình mờ dựa vào thành ngực và phát triển về phía bên trong của lồng ngực bằng cách đẩy phổi vào phía trong.

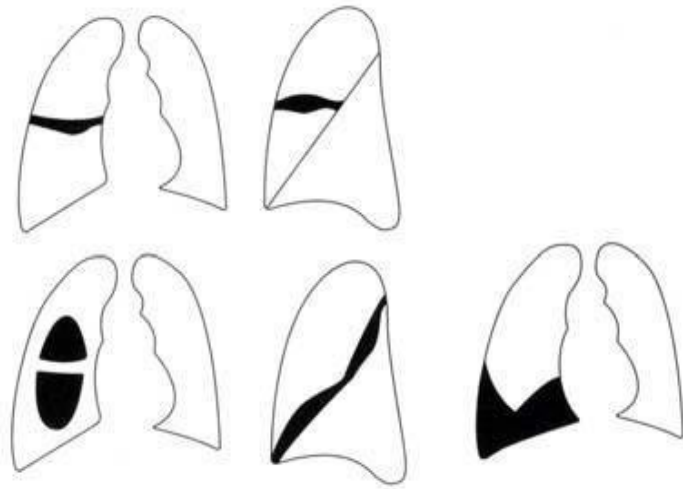
Trên phim chụp thẳng: hình ảnh giống như tổn thương thành ngực.

Chụp tiếp tuyến: bóng mờ hợp với thành ngực hoặc cơ hoành hoặc trung thất một độ dốc nhẹ, không thay đổi theo tư thế bệnh nhân.

Tràn dịch liên thùy: khi màng phổi ngoại vi bị dính hoặc khi phổi đã mất tính đàn hồi.

Phim nghiêng: dịch trong rãnh liên thùy có hình thoi, hai đầu nhọn, nằm dọc theo rãnh liên thùy bị dày.

Trên phim thẳng, bóng mờ có dạng khối bầu dục, giới hạn rõ nhưng cũng có thể mờ nếu tia không tiếp tuyến hoàn toàn.

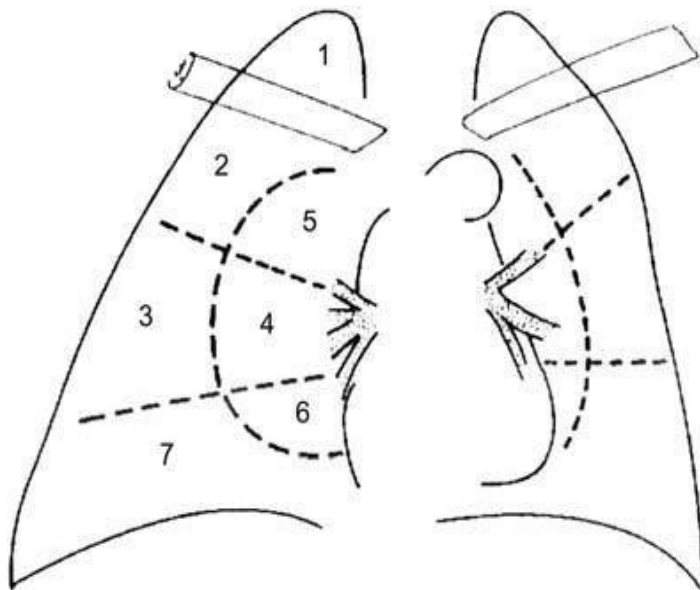


Các vị trí tràn dịch màng phổi khu trú : đỉnh phổi, thành ngực sau, thành ngực bên, rãnh liên thùy nhỏ, rãnh liên thùy lớn , trên cơ hoành.

Câu 2: Phân chia vùng tổn thương trên phim Xquang tim phổi thẳng? (có hình minh họa). Trình bày dấu hiệu S Golden (Có hình minh họa)? Trình bày triệu chứng hình ảnh tràn khí màng phổi (có hình minh họa)?

*** Phân chia vùng tổn thương trên phim Xquang tim phổi thẳng :**

1. Vùng đỉnh phổi
2. Vùng nách
3. Vùng giữa
4. Vùng quanh rốn phổi
5. Vùng trên rốn phổi
6. Vùng cạnh tim
7. Vùng đáy phổi



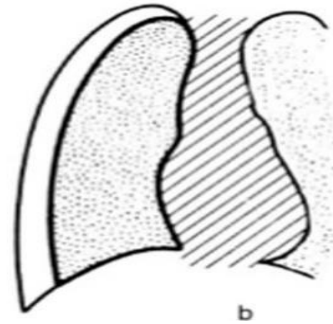
* **Dấu hiệu S Golden:** Xẹp phổi (thùy phổi) cho hình ảnh đám mờ, có bờ (tựa vào rãnh liên thùy) rõ nét và lõm. Nếu bờ này có đoạn lồi sẽ cho hình ảnh S ngược, đoạn lồi này tương ứng khối u phế quản gây xẹp phổi.



* **Triệu chứng hình ảnh tràn khí màng phổi**

- + Dải sáng dọc theo màng phổi ở phía bị tràn khí, rất rõ ở đỉnh
- + Thấy lá tạng, dưới dạng một dải viền, bao lấy nhu mô phổi đã bị co lại
- + Không thấy hình vân mạch phổi, ngoài giới hạn của tạng

• **Tràn khí số lượng ít:** biểu hiện là một hình viền quá sáng ở ngoại vi của trường phổi, hoặc nhiều khi chỉ thấy khu trú ở vùng đỉnh phổi. Tại vùng này không còn thấy vân mạch máu phổi và lá tạng màng phổi biểu hiện bằng một đường mờ bao lấy nhu mô phổi xẹp kém sáng hơn. Thường thấy rõ hơn trên phim chụp thì thở ra.



• **Tràn khí số lượng lớn** thì hình quá sáng chiếm gần hết một trường phổi trừ vùng rốn phổi có một hình mờ đặc là nơi nhu mô phổi bị dồn nén tại đó. Tim, khí quản, trung thất bị đẩy sang bên phía phổi lành, bên tràn khí cơ hoành hạ thấp và các khoảng liên sườn giãn rộng.

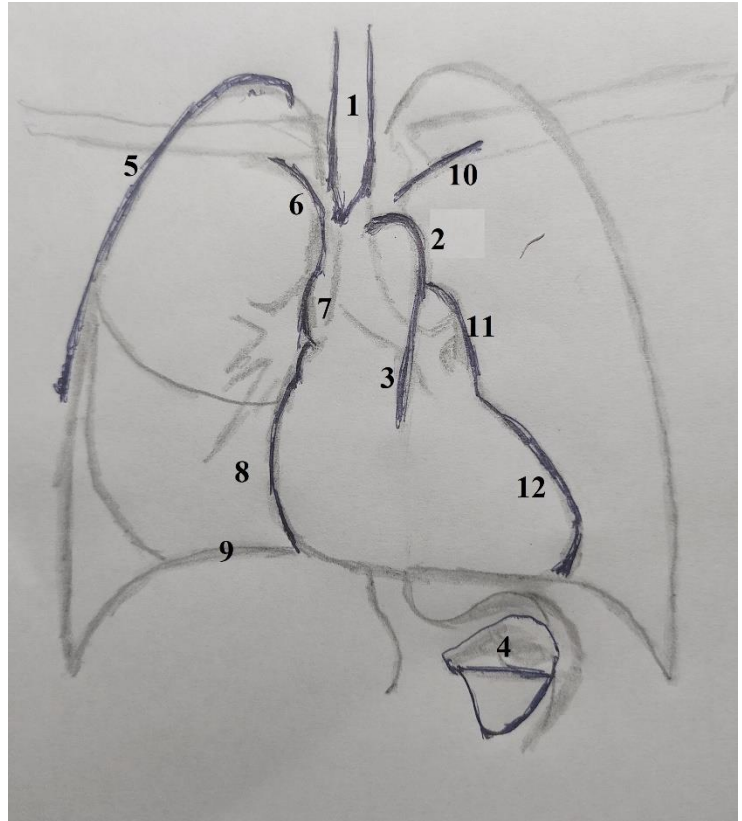


• **Tràn khí màng phổi khu trú:** do màng phổi bị dính nên khí chỉ bóc tách được một phần nào đó của màng phổi. Trên phim chụp tiếp tuyến hình quá sáng dính vào thành ngực và bờ của nó tạo với thành ngực một độ dốc nhẹ. Nhu mô phổi vùng tương ứng bị xẹp nhẹ và thấy được lá tạng màng phổi bao quanh. Trong vùng quá sáng không thấy hình mạch máu phổi. Phim chụp ở thì thở ra cho thấy rõ hơn các dấu hiệu trên.

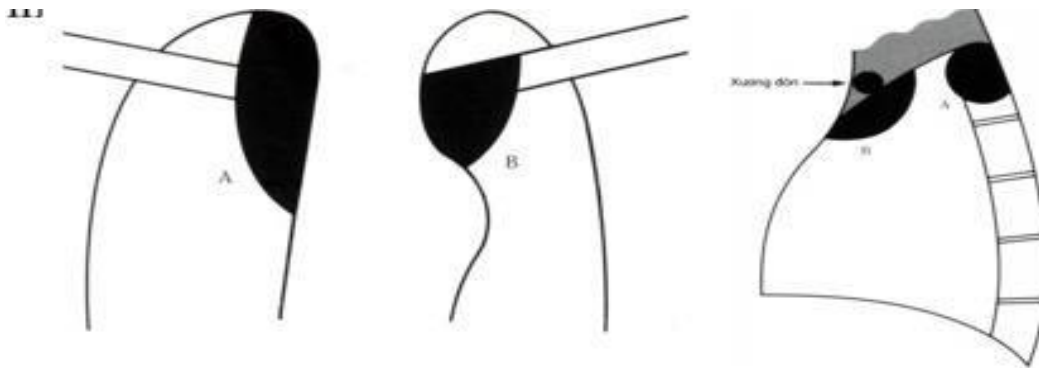
Câu 3: Các mốc giải phẫu cần lưu ý trên phim Xquang tim phổi thẳng (Có hình minh hoạ)? Trình bày dấu hiệu cổ - ngực (Có hình minh hoạ)? Trình bày các dấu hiệu hình ảnh hội chứng phế bào (Có hình minh hoạ)?

Các mốc giải phẫu cần lưu ý trên phim Xquang tim phổi thẳng :

1. Khí quản
2. Cung động mạch chủ
3. Động mạch chủ ngực
4. Dạ dày
5. Mô mềm
6. Thân tĩnh mạch cánh tay đầu P
7. Tĩnh mạch chủ trên
8. Nhĩ Phải
9. TMC dưới
10. ĐM dưới đòn trái
11. Cung động mạch phổi
12. Thất trái



***Dấu hiệu Cổ - Ngực:** bóng mờ trung thất nếu có bờ trên phía trên xương đòn không rõ nét là ở trung thất trước vì cùng mặt phẳng với phần mềm nền cổ Ngược lại nếu ở bờ trên của bóng mờ trung thất phía trên xương đòn rõ nét là ở trung thất sau vì được bao bọc bởi khí của nhu mô phổi vùng đỉnh



A - Bóng mờ trung thất sau, B -Bóng mờ trung thất trước

*** HỘI CHỨNG PHẾ BÀO:** là tập hợp các triệu chứng phản ánh tổn thương ở phế bào, khí trong phế bào được thay bởi dịch hoặc các tế bào lành hay ác tính.

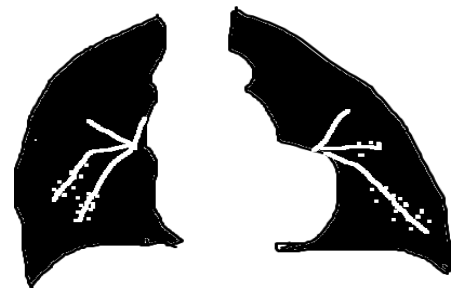
a. Các dạng tổn thương:

Nốt mờ phế nang (nốt mờ phế bào): Tròn, bờ mờ, đường kính khoảng 5 - 10 mm

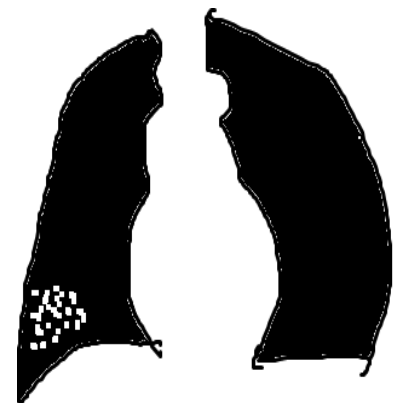
Đám mờ bờ không rõ nét, có thể có giới hạn rãnh liên thùy thẳng rõ nét; có thể có hình tam giác đáy ở ngoại vi; hoặc có hình mờ cánh bướm ở rốn phổi hai bên.

b. Đặc điểm tổn thương phế bào:

- + Nốt mờ phế nang
- + Bờ tổn thương mờ, trừ khi tụt vào rãnh liên thùy.
- + Có xu hướng tập trung thành tổn thương rộng hơn.
- + Có thể tạo thành đám mờ tam giác, dạng thùy hay phân thùy. (đám mờ có hệ thống)
- + Có thể có dạng cánh bướm là hai đám mờ ở hai bên rốn phổi, không lan đến vùng ngoại vi và đỉnh phổi. Cơ chế hình thành chưa rõ.
- + Hình nhánh phế quản khí trong bóng mờ.

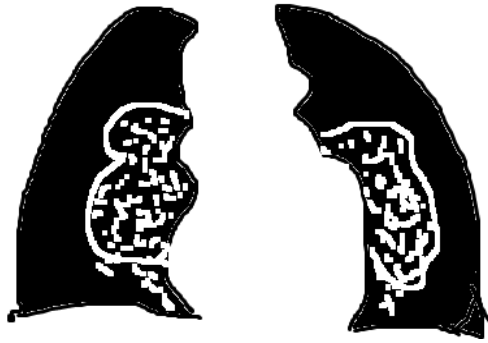


Nốt mờ phế bào

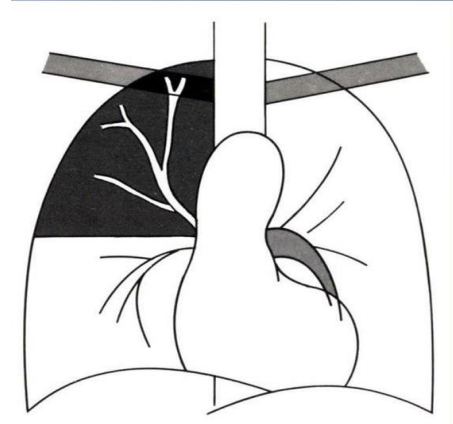


Đám mờ hệ thống

+ Lan rộng nhanh, biến mất nhanh, dưới 48 giờ.



Đám mờ cánh bướm



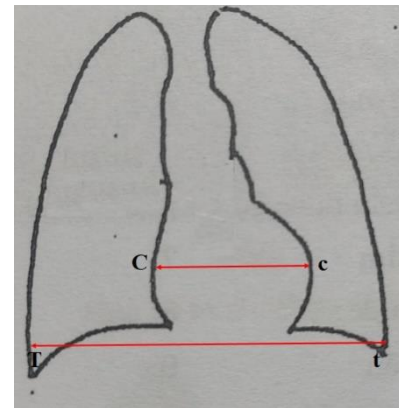
Phế quản khí

Câu 4: Trình bày chỉ số tim – lồng ngực (Có hình minh họa)? Trình bày dấu hiệu hội tụ rốn phổi (Có hình minh họa)? Trình bày các dấu hiệu hình ảnh hội chứng kẽ (Có hình minh họa)?

• Chỉ số Tim – lồng ngực: Đường kính ngang lớn nhất của tim/ Đường kính trong lớn nhất lồng ngực (Cc/Tt)

+ Trẻ sơ sinh < 0.6

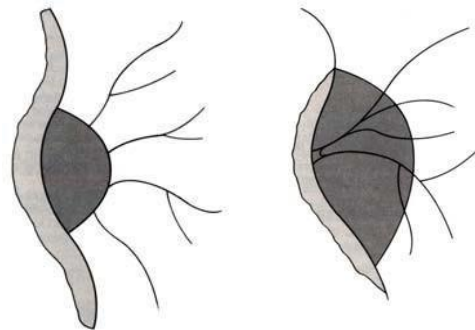
+ Lớn hơn 1 tháng < 0.5



• **Dấu hiệu hội tụ rốn phổi:** rốn phổi lớn có thể do giãn động mạch phổi hoặc do khối u cạnh rốn phổi

- Nếu các khối u dừng lại ở bờ hoặc bên trong bờ bóng mờ rốn phổi không quá 1cm thì rốn phổi lớn là do giãn động mạch phổi.

- Ngược lại nếu các mạch máu đi vào bóng mờ rốn phổi quá 1cm thì rốn phổi lớn là do khối u cạnh rốn phổi



• **Dấu hiệu hình ảnh Hội chứng kẽ:** Tổ chức kẽ gồm bao liên kết bao quanh phế quản mạch máu, các vách liên tiểu thùy, tổ chức kẽ dưới lá tạng màng phổi, thành phế bào. Bình thường không thấy được tổ chức kẽ trên phim phổi và trên CLVT (một vài tiểu thùy ở vùng đáy có thể thấy trên CLVT) Chỉ thấy được tổ chức kẽ khi dày lên do dịch hay có xâm nhập tế bào.

- Các dạng tổn thương:

+ Đường mờ ngắn Kerley A,B,C,D, dài từ 1 -10mm.

+ Đường bờ dài

+ Đường bờ màng phổi

+ Hình ảnh kính mờ

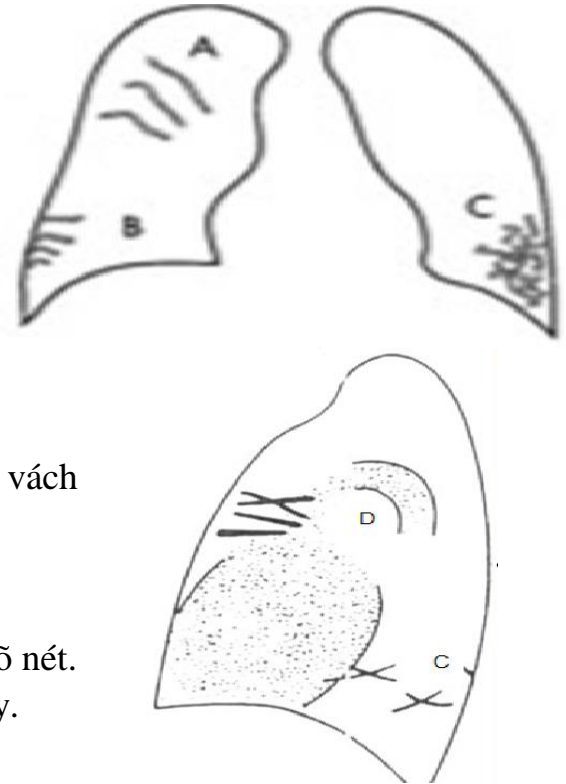
+ Các nốt mờ nhỏ 1-7mm

+ Các nốt mờ lớn 7- 20mm, khối mờ > 20mm

+ Mờ dạng lưới: dày nhiều thành phế bào, nhiều vách tiểu thùy

+ Mờ tổ ong: lưới dày, không hồi phục

- Các đặc điểm tổn thương của tổ chức kẽ: Mờ rõ nét.
Không tập trung. Không có dạng thùy, phân thùy.
Không thấy hình nhánh phế quản khí



Câu 5: Liệt kê các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hệ tiết niệu? Chỉ định, chống chỉ định, kỹ thuật chụp UIV?

*** Liệt kê các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hệ tiết niệu:**

- Các kỹ thuật cơ bản:

- + Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị
- + Siêu âm cắt lớp và Doppler
- + Chụp cắt lớp vi tính (C.T scanner)
- + Chụp cắt lớp thường
- + Chụp thận thuốc (UIV)
- + Chụp cộng hưởng từ hạt nhân

- Các kỹ thuật thăm dò trực tiếp đường tiết niệu

Thăm dò phần cao hệ tiết niệu

- + Chụp bể thận ngược dòng
- + Chụp các nang thận
- + Chụp bể thận niệu quản ngược dòng

Thăm dò phần thấp hệ tiết niệu:

- + Chụp bàng quang ngược dòng
- + Chụp niệu đạo – bàng quang ngược dòng
- + Chụp bàng quang – niệu đạo qua da (trên khớp mu)

- Kỹ thuật chụp mạch máu:

- + Chụp mạch máu số hóa
- + Chụp tĩnh mạch thận
- + Chụp động mạch thận

*** Kỹ thuật UIV**

- Chỉ định:

- + Các bất thường bẩm sinh
- + Các bất thường do sỏi hay không do sỏi
- + Nhiễm trùng tiết niệu (viêm thận bể thận, lao...)
- + Các bệnh lý bàng quang (viêm, túi thừa, polipe...)
- + Chấn thương thận tiết niệu
- + U thận, u đường bài xuất

- Chống chỉ định: Tiền sử dị ứng thuốc cản quang. Mất nước nặng. Đái đường có suy thận. Suy thận và các nguyên nhân gây vô niệu. Suy gan, suy tim mức độ nặng. U tủy. Mất cân bằng kiềm toan. Cần cân nhắc phụ nữ có thai, các bệnh mạn tính khác...tiền sử dị ứng khác, hen...

- Kỹ thuật chụp:

- + Bắt buộc phải chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị trước để định hướng.
- + Chọc và lưu kim tĩnh mạch để tiêm thuốc cản quang: tiêm liều lớn 300-400 mg iodine/kg trọng lượng cơ thể thuốc cản quang tan trong nước với tốc độ nhanh, tốt

nhất là 10ml/s, lưu kim suốt quá trình thực hiện xét nghiệm. Thuốc nên được làm nóng ở nhiệt độ 37 độ để giảm bớt độ nhớt. Thông thường người lớn nên dùng khoảng 50ml Telebrix 380.

+ Nếu cần xem xét nhu mô thận (u, viêm) nên chụp phim thì sau nhu mô khoảng 1 phút tính từ khi bắt đầu tiêm(trên thực tế nên chụp ở giây thứ 35 đến giây thứ 55)

+ Phim chụp thì bài xuất nên bắt đầu chụp từ phút thứ 3.

Hai phim này khu trú vào thận, không cần lấy hết đến xương mu.

+ Các phim sau nhằm xem hình thái đài bể thận và niệu quản nên chụp sau từ phút thứ 5 đến 15, các phim này nên lấy hết từ 2 thận đến dưới khớp mu.

+ Trong trường hợp cần phải ép (lao. U niệu quản,...) thì nên ép từ phút thứ 5 đến phút thứ 7 để nhìn rõ các đài bể thận và niệu quản.

+ Sau khi chụp các phim trên có thể chụp thêm phim ở phút thứ 15 đến phút thứ 25 ở tư thế đứng, phim này nên chụp sau khi đi tiểu, nhằm nghiên cứu sự thay đổi vị trí của 2 thận và sự ứ đọng nước tiểu nếu có.

+ Có thể chụp muộn sau từ 2-24h trong bất tắc mạn tính, mô thận mỏng

Câu hỏi 6: Trình bày giải phẫu Xquang cột sống thắt lưng (có hình minh họa)? Các dấu hiệu hình ảnh thoái hoá cột sống (có hình minh họa) ?

1. Giải phẫu X.Quang cột sống thắt lưng: Các đốt cột sống thắt lưng, trong giải phẫu người có năm đốt sống ở giữa lồng xương sườn và xương chậu được kí hiệu từ L1 đến L5, Cột sống thắt lưng là chuỗi các đốt sống thắt lưng xếp lại nối liền với nhau. trên tiếp với cột sống ngực D12, dưới tiếp với xương cùng S1.

- Một số đặc điểm giải phẫu x quang có thể thấy trên phim xquang gồm:

+ **Đường cong sinh lý :** Đoạn thắt lưng: Đường cong uốn nhẹ ra trước đều theo các thân đốt sống(cần xem qua phim chụp cột sống tư thế nghiêng)

+ **Các đốt sống:** Cột sống thắt lưng: Thân đốt sống to nhất so với các đoạn khác của cột sống, rộng chiều ngang. Cuống đốt sống dày. Mỏm ngang của thắt lưng 3 dài nhất. Mỏm gai có hình chữ nhật.

Cấu tạo đốt sống: thân - cuống - mảnh sống ;mỏm gai – ngang - khớp

Cung sống = cuống sống + mảnh sống

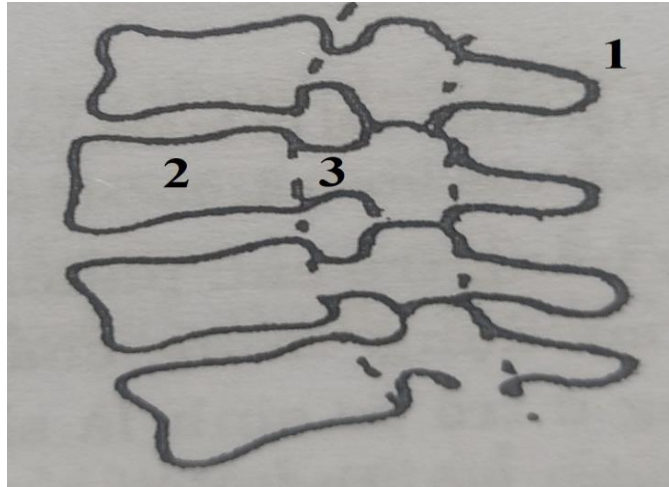
Ống sống: thân +cung sống tạo thành,chứa tủy sống,màng tủy,mạch

máu và dễ thần kinh

+**Khe đĩa đệm** :là khoảng cách giữa thân đốt sống trên và dưới, có chứa đĩa đệm. Thông qua đánh giá khe đĩa đệm để định hướng những trường hợp có thoát vị đĩa đệm, từ đó chỉ định chụp thêm phim MRI chẩn đoán xác định

+**Lỗ tiếp hợp**: hay còn gọi là lỗ ghép, nơi mà các rễ thần kinh sống đi ra, khi chụp X - quang có thể phát hiện được tình trạng hẹp lỗ tiếp hợp gây chèn ép dây thần kinh

+**Hệ thống khớp sống**: được tạo nên bởi các mấu khớp trên và dưới của hai thân đốt kế nhau.



1. Mỏm gai 2. Thân đốt sống 3. Cuống

2. Các dấu hiệu hình ảnh thoái

- Dấu hiệu cơ bản:

+ Gai xương

+ Xơ xương dưới sụn.

+ Hẹp đĩa đệm

- Dấu hiệu phụ:

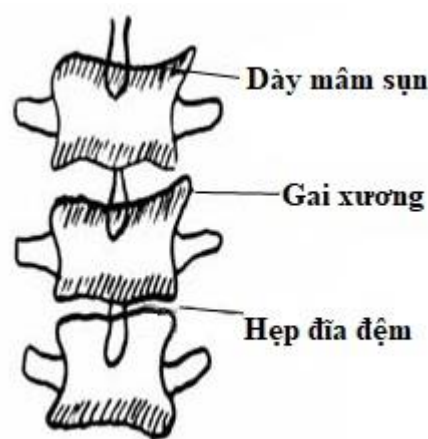
+Trượt đốt sống

+ Nang xương dưới sụn

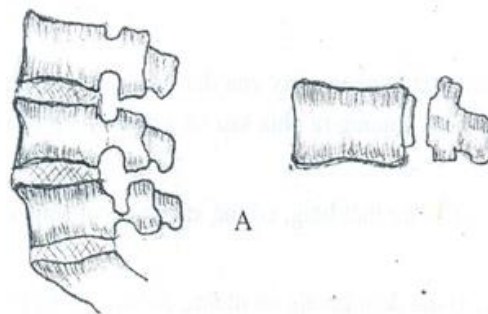
+ Tụ khí đĩa đệm

+ Đóng vôi dây chằng dọc sau

+Thoái hóa mấu khớp



hoá.

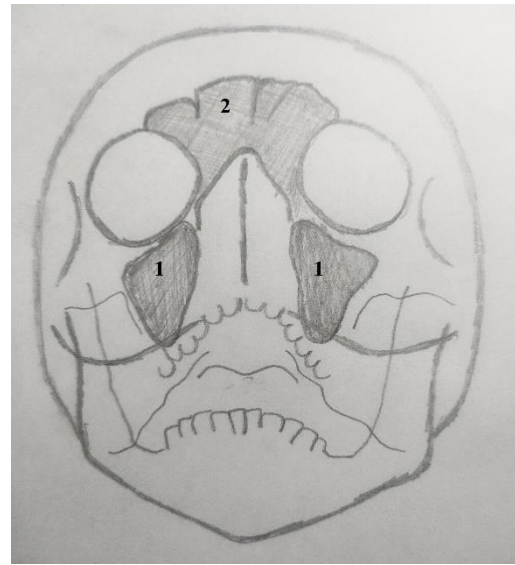


Hở eo và trượt thân đốt sống

Câu 7: Trình bày giải phẫu Xquang Xoang (Có hình minh họa). Dấu hiệu hình ảnh viêm xoang (Có hình minh họa)?

a. Giải phẫu X- quang xoang:

- Hốc xương rỗng nằm trong khối xương sọ mặt và thông với hố mũi, có khả năng tự dẫn lưu làm sạch qua các lỗ thông xoang.
- Thành xoang lót bởi niêm mạc hô hấp.
- Xoang trán: không đối xứng. Dẫn lưu vào khe mũi giữa
- Xoang hàm: đối xứng hoặc không đối xứng. Hình tháp. Đổ vào khe mũi giữa.
- Xoang sàng: Xoang sàng trước và sau ngăn cách bởi một vách nằm ngang.



Tư thế Blondeau 1 : xoang hàm

2: xoang trán

Sàng trước: hướng ngang, đổ vào khe mũi giữa.

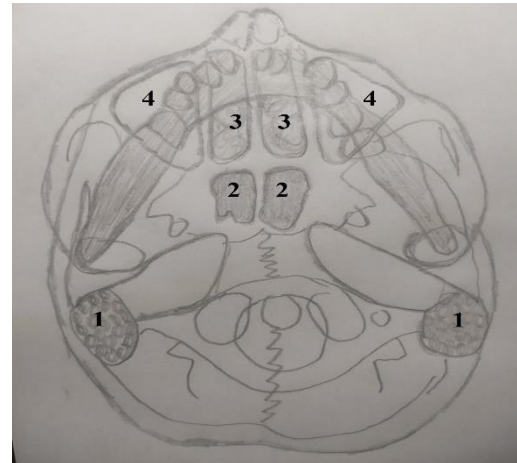
Sàng sau: chéch ra trước, đổ vào khe mũi trên.

- Xoang bướm: không đối xứng, đổ vào khe mũi trên.

Tư thế Hirtz : 1 : Xoang chũm

2: Xoang bướm

3: Xoang sàng 4: xoang hàm



b. Dấu hiệu hình ảnh viêm Xoang: (hình minh họa)

* Viêm xoang cấp:

- Dày niêm mạc
- Mờ xoang
- Mức khí dịch
- Không có sự thay đổi ở thành xương.

* Viêm xoang mạn:

- Dày niêm mạc, hình ảnh giả polyp

- Mức dịch

- Dày, xơ xương

- Viêm xương tủy

* Viêm xoang do nấm:

- Khối mờ

- Giãn rộng xoang

- Hủy xương

- Nốt đậm độ cao

- Dễ nhầm lẫn với u

CÂU 8 : TRÌNH BÀY HÌNH ẢNH XQUANG MỘT SỐ BỆNH LÝ THỰC QUẢN HAY GẶP (CÓ HÌNH MINH HỌA)

* **Hình ảnh tổn thương cơ bản :**

- Hình hẹp: Lành tính, ác tính

- Hình khuyết thuốc cản quang

- Hình đọng thuốc

- Dấu hiệu lệch trục thực quản

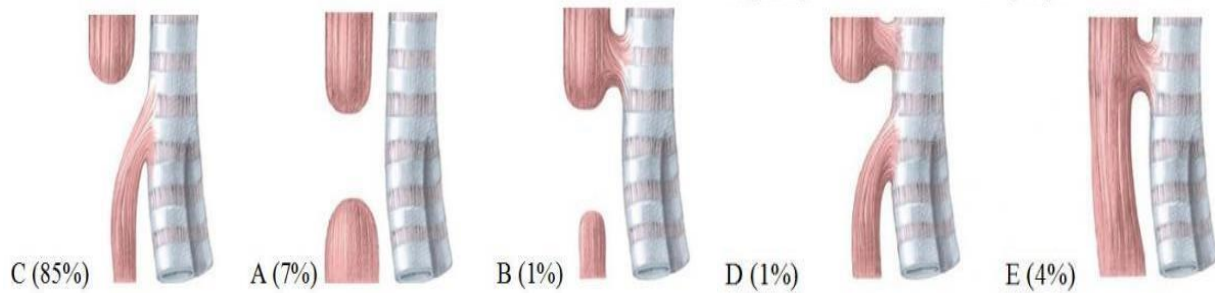
* **Dấu hiệu bệnh lý thường gặp :** Rối loạn vận động thực quản:

+ Rối loạn chức năng do sóng thứ cấp xuất phát từ phần dưới thực quản ngược, đi ngược dần lên cao gọi là phản nhu động.

+ Rối loạn chức năng do sóng nhiều tầng: tạo nên những chỗ lõm sâu do nhiều tầng nhu động gặp nhau dọc theo chiều dài thực quản.

1. TEO THỰC QUẢN: Là sự gián đoạn lưu thông của thực quản, có hoặc không kèm theo sự thông thương giữa khí quản và thực quản.

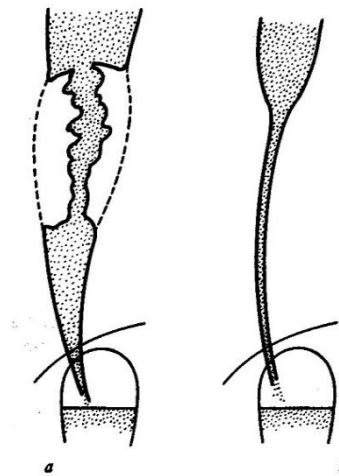
Phân loại teo thực quản: chia làm 5 loại với tần suất gặp khác nhau:



- A: Teo thực quản đơn thuần không có đường rò
 B: có đường rò khí quản- túi cùng trên thực quản.
 C: có đường rò khí quản- túi cùng dưới thực quản
 D: rò khí quản- 2 túi cùng trên và dưới thực quản
 E: rò khí quản thực quản không teo thực quản

2.HẸP THỰC QUẢN: Phía trên thực quản giãn to, bờ đều giống hình củ cải, mũi kiếm hoặc có hình bít tắt, đoạn cuối thực quản không nhìn thấy

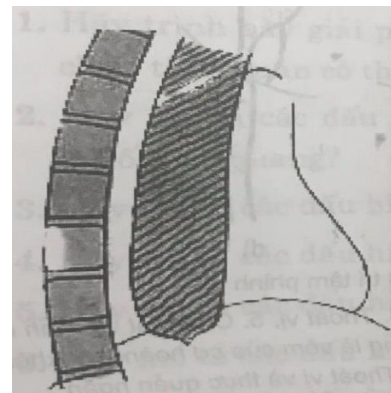
- Có thể có sóng phản nhu động
- Nếp niêm mạc không bị cắt đứt mà vẫn mềm mại
- Không có hình ảnh túi hơi ở phình vị dạ dày (Dấu hiệu kinh điển dù theo Said chỉ thấy 6/8 bệnh nhân)



a: Hẹp ác tính b: Hẹp lành tính

3. CO THẮT TÂM VỊ:

Trong co thắt tâm vị, X-quang thực quản cản quang thường thấy thực quản giãn rộng và đoạn dưới thực quản có hình “mỏ chim”. Ngoài ra, chất cản quang vẫn tồn tại trong thực quản dài hơn bình thường trước khi đi vào dạ dày.

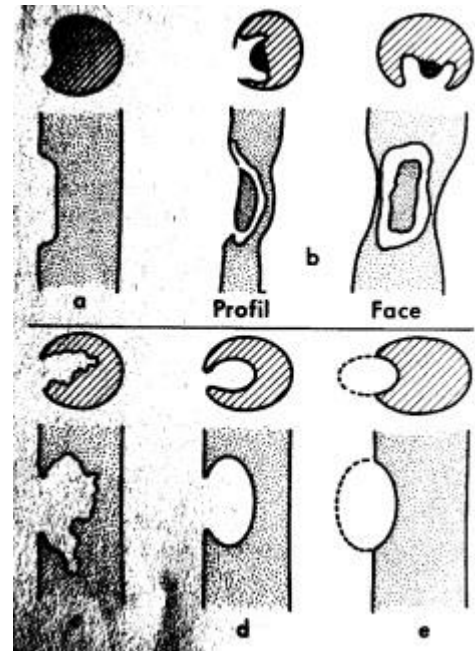


4. VIÊM THỰC QUẢN

Nguyên nhân: Do các chất ăn mòn, tia xạ...

Hình ảnh XQ

- Thực quản bị hẹp ở 1/3 dưới
- Hẹp thẳng trục, dài, bờ đều hoặc hẹp nhiều đoạn
- Lưu thông qua chỗ hẹp liên tục hoặc gián đoạn từng đợt
- Nếp niêm mạc TQ không bị cắt đứt
- Góc tiếp xúc giữa chỗ tổn thương và phần không tổn thương thoải dần không đột ngột.
- Hình ổ loét có thể ở bờ hoặc ở mặt
- Có thể có 1 ổ hoặc nhiều ổ loét
- Vị trí: Gặp nhiều ở sau tim, bên phải nhiều hơn bên trái



Hình khuyết và ổ loét thực quản

5. U THỰC QUẢN

- Đoạn hẹp ngắn, lệch trục TQ
- Bờ đoạn hẹp không đều nhám nhở
- Vùng nối tiếp giữa đoạn lành và tổn thương dốc đứng
- Niêm mạc TQ đoạn tổn thương bị cắt đứt
- Lưu thông thuốc qua tâm vị chậm lại nhưng liên tục
- Tổn thương phối kết hợp ở tâm vị và phình vị
- Đoạn hẹp cứng này không thay đổi khẩu kính khi dùng thuốc chống co thắt
- Túi hơi dạ dày đa số trường hợp vẫn thấy trên Film
- Góc His giữa dạ dày và TQ có thể mở rộng
- Tổn thương phối kết hợp ở Phổi: Di căn phổi, xương thành ngực

6. TÚI THỪA THỰC QUẢN

- Vị trí có thể gặp ở bất kỳ đoạn nào của TQ
- Có thể có cuống hoặc không có cuống
- Phân loại : 2 loại

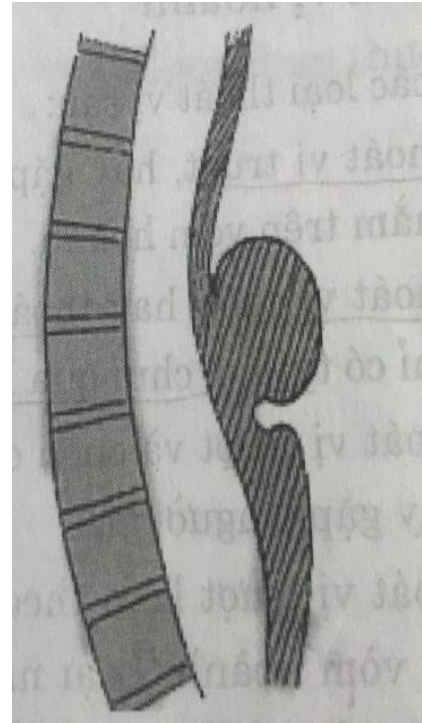
+ Túi thừa kéo: TQ bị kéo ở phía ngoài do quá trình xơ hóa do lao, bụi phổi, viêm dính màng phổi trung thất... hay gặp ở ngã ba KQ

+ Túi thừa đẩy: Hay gặp 1/3 trên (túi thừa Zenker)
) Chẩn đoán phân biệt trong túi thừa đẩy

+ Giãn TQ trên một đoạn hẹp do K

+ TQ ngắn và thoát vị hoành

Lưu ý: Túi thừa kéo một thời gian có thể chuyển thành loại túi thừa Kéo - đẩy



7. THOÁT VỊ HOÀNH

- Thoát vị trượt, hay gặp nhất: tâm vị trượt qua vòng hoành kéo theo túi dạ dày nằm trên vòm hoành.

- Thoát vị cuộn hay thoát vị cạnh thực quản, hiếm hơn. Tâm vị nằm hoành chỉ có túi hơi chui qua lỗ hoành và nằm trên cơ hoành.

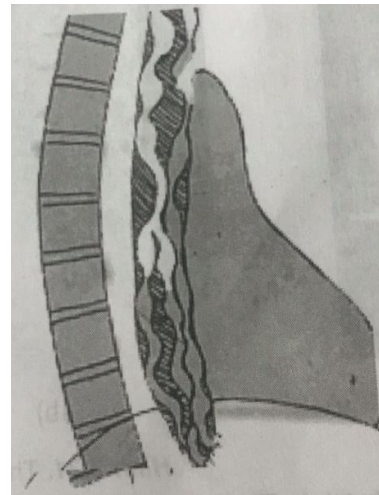
- Thoát vị trượt và cuộn có thể phối hợp với nhau trong trường hợp khối vị lớn, hay gặp ở người già.

- Thoát vị trượt kèm theo giãn thực quản bẩm sinh: thực quản giãn, túi nằm trên vòm hoành. Loại này thường kèm theo viêm thực quản dẫn tới hẹp, đôi khi kèm theo loét thực quản.



8. GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

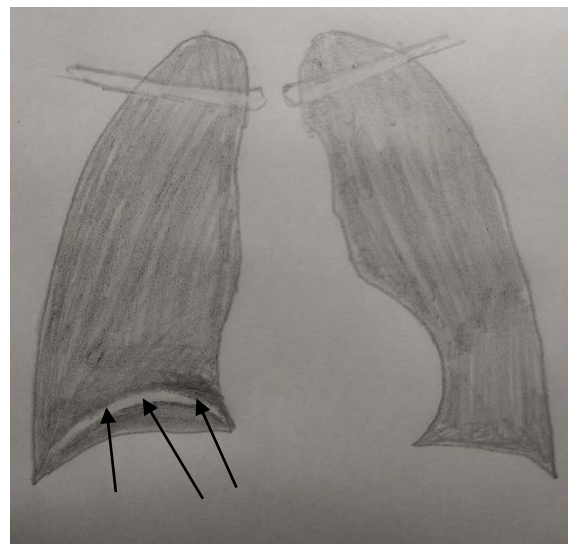
Trong trường hợp tăng áp lực tĩnh mạch cửa, các đám rối tĩnh mạch dưới niêm mạc của thực quản phải đảm bảo chuyển máu của tĩnh mạch cửa về tĩnh mạch chủ do vậy, sẽ bị giãn ra tạo nên những hình sáng tròn tập trung như chùm nho hoặc các vết sáng dài ngoằn ngoèo, đôi khi tạo hình giả u.



Câu 9: Dấu hiệu hình ảnh Xquang bụng cấp cứu: Thủng tạng rỗng, tắc ruột (Có hình minh họa)?

1. Dấu hiệu X-quang thủng tạng rỗng:

- Hình liềm hơi dưới hoành thấy được khi lượng khí khoảng 20-50ml
- Thấy rõ sau 6-8h sau thủng và thấy được ở 80% các TH.
- Hình liềm hơi dưới cơ hoành 1 bên hay 2 bên, thường ưu thế bên P.
- Hình sáng, sắc nét, nằm giữa gan, dạ dày và cơ hoành: Có thể mảnh như sợi tóc, Cũng có thể rất lớn
- Hơi ở dưới vòm hoành nối liền hai vòm hoành

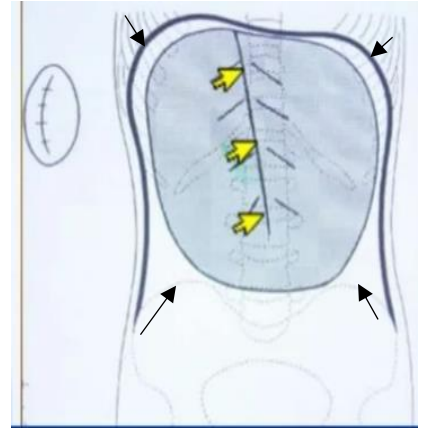


Liềm hơi dưới hoành

- Đôi khi có hình mức nước ngang do dịch và hơi trong ống tiêu hoá thoát ra nhiều hoặc do phúc mạc bị viêm dính
- Hình hơi dưới vòm hoành trái có thể có hình tam giác
- Hình liềm hơi có thể thấy được ở vị trí dưới gan hoặc dọc dây chằng liềm
- Đặc biệt là thủng D1 ra sau phúc mạc sẽ thấy hơi thoát ra sau phúc mạc phải và quanh cực trên thận P
- Tràn khí phúc mạc số lượng nhiều, đặc biệt trong thủng đại tràng có thể đẩy gan về một phía và thấy hình cản quang của dây chằng liềm

* Tư thế chụp bụng nằm ngửa thấy:

- Khí tụ ở ¼ trên phải của ổ bụng dưới dạng hình sáng dạng bầu dục hay đường sáng do khí nằm ở khoang dưới hoành, khoang morrison
- Dấu hiệu football sign: khi xuất hiện một lượng khí tự do lớn trong ổ bụng tạo thành túi khí lớn, khí nằm ở phần cao, phía bụng trước

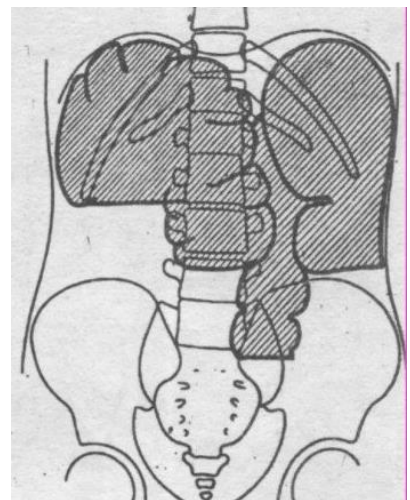
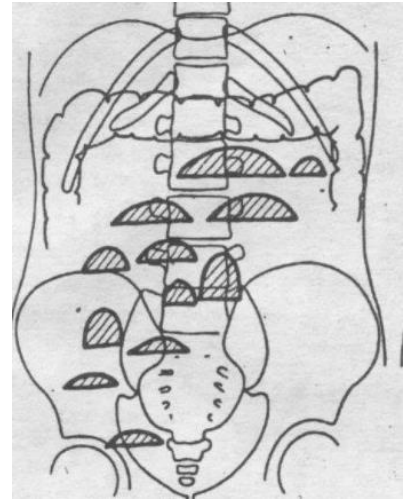


Dấu hiệu football sign

- Dấu hiệu rigler sign: sự xuất hiện của khí ở cả hai bên thành ruột do đó trên quang sẽ thấy cả thành trong và thành ngoài của ruột

2. Dấu hiệu X-quang tắc ruột:

- Chẩn đoán X-Quang tắc ruột cơ học: Dấu hiệu tắc ruột: dẫn ống tiêu hoá trên chỗ tắc(3-8h sau tắc), khẩu kính lòng ruột tăng lên
- Ruột non > 3cm; đại tràng > 5cm; manh tràng > 6cm
- Hình ảnh mức nước – hơi xuất hiện 12-24h sau tắc, trường hợp tắc cao có thể không có mức nước – hơi
- Quai ruột giãn với lượng hơi ít còn lại tạo thành hình ảnh tràng hạt
- Tắc ruột non:
 - + Vị trí mức nước, mức hơi ở trung tâm ổ bụng, chân đế rộng vòm thấp, khẩu kính 3-5 cm
 - + Niêm mạc chạy ngang hết lòng ruột, kích thước nhỏ, gần nhau
 - + Số lượng nhiều
 - + Phân đặc: không có
 - + Nếu tắc ruột non thấp nhiều quai ruột giãn=> hình ảnh nhiều mức nước hơi xếp thành hình bậc thang từ hố chậu P đến mạng sườn



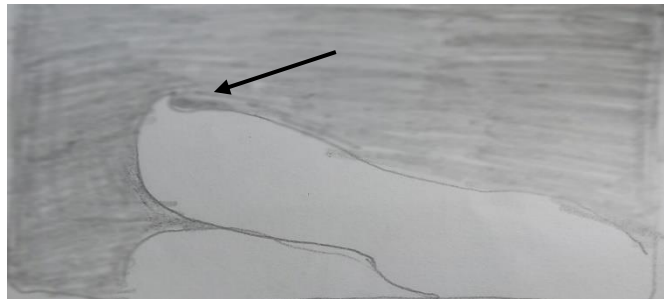
- Tắc đại tràng: Nằm ở vị trí theo khung đại tràng, vùng chậu. Chạy ngang một phần, kích thước lớn, nằm xa hơn. Chân đế hẹp, vòm cao. Khẩu kính > 5cm. Số lượng: ít. Có phân đặc. Tùy mức độ đóng mở van hồi manh tràng mà ruột non có dẫn hay không

- Trường hợp đặc biệt: tắc ruột sỏi mật:

Có khí trong đường mật, trướng hơi ruột non, sỏi lạc chỗ thường ở đoạn cuối hồi tràng

- Xoắn đại tràng Sigma:

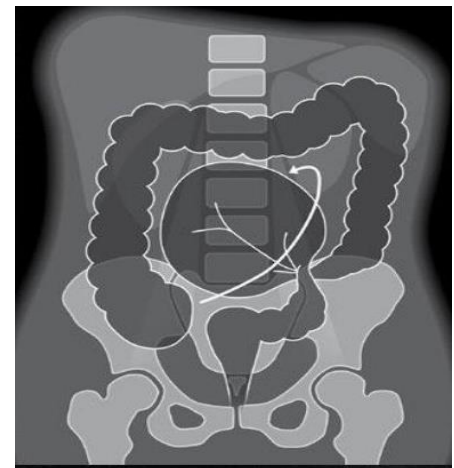
+ X quang ổ bụng không chuẩn bị thấy một quai ruột đơn độc, dẫn căng to hình hạt cà phê, mặt lõm quay xuống hố chậu trái. Quai ruột dẫn nằm bất chéo từ hố chậu trái sang hạ sườn phải, ở đáy có mức nước.



+ Thụt baryte vào đại tràng qua hậu môn thấy bóng trực tràng dẫn to, có hình mỏ chim.

Hình mỏ chim

- Xoắn manh tràng: X-Quang hình ảnh 1 “khối hơi” có các đặc điểm của manh tràng (đường bờ có ngấn, ruột thừa chứa đầy hơi) nằm ở dưới hoành trái, hố chậu hay bất cứ nơi nào trong bụng, tùy thuộc vào vị trí ban đầu và độ di động của manh tràng và đại tràng lên



• Chẩn đoán X-Quang tắc ruột cơ năng:

- Giãn toàn bộ quai ruột non và ruột già giống nhau

- Khác với tắc ruột cơ học chỉ giãn trên vị trí tắc

- Mức nước hơi trên các quai ruột thường nằm ngang nhau, tắc ruột cơ học thường nằm trên hai mức khác nhau

• Liệt ruột khu trú:

- Dẫn đơn độc một hoặc vài quai ruột

- Có thể có mức nước mức hơi

- Quai ruột giãn này còn gọi là quai canh gác, là dấu hiệu chỉ điểm tình trạng viêm nhiễm lân cận
- Hồng tràng hay đại tràng ngang hay giãn trong viêm tụy cấp
- Đại tràng góc gan giãn trong viêm túi mật
- Đoạn cuối hồi tràng hay giãn trong viêm ruột thừa

Câu 10: Trình bày dấu hiệu hình ảnh X-quang u xương ác tính (Có hình minh họa)?

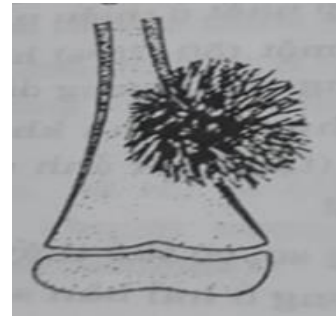
Được chia thành: U xương nguyên phát và u xương thứ phát

1. U xương nguyên phát

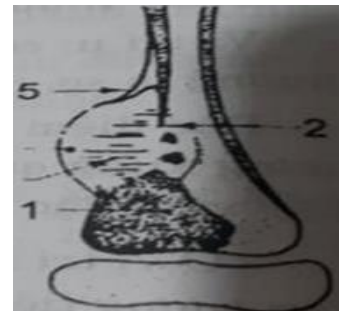
a. Sac cột xương

- Đặc điểm:
- + Bờ không đều, nhám nhở
- + Không có ranh giới rõ ràng vs xương lành
- + Phá vỡ vỏ, xâm lấn vào phần mềm
- + Bong màng xương (tạo góc codmann

thể đặc xương



thể tiêu xương



b. Sac cột Ewing

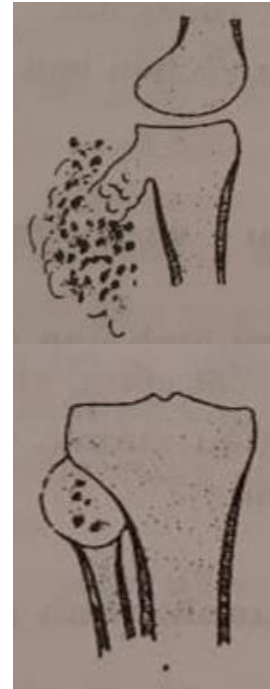
- Đặc điểm :
- + Dày vỏ xương, kèm hình nhiều lớp phản ứng màng xương tạo hình vỏ hành, ở vùng tiếp xúc với xương lành có hình ảnh bong màng xương (dấu codmann)
- + Có các ổ tiêu xương giai đoạn muộn
- + Xâm lấn vào phần mềm bởi các thớ xương nhỏ mọ vuông góc với thân xương, bề mặt không đều



C. Sac côm sụn

- Đặc điểm:

- Nguyên phát: hình ổ khuyết xương ở cổ xương dài, ở giai đoạn sớm có thể nhìn thấy rõ bờ nét với viền đặc xương mỏng xung quanh k liên tục. giai đoạn muộn : hình phá vỡ vỡ, bờ nhám nhở không có viền đặc xương xung quanh, xâm lấn vào phần mềm. mật độ khối u không đều có các chấm vôi hoá nằm rải rác trong vùng tiêu xương
- Thứ phát: hình khối lớn xâm lấn vào phần mềm ứng với vị trí chồi xương, mật độ không đều có các chấm vôi hoá , bờ tiếp giáp với xương nhám nhở, lâm sàng có biểu hiện sưng nhanh ,đau



2.U xương ác tính thứ phát

a. Di căn xương:

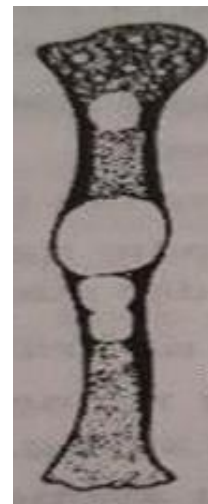
- Đặc điểm: Không rõ bờ; không có viền đặc xương xung quanh, ranh giới giữa vùng u – vùng xương lành không rõ



b.U tương bào:

* Đặc điểm:

- Hình ảnh loãng xương lan toả
- Có các ổ khuyết xương bờ rõ, không có viền đặc xương xung quanh. Mật độ vùng tiêu xương đồng đều.ở vùng xương cụt có thể thấy hình tiêu xương rộng
- Có thể các khối phần mềm nằm cạnh các vùng bị tiêu xương
- Khi đáp ứng tốt với điều trị các vùng tiêu xương trở thành vùng đặc xương, hình ảnh đặc xương lan toả và khu trú



c.U lympho

- Đặc điểm: Nhiều ổ tổn thương. Hình thái tổn thương đa dạng: hay gặp là hình nhiều ổ đặc xương, hình ổ giảm mật độ, bờ xương mờ ít gặp hơn

d.Bệnh bạch cầu cấp:

Hình ảnh loãng xương lan toả

- Dải tiêu xương nằm ngang vùng cổ xương, giai đoạn phục hồi sau điều trị trở thành các dải đặc xương

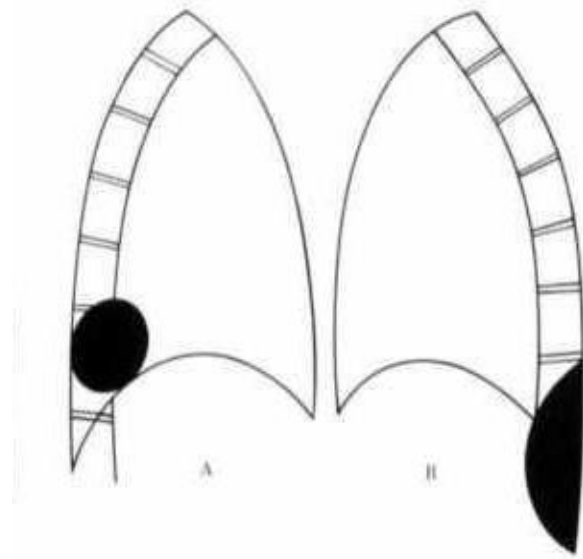
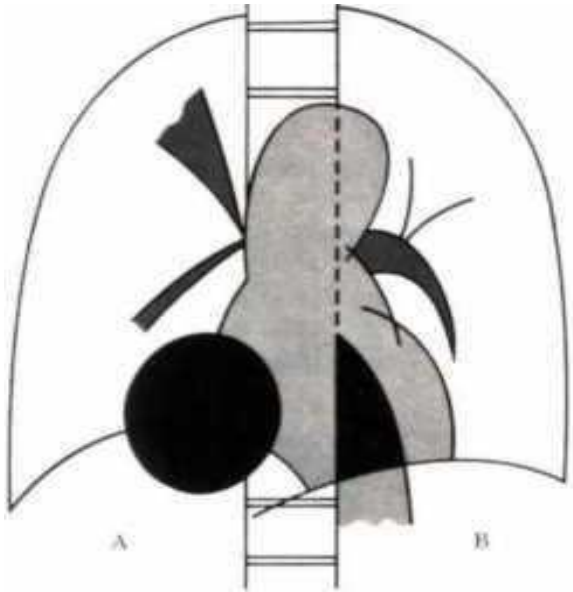
- Ổ khuyết xương nhỏ rải rác vùng vỏ xương

- Phản ứng màng khu trú, ứng vs đám thâm nhiễm bạch cầu non ở vùng dưới màng xương

=> Nhìn chung u xương ác tính : có bờ tổn thương mờ, nhám nhở, không rõ, không có viền đặc xương; gây phá vỡ vỏ xương và xâm lấn phần mềm, bong màng xương.

Câu 1 :

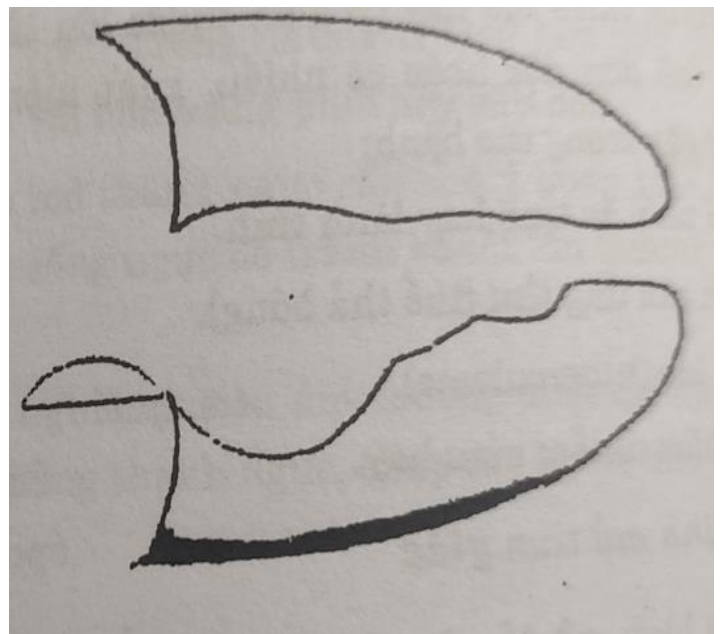
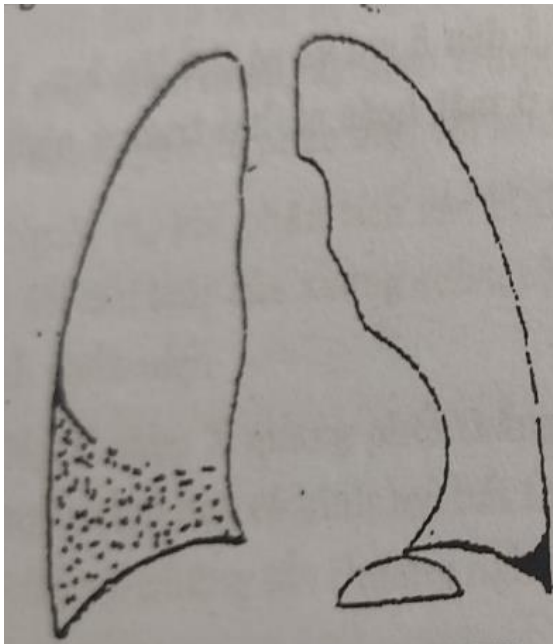
Dấu hiệu ngực bụng

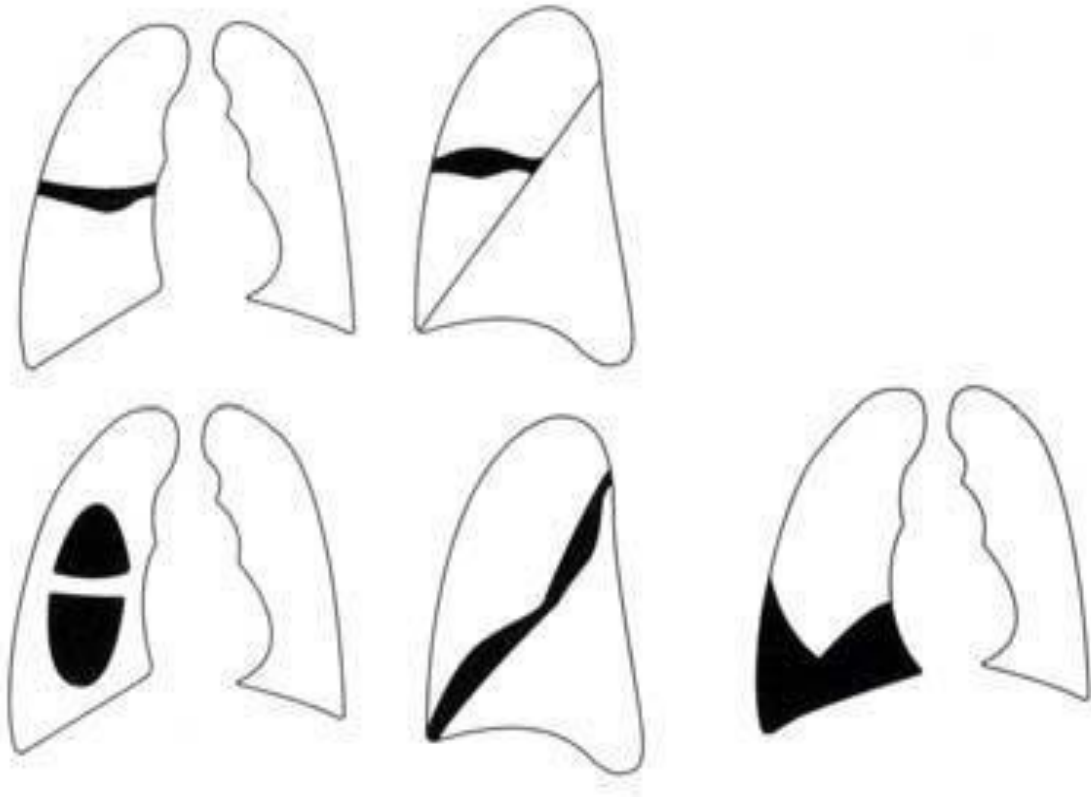


A : Bóng mờ trong lồng ngực

B: Bóng mờ trong ổ bụng

Tràn dịch màng phổi thể tự do

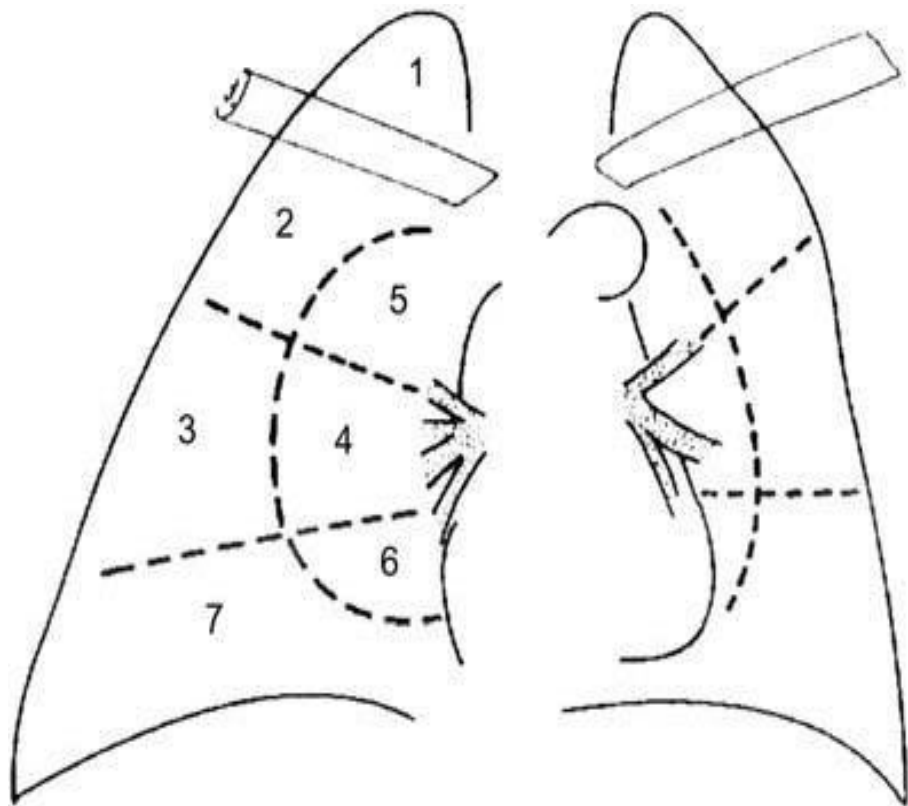




Tràn dịch màng phổi thể khu trú

Câu 2 : Phân chia vùng tổn thương phổi trên X quang

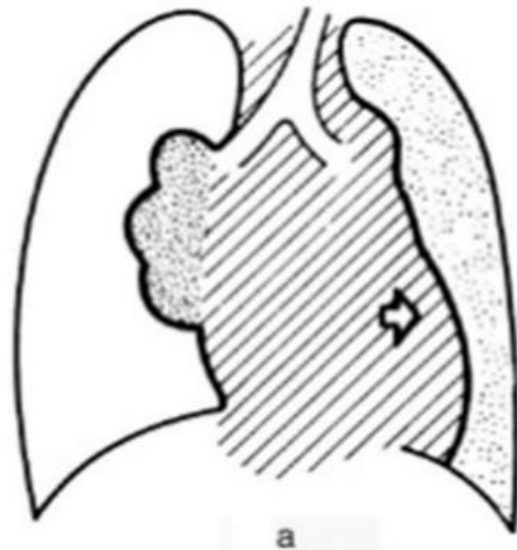
1. Vùng đỉnh phổi
2. Vùng nách
3. Vùng giữa
4. Vùng quanh rốn phổi
5. Vùng trên rốn phổi
6. Vùng cạnh tim
7. Vùng đáy phổi



**Dấu hiệu
S-Golden**



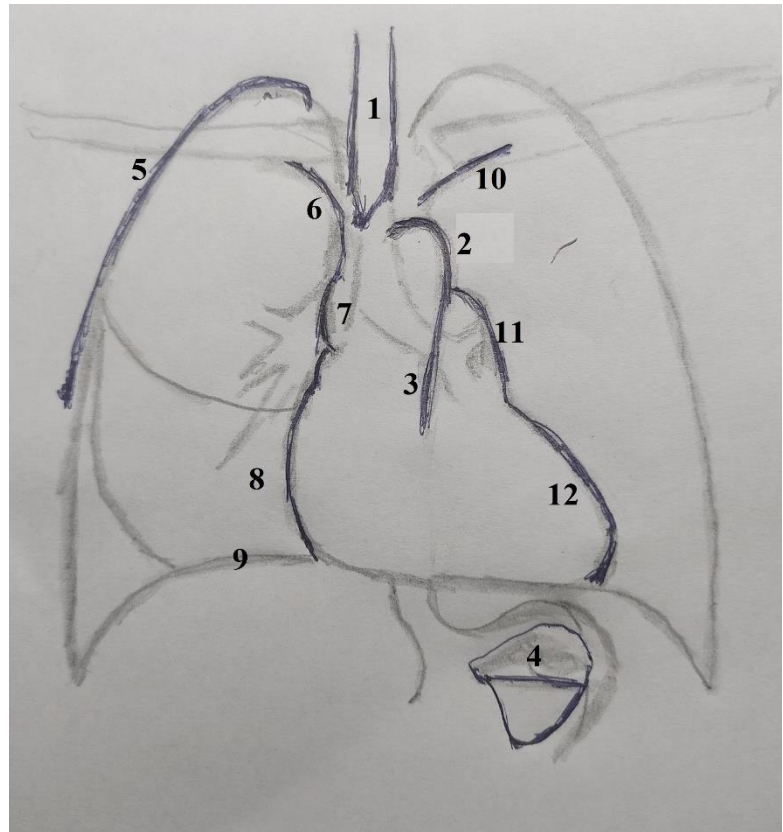
Tràn khí số lượng ít



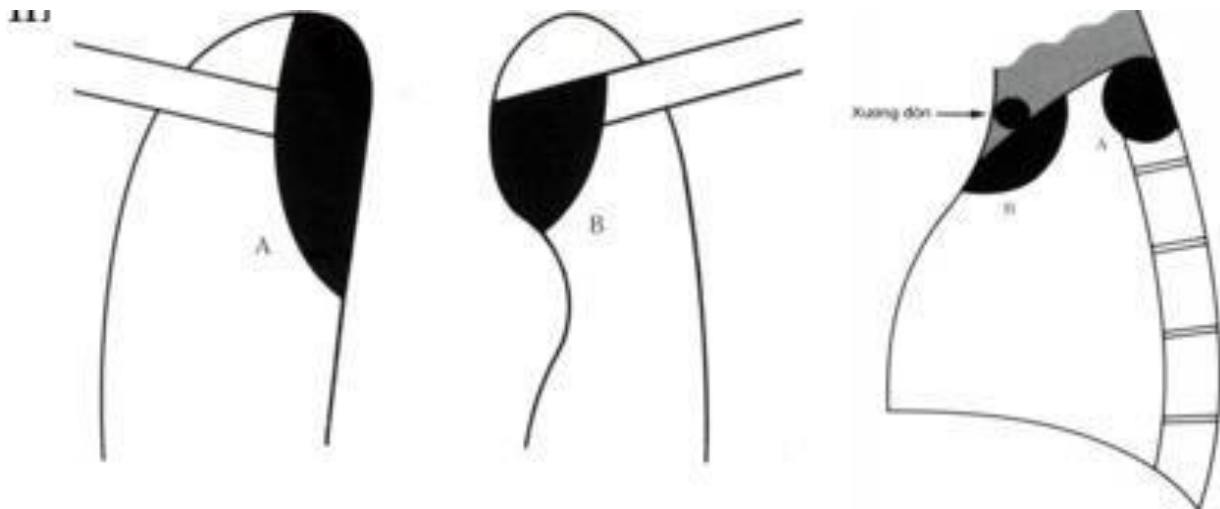
Tràn khí số lượng lớn

Câu 3 : Các mốc giải phẫu cần lưu ý trên phim Xquang tim phổi thẳng :

1. Khí quản
2. Cung động mạch chủ
3. Động mạch chủ ngực
4. Dạ dày
5. Mô mềm
6. Thân tĩnh mạch cánh tay đầu P
7. Tĩnh mạch chủ trên
8. Nhĩ Phải
9. TMC dưới
10. ĐM dưới đòn trái
11. Cung động mạch phổi
12. Thất trái

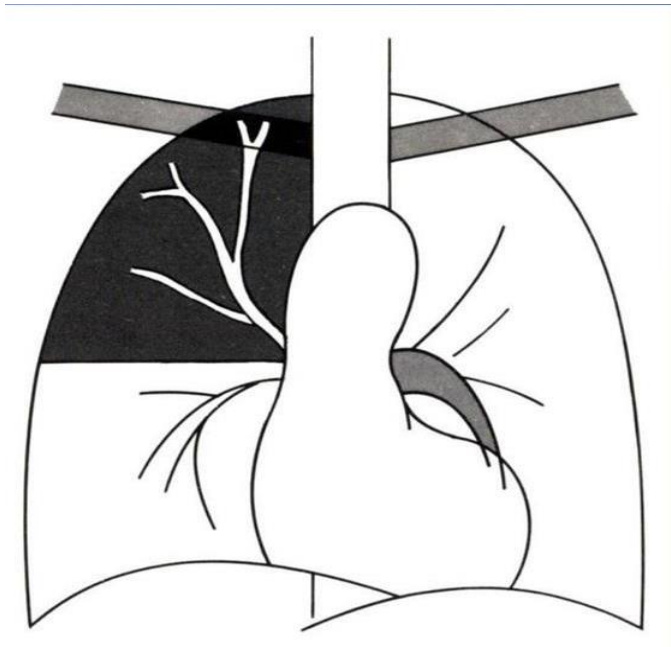
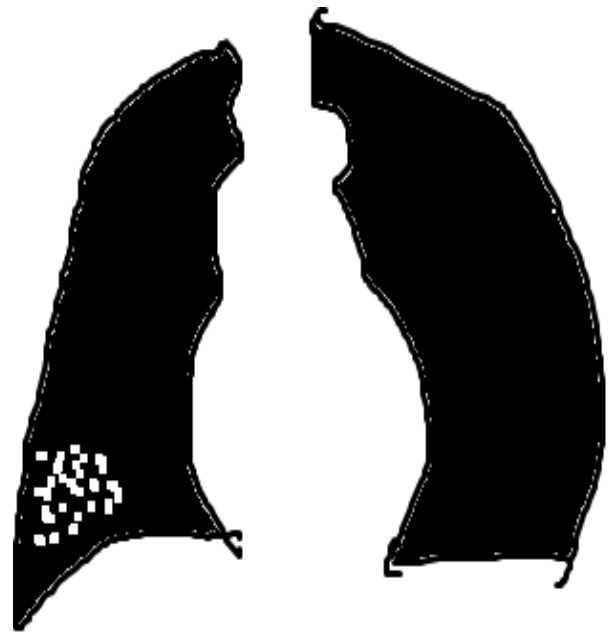
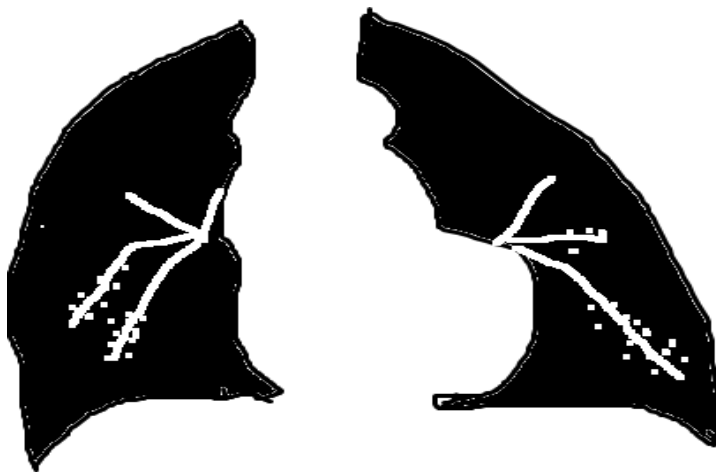


Dấu hiệu Cổ - Ngực

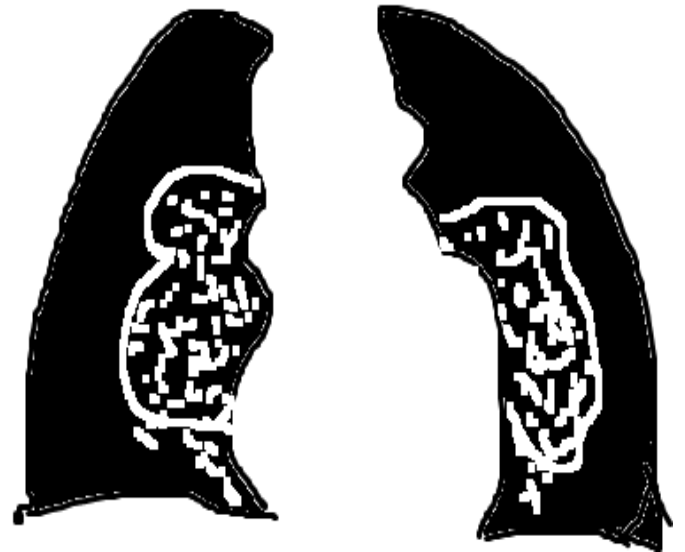


A - Bóng mờ trung thất sau, B -Bóng mờ trung thất trước

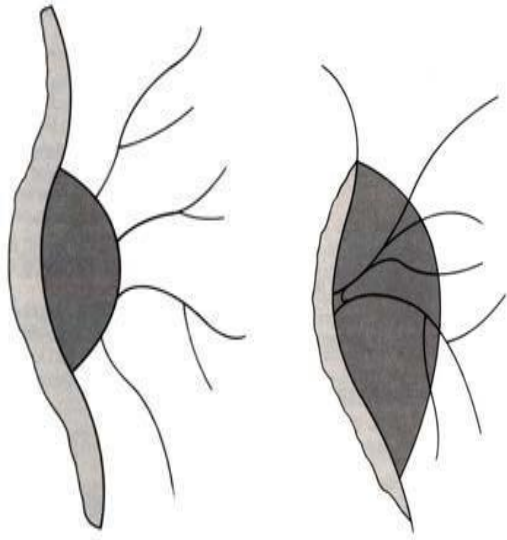
HỘI CHỨNG PHẾ BÀO



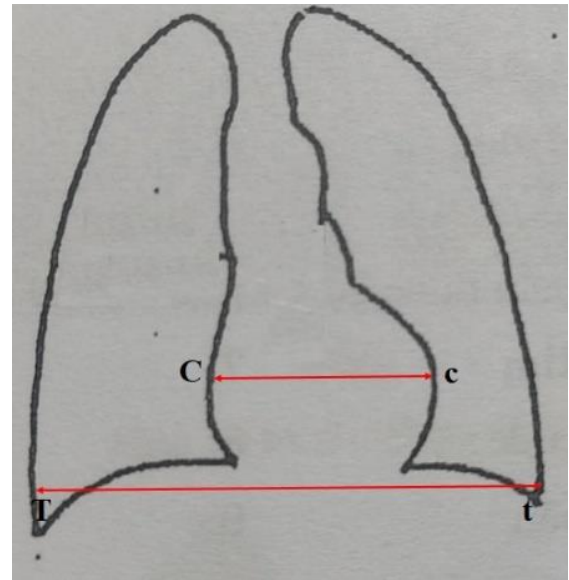
2



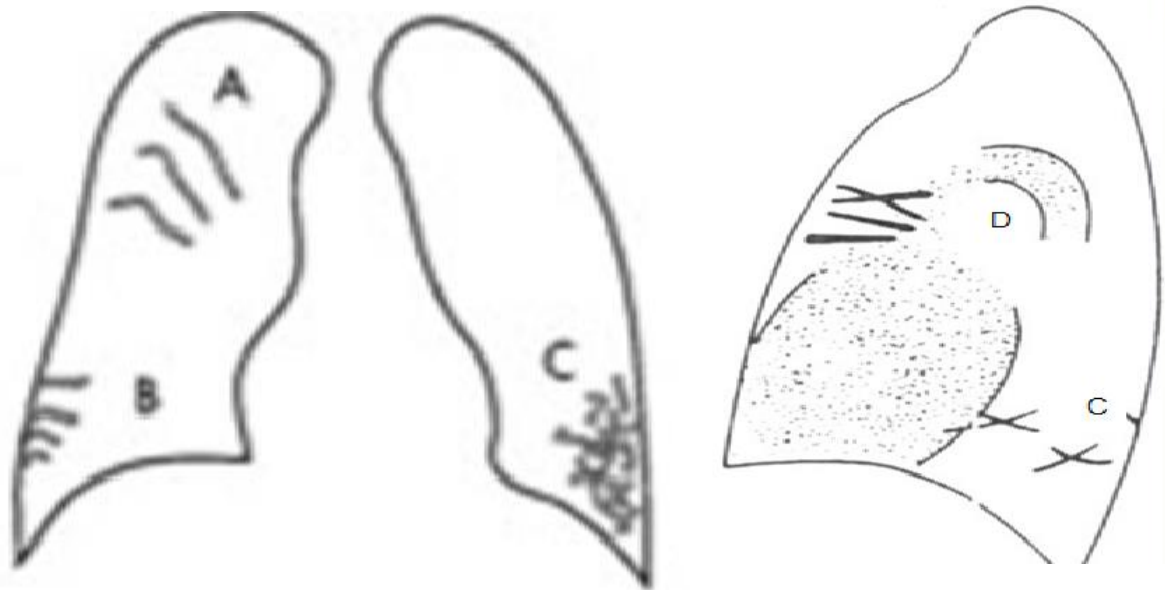
Câu 4 :



Hội tụ rốn phổi

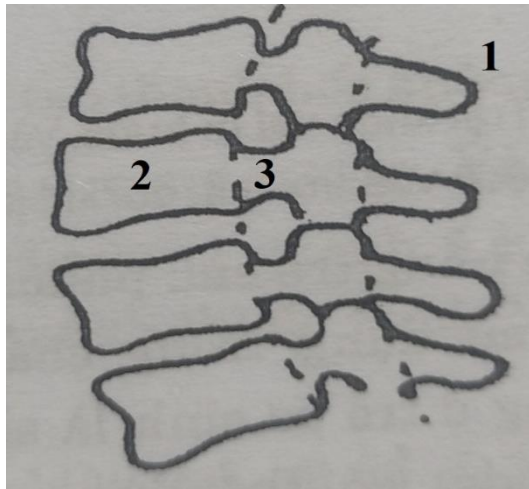


Chỉ số tim ngực

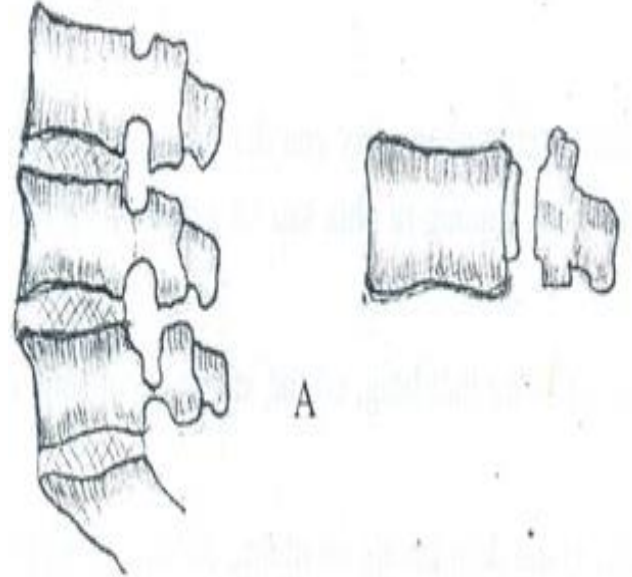


Đường mờ ngấn Kerley A,B,C,D

Câu 6 :

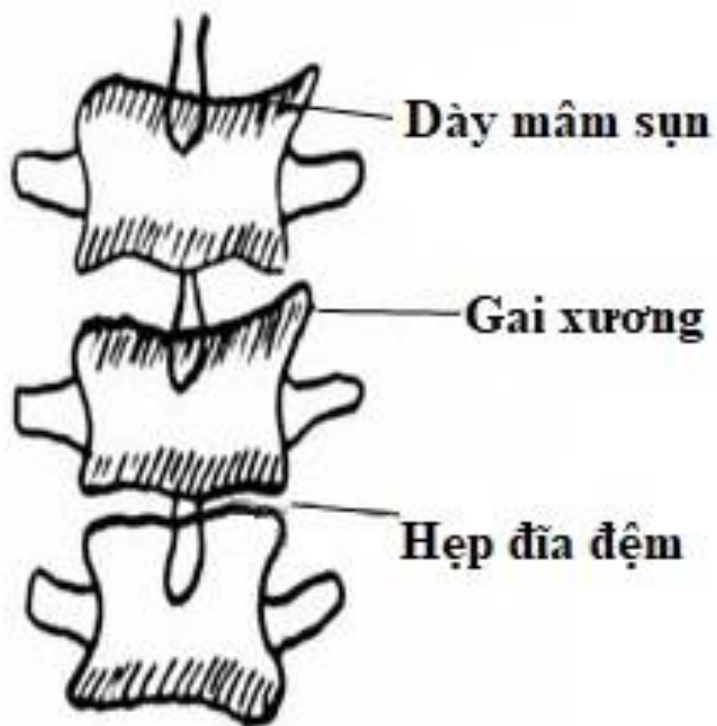


1. Mỏm gai 2. Thân đốt sống 3. Cuống



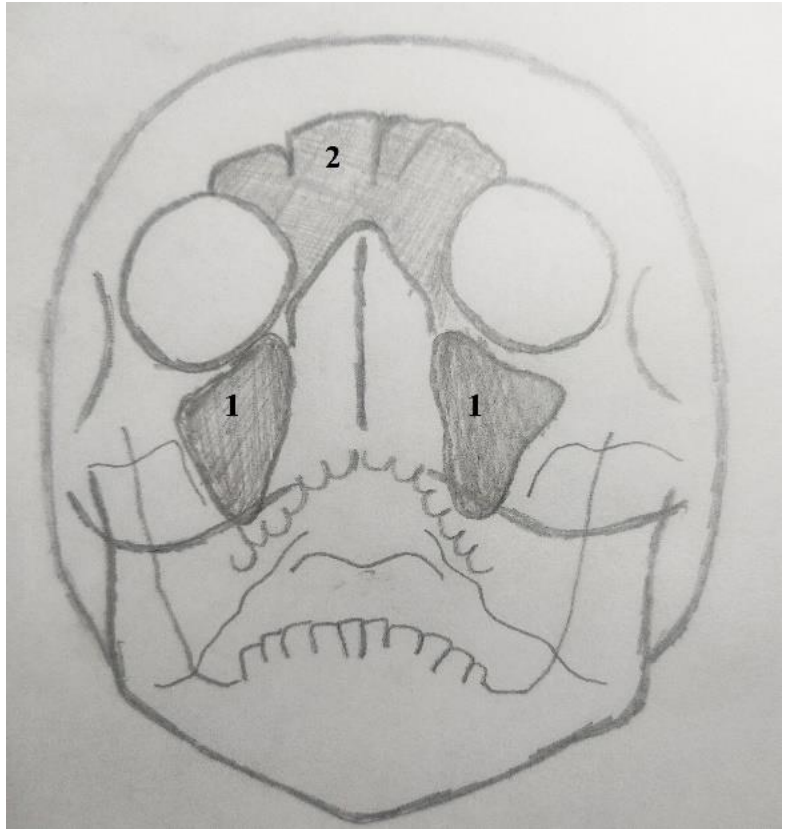
Hở eo và trượt thân đốt sống

Thoái hóa đốt sống



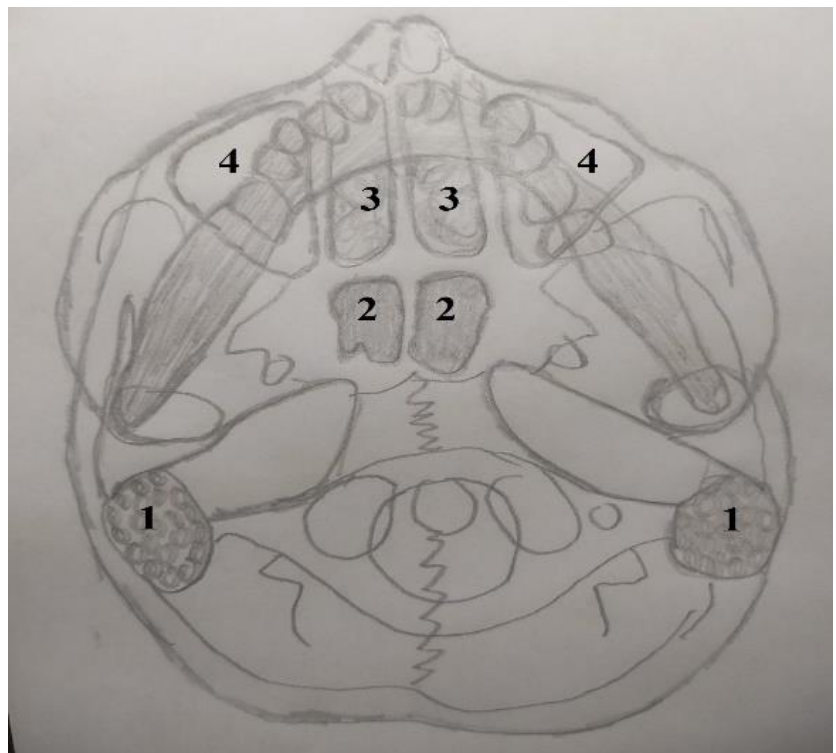
Câu 7 :

Tư thế Blondeau 1 : xoang hàm
2: xoang trán

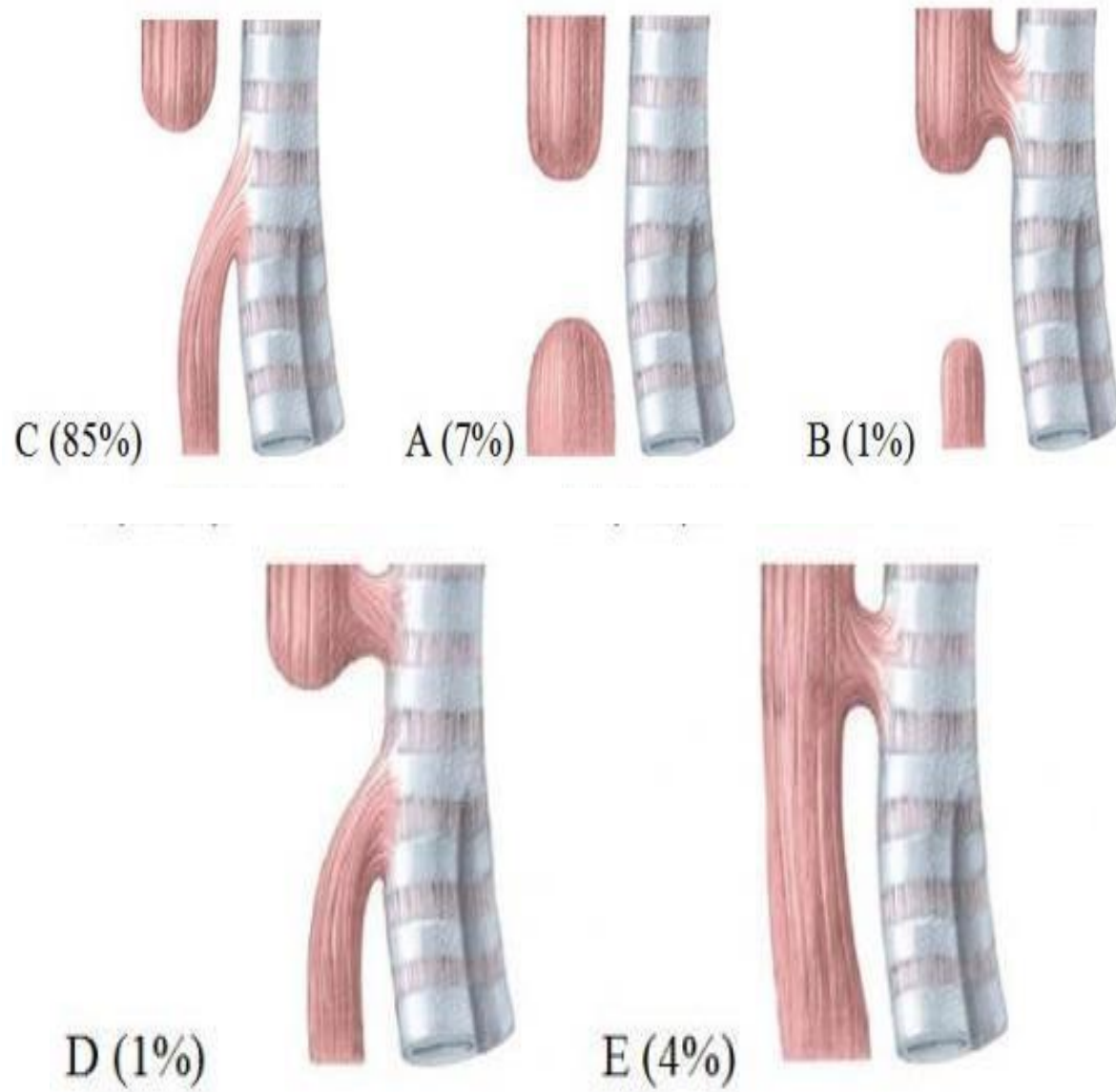


Tư thế Hirtz :

- 1 : Xoang chũm
- 2: Xoang bướm
- 3: Xoang sàng
- 4: xoang hàm



Câu 8 : TEO THỰC QUẢN

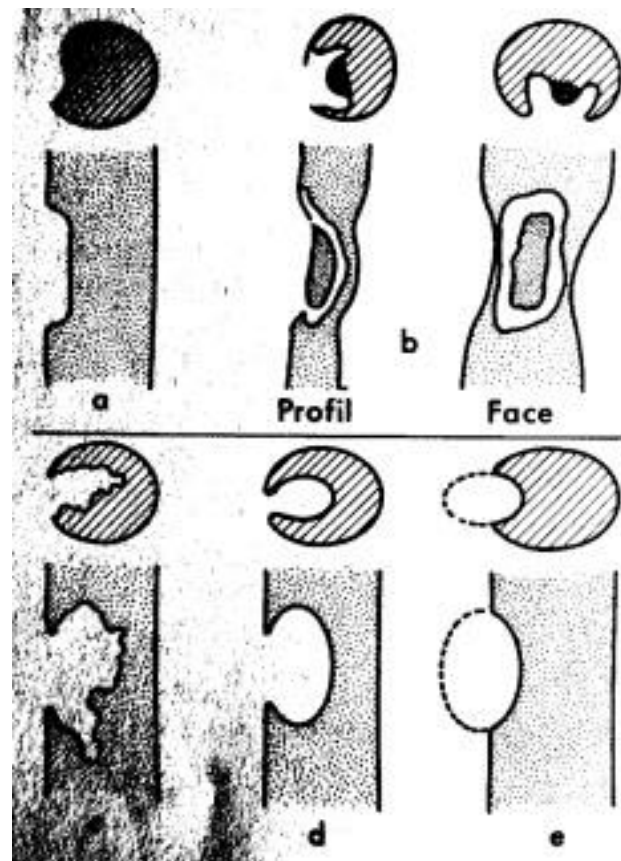
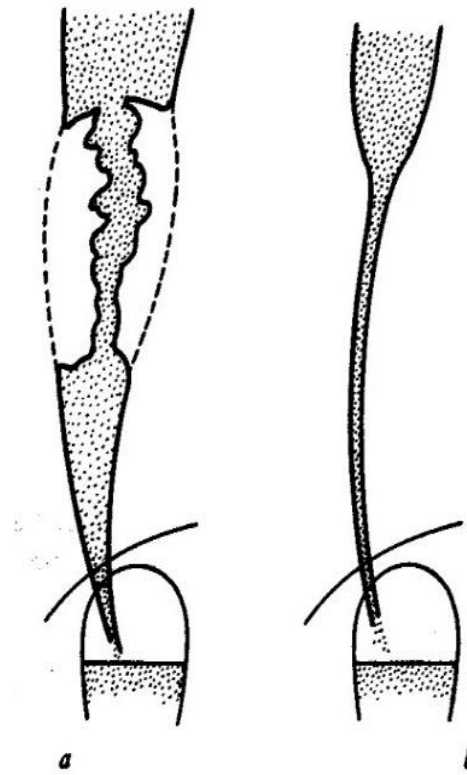
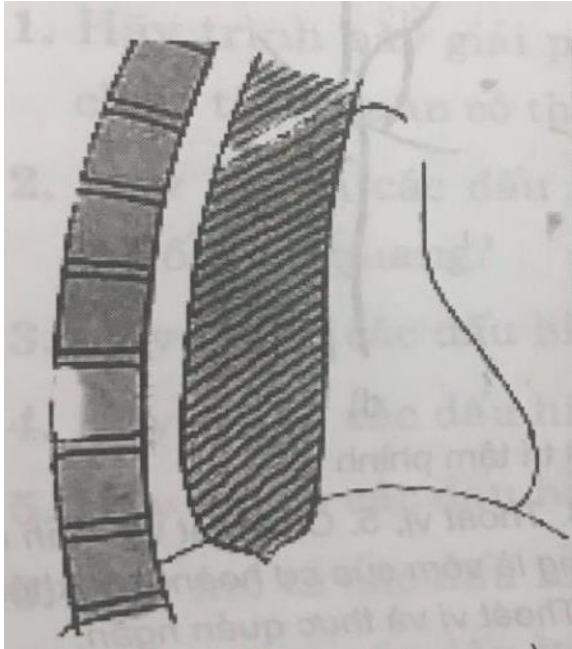


HỆP THỰC QUẢN

a: Hẹp ác tính

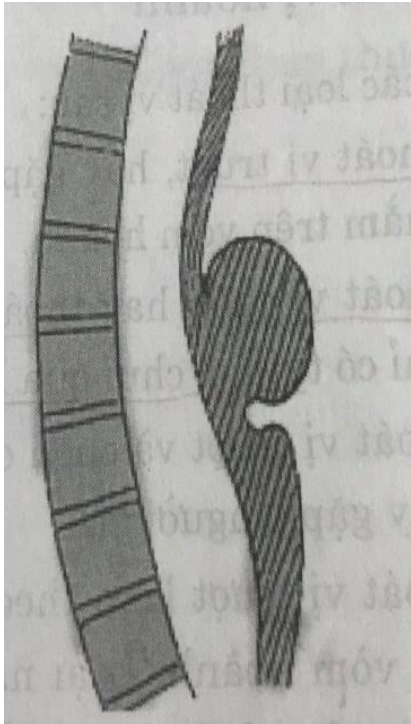
b: Hẹp lành tính

Co thắt tâm vị

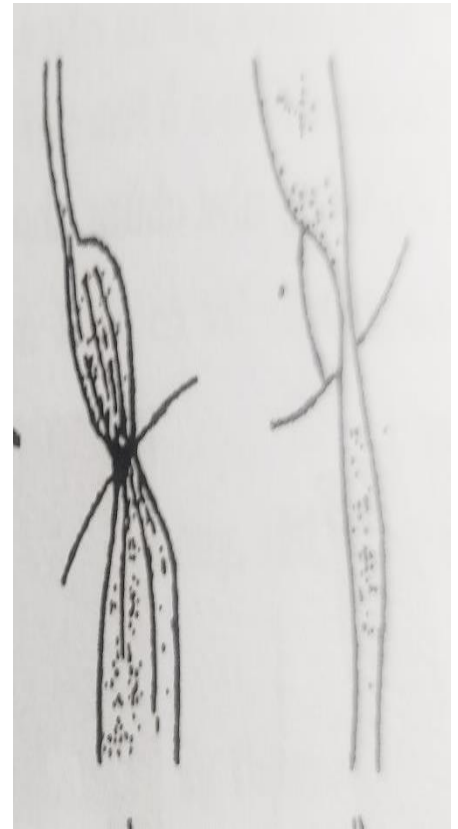
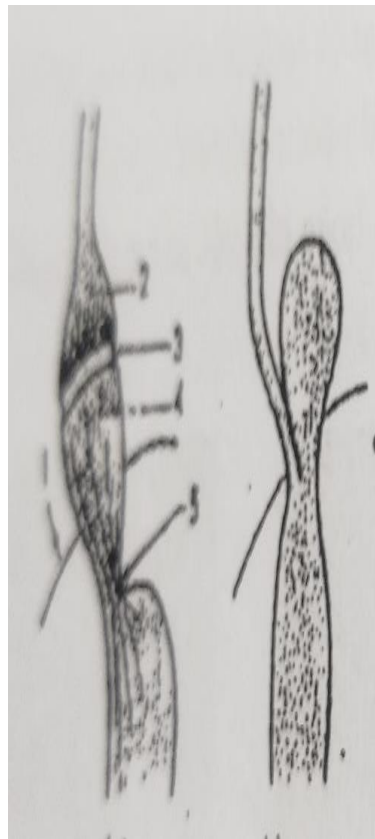


Hình khuyết và ổ loét thực quản

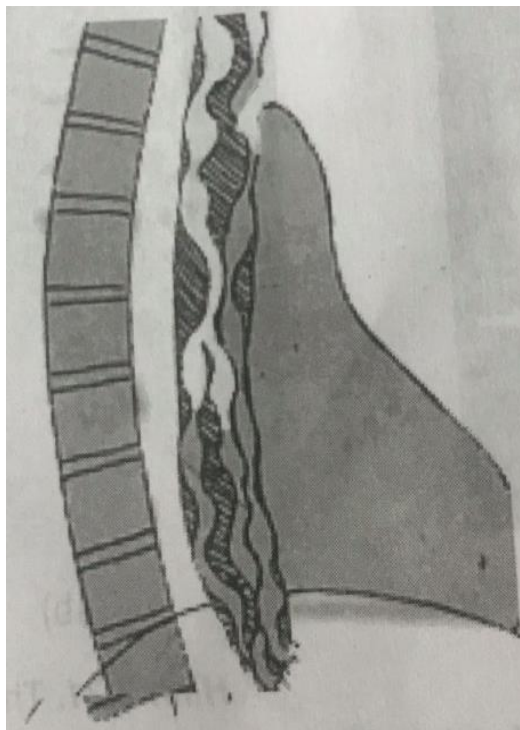
TÚI THỪA THỰC QUẢN



THOÁT VỊ HOÀNH

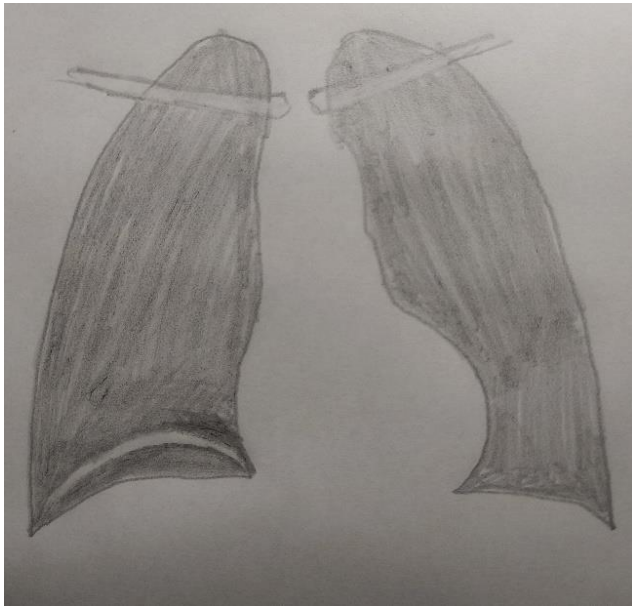


GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

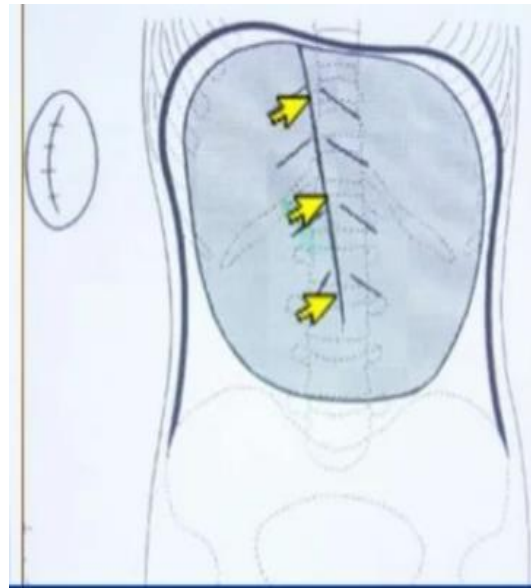


Câu 9 : Dấu hiệu X-quang thủng tạng rỗng:

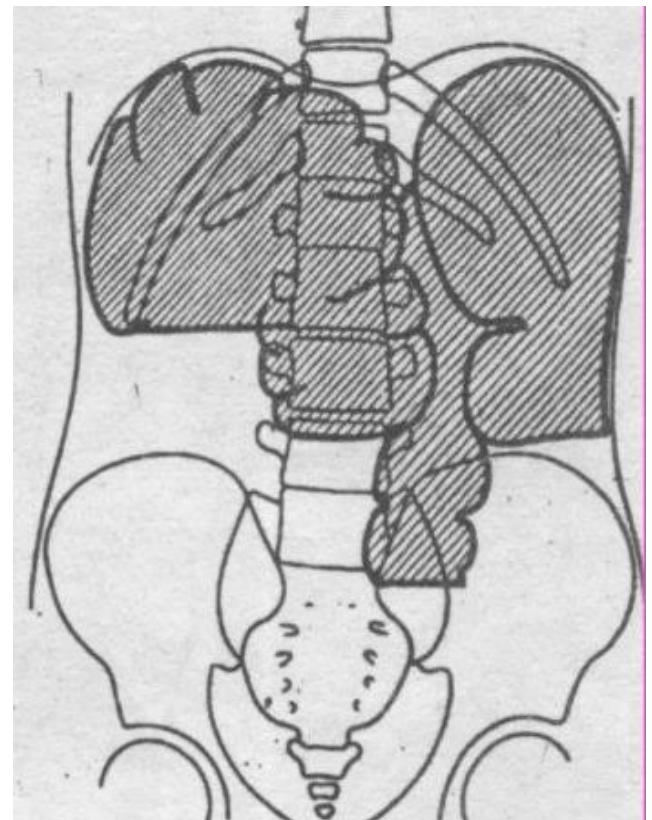
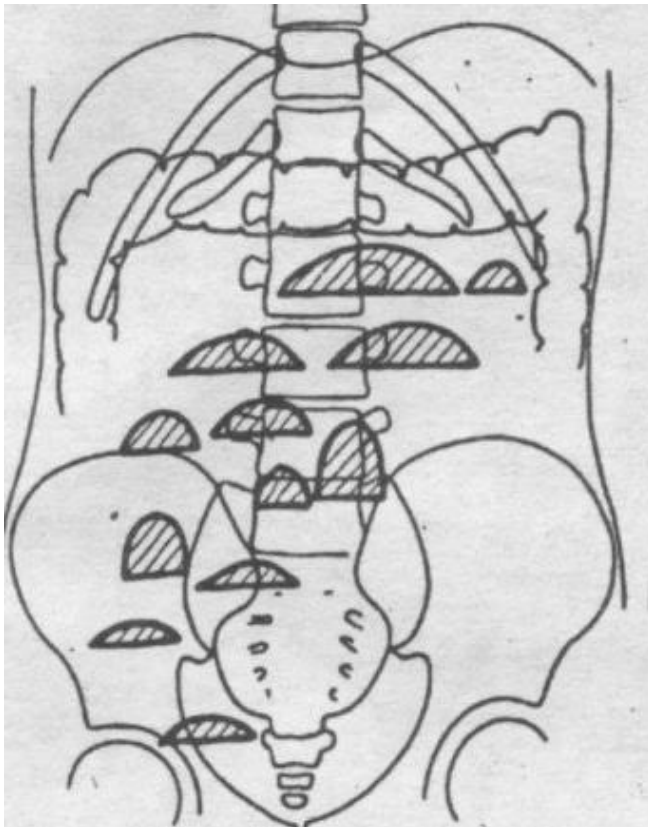
Liềm hơi dưới hoành



Dấu hiệu football sign



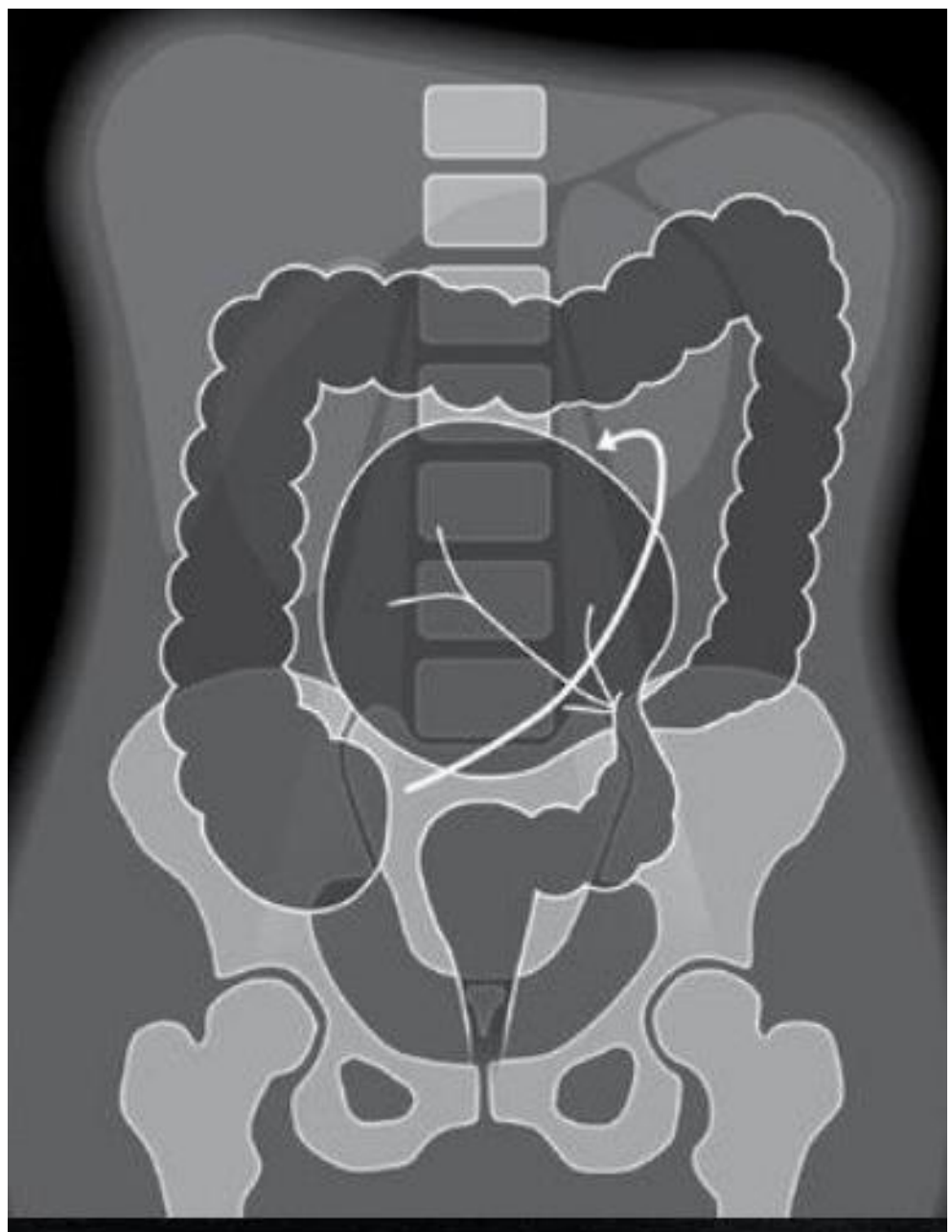
Hình ảnh mức nước – mức hơi



Hình mỏ chim

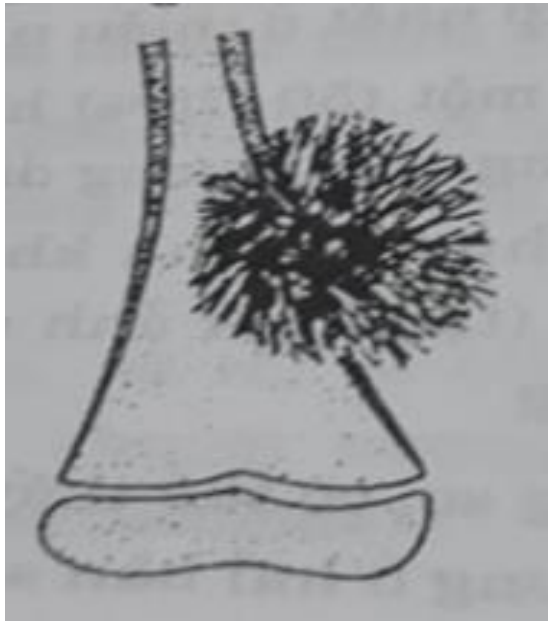


Xoắn mạnh
tràng

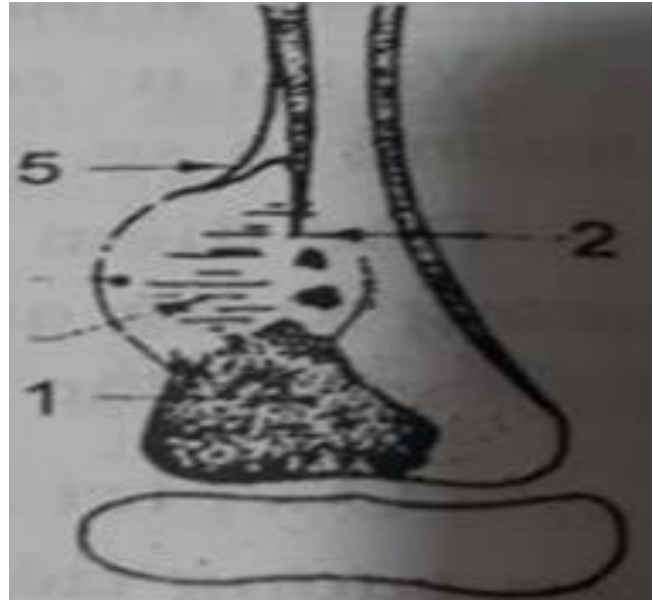


Câu 10 :

Thể tiêu xương



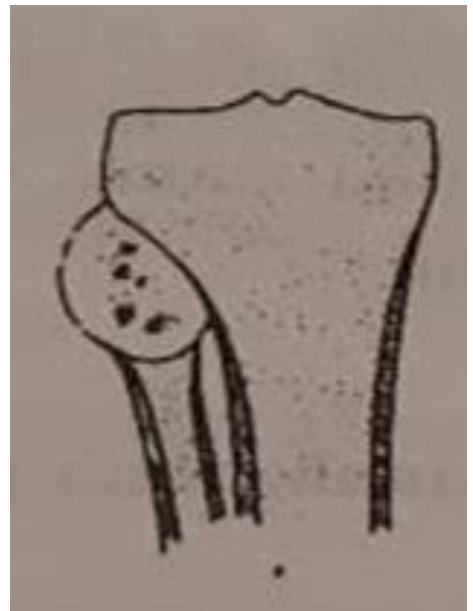
Thể đặc xương



Sac côm Ewing



Sac côm sụn



U tương bào

U xương ác tính thứ phát

