

Bs. Hồ Hoàng Phương
0983122377



PHAÂN BIEÄT KUB VAØ PHIM BUÏNG KHOÂNG SÖUA SOAÏN (ASP)

	KUB	ASP
Muïc ñích chuïp	Khaûo saùt heä nieäu	Ñaùnh giaù oå buïng trong caùc beanh lyù buïng caáp (thuûng taïng roäng, taéc ruoät...)
Chuaân bò bn	Thuït thaùo	Khoâng thuït thaùo
Tö theá chuïp	Naèm ngöôua	Naèm hoaëc ñöùng hoaëc naèm nghieâng (T) tuyø tröôøng hôïp
Yeâu caàu	Laáy ñuû heä nieäu töø cöïc treän thaän ñeán khôùp mu	Laáy töø voøm hoaønh ñeán loã bòt vaø laáy ñuû thaønh buïng 2 beân

ABDOMINAL X-RAYS

FOR MEDICAL STUDENTS

- **Suspected bowel obstruction**

To look for dilated loops of small or large bowel or a dilated stomach.

- **Suspected perforation**

To look for evidence of pneumoperitoneum. An **erect chest X-ray** should always be requested at the same time to look for free gas under the diaphragm.

- **Moderate-to-severe undifferentiated abdominal pain**

May be useful if the provisional diagnosis includes any of the following: toxic megacolon, bowel obstruction and perforation.

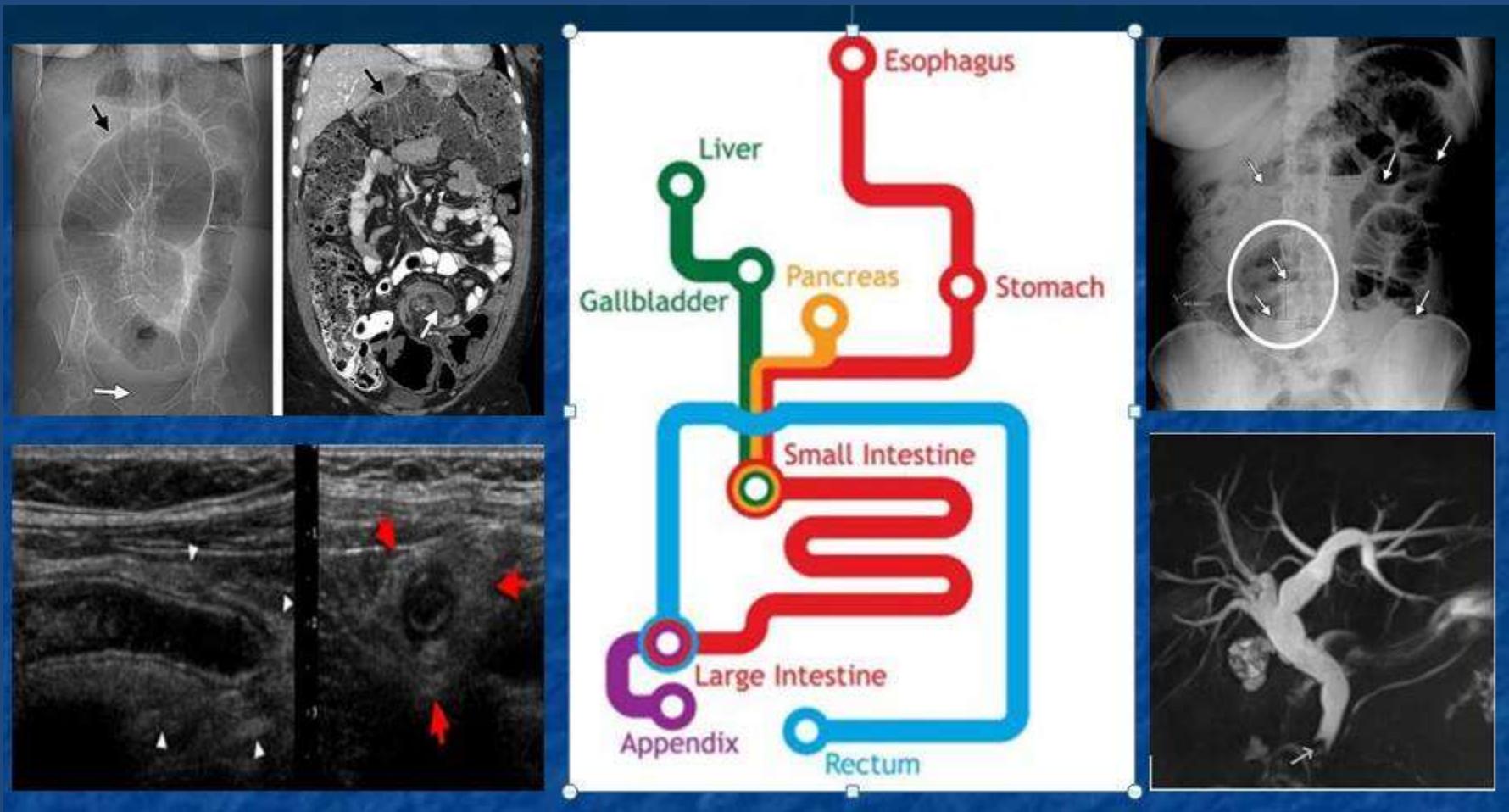
- **Suspected foreign body**

To look for the presence of radiopaque foreign bodies.

- **Renal tract calculi follow-up**

To look for the presence or movement of known renal tract calculi.

- *Abdominal trauma*: A CT scan of the abdomen and pelvis with intravenous contrast is much more sensitive and specific at looking for evidence of solid organ, bowel or bony injury and may identify the site of significant active bleeding.
- *Right upper quadrant abdominal pain*: An ultrasound scan of the abdomen is recommended to look for evidence of gallstones, inflamed gallbladder or an obstructed common bile duct.
- *Suspected intra-abdominal collection*: A CT scan of the abdomen and pelvis is recommended to look for a source of infection (collection of pus or fluid).
- *Acute upper gastrointestinal bleeding*: Endoscopy is indicated and enables diagnosis in most cases and can be used to deliver haemostatic therapy. If initial endoscopy is negative, then angiography or CT angiography may be useful to identify the source of the bleeding.
- *Suspected intra-abdominal malignancy*: A CT scan of the abdomen and pelvis is recommended to look for a malignancy and can be used to help stage the malignancy if found.
- *Constipation*: This is usually a clinical diagnosis without the need for any imaging tests. There is no evidence correlating abdominal X-ray findings with constipation. The only exception is in elderly patients where an abdominal X-ray may be useful to show the extent of faecal impaction, but does not diagnose constipation.



Bản đồ metro OTHMT (ống tiêu hóa - mật tụy) và các phương pháp khảo sát hình ảnh khi bị...tắc đường.

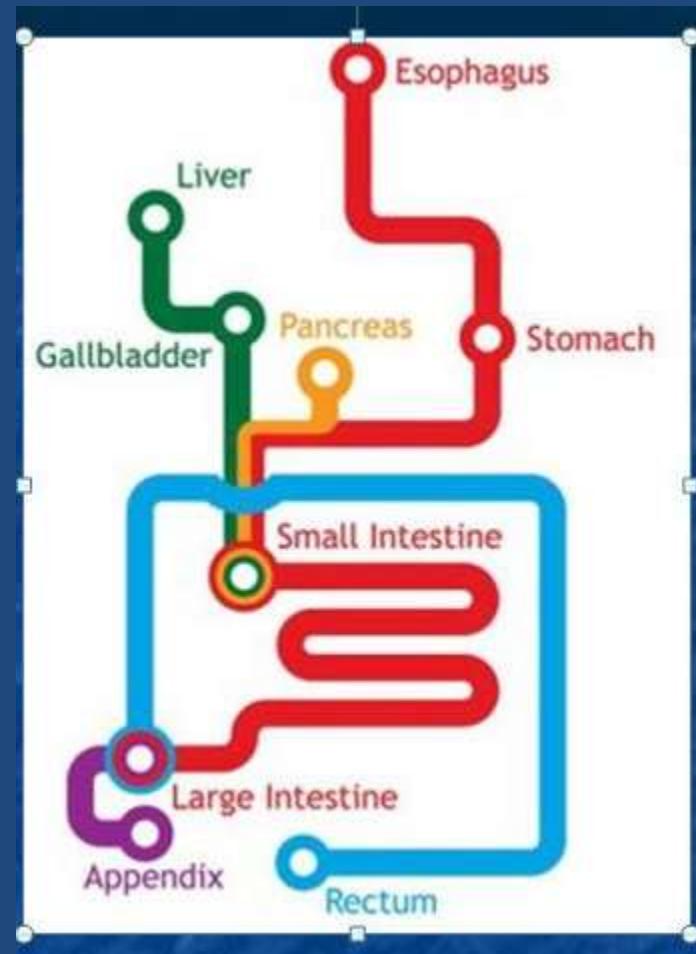
Đường tiêu hóa - mật tụy được xem như là bản đồ metro khá đơn giản, bao gồm các line đánh dấu bằng nhiều màu sắc khác nhau và tên các ga cũng rất quen thuộc như Esophagus, Stomach, Liver... Trong đó ga lớn nhất có tên là Small Intestine, nơi transit của cả 3 line màu đỏ (OTH), màu vàng (Tuy) và màu xanh lá (Gan - Mật).

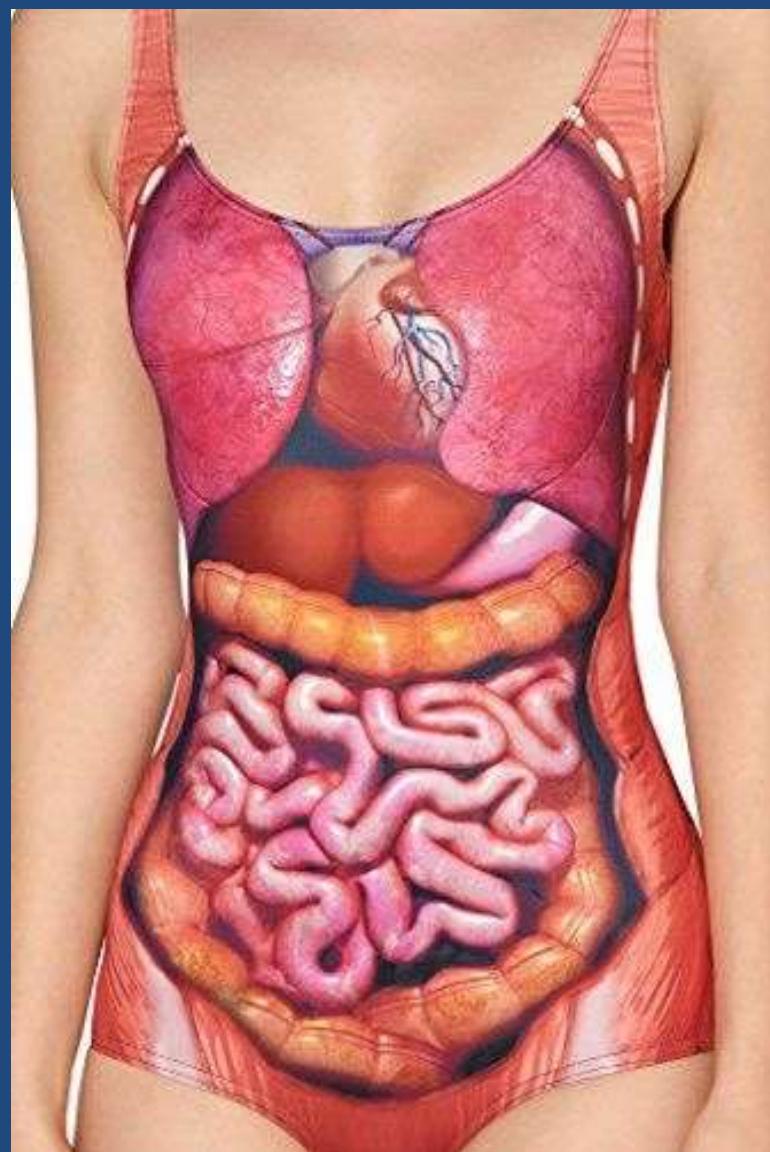
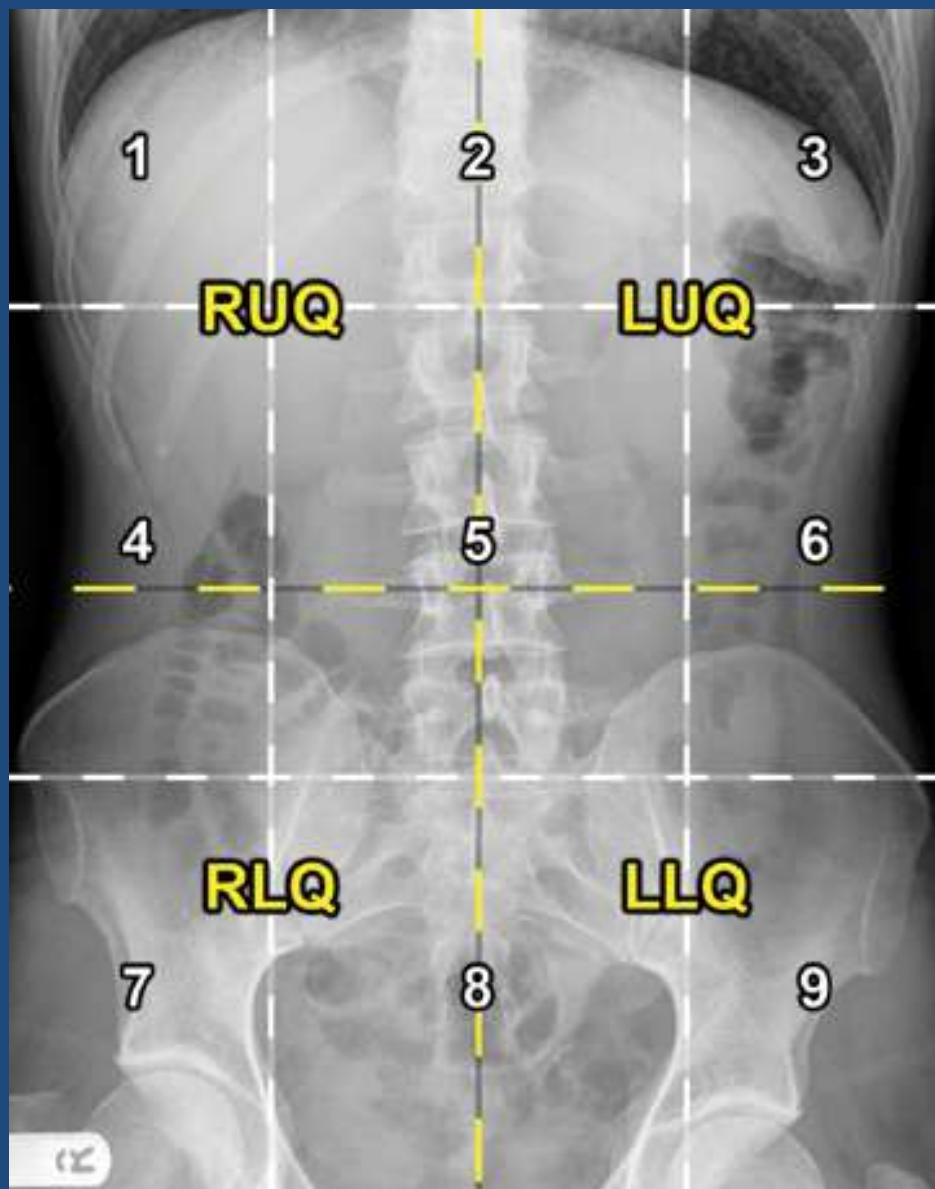
Ngoại trừ đường line tím ngắn ngủi có thể lưu thông hai chiều, các line còn lại chỉ chạy theo 1 chiều, nếu có chiều ngược lại giữa hai ga xem như có vấn đề, có thể có "tắc đường" gây dội ngược dòng lưu thông, khi này hệ thống metro cần được kiểm tra bằng các Kĩ thuật gợi ý ví dụ như sau:

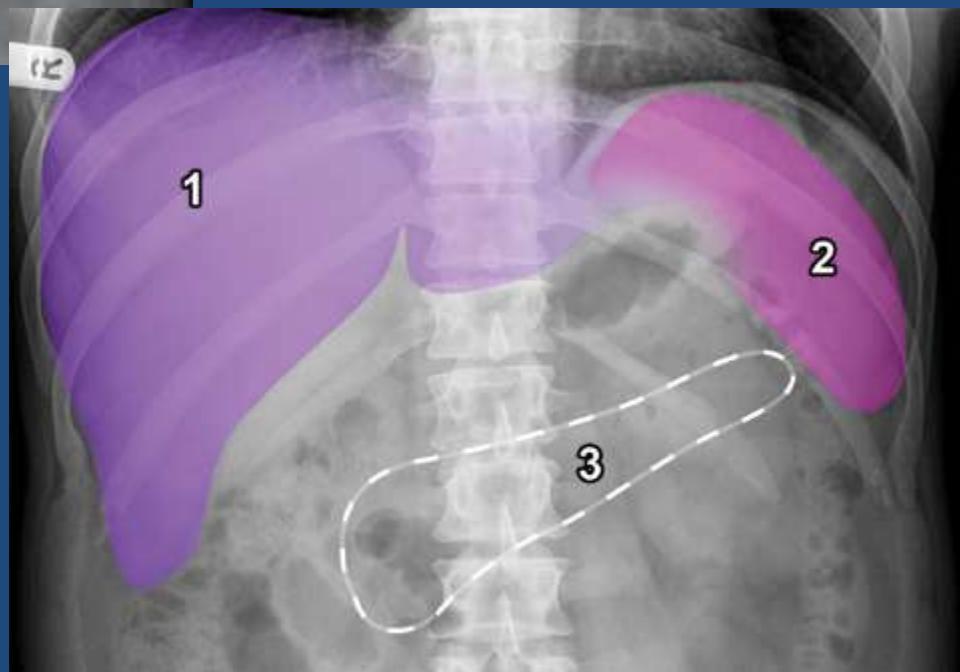
- X quang: là phương tiện thô sơ để khảo sát tắc đường ở line đỏ, giúp xác định xem có tắc không, đoạn cao hay thấp của hệ thống, và đôi khi, xác định được mức độ nghiêm trọng của vụ tắc này. Hình minh họa cho thấy cách đo đặc khẩu kinh các quai ruột và khoảng cách chênh nhau giữa các mục nước hơi.
- Siêu âm: phương tiện khá linh hoạt, phụ thuộc vào tay nghề của chuyên gia, khảo sát tốt đoạn line màu tím, và cả đoạn line màu vàng và xanh lá. Hình minh họa cho thấy dấu hiệu viêm ruột thừa rõ với tăng kích thước và thâm nhiễm mổ xung quanh.
- CT: phương tiện tốt nhất khảo sát các tuyến metro chính, đặc biệt là đoạn line màu đỏ và xanh dương, có thể đánh giá toàn diện vị trí, nguyên nhân và mức độ của tắc nghẽn. Hình minh họa cho thấy dấu hiệu "vòng xoáy" và dấu hiệu "hạt cà phê" gợi ý tắc ruột thấp do xoắn đại tràng sigma (còn khoảng 30 dấu hiệu trong tiếp cận CT đau bụng cấp, hi vọng sẽ có dịp trình bày kĩ từng loại!)
- MRI: là phương tiện hỗ trợ hữu hiệu nhất khi khảo sát tắc nghẽn của các đường xanh Liver - Gallbladder và đường vàng Pancreas cùng đỏ về trạm chính Small Intestine, cho thông tin về mức độ tắc nghẽn và có thể tìm được nguyên nhân chính xác. Hình minh họa cho thấy tắc nghẽn hệ mật - tụy do sỏi đoạn cuối OMC.

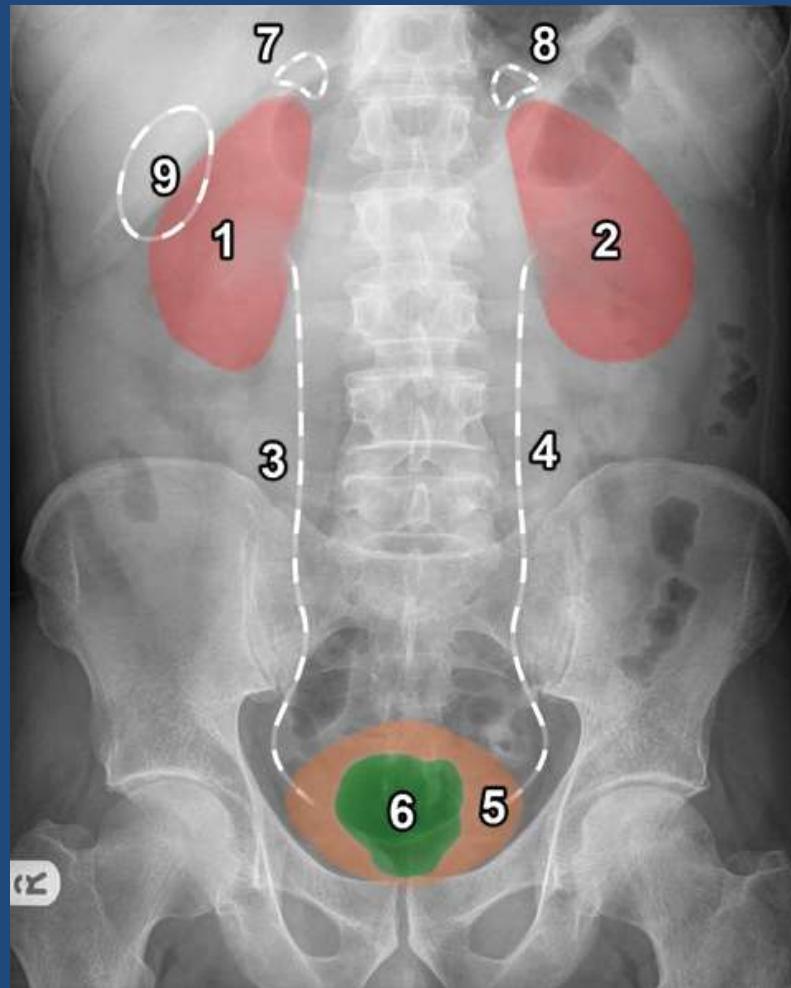
Như vậy, tùy theo vị trí tắc nghẽn thuộc đường line nào, khả năng hiện có ra sao, nhà hình ảnh học sẽ là người tư vấn tốt nhất cho nhà lâm sàng khi cần khai thác, khảo sát hiện tượng "tắc đường" trên từng trường hợp mình quan tâm!

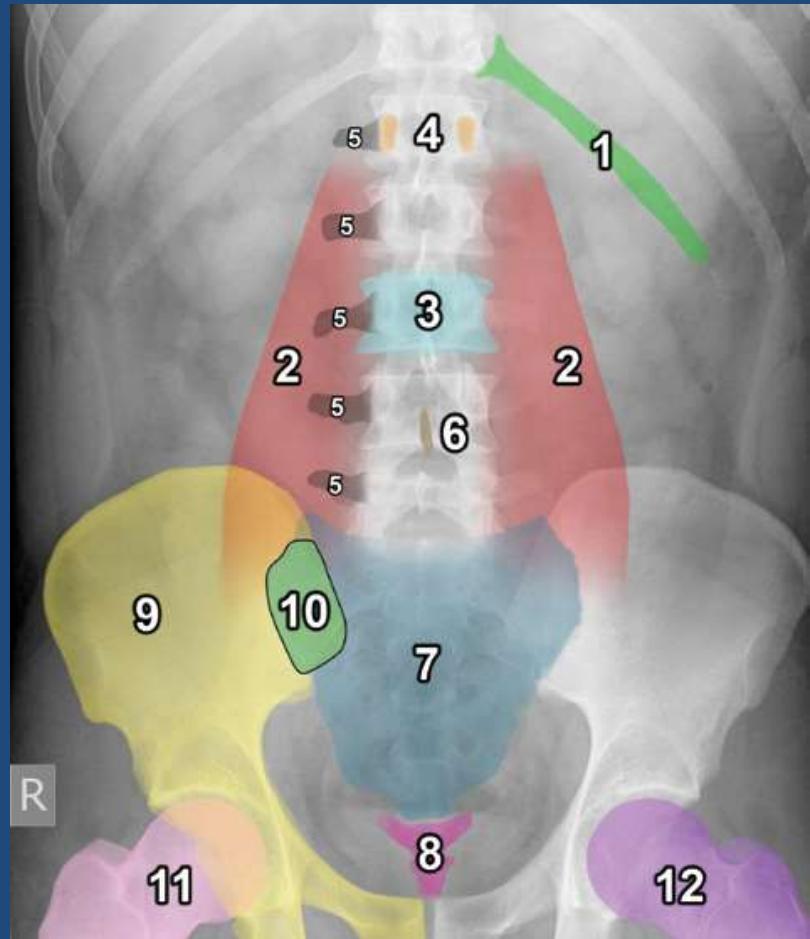
Mong là những "nhà" sẽ luôn ngồi lại với nhau, tương tác với nhau để có được những thông tin cần thiết nhằm bảo toàn lưu thông thuận lợi nhất cho hệ thống metro OTHMT!

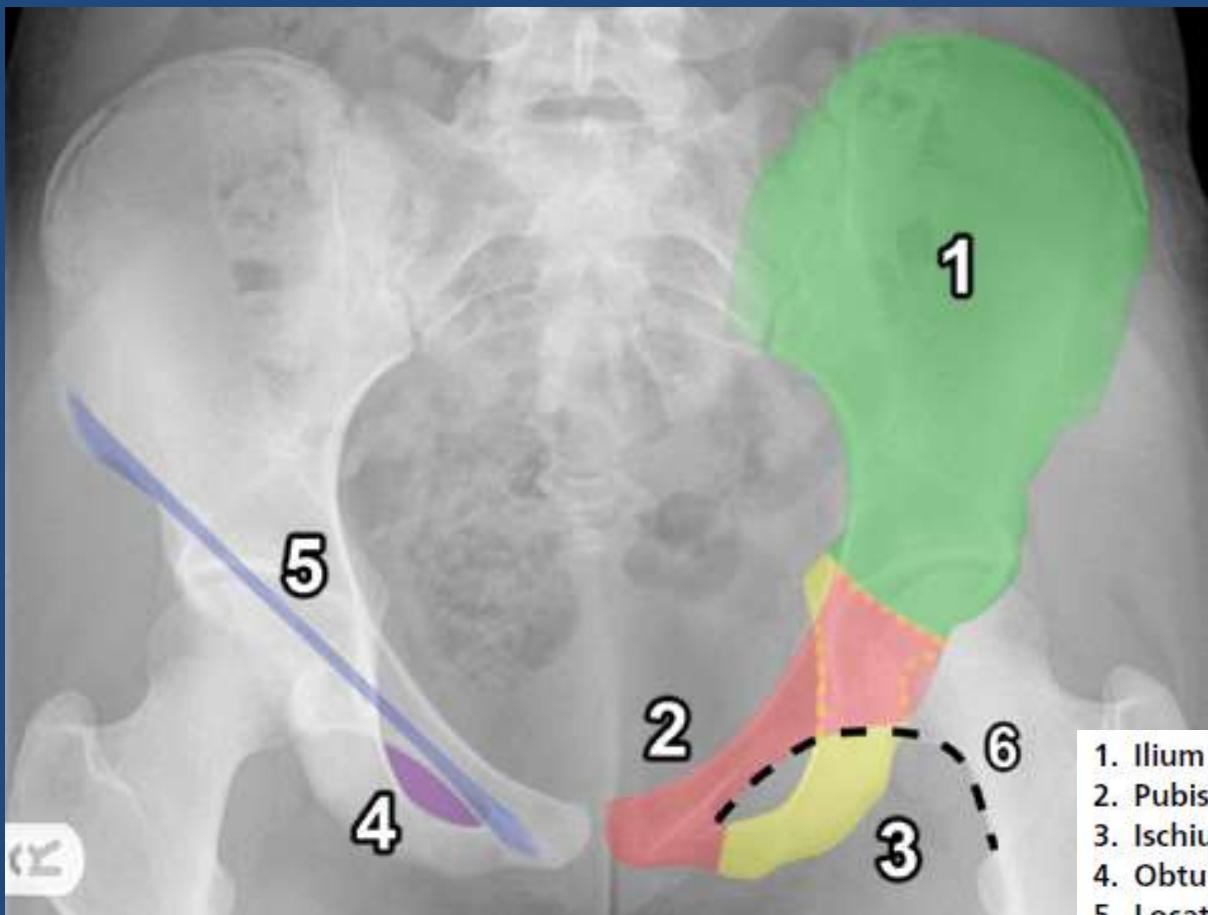




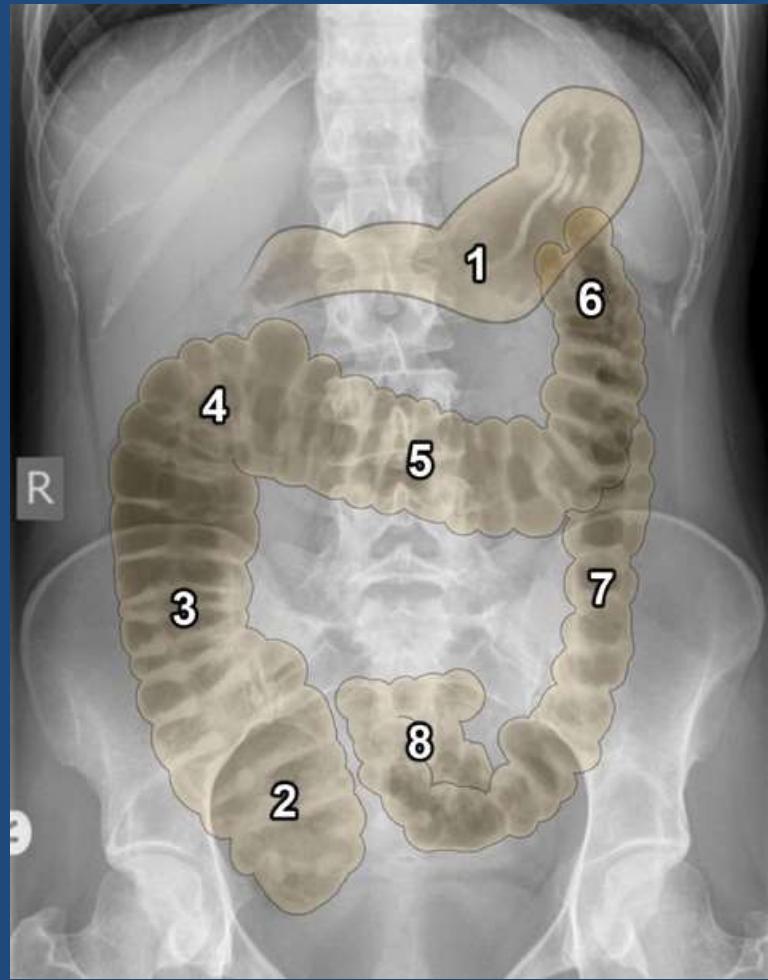






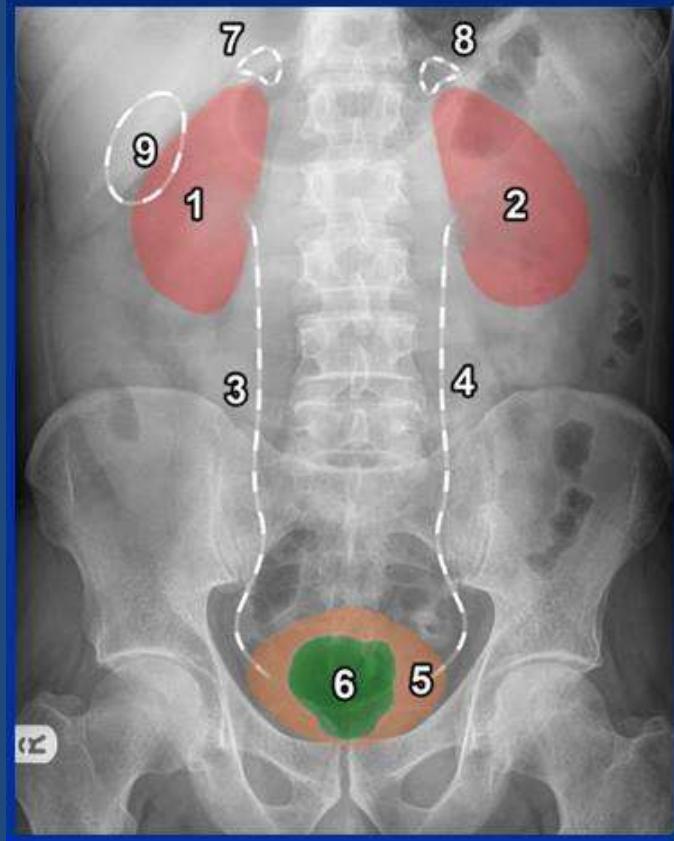


1. Ilium (green)
2. Pubis (red)
3. Ischium (yellow)
4. Obturator foramen (purple)
5. Location of right inguinal ligament (blue) – not normally visualised. The inguinal ligament runs between the anterior superior iliac spine and pubic tubercle
6. Shenton's line (black outline) – imaginary line along the inferior border of the superior pubic ramus and inferomedial border of the neck of femur



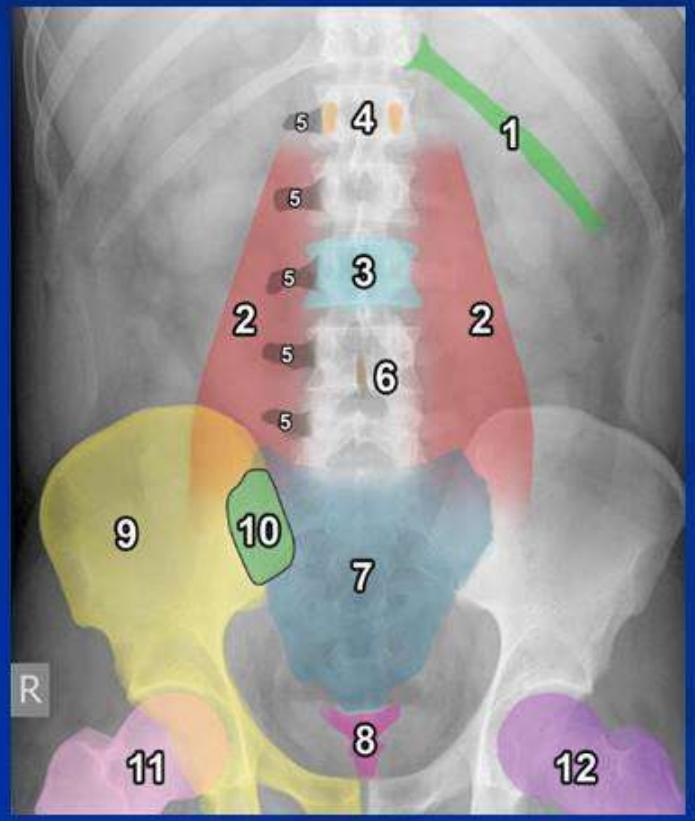






PSOAS

- Position
- Size
- Orientation
- Axis
- Symmetry





Hồ Hoàng Phương

7 Tháng 8 2016 · ▾

Phim Xq bụng (ASP) nhân ngày Valentine trùng vào ngày xuân, vừa có vòng tránh thai chữ T vừa có hoa mai tết!

Nhân tiên, trình tự đọc phim Xq bụng để k bỏ sót tổn thương có thể được tóm tắt bằng ABCDE:

- A là Air in the wrong place: tim khí nằm sai chỗ, có thể ở khoang phúc mạc, sau phúc mạc, đường mật hay hạch cửa.
- B là Bowel: đánh giá xem ruột non, ruột già, da dày có dẫn không? Xem có dấu dày thành ruột k? Có xoắn ruột? Có thoát vị k?
- C là Calcification: tim sỏi mật, sỏi hê niêu, đóng vôi tuy, động mạch chủ bụng, vôi hoá tĩnh mạch, hạch mạc treo...
- D là Disability (bones and solid organs): tổn thương tại xương và tạng đặc.
- E là Everything else: phần còn lại bao gồm dị vật, khảo sát đáy phổi...

Ps1: hình chụp tại bv TV.

Ps2: nguồn "abdominal X-ray for Medical Students"

Ps3: sẽ phân tích từng chữ ABCDE ở những stt sau.

Ps4: đồ mọi người "hoa mai" trong hình là từ đâu?

😊 — đang 😊 cảm thấy thú vị.

Gắn thẻ ảnh

Thêm địa đi...

Chỉnh sửa

Thích Bình luận Chia sẻ

294

86 lượt chia sẻ

45 bình luận



Đặng Quang Huy - Bạn bè với Vương Minh và 95
người khác

Em cảm ơn thầy, bài viết hữu ích a! 😊

Thích · Trả lời · 1 · 14 Tháng 2 2016 lúc 19:31



Đức Hà Em nohĩ là cái cúc quần của nř hn 😊

Viết bình luận...



A is for Air in the wrong place

- Look for pneumoperitoneum and pneumoretroperitoneum
- Look for gas in the biliary tree and portal vein

B is for Bowel

- Look for dilated small and large bowel
- Look for a volvulus
- Look for a distended stomach
- Look for a hernia
- Look for evidence of bowel wall thickening

C is for Calcification

- Look for clinically significant calcified structures such as calcified gallstones, renal calculus, nephrocalcinosis, pancreatic calcification and an abdominal aortic aneurysm (AAA)
- Look for a foetus (females)
- Look for clinically insignificant calcified structures such as costal cartilage calcification, phleboliths, mesenteric lymph nodes, calcified fibroids, prostate calcification and vascular calcification

D is for Disability (bones and solid organs)

- Look at the bony skeleton for fractures and sclerotic/lytic bone lesions
- Look at the spine for vertebral body height, alignment, pedicles and a 'bamboo spine'
- Look for solid organ enlargement

E is for Everything else

- Look for evidence of previous surgery and other medical devices
- Look for foreign bodies
- Look at the lung bases



A is for Air in the wrong place

- Look for pneumoperitoneum and pneumoretroperitoneum
- Look for gas in the biliary tree and portal vein

How to look?

- Look for free gas in the **peritoneal cavity** (pneumoperitoneum). To do this, look for **Rigler's sign** (gas present on both sides of the intestinal wall), **gas outlining the liver** and look to see if the **falciform ligament** is visible.
- Look for free gas in the **retroperitoneum** (pneumoretroperitoneum). To do this, look specifically for gas outlining the **kidneys**.
- Look at the **liver** (right upper quadrant) for linear areas of increased lucency. Gas seen towards the **centre of the liver** indicates gas in the **biliary tree (pneumobilia)**, for example within the common bile duct (CBD), hepatic ducts and/or gallbladder. Gas seen towards the **periphery of the liver** indicates gas in the **portal vein**.

Pneumoperitoneum literally means **free gas in the peritoneal cavity**. It usually indicates **bowel perforation**. Free gas may also be seen up to 3 weeks after abdominal surgery and in trauma (e.g. stabbing).

Main causes of pneumoperitoneum:

1. Perforated peptic ulcer
2. Perforated appendix/bowel diverticulum
3. Post-surgery
4. Trauma

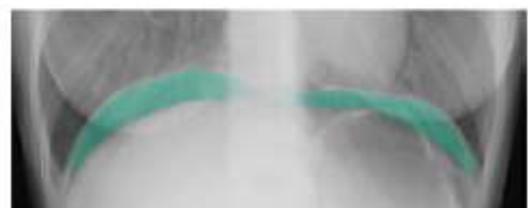
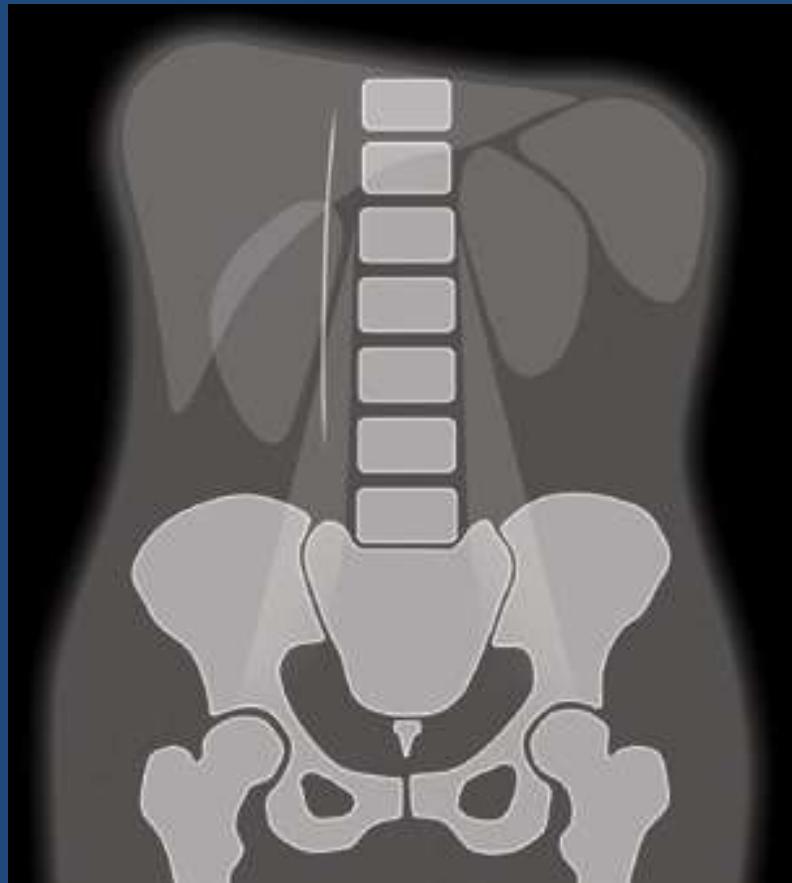
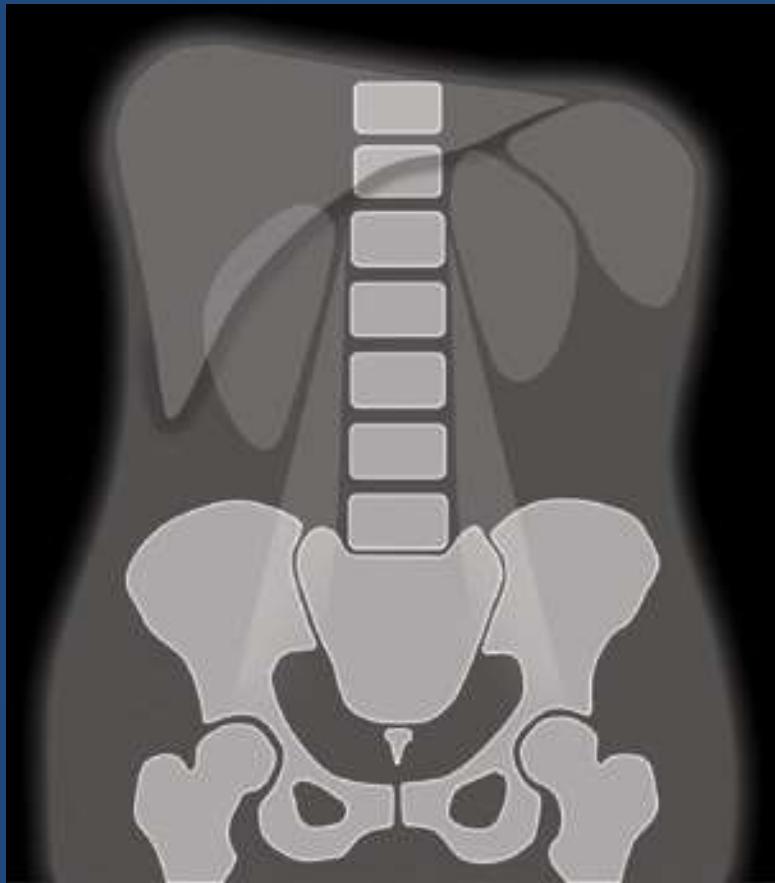
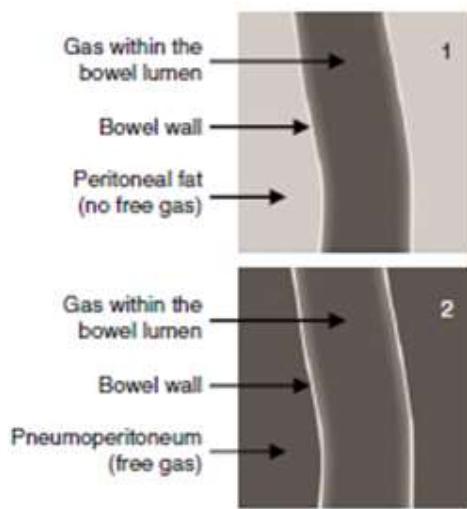
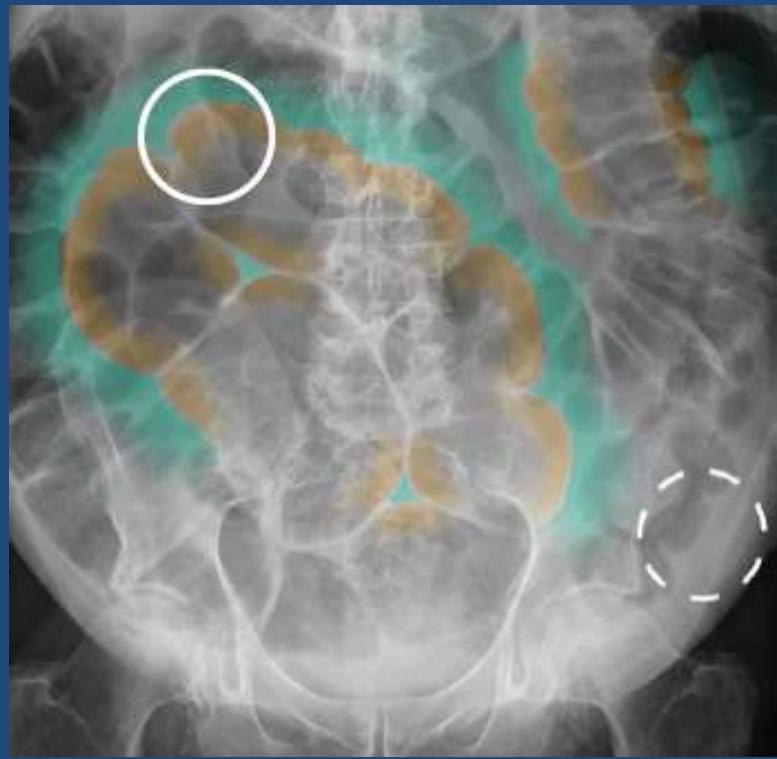


Figure 17: Two identical erect radiographs of the lower chest. The lower radiograph shows the pneumoperitoneum marked in turquoise.

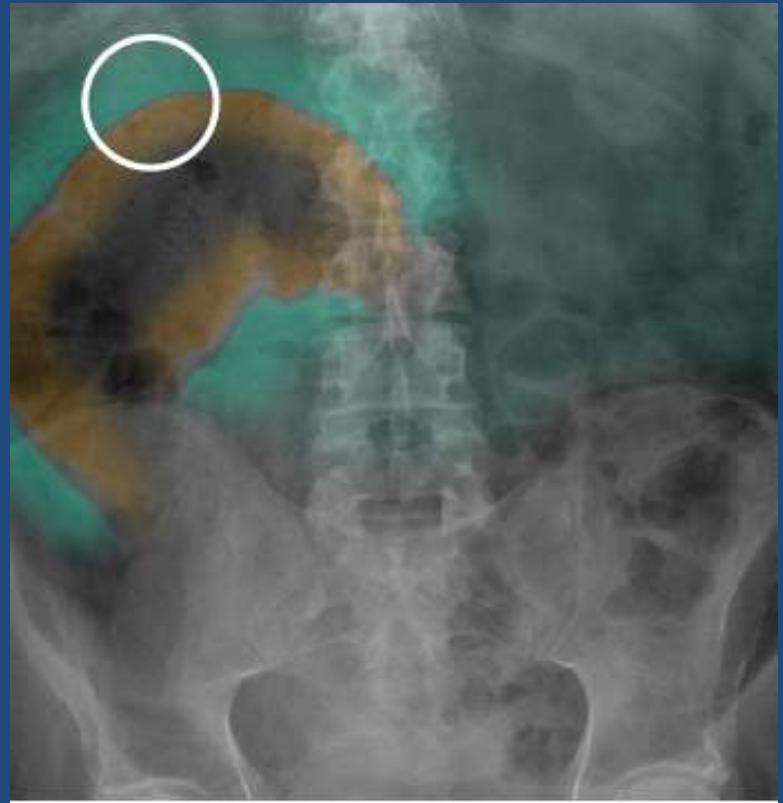
Note: An abdominal radiograph and an erect chest radiograph are requested together when looking for a pneumoperitoneum. This is because an erect chest radiograph is very sensitive for detecting free abdominal gas since it can detect as little as 2–3 ml. On an erect chest X-ray the free gas is seen as a rim of blackness beneath and very closely opposed to the curve of the diaphragm.

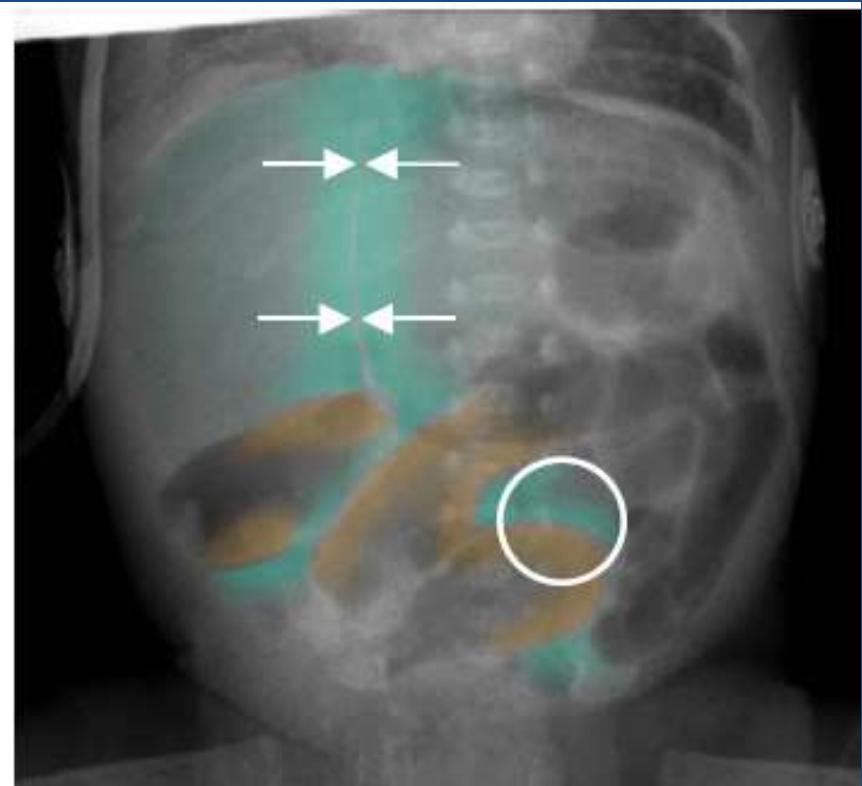


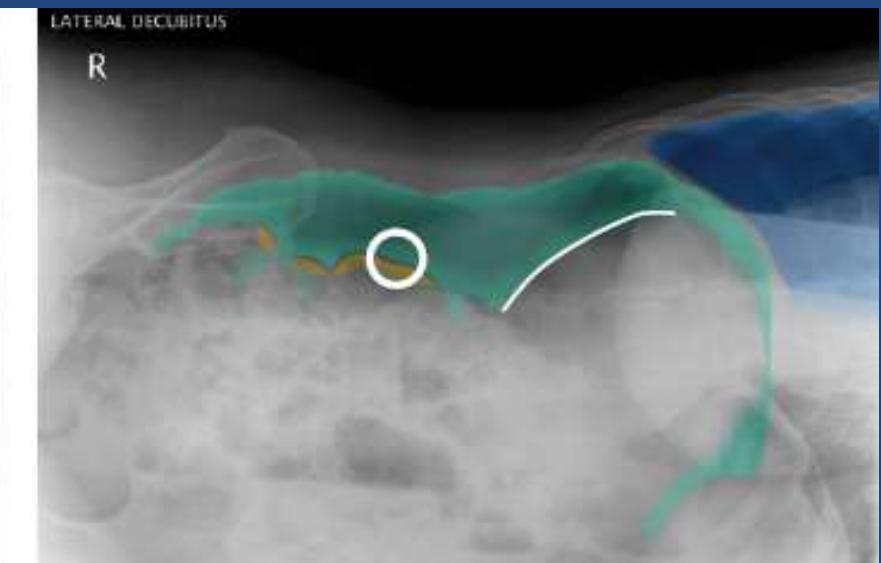
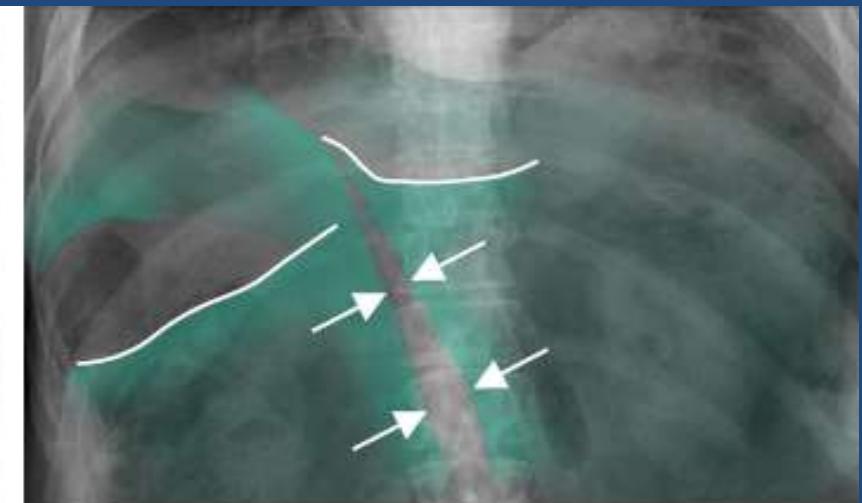
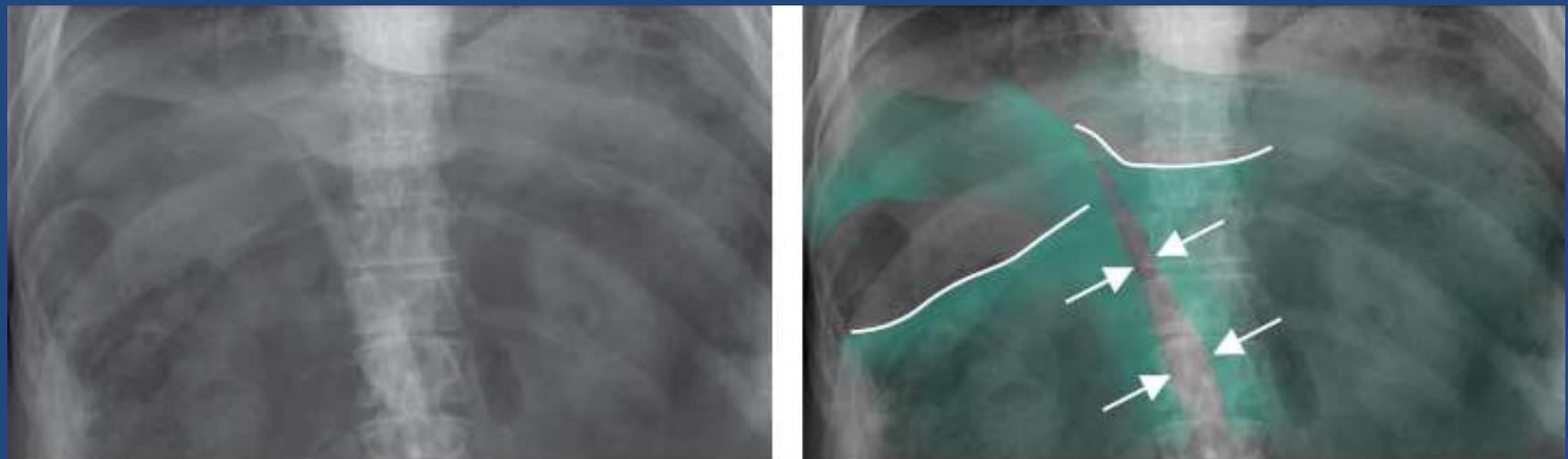


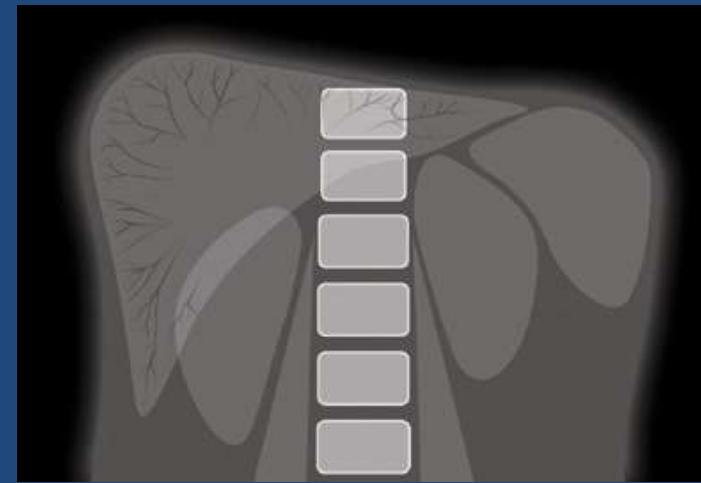
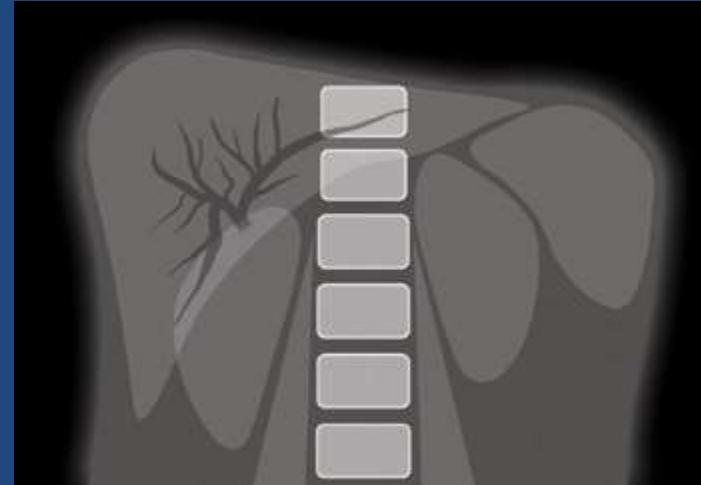
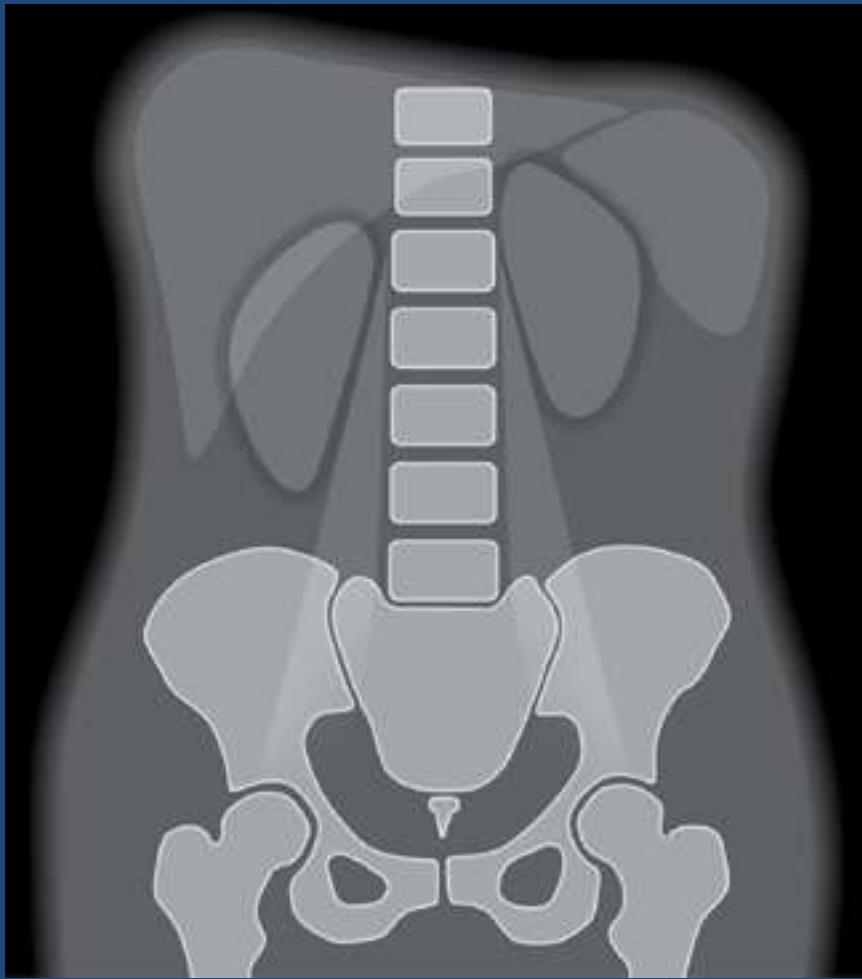










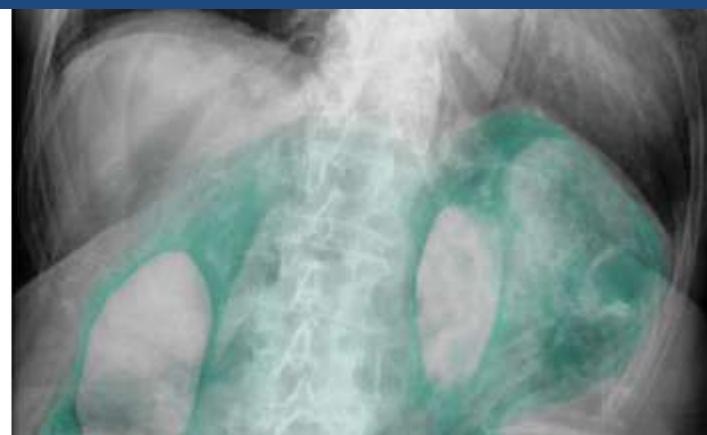


Main causes of retroperitoneal gas:

1. Bowel perforation

- Posterior duodenal perforation (e.g. peptic ulcer perforation/post-ERCP [endoscopic retrograde cholangio pancreatography] or post-sphincterotomy)
- Ascending or descending colon perforation (e.g. carcinoma/diverticulitis/ischaemic colitis)
- Rectal perforation (e.g. post-surgery/post-endoscopy/foreign body insertion)

2. Post-surgical (e.g. residual air from urological/adrenal/spinal surgery)





21:18

thầy xem cho e xem có khí sau
phục mạc k q



Hồ Hoàng Phương

7 Tháng 8 2016 ·

Bạn bs trẻ ở 1 bv huyện thuộc tỉnh Thanh Hoá vừa
nhắn message hỏi thăm ca bệnh mới chụp có phải
là có hơi sau phúc mạc hay không, bạn đang trực,
vừa siêu âm xong và đang khá phân vân vì hình ảnh
Xq rõ nét bóng thận quá!

Câu đầu tiên mình hỏi là: bệnh cảnh lâm sàng là gì?
Bạn trả lời là cơn đau quặn thận thôi, chụp Xq lên
tình cờ thấy vậy!

Thật hay khi bạn tương tác với mình vì đây là hình
ảnh đáng để phân tích! Nếu nhìn thoáng qua thì thấy
đúng là bờ thận có vẻ rõ nét do hơi, nhưng nếu
zoom và phân tích kỹ, cả hai bên, thì thấy hơi này
trong một chuỗi của quai ruột và chỉ là tình cờ trùng
một phần đường bờ, sau đó nó đi lướt ngang một
phản cực trên đối với thận P, còn bên trái thì đường
hở đi hướng ra phía lách và có vẻ không quan tâm
gi đền thận!

Trong trường hợp còn nghi ngờ thì xem thêm bệnh
cánh: có sỏi thận T đi kèm, lâm sàng không gợi ý có
cơn đau đột ngột do thủng tạng rỗng, hơi sau phúc
mạc nếu xuất hiện trong bệnh lí hô hấp thì phải có
tình trạng nhiễm trùng nặng nề đi kèm... Như vậy có
thể an tâm ca này không có hơi sau phúc mạc!

Bạn hỏi thêm: có bs bên e hỏi cái đường sáng bên
hông phải có nghĩ là tràn khí tự do ổ bụng không?
Câu trả lời: cái hình sáng nhẹ đó đối xứng hai bên,
đều đặn, đẹp đẽ như vậy là lớp mỡ cận phúc mạc,
không liên quan gì đến khí.

Ps1: Khí sau phúc mạc hiếm gặp, cẩn trọng với hình
ảnh trùng hợp ngẫu nhiên.

Ps2: bs cđha luôn luôn yêu cầu dữ kiện lâm sàng và
các thông tin liên quan khác về hình ảnh, xét
nghiêm. Càng nhiều thông tin càng có lợi cho chẩn
đoán!

Ps3: vui vì các bài đăng cũng có ích cho các bạn,
nhất là đối với những đồng nghiệp trẻ! — đang 😊
cảm thấy hài lòng cùng với Đào Huy Hùng.



Viết bình luận...





There are many causes of pneumobilia, not all of which are pathological. The main causes are as follows:

1. Recent ERCP/incompetent sphincter of Oddi (e.g. post-sphincterotomy)
2. External biliary drain insertion/biliary stent insertion
3. Biliary-enteric connection (abnormal connection between biliary tree and bowel)
 - Surgical anastomosis (e.g. Whipple's procedure)
 - Spontaneous (e.g. gallstone ileus)
4. Infection (rare)
 - Emphysematous cholecystitis (acute cholecystitis with gas-forming organism)



Main causes of gas in the portal vein:

1. Ischaemic bowel (most common)
2. Necrotising enterocolitis (NEC) (most common in an infant)
3. Severe intra-abdominal sepsis (diverticulitis/pelvic abscess/appendicitis)



B is for Bowel

- Look for dilated small and large bowel
- Look for a volvulus
- Look for a distended stomach
- Look for a hernia
- Look for evidence of bowel wall thickening

How to look?

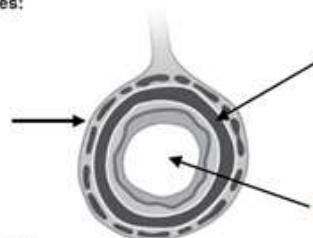
- Look at the bowel loops for **small or large bowel dilatation**.
- Look for a very large dilated loop of bowel that could represent a **sigmoid or caecal volvulus**. If the dilated bowel loop is in the upper abdomen, consider whether it may represent a **distended stomach**.
- Look at the left and right iliac regions for any bowel gas seen projected below the level of the inguinal ligament suggesting an **inguinal or femoral hernia**.
- Look for **thickening of the bowel wall** to suggest bowel wall inflammation. Specifically look for **thumbprinting** and the characteristic **lead pipe colon**.



Acquired causes:

Extrinsic

- Adhesions
- Hernias
- Volvulus



Intrinsic

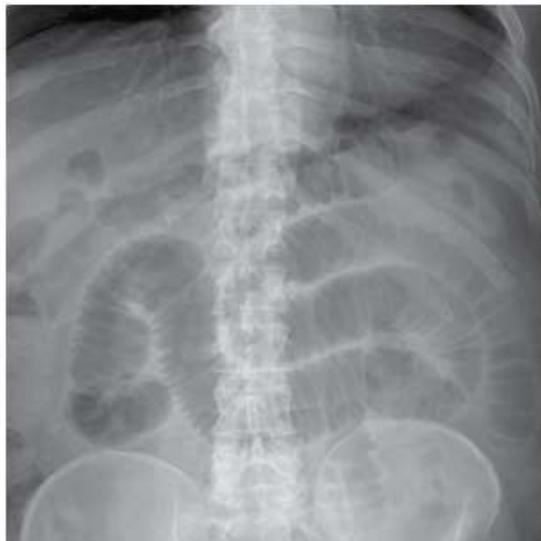
- Malignancy
- Intussusception
- Stricture (irradiation/surgery)

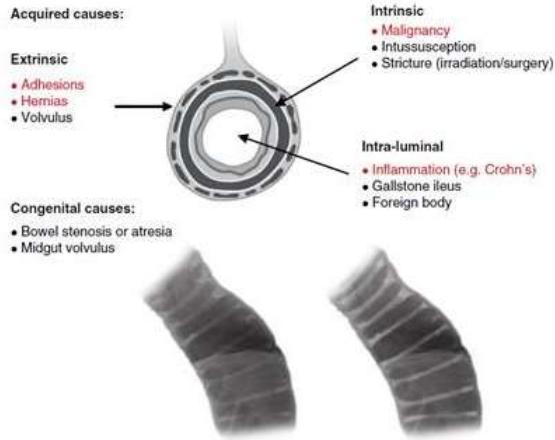
Intra-luminal

- Inflammation (e.g. Crohn's)
- Gallstone ileus
- Foreign body

Congenital causes:

- Bowel stenosis or atresia
- Midgut volvulus





Bất kì nguyên nhân gây chít hẹp nào của các cấu trúc dạng ống trong cơ thể (đường mật, niệu quản, mạch máu, ruột...) đều có thể chia thành 4 nhóm nguyên nhân, một cách tượng hình, minh họa so sánh các cấu trúc đó với cái...ống hút! Cụ thể:

- Nguyên nhân nội tai: đối với ống hút là do qui cách nhà sản xuất, dạng uốn lượn, răng cưa... Đối với ruột có thể do teo hẹp bẩm sinh, xoắn do ruột xoay bất toàn bẩm sinh.

- Nguyên nhân do chèn ép từ bên ngoài: đối với ống hút có thể do bị gấp, do bị...cắn. Đối với ruột có thể do dây dinh, do thoát vị bất ngang qua và siết chật đoạn ruột, kiểu như mình gấp đôi ống hút.

- Nguyên nhân xuất phát từ trên thành: đối với ống hút là do lồi tạo các gờ trên thành do lồi sản xuất gây hẹp. Đối với ruột thường do u bướu, lồng ruột...

- Nguyên nhân do trong lòng ống: đối với ống hút có thể do...hạt trân châu, hạt é khi hút trả sữa gây tắc! Đối với ruột có thể do viêm nhiễm, do sỏi mật hay do các dị vật trong lòng ruột.

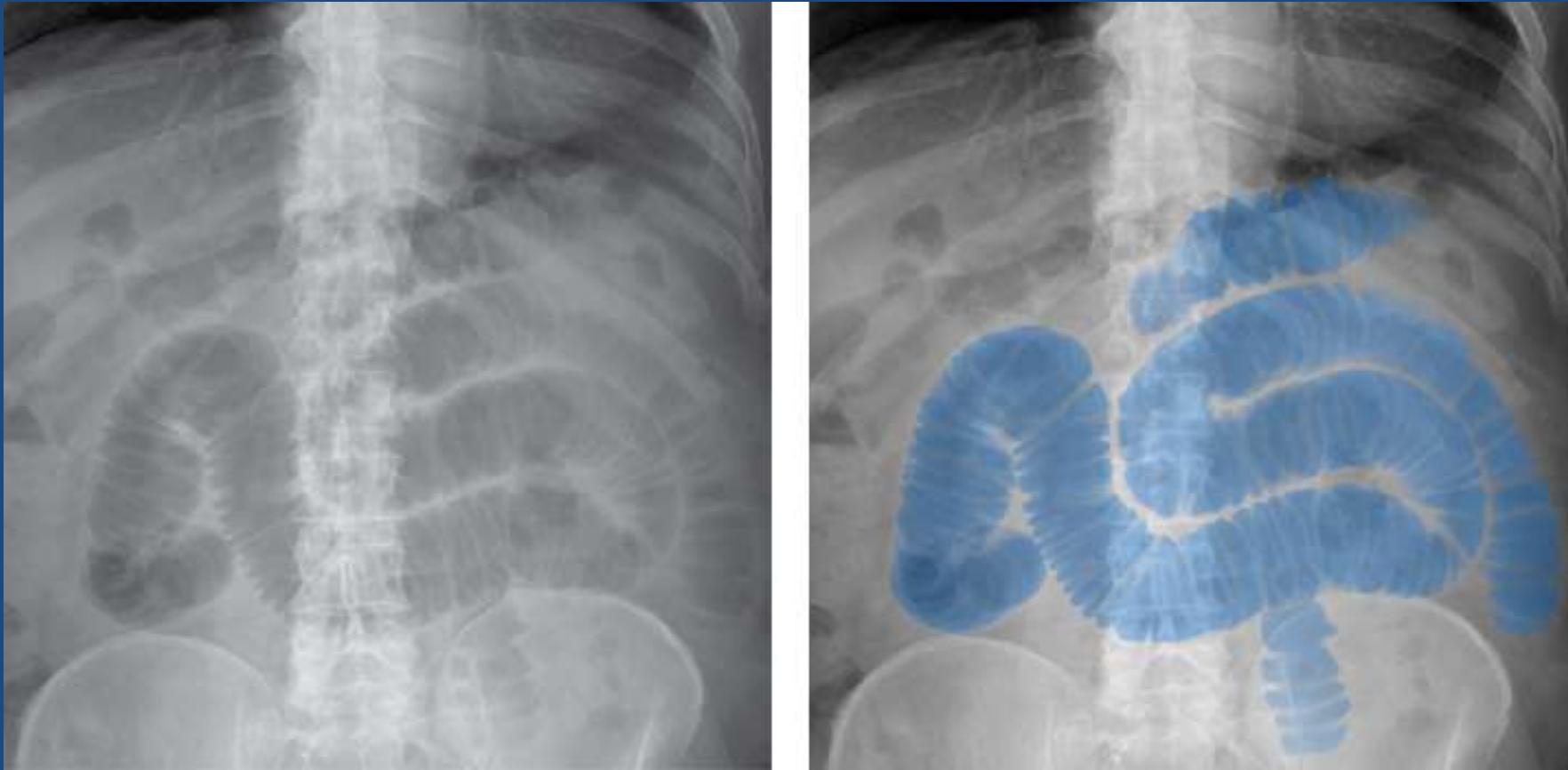
Trong đó 4 nguyên nhân thường gặp nhất gây tắc ruột cơ học được tô màu đỏ trong hình: do dây dinh, do thoát vị, do u bướu và do viêm nhiễm. Ngoài ra cần phân biệt nhóm nguyên nhân gây tắc ruột cơ năng, còn gọi là liệt ruột, thường gặp sau mổ hoặc gấp trong tình trạng viêm phúc mạc, khu trú hay toàn thể.

Dù bất luận là nguyên nhân gì, tắc ruột cơ học hay cơ năng, hình ảnh X quang bụng chỉ cho thông tin về hậu quả của tắc, tức là chỉ cho thấy tình trạng giãn nở của đoạn ruột phía thượng lưu. Các hình



Viết bình luận...





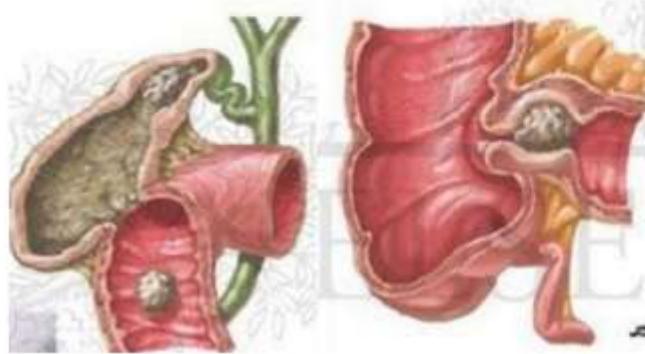
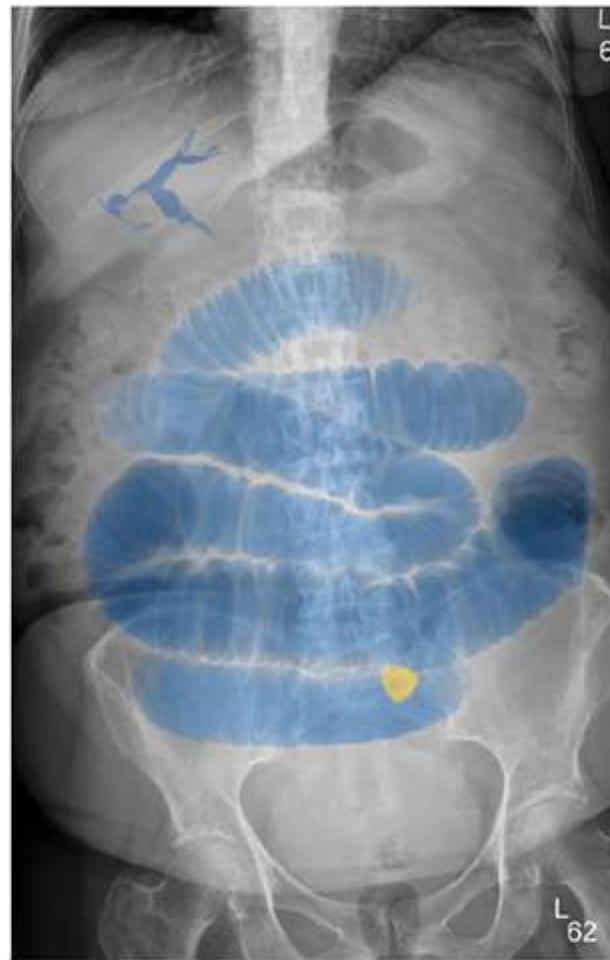
Mechanical obstruction and ileus appear **identical**, and in most cases the underlying cause cannot be determined on an abdominal X-ray. Radiological signs to look for include the following:

- **Dilation >3 cm:** The small bowel is dilated if it measures over 3 cm in diameter. Note: *The height of an adult vertebral body is approximately 4cm. You can use this as a quick comparison to estimate the diameter of the bowel.*
- **Central location:** The dilated loops are more likely to be centrally located on the abdominal radiograph. Note: *Large bowel tends to be peripherally located.*
- **Valvulae conniventes:** These are the mucosal folds of the small intestine. They are thin, closely spaced and classically seen as a continuous thin line across the entire width of the bowel.

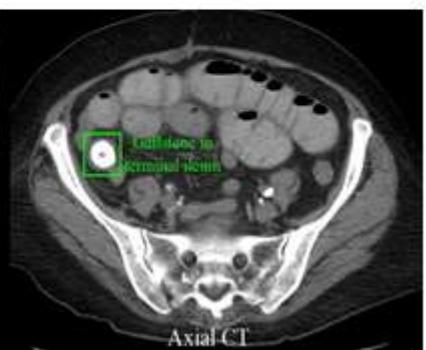








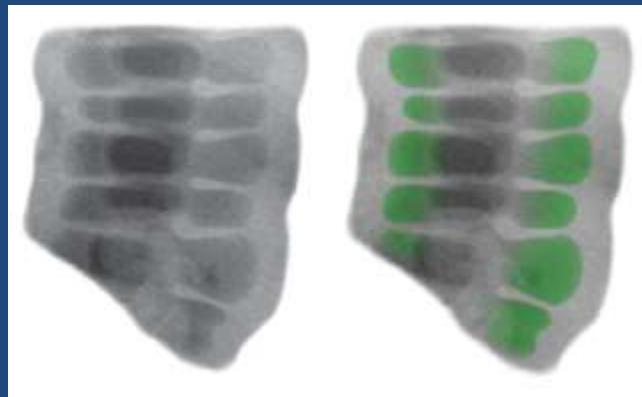
Coronal CT



Axial CT

Causes of large bowel obstruction include the following:

- **Malignancy** (colorectal carcinoma is the most common cause of large bowel obstruction in adults)
- **Diverticular stricture**
- **Faecal impaction** (most common cause in immobile elderly persons)
- **Volvulus** (please see pages 37–38 for examples)



Radiographic appearances:

- **Dilation >5.5cm:** The large bowel is dilated if it measures over 5.5 cm in diameter. The caecum is allowed to reach 9cm before being called dilated.
- **Circumferential location:** The dilated loops are more likely to be peripherally located on the abdominal radiograph, surrounding the small bowel. The exception to this is that the transverse colon often loops down towards the pelvis and can cross the centre of the radiograph.
- **Haustra:** These are the small pouches in the wall of the large intestine. The taenia coli (ribbons of smooth muscle which run along the length of the colon) are shorter than the colon itself, therefore the colon becomes sacculated between the taenia coli forming the haustra. The lines between the haustra are called **hastral folds** and typically do not cross the entire width of the bowel (unlike valvulae conniventes).

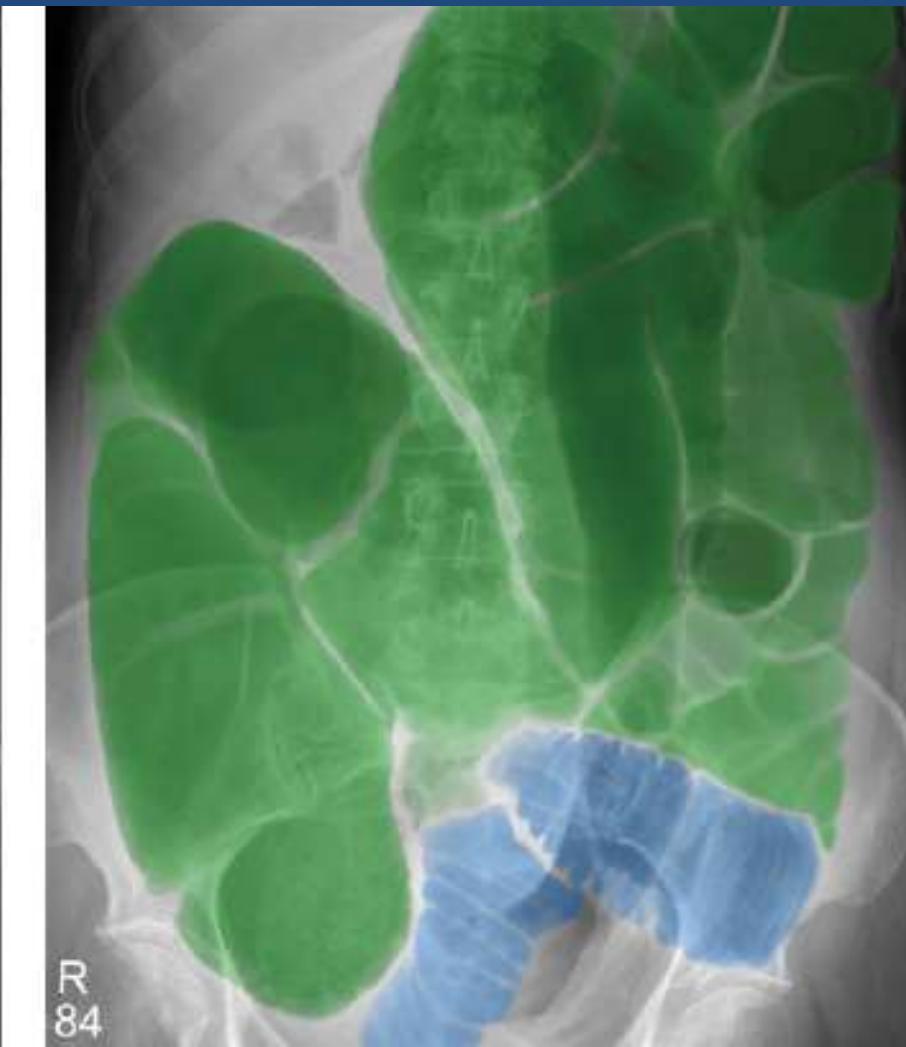
Comparison of small and large bowel X-ray appearances

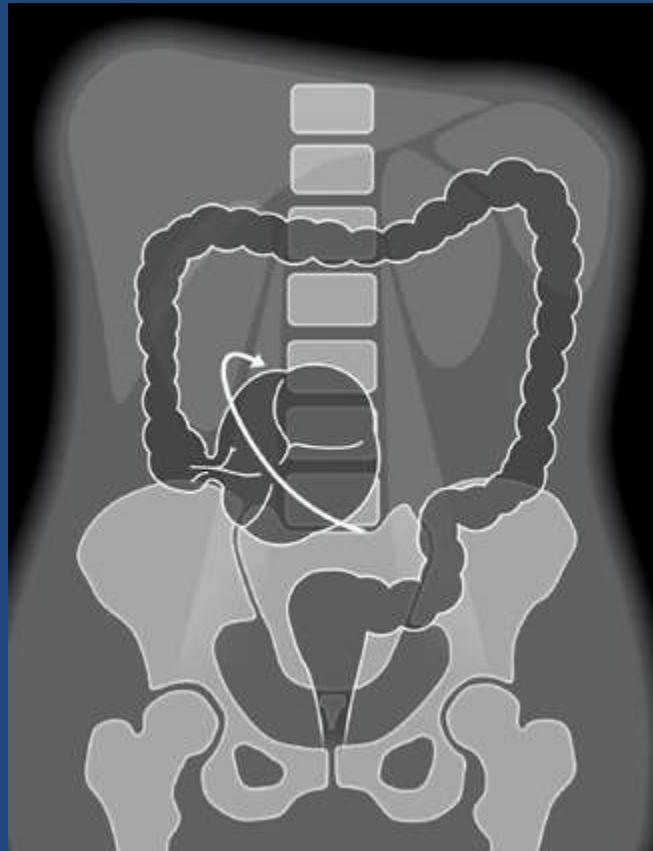
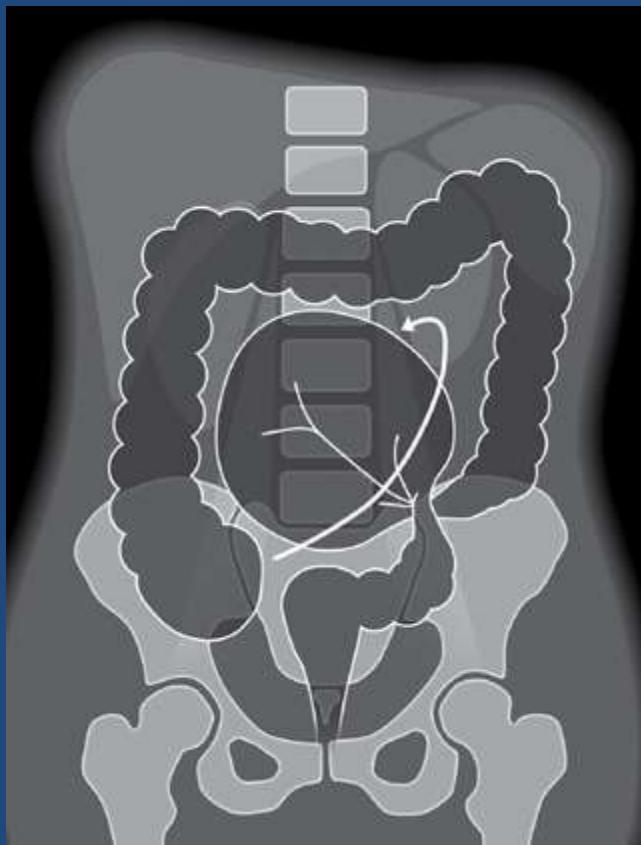
	Dilated small bowel	Dilated large bowel
Size	>3cm (does not get larger than ~4cm)	>5.5cm >9cm for the caecum
Position	Central	Circumferential/ peripheral location
Mucosal/wall pattern	Valvulae conniventes <i>(thin/closely spaced/cross the entire width of the bowel)</i>	Haustral folds <i>(thick/widely spaced/do not cross the entire width of the bowel)</i>





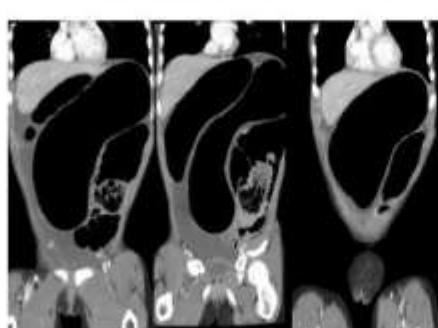
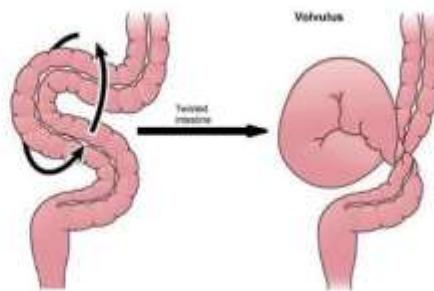
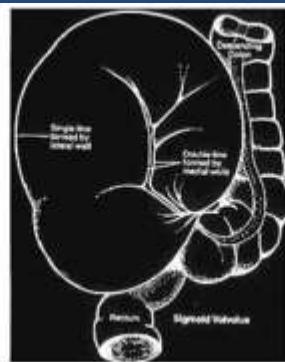
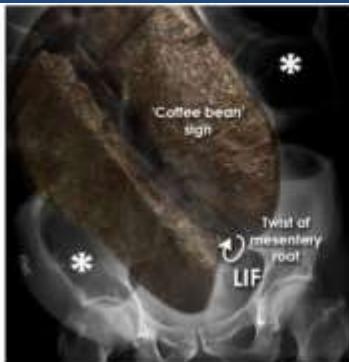












Ho Hoang Phuong

7 Tháng 8 2016

Dấu hiệu Hạt cà phê - Coffee Bean Sign.

Đây là dấu hiệu thấy được trên phim X quang bụng, thường gặp nhất trong xoắn đại tràng sigma.

Dấu hiệu hạt cà phê được xác định trên hình chụp bụng là một vùng thau quang có hình dạng giống hạt cà phê. Khi đại tràng sigma bị tắc đang quai kín, hơi trong đại tràng căng phồng gây ép thành hai quai ruột tạo dạng khe nứt như ở hạt cà phê, trong lúc thành bên của quai ruột giãn tạo thành bờ hạt cà phê. Xoắn ở đại tràng sigma có thể chiếm chỗ vùng chậu hoặc toàn bộ ổ bụng. Định của nó thường vượt qua đốt sống T10 và nằm bên trái hoặc phải đường giữa.

Đây là dấu hiệu có thể dễ dàng nhận biết trong 80% trường hợp của xoắn đại tràng sigma, và thường thấy rõ dấu hiệu này trên X quang dễ hơn CT, do đó có thể thấy được hình ảnh hạt cà phê ngay trên hình Scout view (còn gọi là hình định vị) của CT trước khi xem xét thêm các tính chất khác của tổn thương (hình hàng cuối).

Pt1: ngoài xoắn sigma còn có thể gặp dấu hiệu này trong xoắn mảnh tràng (hình cuối) hoặc tắc ruột quai kín.

Pt2: nếu không thích và không hiểu dấu hiệu "hạt cà phê" thì có nhìn tạm dấu hiệu "khối cà phê" cũng được (hình giữa), biết đâu sẽ... phê hơn! 😊 — đang cảm thấy thư giãn

Gắn thẻ ảnh Thêm địa điểm Chỉnh sửa

Thích Bình luận Chia sẻ



Viết bình luận...











Bowel wall inflammation can occur anywhere along the bowel, but is most commonly seen in the **large bowel**. Inflammation of the large bowel is termed **colitis**.

Main causes of colitis:

- **Inflammatory bowel disease** (e.g. ulcerative colitis or Crohn's disease)
- **Ischaemic bowel**
- **Infection** (e.g. pseudomembranous colitis from *Clostridium difficile*)





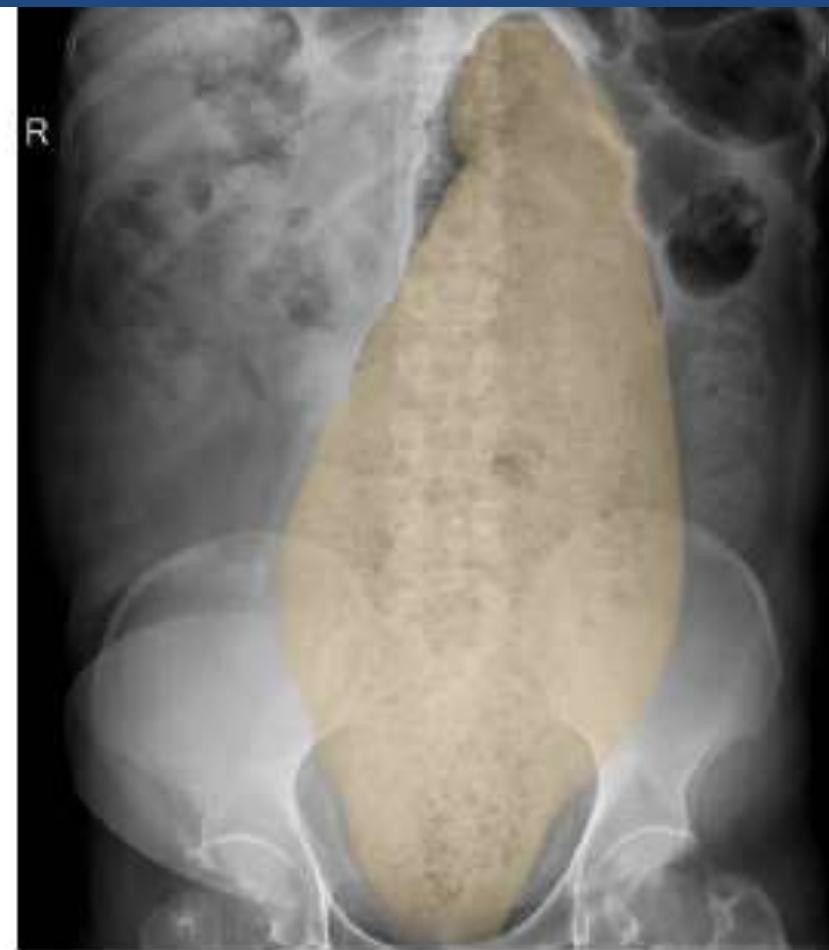




RIGHT 33



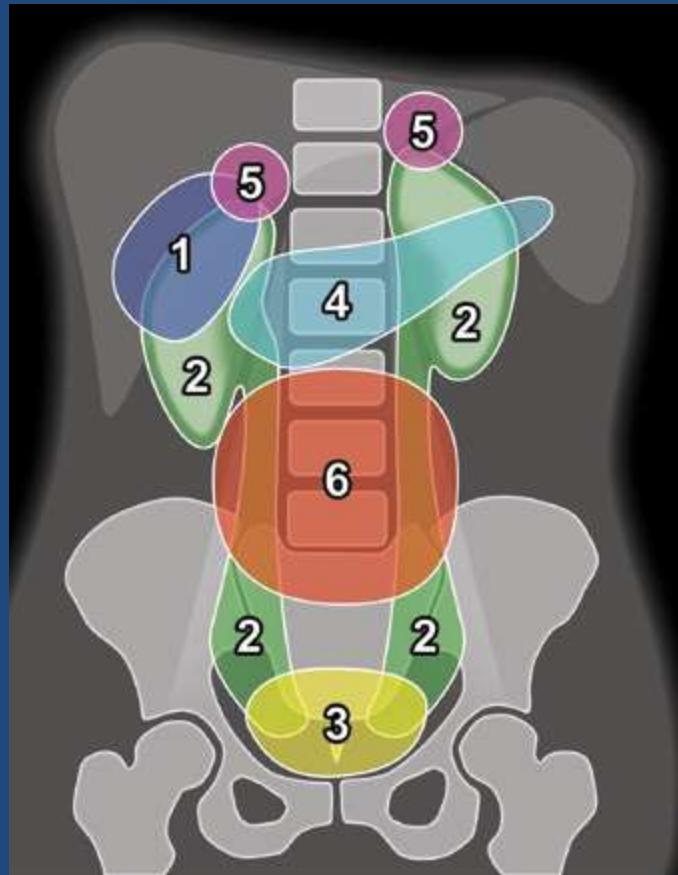
RIGHT 33





How to look?

1. Look at the right upper quadrant for **calcified gallstones** (blue).
 2. Look over the course of the kidneys and ureters for **renal stones** (green) and look specifically in the region of both kidneys for a **staghorn calculus** or **nephrocalcinosis** (light green).
 3. Look at the suprapubic region for **bladder stones** (yellow).
 4. Look at the upper central abdomen for **pancreatic calcification** (light blue).
 5. Look in the regions of the upper poles of both kidneys for **adrenal calcification** (pink).
 6. Look at the umbilical region for **abdominal aortic aneurysm (AAA) calcification** (red).
- In a female patient, look for a **foetus** ('skeleton with the abdomen' appearance).







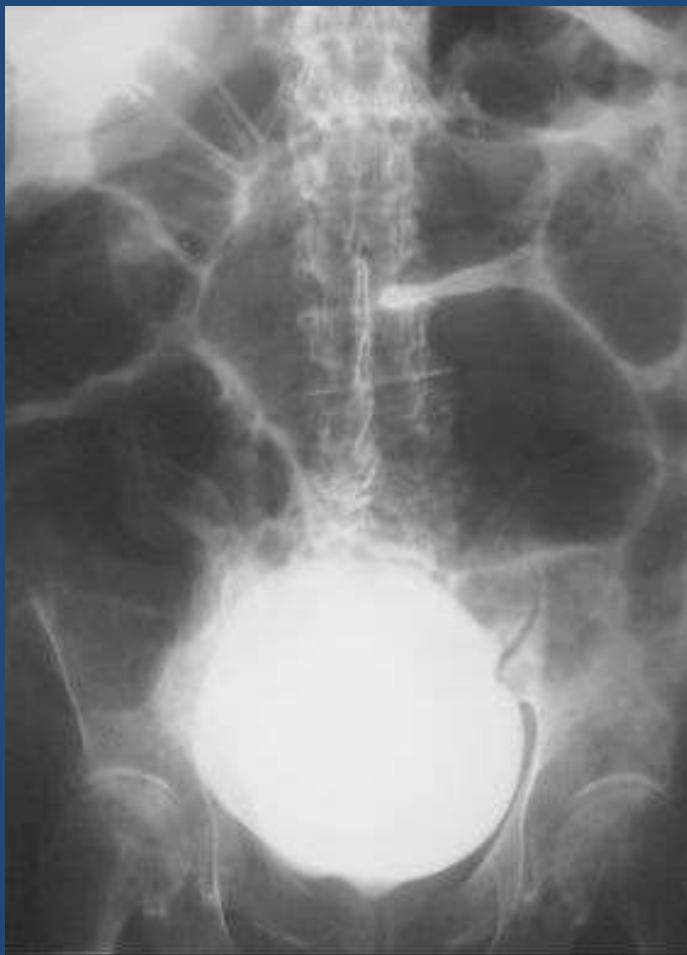


























D is for Disability (bones and solid organs)

- Look at the bony skeleton for fractures and sclerotic/lytic bone lesions
- Look at the spine for vertebral body height, alignment, pedicles and a 'bamboo spine'
- Look for solid organ enlargement

How to look?

- Look at the bony pelvis for a **fracture** (#). If a fracture is seen, use the **3 Polo rings test** to look for a second fracture (or disruption of the pubic symphysis or sacroiliac joints).
- Look for a **sclerotic** (increased density) or **lucent** (reduced density) bone lesion.
- Look at the spine for loss of **vertebral body height**, loss of visualisation of a **pedicle**, loss of normal **alignment** (e.g. scoliosis) and **bamboo spine** (ankylosing spondylitis).
- Look over the whole radiograph for any evidence of **solid organ enlargement**.















Hồ Hoàng Phương

7 Tháng 8 2016 ·

Ca mới gặp sáng nay: Bệnh nhân nữ, 25 tuổi, đến khám vì than phiền không hiểu tại sao từ trước và cả ngay trong Tết ăn ít mà cứ thấy bụng càng ngày càng to, thỉnh thoảng có ợ hơi, buồn nôn, ngoài ra không thấy đau đớn hay khó chịu gì khác, trước giờ cũng chẳng "thèm" đi khám ở đâu vì không có thời gian và nghĩ vì mình còn trẻ nên chắc không có gì!

CĐHA cho kết quả khối u nang buồng trứng P rất to, chiếm hết cả ổ bụng, kích thước # 25 x 20 cm, chèn ép hệ niệu phải và dồn đẩy các cơ quan khác ra rìa.

Kết luận:

- Tâm quan trọng của khám sức khoẻ định kì, cái này siêu âm "quét" sơ qua là đủ thấy ngay từ khi u nang còn nhỏ.
- Phụ nữ quả là có sức chịu đựng phi thường! 😊 — đang 😱 cảm thấy bối rối.

Gắn thẻ ảnh Thêm địa điểm Chỉnh sửa

Thích Bình luận Chia sẻ

Bạn, Le Tieu My, Nguyễn Hoài và 403 người khác

24 lượt chia sẻ

33 bình luận

Xem thêm 27 bình luận khác

Hồ Hoàng Phương Phụ nữ phi thường! 😊
Thích · Trả lời · 1 · 17 Tháng 2 lúc 0:38

Trịnh Kim Huệ Kết quả GPB case này sao

Viết bình luận...





E is for Everything else

- Look for evidence of previous surgery and other medical devices
- Look for foreign bodies
- Look at the lung bases

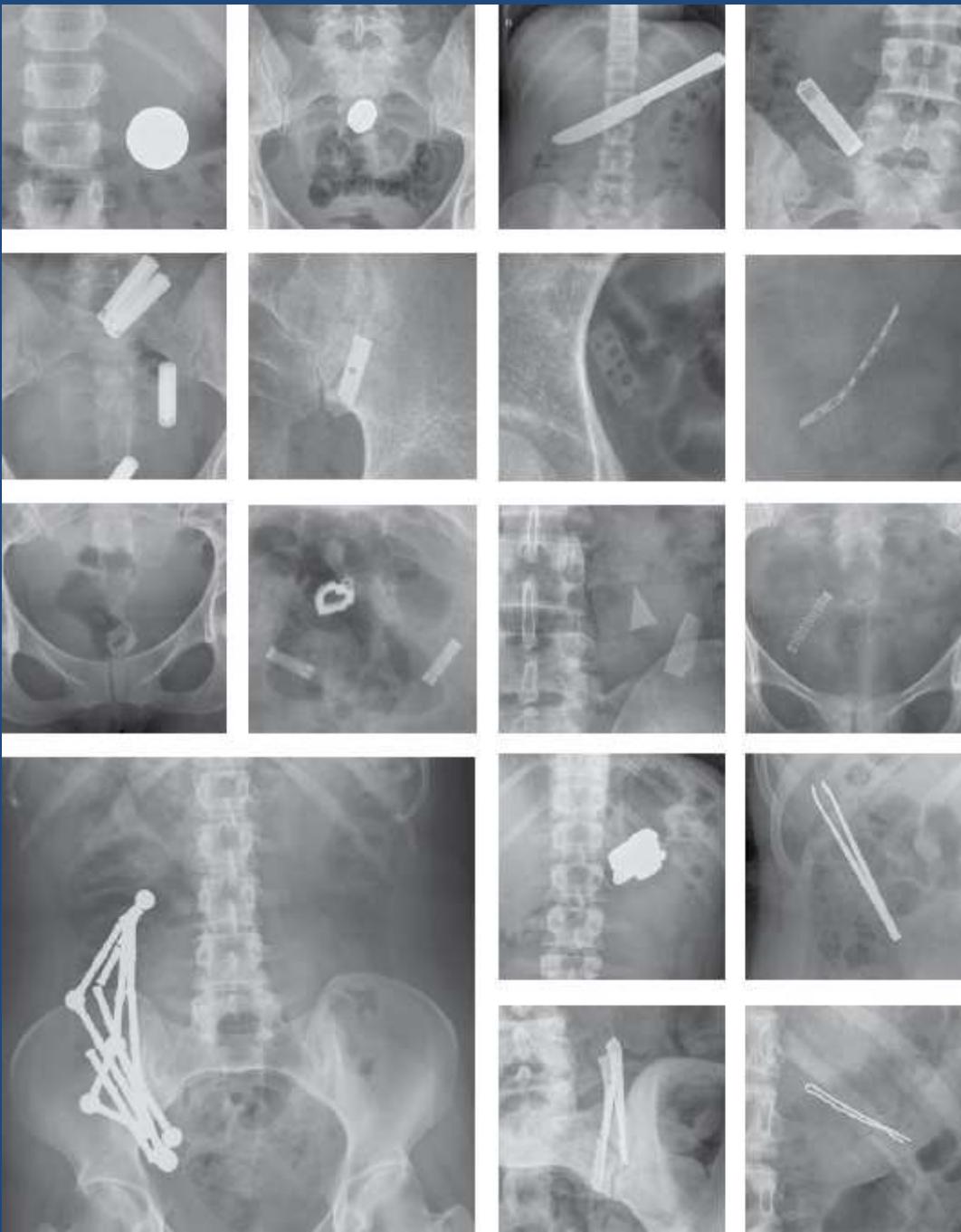
How to look?

- Look at the whole radiograph for any evidence of previous surgery such as **surgical staples, clips, hernia clips or bowel anastomoses**.
- Look for any **catheters, drains, stents** or other **tubing** (e.g. gastric band or gastrostomy feeding tube).
- Look in the pelvis for an **intra-uterine device (IUD)** or pessary.
- Look carefully for any **foreign bodies**.
- Look at the **lung bases** for lung metastasis or other lung pathology.







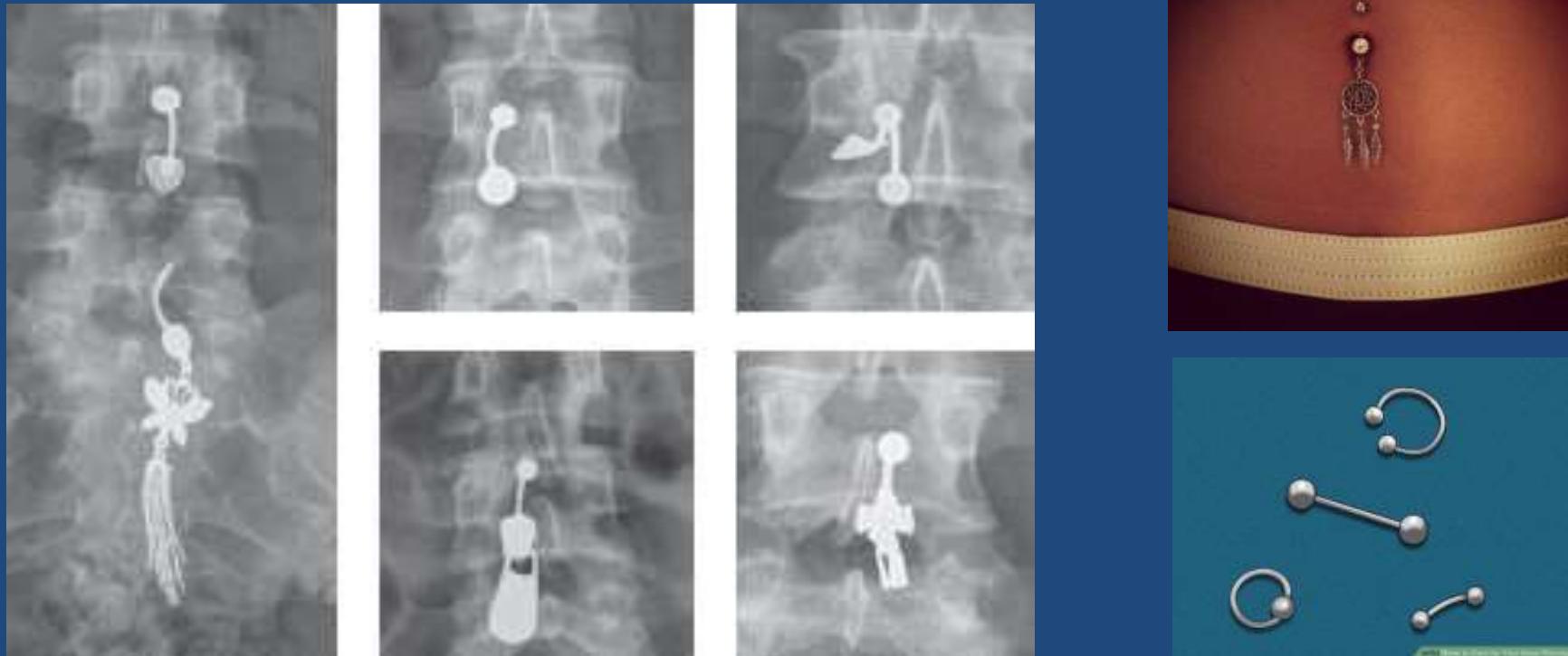


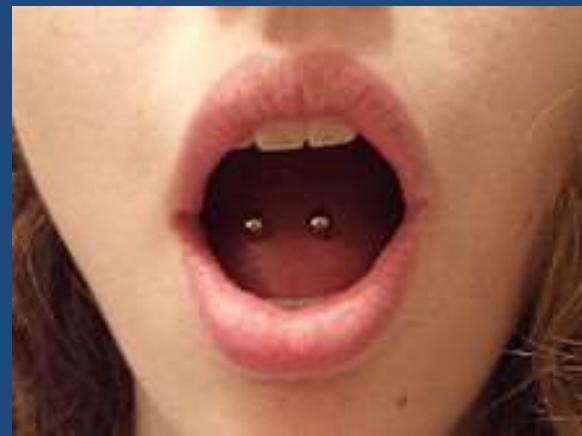








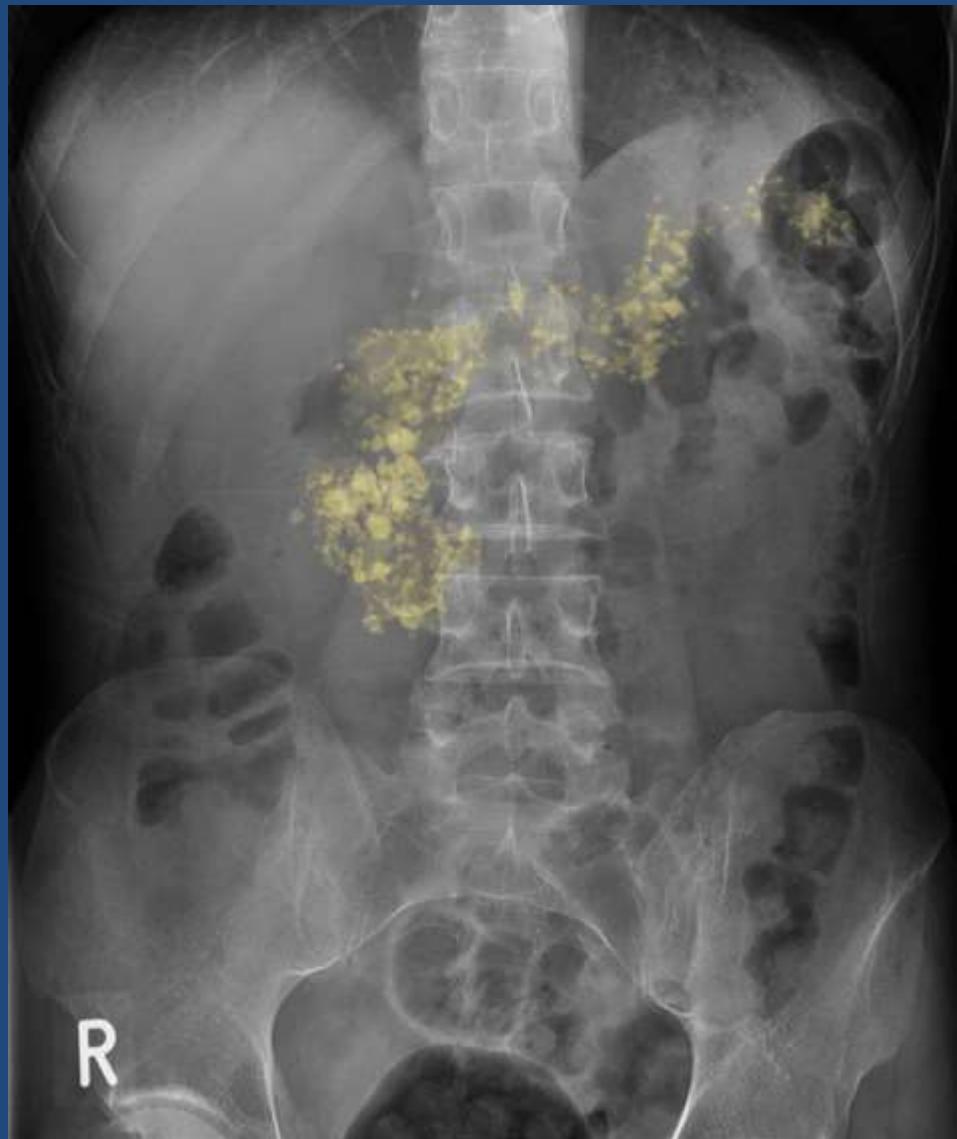






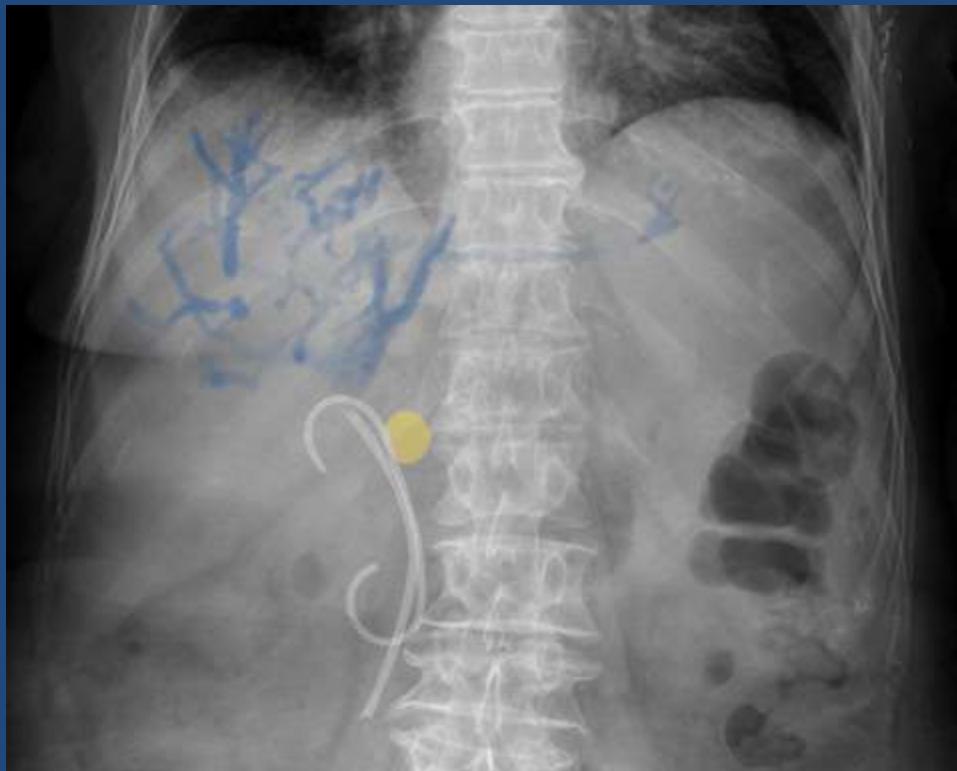






- a) "This is a supine AP abdominal radiograph of Mr CF. The radiograph is anonymised and therefore the date of the examination is unknown." "The hemi-diaphragms are included on this radiograph, however the pubic symphysis is not visualised. Ideally I would like to see the pubic symphysis."
- A:** "There is no evidence of free gas."
- B:** "The bowel gas pattern is within normal limits."
- C:** "There are multiple irregular foci of calcification (marked in yellow) projected over the midline in the mid-abdomen in the rough shape of the pancreas."
- D:** "There is no fracture or bony abnormality."
- E:** "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing pancreatic calcification."
- b) Chronic calcific pancreatitis.
- c) The most likely underlying cause for chronic pancreatitis is alcohol abuse.



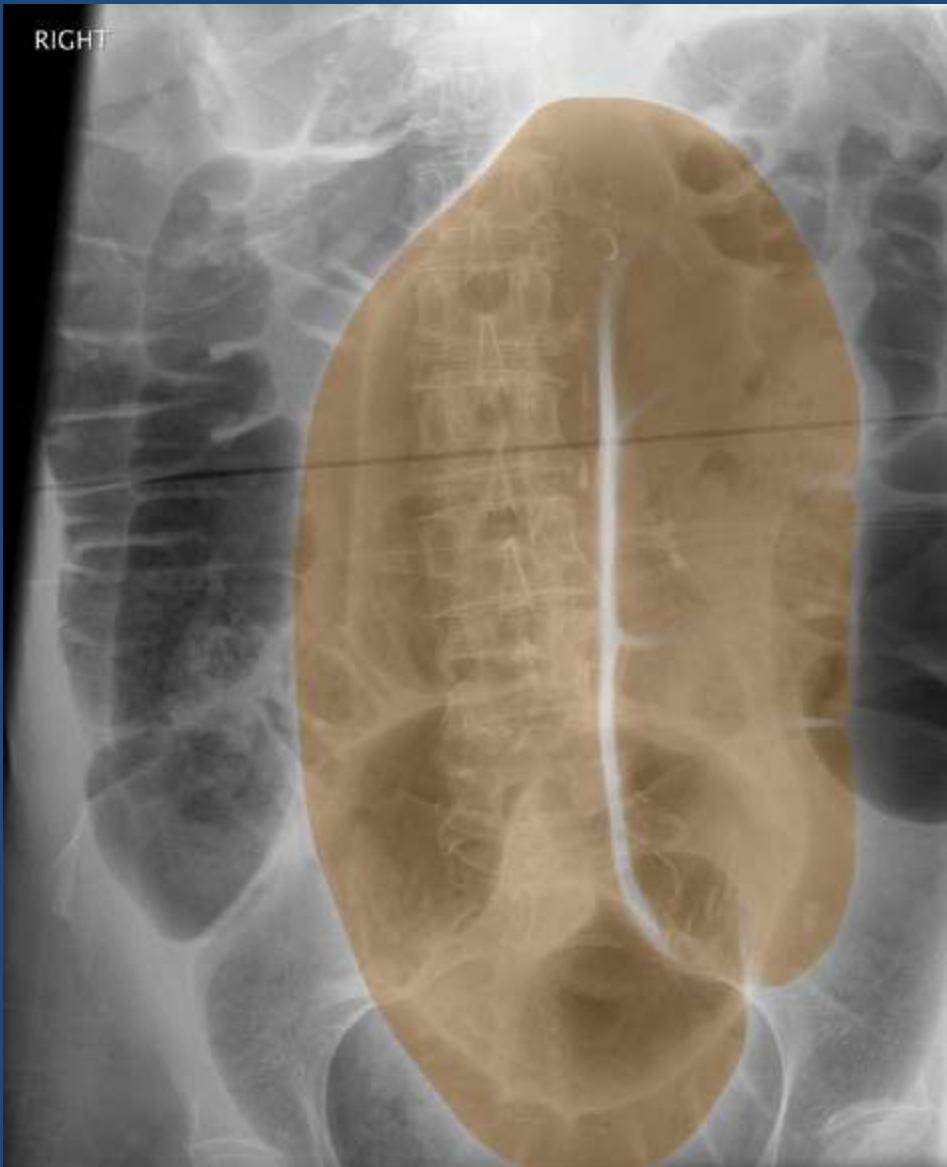


- A:** "There are branching dark lines projected over the liver (marked in dark blue), larger and more prominent towards the hilum of the liver."
- B:** "The bowel gas pattern is within normal limits."
- C:** "There is a rounded calcific density projected over the right upper quadrant (marked in yellow). Given the location this is likely to represent a calcified gallstone."
- D:** "There is a wedge fracture of L3."
- E:** "There are two short stents projected to the right of the midline in keeping with biliary stents."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing gas within the biliary tree (pneumobilia), a calcified gallstone, two biliary stents in situ and a wedge fracture of L3."

RIGHT



RIGHT



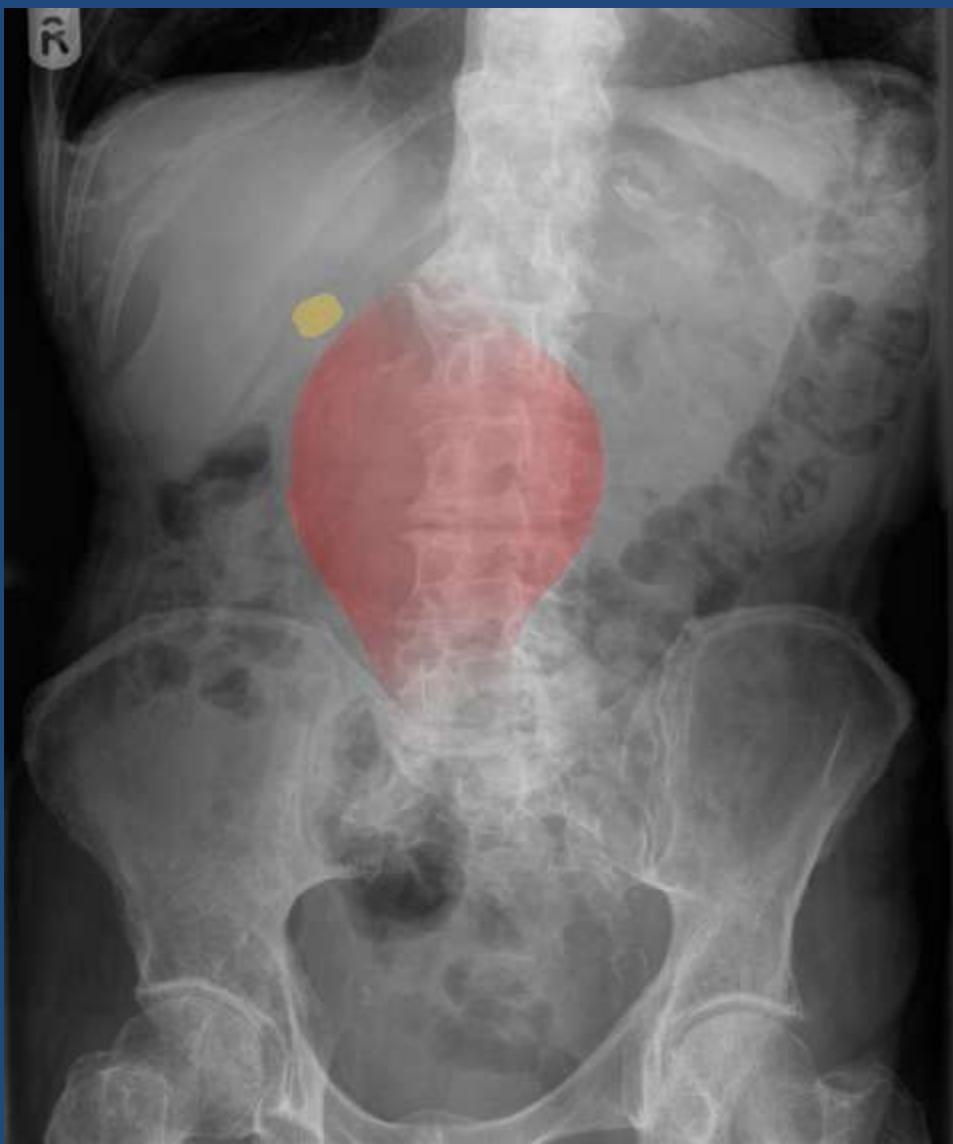
- A:** "There is no evidence of free gas."
 - B:** "There is a 'coffee bean' shaped loop of distended bowel crossing the midline and extending to the right upper quadrant (marked in brown). There is a general lack of haustra within this loop. Further distended loops of bowel are noted in a peripheral location with haustra seen within."
 - C:** "There is no abnormal calcification."
 - D:** "There is no fracture or bony abnormality."
 - E:** "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing a sigmoid volvulus with distension of the ascending, transverse and descending colon."





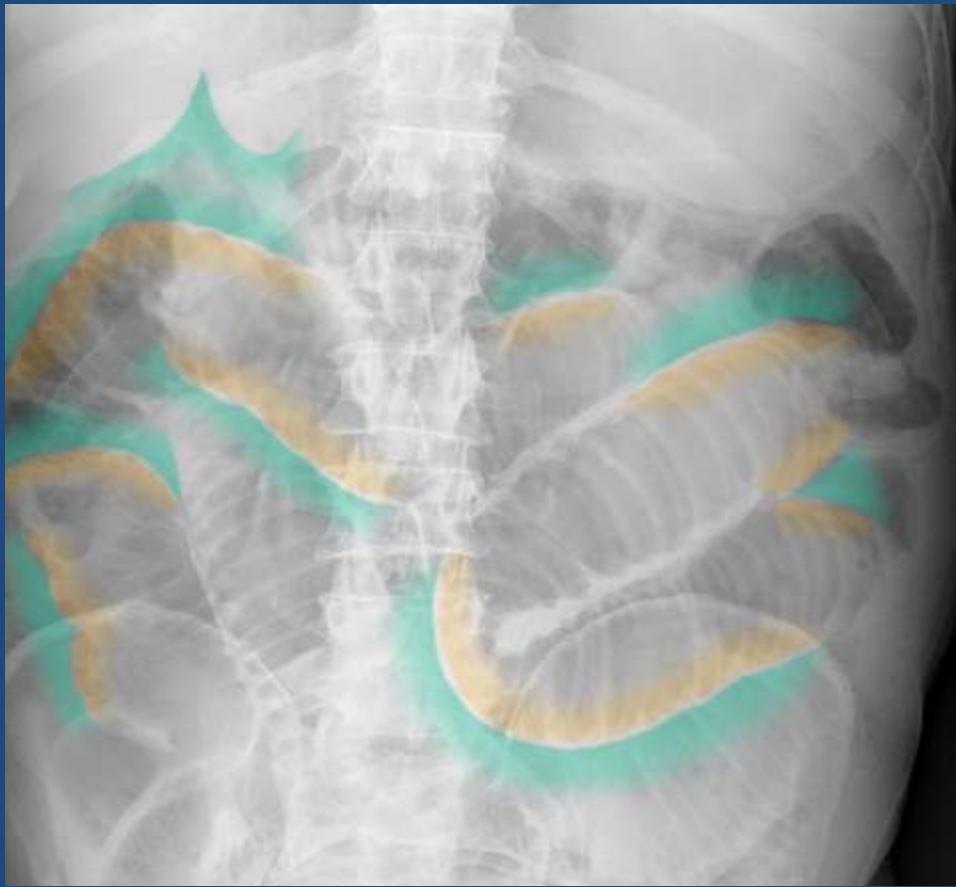
- A: "There is no evidence of free gas."
 - B: "There is a loop of gas filled bowel (marked in green) projected over the left groin area below and lateral to the left obturator foramen and below the level of the inguinal ligament (marked in grey)."
 - C: "There is no abnormal calcification."
 - D: "There is no fracture or bony abnormality."
 - E: "There is a urinary catheter in situ."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing a left groin hernia and urinary catheter in situ."





- A:** "There is no evidence of free gas."
- B:** "The bowel gas pattern is within normal limits."
- C:** "There is a large dilated vascular structure in the midline with wall calcification seen (marked in red). It measures over 3cm in diameter. There is also a well defined calcified opacity with a polygonal shape projected over the right upper quadrant in the region of the gallbladder (marked in yellow). A further area of linear calcification is seen projected over the left upper quadrant with a tortuous 'Chinese Dragon' like appearance outlining the splenic artery."
- D:** "There is degenerative change in the spine."
- E:** "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- *In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing an abdominal aortic aneurysm (AAA), a calcified gallstone projected over the right upper quadrant and degenerative change in the spine. Incidental splenic artery calcification noted."





- A:** "There is gas outlining both sides of the bowel wall (lumen of bowel marked in brown and free gas marked in turquoise) **in keeping** with Rigler's sign."
- B:** "There are multiple centrally located gas-filled loops of bowel. Valvulae conniventes are seen in many of the loops and they measure >3 cm in diameter **in keeping** with dilated loops of small bowel."
- C:** "There is no abnormal calcification."
- D:** "There is no fracture or bony abnormality."
- E:** "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- "In summary, this is an **abnormal** abdominal radiograph showing a pneumoperitoneum and dilated loops of small bowel."





RIGHT

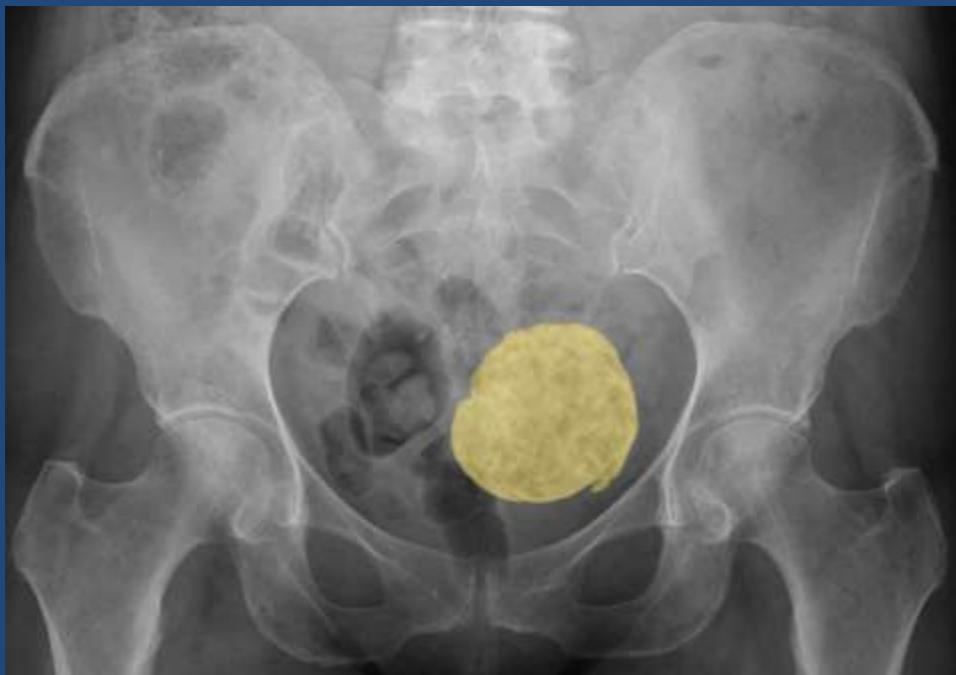
- A:** "There is no evidence of free gas."
 - B:** "The bowel gas pattern is within normal limits."
 - C:** "There is abnormal calcification seen projected over the lower abdomen and pelvis with appearances in keeping with a fetus (marked in yellow). The spine of the fetus is seen to the right of the midline; lower limbs in the centre of the abdomen; upper limbs projected over the sacrum and the fetal skull in the pelvis."
 - D:** "There is no fracture or bony abnormality."
 - E:** "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing a fetus in situ."





- A:** "There is no evidence of free gas."
 - B:** "The descending colon appears featureless with loss of the normal haustra giving a 'lead pipe' appearance (marked in green). There is also thickening of the bowel wall (marked in light green)."
 - C:** "There is no abnormal calcification."
 - D:** "There is no fracture or bony abnormality."
 - E:** "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing bowel wall inflammation of the descending colon with a 'lead pipe' appearance."





- A: "There is no evidence of free gas."
 - B: "The bowel gas pattern is within normal limits."
 - C: "There is a large rounded area of calcification projected over the left pelvis with irregular areas of calcification within (marked in yellow). Appearances are typical of a calcified uterine fibroid."
 - D: "There is no fracture or bony abnormality."
 - E: "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing a large calcified uterine fibroid."

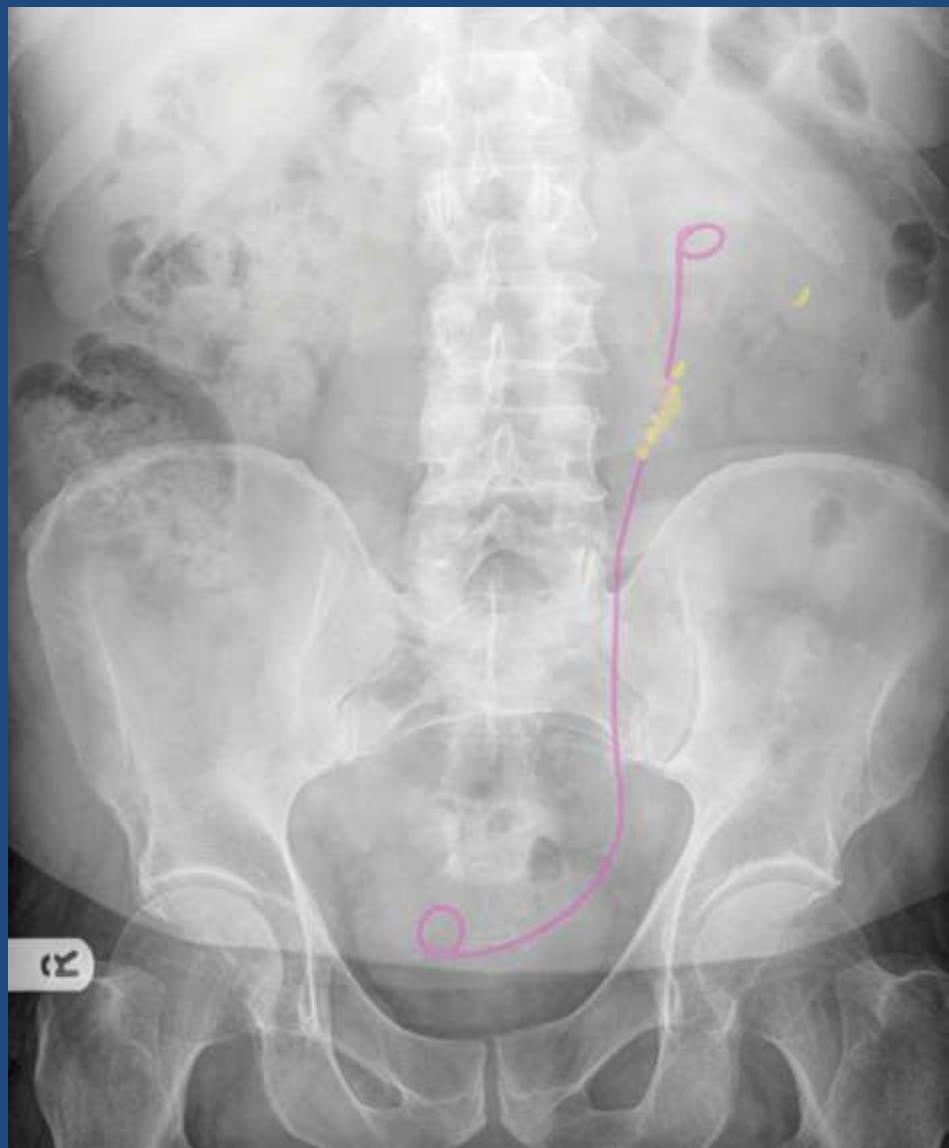


CONTROL



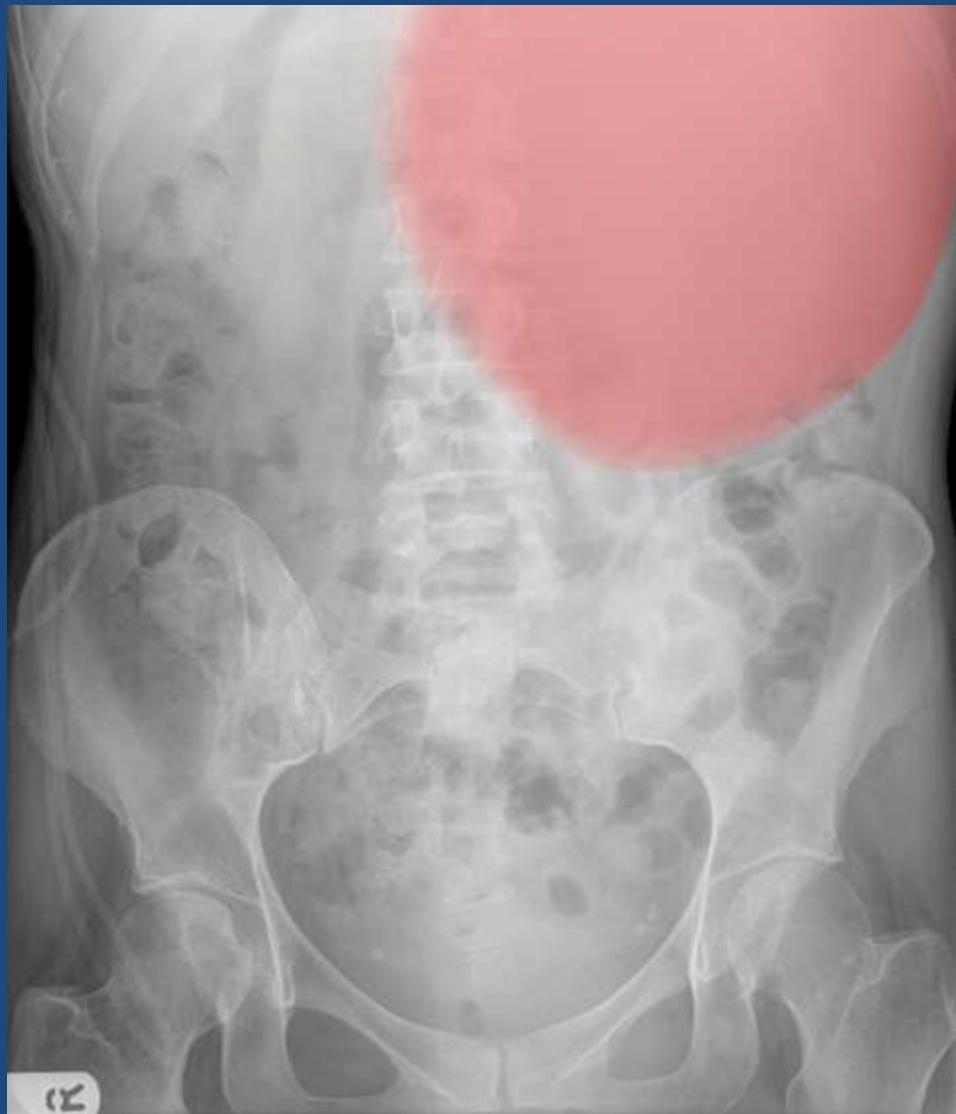
- A: "There is no evidence of free gas."
 - B: "There is a huge volume of faecal material extending from the pelvis to the left upper quadrant in keeping with a huge faecal impaction causing massive distension of the rectum (marked in brown)."
 - C: "There is no abnormal calcification."
 - D: "There is no fracture or bony abnormality."
 - E: "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing a large faecal impaction."





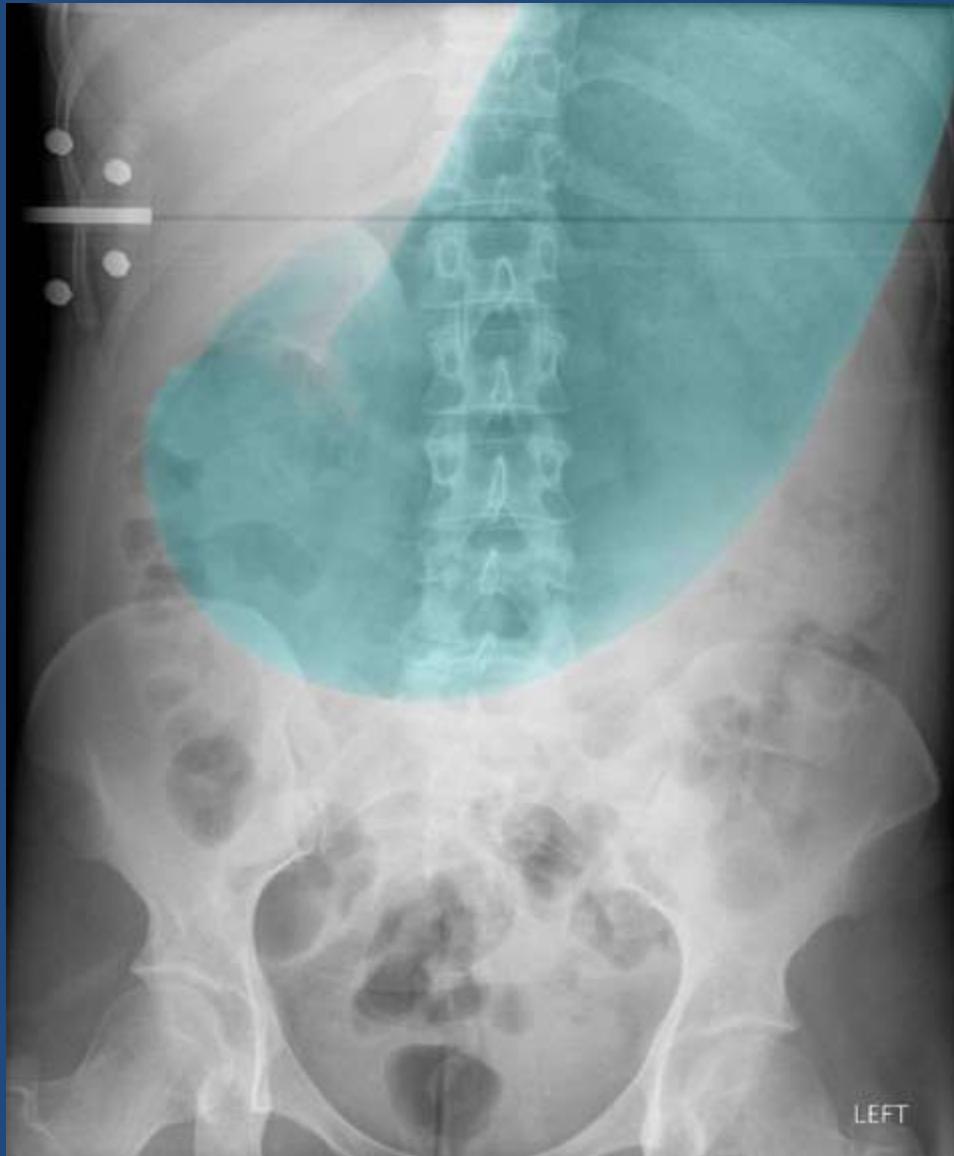
- A: "There is no evidence of free gas."
- B: "The bowel gas pattern is **within** normal limits."
- C: "There are multiple small calcific densities projected to the left of the lumbar spine (marked in yellow). These are most likely in keeping with ureteric calculi as they are projected over the line of the left ureter. The term 'steinstrasse' (literally 'stone street') may be used for this appearance, which is often seen post-lithotripsy. A small calcific density is also projected over the lower pole of the left kidney in keeping with a renal calculus (also marked in yellow)."
- D: "There is no fracture or bony abnormality."
- E: "There is a JJ stent in the left ureter (marked in purple)." "In summary, this is an **abnormal** abdominal radiograph showing multiple left-sided ureteric calculi, a small calculus at the lower pole of the left kidney and JJ stent in the left ureter."



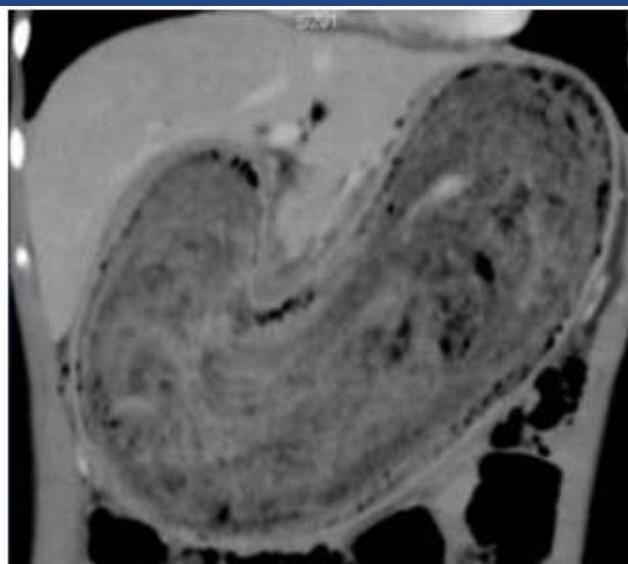


- A: "There is no evidence of free gas."
 - B: "The bowel gas pattern is within normal limits."
 - C: "There is no abnormal calcification."
 - D: "There is a large rounded soft tissue density in the left upper quadrant displacing loops of bowel inferiorly and medially (marked in red)."
 - E: "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body. Some tubing is seen projected at the edge of the radiograph on the right side, likely external to the patient."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing a large soft tissue mass in the left upper quadrant."

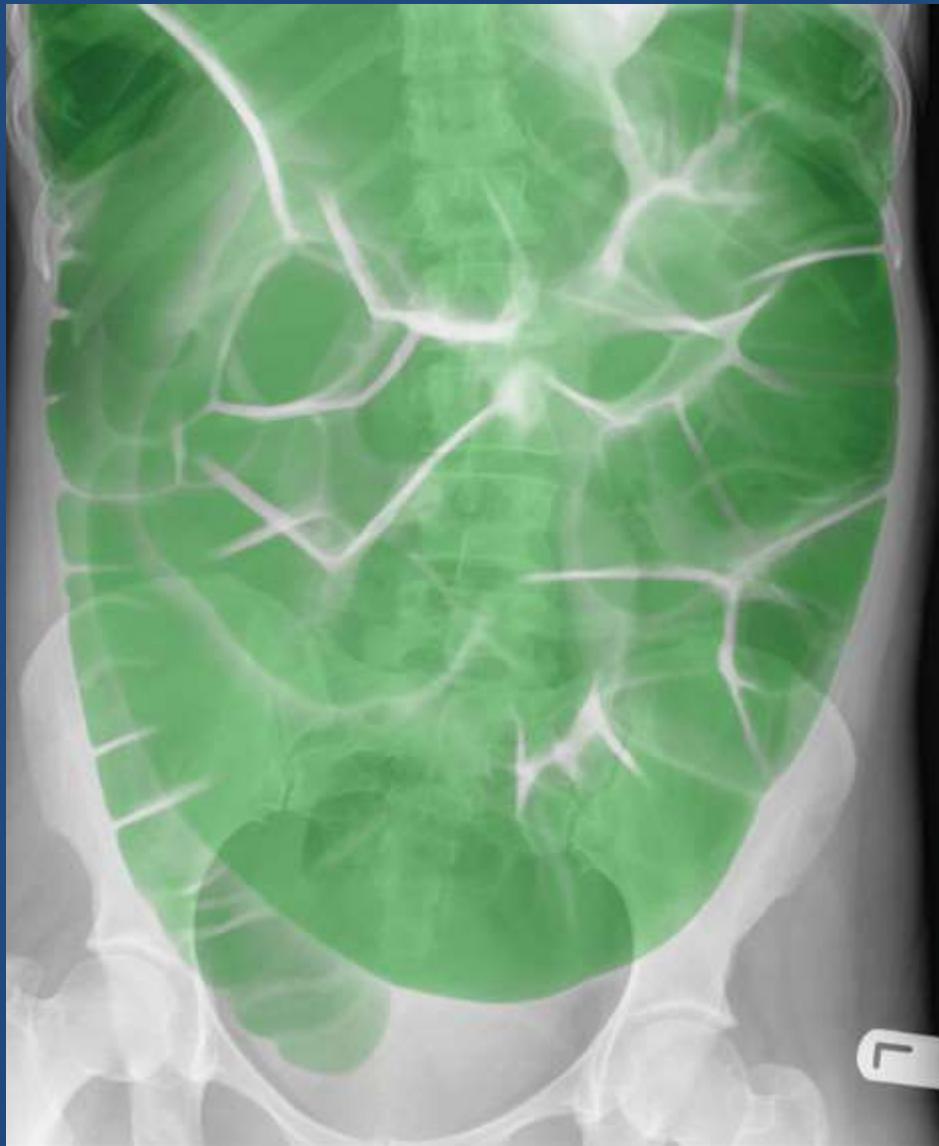




- A: "There is no evidence of free gas."
 - B: "There is a large loop of stomach shaped distended bowel in the upper abdomen (marked in light blue)."
 - C: "There is no abnormal calcification."
 - D: "There is no fracture or bony abnormality."
 - E: "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing a gas filled dilated stomach."





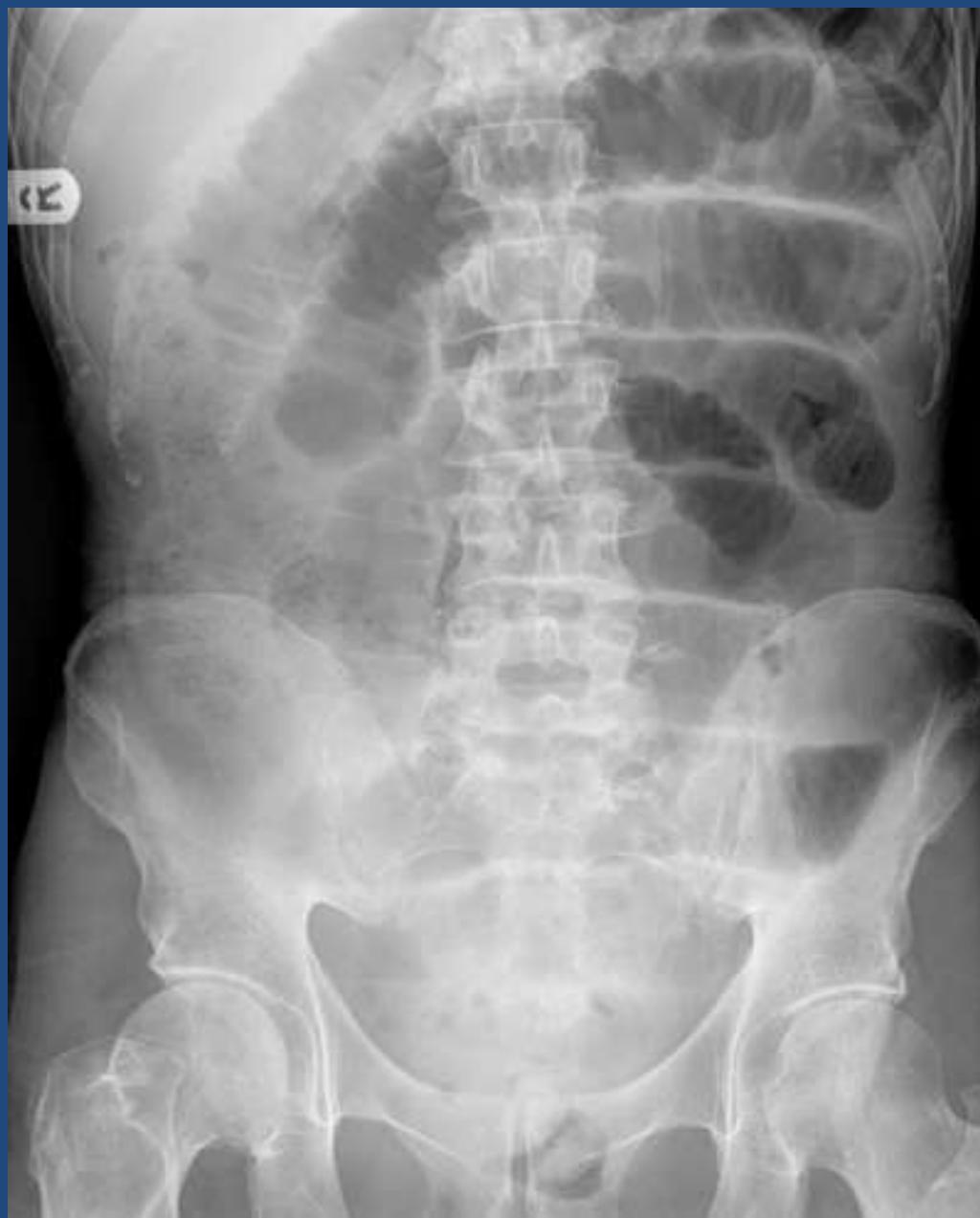


- A:** "There is no evidence of free gas."
 - B:** "There are multiple dilated loops of large bowel measuring over 5.5 cm in diameter with haustra seen within (marked in green)."
 - C:** "There is no abnormal calcification."
 - D:** "There is no fracture or bony abnormality."
 - E:** "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing multiple dilated loops of large bowel."





- A: "There is no evidence of free gas."
 - B: "The bowel gas pattern is within normal limits."
 - C: "There are a few small calcific densities projected to the left and right of the lumbar spine (marked in yellow). The left sided calcific densities are projected over the lower pole of the left kidney and the right sided calcific densities are projected over the mid and lower pole of the right kidney."
 - D: "There is no fracture or bony abnormality."
 - E: "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing bilateral renal calculi."





- A: "There is no evidence of free gas."
- B: "There are multiple centrally located gas-filled loops of bowel (marked in blue). Valvulae conniventes are seen in many of the loops and they measure >3 cm in diameter in keeping with dilated loops of small bowel."
- C: "There is no abnormal calcification."
- D: "There is no fracture or bony abnormality."
- E: "There is no evidence of previous surgery, medical devices or any foreign body."
- "In summary, this is an abnormal abdominal radiograph showing dilated loops of small bowel."



- Bs. Hồ Hoàng Phương
- 0983122377