



PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH PHIM XQUANG NGỰC

TS.BS. **NGUYỄN VĂN THÀNH**

(trích từ sách *Thực hành Xquang ngực. Y học 2021*)

1. Đọc phim là phân tích có phương pháp

Chúng ta gọi là Xquang ngực (tiếng Anh: *chest radiographs*, tiếng Pháp: *radiographie thoracique*) là muốn lưu ý trên phim Xquang ngực có nhiều thông tin của lồng ngực cần được phân tích không chỉ có phổi (như mô mềm, khung xương, màng phổi, trung thất, cơ hoành, tạng dưới cơ hoành). Do vậy không nên sử dụng thuật ngữ Xquang tim - phổi như thói quen thông thường.

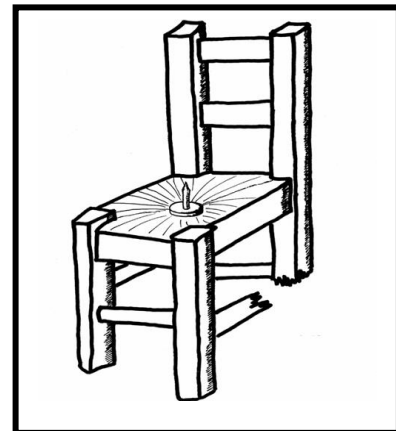
Xquang ngực không chỉ giúp cho chẩn đoán bệnh mà còn giúp cho chẩn đoán biến chứng và chẩn đoán phân biệt. Do đó cần coi Xquang ngực như là một xét nghiệm thường quy trong thực hành bệnh phổi ở bệnh viện.

Xquang ngực là khoa học hình ảnh, khoa học mô tả nên cần hạn chế đến mức tối đa chẩn đoán căn nguyên chỉ bằng phim Xquang ngực (thí dụ như kết luận: lao phổi, ung thư phổi, viêm phổi). Đối với thầy thuốc lâm sàng, để kết luận một phim Xquang ngực cần phải kết hợp hình ảnh Xquang với các thông tin khác về người bệnh như tiền sử, bệnh sử, triệu chứng lâm sàng, triệu chứng cận lâm sàng, diễn biến của các triệu chứng....

Biết tìm gì trên phim, phân tích nó như thế nào và kết luận nó ra sao là một quy trình thể hiện phương pháp làm việc và năng lực

tư duy của một thầy thuốc. Năng lực tư duy tốt chỉ có được khi chúng ta có kiến thức tốt về giải phẫu, sinh lý, bệnh học. Felson. B là một nhà Xquang nổi tiếng nói rằng: “Điều gì mình không biết thì sẽ không nhìn thấy”.

Chúng ta hết sức tránh “đọc phim vô thức”, giống như việc xem đồng hồ, một việc làm hàng ngày khá vô thức. Khi có ai đó hỏi: “Mặt đồng hồ màu gì?, chữ số viết theo kiểu gì?, trên mặt đồng hồ có viết những chữ gì?...”, chúng ta không trả lời được. Khi nói về việc đọc phim một cách vô thức, các thầy thuốc khoa Xquang Viện trường Genève (Thụy Sĩ) đưa ra hình ảnh một chiếc ghế như hình bên dưới làm minh họa.



Chúng ta thường có thói quen chỉ nhìn vào mặt ghế trước khi ngồi xuống ghế và như vậy chúng ta chỉ nhìn thấy cái đinh trên mặt ghế mà không thấy còn hiểm họa khác là có ít nhất một chân ghế đã bị gãy. Do vậy cần phải quan sát toàn diện hình ảnh Xquang ngực trước khi phân tích kỹ tổn thương. Đôi



khi những sai lầm, có thể là nghiêm trọng, có thể tránh được nếu có thói quen quan sát kỹ phim trước khi phân tích tổn thương.

Quy trình đọc phim cần phải bắt đầu bằng việc nhận định chất lượng phim. Các thông tin về tên, tuổi, ngày tháng chụp, ký hiệu trái phải, mã phim cần phải được kiểm tra. Cần phải biết phim chụp ở tư thế nào, tư thế có chuẩn không.

2. Phân tích phim Xquang ngực thường quy

a. Phim thẳng:

Phải đọc phim trên đèn đọc phim và đọc theo quy trình để tránh bỏ sót các hình ảnh bất thường, nhất là các hình ảnh ở khung xương, trung thất, dưới cơ hoành.

- Phân tích độ đậm xuyên của tia (tia cứng hay mềm). Trên người bình thường, độ đậm xuyên trung bình cho phép nhìn thấy các vân phổi cách thành ngực 1-2 cm, thấy được các mạch máu sau bóng tim, thấy được hình mờ của cột sống sau

bóng tim, cột sống chỉ thấy rõ các đốt sống ngực từ D1 đến D4.

- Tư thế chụp thẳng: Hai xương đòn cân xứng qua gai sau cột sống, khe khớp ức - đòn hai bên bằng nhau. Hình mờ khí quản nằm dọc theo gai sau cột sống.
- Phim chụp ở thì hít vào, vòm hoành phải ngang tầm với đầu trước xương sườn thứ 6.
- Phim chụp ở tư thế đứng, bộc lộ lồng ngực tốt: thấy được túi hơi dạ dày, các thành phần như xương bả vai, tóc được đưa ra ngoài trường phổi.
- Quan sát nhanh phần mềm, xương, cột sống về độ dày, tính chất cản tia, bờ, trước khi phân tích vào bên trong.
- Quan sát nhanh màng phổi thành ngực, màng phổi hoành, màng phổi trung thất và các rãnh liên thùy.
- Phân tích hình ảnh trung thất: vị trí khí quản và phế quản gốc, các vân trung thất, bóng tim, động mạch phổi.
- Phân tích mô phổi tuần tự từ trên xuống, so sánh hai bên, quan sát hình ảnh các mạch máu đi ra từ rốn phổi.



Trên đây là hai thí dụ về đọc phim cần có trình tự và so sánh. Trên phim đầu tiên (bên trái), chúng ta sẽ rất dễ bỏ qua hình ảnh tràn



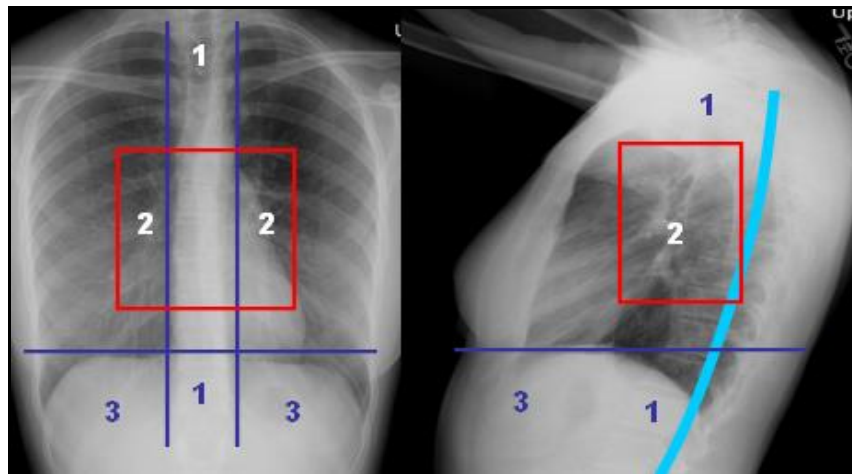
khí dưới da ở vùng đỉnh phổi trái. Nếu phát hiện được dấu hiệu này, sự nghi ngờ tràn khí trung thất sẽ giúp chúng ta phát hiện tiếp

có dấu hiệu cơ hoành liền nét bên trái. Trên phim thứ hai (bên phải) chúng ta dễ dàng kết luận một nốt mờ tròn trong khu vực bóng vú bên phải (mũi tên) là nướm vú. Nhưng nếu nhìn sang bên trái chúng ta không thấy hình ảnh như vậy tương xứng. Do đó hình mờ này không phải là nướm vú. Đây là một trường hợp u hamartoma.

b. Phim nghiêng:

Yêu cầu chụp phim nghiêng được đặt ra khi hình ảnh trên phim thẳng bị lấp sau xương

ức, trung thất hoặc khi chúng ta cần xác định vị trí trước sau và định khu giải phẫu của hình ảnh bất thường. Trên phim nghiêng cần phân tích thêm: Hình ảnh cột sống, hình ảnh vòm hoành nhất là hai góc trước và sau, hình ảnh màng phổi rãnh liên thùy, bóng tim, hình ảnh quai động mạch chủ, nhu mô phổi ở khoảng sáng sau xương ức và sau tim. Hình bên dưới là mô tả các định khu tương ứng trên phim thẳng và trên phim nghiêng.



3. Mô tả bất thường

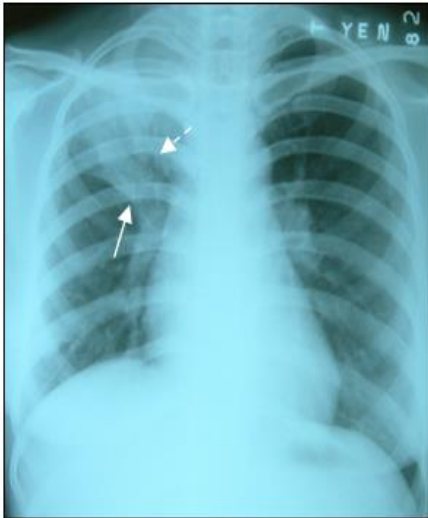
Các bất thường cần được mô tả theo một trình tự, tập hợp của các bất thường theo một trình tự sẽ là một kết luận gợi ý về một dạng bệnh lý. Nhìn chung cần mô tả theo một trình tự gồm các điểm như sau:

- Đặc điểm bất thường là dạng quá sáng hay dạng mờ.
- Vị trí.
- Hình dạng, kích thước, đặc điểm ranh giới.
- Tính chất cản tia (đậm hay nhạt), tính chất đồng nhất (đồng nhất hay không).

- Tính chất ảnh hưởng của hình ảnh bất thường lên các bộ phận lân cận (thành ngực, màng phổi, cơ hoành, trung thất...).
- Khuyh hướng tiến triển theo thời gian, theo cấu trúc giải phẫu.

Cần đặt một hình ảnh bất thường trên Xquang trong mối liên hệ với các triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng và quá trình diễn biến bệnh để kết luận về bản chất của hình ảnh đó.

Sau đây là một số thí dụ về cách thức mô tả bất thường trên phim ngực:



Thí dụ 1: Bệnh nhân nữ 24 tuổi. Khởi bệnh trước nhập viện 3 ngày: sốt, ho đàm đục, đau đầu, nặng ngực. Hội chứng đông đặc nửa trên phổi phải. Ran nổ nửa trên phổi phải.

Xquang ngực thẳng ngày thứ 4 của bệnh: Hình mờ khá đậm, tương đối đồng nhất ở thùy trên phổi phải. Ranh giới dưới rõ (mũi tên liền nét). Có vết sáng chia nhánh đi từ rốn phổi vào bên trong hình mờ (mũi tên không liền nét). Trung thất, cơ hoành, thành ngực không thay đổi vị trí.

Kết luận: Hình mờ dạng thâm nhiễm khu trú thùy trên phổi phải + hình ảnh phế quản hơi: Viêm phổi cấp, dạng thùy viêm.

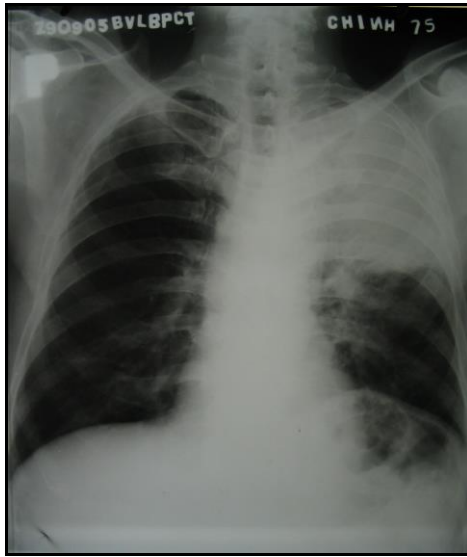


Thí dụ 2: Bệnh nhân nam 78 tuổi. Khởi bệnh trước nhập viện 7 ngày: sốt, ho đàm đục.

Khám: Ran nổ và ran ẩm to nhỏ hạt đáy phổi phải. Tiền sử ho khạc đàm liên tục từ 5 năm trước. Khó thở khi đi bộ trên mặt bằng từ một năm nay.

Xquang ngực thẳng: Lồng ngực biến dạng, căng dẫn. Các khoang sườn dẫn rộng và đường cong cơ hoành dẹt. Mờ không đều, tương đối đậm ở đáy phổi phải. Trong vùng mờ có hình ảnh vân ray và các vòng sáng kích thước 0.3-0.4 cm, bờ dày. Các khoang sườn đáy phổi phải thu hẹp hơn so với bên đối diện.

Kết luận: Viêm mạn tính thùy dưới phổi phải trên nền dẫn phế quản, dẫn phế nang.



Thí dụ 3: Bệnh nhân nam 75 tuổi. Nặng ngực trái, ho khan kéo dài trên hai tháng. Tiền sử hút thuốc >20 năm. Khám: hội chứng đông đặc toàn bộ thùy trên trái.

Xquang ngực thẳng: Mờ đậm, đồng nhất, ranh giới dưới tương đối rõ, chiếm toàn bộ thùy trên trái. Các khoang sườn vùng mờ thu hẹp hơn bên phải, cơ hoành trái ở vị trí cao hơn bình thường.

Kết luận: Khối u lớn thùy trên trái kèm xẹp thùy trên phổi trái (sinh thiết phế quản qua nội soi: Epithelioma).