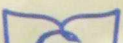


GS. PHẠM GIA CƯỜNG

KHÁM VÀ CHỮA CÁC BỆNH PHỔI



GUYỄN
C LIEU



GS. PHẠM GIA CƯỜNG

KHÁM VÀ CHỮA CÁC BỆNH PHỔI

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI - 2005

Lời nói đầu

Cuốn sách **“Khám và chữa các bệnh phổi”** được viết ra để làm tài liệu học tập cho các bác sĩ chuyên khoa phổi sau đại học, các bác sĩ nội khoa chung và sinh viên Đại học Y khoa.

Các thông tin và tư liệu trong sách đã được cập nhật những thành tựu y học mới và được lựa chọn kỹ để cung cấp những kiến thức cơ bản và tương đối đủ cho việc khám và chữa các bệnh phổi thường gặp.

Tôi xin chân thành cảm ơn GS. Dussert ở Bệnh viện Cochin, Paris đã vui lòng trả lời cho phần *“Hỏi/Đáp về các bệnh phổi”* và các GS.M.J.Ford và A.T.Elder ở Trường Đại học Y khoa Edinburg, Edinburg đã vui lòng cho đáp án của các *“Câu hỏi trắc nghiệm về bệnh phổi”*.

Xin cảm ơn Nhà xuất bản Y học đã tạo điều kiện để sách được sớm ra mắt độc giả.

Chắc chắn cuốn sách còn có nhiều thiếu sót, xin cảm ơn các đồng nghiệp và bạn đọc về mọi ý kiến nhận xét.

GS. THẦY THUỐC NHÂN DÂN

Phạm Gia Cường

Chữ viết tắt dùng trong sách

A-aDO ₂	alveolar - arterial O ₂ difference - hiệu số O ₂ phế nang - mạch máu
ACE	Angiotensin - converting enzyme - men chuyển angiotensin
ACTH	Adrenocorticotrophic hormone - Hormon hướng vỏ thượng thận
ADH	Antidiuretic hormone - hormon chống bài niệu
ALAT	Alanin aminotransferase
ARDS	Acute respiratory distress syndrome - hội chứng suy hô hấp cấp tính
ASAT	Aspartat aminotransferase
CMV	Cytomegalovirrus - virus cự bào
CPAP	Continuous positive airway pressare - áp lực đường thở dương tính liên tục
CT	Computed tomography - chụp cắt lớp vi tính
DLco	Diffusing capacity for CO - khả năng khuếch tán CO
DOTS	Directly observed treatment short course - điều trị ngắn hạn có kiểm soát trực tiếp
ERV	Expiratory reserve volume - thể tích dự trữ thở ra
FEV ₁	Forced expiratory volume in one second - thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên

FiO ₂	Percentage of inspired O ₂ - tỷ lệ O ₂ hít vào
FRC	Functional residual capacity - dung tích cân chức năng
FVC	Forced vital capacity – dung tích sống gắng sức
IRV	Inspiratory reserve volume - thể tích dự trữ thở vào
LDH	Lactat dehydrogenase
MRI	Magnetic resonance imaging - chụp cộng hưởng từ
OT	Old tuberculin – tuberculin cũ
PAO ₂	Partial pressure of alveolar O ₂ - áp lực riêng phần O ₂ trong phế nang
PACO ₂	Partial pressure of alveolar CO ₂ - áp lực riêng phần CO ₂ trong phế nang
PaO ₂	Partial pressure of arterial O ₂ - áp lực riêng phần O ₂ trong máu động mạch
PaCO ₂	Partial pressure of arterial CO ₂ - áp lực riêng phần CO ₂ trong máu động mạch
PAWP	Pulmonary artery wedge pressure - áp lực động mạch phổi khi bịt tắc
PADP	Pulmonary artery diastolic pressure - áp lực tâm trương động mạch phổi
PCR	Polymerase chain reaction - phản ứng chuỗi polymerase
PCWP	Pulmonary capillary wedge presume - áp lực mao mạch phổi
PEEP	Postive end - expiratory pressure - áp lực dương tính cuối thì thở ra
PEF	Peak expiratory flow - lưu lượng đỉnh
PEFR	Peak expiratory flow rate - cung lượng đỉnh
PPD	Purified protein dervivative - dẫn xuất protein tinh khiết

RSV	Respiratory syncitial virus - virus hợp bào hô hấp
RV	Residual volume - thể tích khí cặn
SaO ₂	Saturation of arterial O ₂ - bão hoà O ₂ trong máu động mạch
TLC	Total lung capacity - dung tích toàn phổi
TNF	Tumor necrosis factor - yếu tố hoại tử khối u
TNM	Tumor - nodes - metastasis - u - hạch - di căn
TSH	Thyroid stimulating hormone - hormone kích thích tuyến giáp
TU	Tuberculin unit - đơn vị tuberculin
TV	Tidal volume - thể tích lưu thông
UPPP	Uvulopalatopharyngoplasty - tạo hình lưỡi gà - vòm miệng - họng

Mục lục

<i>Lời nói đầu</i>	3
<i>Chữ viết tắt dùng trong sách</i>	4
1. Mở đầu	11
2. Phổi và hô hấp	13
Phổi	13
Hô hấp	14
Thông khí phổi	14
Trao đổi khí phế nang-mao mạch	15
Vận chuyển khí	15
Điều hoà hô hấp	15
Hô hấp tế bào	17
3. Những yếu tố chẩn đoán bệnh phổi	18
Khám lâm sàng	18
Chẩn đoán hình ảnh	26
Thăm dò chức năng phổi	28
Các phương pháp hình thái học	33
Các xét nghiệm sinh học khác	41
4. Chẩn và chụp X quang phổi	44
Chẩn X quang phổi	44

Đọc phim X quang phổi chuẩn	45
Đọc phim X quang phổi bệnh lý	62
5. Những bệnh phổi thường gặp	91
Áp xe phổi	91
▲ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	93
Bệnh bụi phổi amian	96
★ Giãn phế quản	98
▲ Hen phế quản	100
Hội chứng ngừng thở khi ngủ	104
Hội chứng suy hô hấp cấp	106
Lao kê	110
Lao phổi	116
Nghẽn mạch phổi	125
Phù phổi	129
Bệnh sarcoid	131
Bệnh sốt vệt	135
Tràn dịch màng phổi	137
✱ Tràn khí màng phổi	141
Ung thư phế quản tiên phát	144
Ung thư phổi thứ phát	151
Viêm phế quản cấp tính	152
Viêm phổi do hít	153
Viêm phổi do Mycoplasma	156

Viêm phổi do <i>Pneumocystis carinii</i>	159
Viêm phổi do vi khuẩn	161
Viêm phổi do virus	166
Xẹp phổi	171
Bệnh phổi kẽ lan toả	173
6. Thuốc chữa bệnh phổi	176
Thuốc ho	176
Thuốc long đờm	177
Thuốc giãn phế quản	178
Thuốc điều trị hen phế quản	179
Thuốc kích thích hô hấp	180
Thuốc chống virus trong điều trị bệnh phổi	181
Thuốc chống lao	182
7. Hỏi/đáp về các bệnh phổi	184
8. Câu hỏi trắc nghiệm về bệnh phổi	206
9. Đáp án các câu hỏi trắc nghiệm về bệnh phổi	234
10. Các bảng tra cứu	258
Ho	258
Nguyên nhân chính của ho ra máu	259
Nguyên nhân chính của khó thở	259
Khàn giọng	260
Tái tím	260
Ngón tay dài trắng	260

Hồi miệng	261
Tổn thương phổi	261
Tràn dịch màng phổi	262
Tràn dịch màng phổi do thuốc	262
Xét nghiệm đặc biệt trong tràn dịch màng phổi	263
Bảng tổng hợp về các loại viêm phổi	263
Chỉ định điều trị viêm phổi cấp tính do vi khuẩn	265
Suy hô hấp cấp tính	265
Nguyên nhân tăng thông khí kéo dài	267
Nguyên nhân tăng khí carbonic huyết kéo dài	267
Nguyên nhân nhiễm kiềm hô hấp	268
Nguyên nhân nhiễm toan hô hấp	269
Rối loạn chức năng phổi ở một số bệnh thường gặp	270
Rối loạn chính của khí trong máu động mạch	270
Các huyết tròn đơn độc ở phổi	271
Nửa vòm hoành cao	271
Trung thất rộng trên phim X quang	272
11. Tài liệu tham khảo	273

1

Mở đầu

Phổi học (Pneumology) là một chuyên ngành Y học nghiên cứu các bệnh của bộ máy hô hấp nghĩa là các bệnh phế quản, nhu mô phổi, màng phổi và các mạch máu. Năm lĩnh vực lớn của chuyên ngành này là:

- Bệnh phế quản
- Bệnh màng phổi
- Bệnh phổi không lao
- Lao phổi
- Bệnh học hội chứng

1. Bệnh phế quản

Có căn nguyên viêm, nhiễm khuẩn, u, chấn thương, dị ứng hoặc thoái hoá. Các yếu tố này thường xen lẫn với nhau như trong các bệnh viêm phế quản cấp và mạn tính, giãn phế quản, u phế quản, hen và các rối loạn miễn dịch, hẹp và nghẽn phế quản.

2. Bệnh màng phổi

Có căn nguyên viêm, nhiễm khuẩn, u, dị ứng hoặc chấn thương.

- Tràn dịch màng phổi: tràn dịch màng phổi (TDMP) nước trong, TDMP ái toan, tràn mủ màng phổi, tràn dưỡng trấp màng phổi, tràn máu màng phổi.

- Tràn khí màng phổi: tràn khí màng phổi tự phát và thứ phát
- Viêm màng phổi không tiết dịch: viêm màng phổi
- U màng phổi: u nguyên phát (u trung biểu mô), u thứ phát.

3. Bệnh phổi không lao

Đây là các bệnh nhu mô phổi không liên quan đến nhiễm khuẩn lao, bao gồm:

- Các bệnh phổi nhiễm vi khuẩn, virus, ký sinh trùng, nấm.
- Mưng mủ phổi khu trú (áp xe phổi) và lan toả.
- Khối u: ung thư tiên phát và thứ phát, viêm bạch mạch ung thư, carcinom hạt kê, bệnh Hodgkin, sarcom lympho và sarcom lưới.
- Các tổn thương miễn dịch - dị ứng và hệ thống: bệnh phổi miễn dịch dị ứng ở nông thôn, ở môi trường kỹ nghệ, do thuốc, bệnh sarcoid, các biểu hiện phổi của bệnh tạo keo, hội chứng Goodpasture, xơ phổi nguyên phát, thâm nhiễm phổi ái toan, bệnh tích protein phế nang, bụi phổi.
- Bệnh phổi bẩm sinh: kén khí bẩm sinh, phổi biệt lập, giãn phế nang.
- Phổi sau chạy tia xạ để điều trị khối u lồng ngực.

4. Lao phổi

5. Bệnh học hội chứng

Tập hợp nhiều bệnh hô hấp có nhiều căn nguyên: xẹp phổi, ho ra máu, bóng mờ trung thất, huyết tròn đơn độc ở nhu mô phổi, hình ảnh hạt kê lạnh, suy hô hấp cấp và mạn tính, nghẽn mạch phổi, tâm phế mạn, hội chứng tăng áp lực động mạch phổi, phù phổi cấp, hội chứng Mendelson, nhiễm hemosiderin.

2

Phổi và hô hấp

Phổi được cấu tạo bởi rất nhiều túi chứa đầy khí gọi là các phế nang. Chúng cung cấp oxy cho cơ thể và loại bỏ khí carbonic (CO_2) ra khỏi máu. Hô hấp là toàn thể các chức năng thực hiện việc trao đổi oxy và khí carbonic giữa khí ngoài trời với các tế bào cơ thể.

Phổi

Phổi là cơ quan hô hấp, nơi diễn ra hiện tượng trao đổi khí giữa khí ngoài trời với máu. Phổi cùng với khí quản và các phế quản là một phần của bộ máy hô hấp. Mỗi người có hai lá phổi nằm trong lồng ngực ở hai bên trung thất.

Ở người lớn, phổi nặng khoảng 600g, có màu xám hồng, đàn hồi. Vì có tỷ trọng thấp nên phổi có thể nổi trên mặt nước trừ khi bị ngấm nước như ở trường hợp chết đuối. Mặt ngoài phổi được bao bọc bởi màng phổi và dính liền với lồng ngực, mặt trong có rốn phổi. Mặt dưới nằm sát trên cơ hoành. Đỉnh phổi hơi tròn. Phổi phải có ba thùy ngăn cách nhau bởi các rãnh liên thùy; phổi trái chỉ có hai thùy.

Nhu mô phổi được tạo thành bởi các phế nang là những túi chứa khí rất nhỏ dính liền với các mao mạch. Từ rốn phổi các phế quản kèm với một nhánh động mạch phổi đi vào nhu mô phổi rồi đến từng thùy, từng phân thùy phổi để trở thành tiểu phế quản tận. Tiểu phế quản này kết thúc bằng tiểu phế quản hô hấp tận cùng bằng các phế nang.

Hình ảnh X quang phổi là những vùng sáng xen kẽ với những vùng tối ứng với mạng lưới phế huyết quản của nhu mô. Bóng tim che lấp một phần lớn phổi trái. Nền phổi có giới hạn ngoài là góc sườn hoành. Đỉnh phổi nhìn thấy ở trên xương đòn. Chiếu X quang phổi có thể đánh giá những cử động lồng ngực trong khi thở.

Hô hấp

Hô hấp là toàn bộ các hiện tượng giúp ta hấp thụ oxy (O_2) và loại bỏ khí carbonic (CO_2) ra khỏi cơ thể. Việc này được bảo đảm bởi các cơ chế sau:

- Thông khí phổi, nhằm đổi mới khí trong phế nang
- Khuếch tán, nhằm trao đổi khí giữa phế nang và mao mạch.
- Chỉ huy và điều hoà chức năng hô hấp do hệ thần kinh đảm nhận.

Thông khí phổi

Thông khí phổi được thực hiện nhờ các hiện tượng cơ học. Mỗi khi lồng ngực giãn ra do hít vào và xẹp xuống do thở ra sẽ tạo ra những thay đổi áp lực bên trong phổi.

- Hít vào là một động tác hoàn toàn chủ động, chủ yếu là do cơ hoành và các cơ hít thở vào khác làm tăng thể tích lồng ngực ở cả ba đường kính: dọc, trước sau và ngang.
- Thở ra là một động tác bị động, hậu quả của sự đàn hồi của mô phổi và thành ngực: đây là khi nghỉ ngơi, còn khi gắng sức thì phải vận dụng thêm cả các cơ thở ra.

Thông khí phổi bảo đảm cho khí trong phế nang luôn luôn có thành phần hằng định bằng cách bổ sung O_2 cho khí phế nang, loại bỏ CO_2 ra ngoài (là những việc diễn ra trong quá trình trao đổi khí với máu). Sự hằng định này là kết quả của việc cung cấp liên tục khí ngoài trời cho phổi. Đo các thành phần thông khí phổi bằng cách đo phế dung (lưu lượng, thể tích).

Trao đổi khí phế nang - mao mạch

Sự trao đổi này diễn ra giữa một bên là khí **phế nang** và một bên là máu mao mạch phổi bằng cách O_2 **khuyết tán** vào máu, còn CO_2 thì vào phế nang. Trao đổi khí đòi hỏi **hai điều kiện**:

- Có sự chênh lệch áp lực giữa O_2 và CO_2 trong máu tĩnh mạch và trong khí phế nang.
- Giữ được hằng số khuyết tán của phổi, hằng số này liên quan đến chất lượng và bề mặt màng phế nang - mao mạch.

Áp lực O_2 trong phế nang (PAO_2) là 100mmHg còn áp lực O_2 trong máu tĩnh mạch phổi là 40mmHg. Vì chênh lệch 60mmHg nên O_2 sẽ khuyết tán vào máu. Nhận oxy xong, máu rời khỏi phổi với PaO_2 là 97mmHg. Với CO_2 thì $PACO_2$ là 40mmHg, $PaCO_2$ là 46mmHg. Sự chênh lệch này không lớn nhưng vì CO_2 có khả năng khuyết tán mạnh hơn O_2 nhiều lần nên vẫn có thể “di rời” nhanh chóng từ máu sang phế nang để san bằng các áp lực.

Vận chuyển khí

Một phần nhỏ O_2 ở trạng thái hoà tan (0,3ml O_2 cho 100ml máu động mạch), còn phần lớn O_2 kết hợp với hemoglobin dưới dạng oxyhemoglobin. Một số ít CO_2 cũng ở trạng thái hoà tan (2,5%), một phần kết hợp với hemoglobin dưới dạng bicarbonat.

Điều hoà hô hấp

Các trung tâm thần kinh ở hành tuỷ và cầu não là những cơ quan điều hoà cử động hô hấp và bao gồm:

- Trung tâm hít vào
- Trung tâm thở ra

Hai trung tâm này nằm ở hành tuỷ, liên quan với nhau bằng những hiện tượng tương hỗ.

- Trung tâm phối hợp hai trung tâm, nằm ở cầu não.

Các trung tâm này xếp thành từng cặp, đối xứng nhau, mỗi trung tâm chỉ huy các cử động hô hấp của một nửa thân người. Các đường dẫn truyền đi trong tuỷ rồi thoát ra dưới dạng các dây thần kinh (DTK): DTK hoành chi phối cơ hoành, DTK liên sườn cho các cơ liên sườn. Các cơ phế quản được chi phối bởi 2 loại: DTK phế vị (phó giao cảm) làm co cơ và các sợi giao cảm xuất phát từ hạch sao, làm giãn cơ.

Các trung tâm trên được điều hoà bởi một số cơ chế:

1. Điều hoà thể dịch

Phụ thuộc chủ yếu vào PaCO_2 . CO_2 kích thích trực tiếp các trung tâm hô hấp và kích thích gián tiếp các trung tâm này qua trung gian các thụ thể hoá học của xoang cảnh. Còn O_2 làm biến đổi ngưỡng nhạy cảm với CO_2 của các trung tâm ấy; nhiễm toan do giảm oxy mô cũng kích thích hô hấp.

2. Kiểm soát thần kinh

Khi các phế nang căng giãn sẽ gây phản xạ thở ra, khi xẹp xuống sẽ gây phản xạ hít vào. Ngoài ra còn một số yếu tố điều hoà khác cũng không kém phần quan trọng là: huyết áp tác động đến các cảm thụ quan áp lực (tổ chức nhạy cảm với thay đổi áp lực) của quai động mạch chủ và xoang cảnh (tăng huyết áp làm giảm hô hấp); các yếu tố sốt, cảm xúc, ý chí v.v.. cũng có ảnh hưởng đến các trung tâm trên.

Như vậy hô hấp bình thường đòi hỏi những điều kiện: đường thở thông thoáng đến tận phế nang; hỗn hợp khí hít vào bình thường; thành phế nang – mao mạch không bị tổn thương; các cử động hô hấp được đồng bộ hoá, tác động đến lồng ngực có độ đàn hồi bình thường; tuần hoàn phổi không bị rối loạn.

Hô hấp tế bào

Các tế bào cơ thể sử dụng oxy do máu mang đến để thoả mãn nhu cầu năng lượng. Mặt khác, tế bào cũng sản sinh ra những chất cặn bã (CO_2 , nước) rồi đổ vào máu. Theo đường tĩnh mạch máu sẽ trở về các buồng tim phải, từ đó được đẩy lên phổi, ở đây số CO_2 dư thừa sẽ bị loại bỏ ra ngoài khi ta thở ra.

3

Những yếu tố chẩn đoán bệnh phổi

Chẩn đoán bệnh phổi dựa trên những yếu tố sau:

1. Khám lâm sàng
2. Chẩn đoán hình ảnh
3. Thăm dò chức năng phổi
4. Các phương pháp hình thái học: nội soi và xét nghiệm mô tế bào học
5. Các xét nghiệm sinh học khác

Khám lâm sàng

Bệnh phổi biểu hiện bằng hai cách:

- Xuất hiện những triệu chứng chức năng và toàn thân khiến người bệnh phải đi khám bệnh.
- Xuất hiện những triệu chứng thực thể do thầy thuốc phát hiện ra khi khám bệnh.

Trong cả hai trường hợp này, khám lâm sàng là một khâu quan trọng và gồm nhiều giai đoạn.

Hỏi bệnh

1. Hỏi những triệu chứng chức năng

Phân tích theo trình tự: cách xuất hiện triệu chứng, đặc điểm của triệu chứng, diễn biến của triệu chứng, những triệu chứng kèm theo.

a. Ho

- Ho tự nhiên hay là ho thứ phát (như sau gắng sức, khi thay đổi tư thế, khi xúc cảm, khi ăn uống...)?
- Thỉnh thoảng ho hay ho thường xuyên ?
- Hay ho vào lúc nào (buổi sáng, trong ngày, trong đêm)?
- Ho thành cơn hay từng tiếng một
- Ho giọng khàn hay trong
- Ho khan hay ho có đờm
- Những triệu chứng kèm theo (nôn, khó thở, đau ngực...)

b. Khạc đờm

- Thời gian xuất hiện: vẫn khạc đờm từ lâu hay gần đây mới bắt đầu khạc đờm?
- Tự nhiên khạc đờm hay là thứ phát ? (như sau khi gắng sức, khi thay đổi tư thế...)
- Hay khạc đờm vào lúc nào (buổi sáng, trong đêm...)?
- Tính chất: lỏng, nhầy, bọt, lẫn máu
- Số lượng đờm: nhiều hay ít
- Những triệu chứng kèm theo (đau ngực, sốt...)

c. Ho ra mủ (khái mủ)

Cách hỏi giống như khi hỏi triệu chứng khạc đờm. Về số lượng và cách ho ra mủ, cần hỏi: khái mủ ồ ạt, rải rác trong ngày hay là ho ra mủ “đồng xu” (bãi mủ nhỏ ra hình tròn và đầy như đồng xu).

d. Ho ra máu (khái huyết)

- Hoàn cảnh xuất hiện: tự nhiên hay sau khi gắng sức, khi ở lâu ngoài nắng, phụ nữ trước khi hành kinh.

- Có triệu chứng báo trước không: buồn hợng, nóng sau xương ức, vị tanh ở miệng, cảm giác hốt hoảng.
- Ho ra máu ồ ạt hay ít một, số lượng nhiều, ít, có đuôi khải huyết không?
- Máu tươi hay máu đen, có bọt, có cục máu đông không, có lẫn thức ăn không?
- Những triệu chứng kèm theo (đau bụng, đau ngực, sốt...)

e. Khó thở

- Cách khởi phát khó thở: thành cơn kịch phát đột ngột hay là khó thở từ lâu ?
- Có phụ thuộc vào những yếu tố khác không (khi gắng sức, khi có nhiễm khuẩn...)
- Kiểu khó thở: chậm, nhanh, khó thở vào, khó thở ra
- Những tư thế nào giúp bệnh nhân giảm được khó thở: ngồi dựa vào tường, kê cao đầu, ngồi xổm...
- Những triệu chứng kèm theo (ho, khạc đờm...)

f. Đau ngực

- Đau khởi phát đột ngột hay âm ỉ
- Đau khu trú ở chỗ nào, có lan xuyên đi đâu không ?
- Đau nông hay sâu, đau nhiều hay ít ?
- Đau thành cơn hoặc kéo dài liên tục, âm ỉ ?
- Kiểu đau: chói, nóng, rát, bó chặt lấy ngực
- Những triệu chứng kèm theo (ho, khó thở)

g. Rối loạn tiếng nói

- Khàn giọng, mất tiếng
- Nói giọng mũi

- Tiếng nói hai giọng
- Xuất hiện từ bao giờ: đã lâu hay mới bị, **những triệu chứng** kèm theo (nuốt khó, sặc...)

2. Những triệu chứng chung

Sốt, sút cân, chán ăn, mất ngủ...

3. Đã được điều trị như thế nào ?

Kết quả ra sao; nếu là bệnh nhân lao phổi cũ, phải hỏi xem đã dùng thuốc chống lao nào, phối hợp thuốc chống lao như thế nào, tổng liều mỗi loại thuốc chống lao là bao nhiêu.

4. Tiền sử cá nhân

a. Các bệnh phổi đã mắc từ trước

b. Trước đây đã chiếu, chụp X quang phổi bao giờ chưa ? Mấy tháng X quang phổi một lần ? Kết luận thế nào ?

c. Đã làm các phản ứng tuberculin bao giờ chưa ?

- Lần âm tính cuối cùng của phản ứng là bao giờ ?
- Lần phản ứng dương tính đầu tiên là bao giờ ?
- Cách làm phản ứng thế nào ? (rạch da, tiêm trong da tuberculin)

d. Đã chủng BCG bao giờ chưa ? Vào tuổi nào ? Có kiểm tra kết quả chủng BCG không ?

e. Có bị sức ép bom, chấn thương ngực bao giờ không ?

f. Những thói quen có hại: nghiện rượu không ? nghiện thuốc lá ? hút loại thuốc gì ? hút bao nhiêu điếu một ngày ?

5. Tiền sử gia đình

Gia đình có ai mắc bệnh phổi không? (hoặc ho nhiều, dai dẳng, ho ra máu không?)

Kết quả của phần hỏi bệnh giúp ta sơ bộ phân loại bệnh nhân vào một trong ba loại sau đây:

- a. Không có bệnh phổi trong tiền sử (lâm sàng hoặc X quang)
- b. Tiền sử có mắc bệnh phổi
- c. Trường hợp “trung gian” (trong tiền sử đã có tổn thương X quang phổi nhưng hiện nay đã ổn định, hoặc hay ho, hay khạc đờm...).

Khám phổi

1. Những nguyên tắc khám phổi

- Phổi hợp 4 thao tác: nhìn, sờ, gõ, nghe
- Khám phổi cả 3 mặt: mặt trước, mặt sau, mặt bên
- Có so sánh, đối chiếu giữa hai bên phổi (như nền phổi phải với nền phổi trái).
- Khám theo trình tự từ trên xuống dưới

2. Thao tác khám phổi

Bệnh nhân cởi trần, ngồi (cũng có thể khám bệnh nhân trong tư thế nằm, chẳng hạn khi bệnh nhân mới mổ xong, mệt...).

a. Nhìn

- Kỹ thuật
 - + Hình thể lồng ngực
 - + Lốp da
 - + Biên độ hô hấp tổng quát và biên độ hô hấp từng nửa lồng ngực
 - + Số lần và nhịp điệu thở
- Kết quả: bình thường thì lồng ngực cân đối, lốp da mềm mại, nhẵn, biên độ hô hấp hai bên phổi đều nhau, số lần thở: 16 lần/phút ở nam giới; 20 lần/phút ở nữ giới; 24 lần/phút ở trẻ em.

b. Sờ

Sờ chủ yếu để tìm rung thanh. Ngoài ra còn để đánh giá trương lực cơ, tìm các điểm đau, đếm nhịp thở, so sánh biên độ hô hấp hai bên phổi, thăm dò các hố trên đòn, hố nách (tìm hạch) (Bảng 3.1).

- Kỹ thuật: Lòng bàn tay người khám đặt áp sát vào mặt sau và mặt bên của lồng ngực bệnh nhân: trong khi người bệnh đếm 1,2,3; người khám so sánh rung thanh hai bên phổi từ trên xuống dưới.
- Kết quả: Bình thường thì rung thanh ở người gầy mạnh hơn ở người béo; ở người có giọng trầm mạnh hơn ở người có giọng cao, ở đằng trước mạnh hơn ở đằng sau, ở bên phải mạnh hơn ở bên trái, mạnh ở phần trên liên sớng bả phải, mạnh ở nền phải (vùng chiếu của gan trên lồng ngực). Không có hạch cổ, hạch dưới hàm, hạch hố trên đòn, hạch hố nách.

c. Gõ

- Kỹ thuật:
 - + Gõ trực tiếp: người khám chụm bốn đầu ngón tay lại và gõ trực tiếp trên lồng ngực bệnh nhân ở những vùng đối xứng hai bên phổi để so sánh độ vang của phổi.
 - + Gõ gián tiếp: người khám đặt lòng bàn tay trái trên lồng ngực bệnh nhân; sau đó dùng ngón giữa của bàn tay phải gõ lên mặt mu ngón giữa của bàn tay trái; gõ 2,3 tiếng một, cách đều nhau (Bảng 3.1)
- Kết quả:

Bình thường thì:

 - + Ngón tay bị gõ (ngón giữa của bàn tay trái) có cảm giác lồng ngực hơi đàn hồi.

- + Nghe thấy tiếng vang của phổi bình thường (**tuỳ từng người, tuỳ chiều dày lồng ngực mà tiếng vang sẽ thay đổi khác nhau, do đó càng cần phải so sánh giữa hai bên phổi.**

d. Nghe

- Kỹ thuật

- + Nghe tiếng thở: nhắc bệnh nhân thở sâu bằng mũi, miệng hơi hé. Người khám dùng ống nghe để nghe phổi (Bảng 3.1).
- + Nghe tiếng ho, tiếng nói to và tiếng nói thầm: người khám vẫn dùng ống nghe để nghe bệnh nhân ho, rồi nói to, nói thầm (màng ống nghe vẫn áp vào lồng ngực bệnh nhân trong khi bệnh nhân ho, nói...).

- Cần chú ý nghe kỹ:

- + Mặt trước: các hố trên và dưới đòn, bờ ngoài cơ ngực to, ngang núm vú
- + Mặt sau: bờ trên cơ thang, ngang đốt sống cổ C6-C7, vùng liên sống bả, hố trên và hố dưới gai bả.
- + Mặt bên: hố nách

- Nghe những gì ?

- + Nhận xét trường độ thì thở ra, thì thở vào và mối liên quan giữa chúng
- + Cường độ, âm điệu, âm sắc của tiếng thở: tăng, giảm, mất, thô ráp v.v.. ở toàn phổi hay cục bộ.
- + Phát hiện các tạp âm: số lượng, cường độ, âm sắc, tính chất di động, cố định, thời gian xuất hiện (Bảng 3.2).

- Kết quả:

Bình thường thì:

- + Thở vào dài hơn thở ra

- + Rì rào phế nang nghe thấy ở ngoại vi **lồng ngực**; khi thở vào, êm và to dần; khi thở ra, nghe **nhẹ hơn và ngắn hơn**.
- + Tiếng động thanh môn: chỉ nghe khu **trú dọc hai bên** khí quản, dọc hai bên xương ức, các **khoảng liên sổng-bả**; khi thở vào có âm điệu cao, khi **thở ra nghe rít**, mạnh dài hơn khi thở vào.
- + Không có tạp âm (tiếng ran, tiếng thổi...)
- + Tiếng ho nghe xa xăm
- + Khi bệnh nhân nói to chỉ nghe thấy tiếng nói mờ nhòe và xa xăm
- + Không nghe thấy tiếng nói thầm

Khám toàn thân

Cần khám cả toàn thân bệnh nhân, đặc biệt chú ý:

- Phát hiện **tím tái**, ngón tay dùi trống
- **Khám tim: tìm căn nguyên khó thở**, **tím tái**, **phù phổi...**
- Tìm các hạch bạch huyết ngoại vi
- Khám các đường hô hấp trên: phát hiện các ổ nhiễm khuẩn mũi họng có liên quan đến nhiễm khuẩn phổi – phế quản, tìm các tổn thương đặc biệt (loét, liệt thanh quản...)
- Khám tiêu hoá và cơ quan sinh dục: quan trọng đặc biệt, nếu khối u trong ngực là thứ phát của một căn nguyên ở ngoài ngực; hoặc nếu khối u ở ngực là tiên phát thì cần tìm những di bào ở ngoài phổi.

Bảng 3.1. Hướng dẫn đơn giản về diện phổi trên lồng ngực

PHẢI	Trước	Phần trên ngực Dưới đường kẻ ngang của sụn sườn 4	Thùy trên Thùy giữa
	Sau	Toàn bộ trừ đỉnh	Thùy dưới
TRÁI	Trước	Gần như toàn bộ trừ phần nghiêng – nền	Thùy trên
	Sau	Toàn bộ trừ đỉnh	Thùy dưới

Bảng 3.2. Các tạp âm phổi

Tạp âm	Khu trú của tổn thương	Đặc điểm	Thi hô hấp
Ran nổ	Đơn vị hô hấp tận cùng	Nhỏ, mịn	Cuối thì thở vào
Ran hai thì	Đơn vị hô hấp tận cùng Phế quản nhỏ	Bong bóng	Cuối thì thở vào, ± thì thở ra, tăng lên sau ho.
Cọ sát	Màng phổi bị viêm	Nông	Thở vào và thở ra
Ran ngáy	Phế quản	Trầm	Thở vào và thở ra
Ran rít	Phế quản	Chói	Thở vào và thở ra
Tiếng thổi ống	Đông đặc nhu mô	Mạnh, thô ráp	Thở vào>thở ra
Tiếng thổi màng phổi	Đông đặc nhu mô xen lẫn với tràn dịch	Êm, nhẹ, mơ hồ xa xăm	Thở ra>thở vào
Tiếng thổi hang	Hang nằm giữa vùng đông đặc	Cường độ mạnh âm sắc rỗng	Thở vào>thở ra

Chẩn đoán hình ảnh

Chiếu và chụp X quang phổi (xem bài 4)

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) phổi

Kỹ thuật này giúp nhìn được các cơ quan trong lồng ngực, định khu chính xác các tổn thương ở:

- Trung thất (đánh giá lan tràn của ung thư phổi, phân tích u trung thất).
- Màng phổi (các tấm màng phổi, các giai đoạn diễn biến của u trung biểu mô màng phổi, đánh giá lan tràn của ung thư phổi vào màng phổi).
- Thành ngực (ung thư phế quản hoặc màng phổi xâm lấn vào thành ngực).

Nếu chụp với độ phân giải cao sẽ thấy được các cấu trúc nhu mô, bệnh mô kẽ, giãn phế nang. Còn có tác dụng hướng dẫn chọc u phổi.

Chụp phổi bằng cộng hưởng từ (MRI)

Kỹ thuật này chẩn đoán các bệnh trung thất tốt **không** kém gì chụp cắt lớp vi tính nhưng còn ít tác dụng trong **chẩn đoán** bệnh nhu mô phổi.

Chụp phế quản

Phát hiện những thay đổi đường kính phế quản, chẩn đoán bệnh giãn phế quản; phát hiện lỗ rò phế quản – thực quản hoặc phế quản – màng phổi; chẩn đoán căn nguyên ho ra máu. Để chụp phế quản, người bệnh phải có chức năng hô hấp tốt, không dị ứng với các chất cản quang iod và trước khi chụp phải điều trị sạch đờm.

Chụp X quang mạch phổi

Chẩn đoán bệnh nghẽn mạch phổi, các bệnh mạch máu phổi bẩm sinh (phình động – tĩnh mạch) hoặc **mắc phải**; chẩn đoán căn nguyên ho ra máu; gây nghẽn động mạch phế quản bằng một chất tự tiêu để cầm máu các trường hợp ho ra máu tái phát và khó trị.

Siêu âm

Siêu âm có thể phát hiện được những trường hợp tràn dịch màng phổi nhẹ mà X quang không phát hiện được và chọc màng phổi cũng gặp khó khăn. Còn có tác dụng thăm dò trung thất và chẩn đoán áp xe dưới cơ hoành.

Chụp xạ nhấp nháy phổi

1. Chụp xạ thông khí bằng xenon phóng xạ

Để đánh giá hiện tượng phân phối thông khí, nhất là chẩn đoán nghẽn mạch phổi khi so sánh với chụp xạ tuần hoàn.

2. Chụp xạ tuần hoàn bằng albumin đánh dấu

Nếu kết quả bình thường, có thể loại trừ nghẽn mạch phổi. Nếu bất thường (có vùng ít cố định xạ) trong khi chụp xạ thông khí lại bình thường là nghi có nghẽn mạch phổi; nhưng nếu kết quả chụp xạ thông khí bất thường thì nghi đến tổn thương nhu mô phổi (viêm phổi, xẹp phổi).

3. Chụp xạ gallium 67

Khi tiêm gallium 67 vào tĩnh mạch, chất này sẽ gắn vào các đại thực bào đã được kích thích ở các phế nang. Mật độ của xạ ảnh tỷ lệ thuận với cường độ của quá trình viêm. Như vậy có thể đánh giá được diễn biến của bệnh sarcoid (sarcoidosis) hoặc bệnh phổi kẽ.

Thăm dò chức năng phổi

Đo phế dung

Trong thực hành, phế dung ký (spirograph) cung cấp được những thông tin có ích (Bảng 3.3). Các test đo phế dung (Bảng 3.3) phân loại các rối loạn thông khí thành hai nhóm lớn: rối loạn thông khí “hạn chế” (Bảng 3.4) và “tắc nghẽn”. Các test này cũng có tác dụng theo dõi diễn biến bệnh và đánh giá kết quả điều trị.

1. Rối loạn thông khí hạn chế

- Định nghĩa: Giảm toàn bộ các thể tích phổi, chủ yếu là dung tích sống (FVC) và thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên (FEV1). Tỷ số FEV1/FVC (còn gọi là chỉ số Tiffeneau) vẫn bình thường (75% hoặc hơn).
- Căn nguyên:
 - + Các bệnh phổi: cắt đoạn phổi (phân thùy, thùy, phổi) xẹp phổi, các bệnh phổi kẽ.

- + Các bệnh màng phổi: tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, dính màng phổi.
- + Các bệnh xương hoặc cơ lồng ngực: gù vẹo, gãy xương sườn, liệt thần kinh-cơ, béo phì nặng.

2. Rối loạn thông khí tắc nghẽn

- Định nghĩa: FEV1 giảm hơn 20% giá trị lý thuyết. Tỷ số FEV1/FVC dưới 60-70%.
- Căn nguyên: hen phế quản, bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn.

3. Rối loạn thông khí hỗn hợp

FVC giảm. FEV1 giảm nhiều. Nhiều bệnh phổi nặng đều có rối loạn thông khí hỗn hợp.

Các test khám cơ học phổi

Các test này ít được làm trong thực hành lâm sàng.

1. Đường cong lưu lượng/thể tích.
2. Độ giãn tĩnh.
3. Thể tích đóng.
4. Sức cản đường hô hấp.

Bảng 3.3. Các test đo phế dung

Thể tích (1)	Định nghĩa (2)
Thể tích lưu thông (TV)	Thể tích khí luân chuyển khi hít vào hoặc thở ra bình thường, ở người lớn khi nghỉ = 400-600ml
Thể tích dự trữ thở ra (ERV)	Lượng khí còn có thể thở ra được khi thở ra hết sức sau thở ra bình thường
Thể tích dự trữ hít vào (IRV)	Lượng khí còn có thể hít vào được khi hít vào hết sức sau thở vào bình thường

Bảng 3.3 (Tiếp)

Thể tích (1)	Định nghĩa (2)
Dung tích sống (FVC)	Thể tích khí thở ra gắng sức sau khi đã hít vào gắng sức, bằng tổng: TV + thể tích thở ra gắng sức + thể tích thở vào gắng sức. Kết quả phụ thuộc vào giới, chiều cao và tuổi Nam = $(0,112 \times \text{tuổi}) \times \text{chiều cao (cm)}$ Nữ = $(0,101 \times \text{tuổi}) \times \text{chiều cao (cm)}$ Dung tích sống trung bình bằng 3,150 lít ở phụ nữ và 4,300 lít ở nam giới.
Thể tích khí cặn (RV)	Lượng khí còn đọng lại trong phổi vào cuối thì thở ra gắng sức. Nó chỉ được đo gián tiếp bằng phương pháp pha loãng khí trơ trong mạch kín của phế dung kế. RV = 20-35% dung tích sống
Dung tích toàn phổi (TLC)	Là dung tích sống + thể tích khí cặn. Bình thường, TLC trung bình = 4,500 lít ở phụ nữ và 5,700 lít ở nam giới. Không đo được bằng các kỹ thuật thông thường.
Dung tích cặn chức năng (FRC)	Là tổng số thể tích thở ra gắng sức + thể tích cặn. Không đo được bằng các kỹ thuật thông thường
Thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên (FEV1)	Thể tích khí trong giây đầu tiên của thở ra gắng sức đo bằng phế dung kế. FEV1 có thể đo vào lúc trước hoặc sau khi phun mù bằng thuốc giãn phế quản; phát hiện được co thắt phế quản và đánh giá tác dụng các thuốc giãn phế quản. Tỷ số FEV1/FVC không được dưới 75%. FEV1 và FVC là các test quan trọng nhất thu được bằng đo phế dung.
Lưu lượng đỉnh (Peak flow)	Lưu lượng khí tối đa, tính bằng lít/phút, khi thở ra gắng sức. Bệnh nhân có thể tự làm test này với một phế dung kế nhỏ. Dùng để theo dõi điều trị hen. Lưu lượng đỉnh phụ thuộc vào giới, chiều cao và tuổi. Thí dụ: Nam giới, 40 tuổi, cao 160-180cm = 600-650 lít/phút Nữ giới, 40 tuổi, cao 150-175cm = 450-490 lít/phút

Trao đổi khí

1. Rối loạn tỷ số thông khí/tuần hoàn

a. Rối loạn thông khí tại chỗ hoặc hiệu ứng “shunt”: giảm hoặc mất thông khí phế nang tại chỗ nhưng tuần hoàn vẫn bình thường. Máu tĩnh mạch chảy qua vùng này không được lọc bỏ CO_2 mà cũng không được oxy hoá. Chẳng hạn trong bệnh xẹp phổi: không có thông khí phế nang trong lúc tuần hoàn máu vẫn bình thường. Như vậy sẽ giảm oxy máu nhiều hay ít kèm theo hoặc không kèm theo tăng CO_2 máu, việc này tùy thuộc vào hiệu quả của tăng thông khí bù trừ. Những bệnh phổi khu trú khác như viêm phổi, co thắt phế quản, tràn khí màng phổi gây ép phổi, tràn dịch màng phổi cũng gây hiệu ứng “shunt”.

b. Rối loạn tuần hoàn phế nang tại chỗ: diễn hình là bệnh nghẽn mạch phổi trong đó tuần hoàn tại chỗ bị gián đoạn trong lúc thông khí vẫn bình thường dẫn đến tích tụ CO_2 , tăng gradient động mạch phế nang của CO_2 ($A-a\text{DCO}_2$) trong lúc các phân phổi bình thường lại thải trừ CO_2 mạnh. Giảm oxy và giảm CO_2 máu là dấu hiệu đặc trưng của bệnh nghẽn mạch phổi. Dĩ nhiên giữa hai cực điểm là xẹp phổi (giảm thông khí/tuần hoàn tại chỗ bình thường) và nghẽn mạch phổi (thông khí tại chỗ bình thường/tuần hoàn giảm) cũng có thể có những giai đoạn chuyển tiếp của các giá trị tỷ số thông khí/tuần hoàn.

2. Giảm thông khí phế nang toàn bộ

Giảm $\text{P}_{\text{A}}\text{O}_2$ và tăng $\text{P}_{\text{A}}\text{CO}_2$. Ở trong máu PaCO_2 tăng nhiều, PaO_2 giảm ít. Nếu cho bệnh nhân thở oxy thì có thể chấm dứt hoặc giảm nhẹ được tình trạng giảm oxy mô; nhưng đôi khi có nguy cơ làm tăng CO_2 máu nếu các trung tâm thụ thể hoá học trung ương điều hoà hô hấp đã mất độ nhạy với CO_2 . Trường hợp này hay gặp ở bệnh nhân suy hô hấp mạn tính ứ

dòng nhiều CO₂. Những nguyên nhân làm giảm thông khí phế nang toàn bộ là: tổn thương trung tâm hô hấp (hôn mê do thuốc, sau chấn thương, gây mê v.v.), liệt các cơ hô hấp, hen phế quản nặng, phù phổi, dị vật đường thở, nghẽn tắc nặng đường thở, ho ra máu nặng, béo phì nặng (hội chứng Pickwick).

Bảng 3.4. Những thông số chính về đo phế dung và đo khí trong suy hô hấp

Hội chứng	FVC	FEV1	PaO ₂	PaCO ₂
Giảm thông khí phế nang toàn bộ	Bình thường	Bình thường	Giảm	Bình thường hoặc tăng
Rối loạn hạn chế:				
- Nhẹ	60-70% (n)	75% hoặc hơn	Bình thường	Giảm
- Trung bình	40-60% (n)	75% hoặc hơn	Giảm (e)	Giảm
- Nặng	Dưới 40% (n)	75% hoặc hơn	Giảm (r)	Tăng
Rối loạn tắc nghẽn				
- Nhẹ	Bình thường	60-70%	Bình thường	Giảm
- Trung bình	Bình thường hoặc giảm	40-60%	Giảm(e)	Tăng (e)
- Nặng	Giảm	Dưới 40%	Giảm (r)	Tăng (r)

(n): giá trị tính bằng % của tiêu chuẩn

(e): chỉ xuất hiện khi gắng sức

(r): khi đã nghỉ ngơi

3. Rối loạn khuếch tán

Trong thực tế không có rối loạn khuếch tán CO₂ vì chất này có độ khuếch tán cao gấp 20 lần oxy. Khuếch tán oxy giữa phế nang và máu mao mạch bị giảm trong những trường hợp

sau: độ cao, thời gian máu “quá cảnh” ở phổi ngắn (**gắng sức**), giảm diện trao đổi khuếch tán (bệnh phổi kẽ, **giãn phế nang**), dây màng phế nang – mao mạch (dịch thấm **phế nang**, xơ phổi). Nếu phần phổi lành còn lại tương đối khá thì biểu hiện rối loạn khuếch tán là giảm oxy máu nhưng CO_2 bình thường hoặc đôi khi giảm CO_2 vì lý do tăng thông khí bù trừ. Khả năng khuếch tán được định nghĩa là thể tích oxid carbon (CO) được hấp thụ qua mỗi phút, tính bằng mmHg.

4. Phân phối thông khí

Ở người bình thường, thông khí không phân phối đồng đều, chẳng hạn các phế nang ở đỉnh phổi bao giờ cũng được thông khí nhiều hơn phế nang ở nền phổi. Nguyên nhân gây phân phối thông khí không đều có thể do một số bệnh phổi (tắc nghẽn các đường thở ngoại vi, phổi giảm độ căng, phù mô kẽ). Phát hiện sự phân phối bất thường này bằng các kỹ thuật đo thể tích đóng, kỹ thuật dùng nitơ hoặc chụp xạ nhấp nháy thông khí phổi.

5. Rối loạn chất lượng hoặc số lượng hemoglobin

Thiếu máu, bệnh hemoglobin (methemoglobin, sulhemoglobin, carboxyhemoglobin) cũng làm rối loạn trao đổi khí ở phổi.

Đo khí trong máu

Đo pH máu động mạch, PaO_2 , PaCO_2 , các bicarbonat, độ bão hoà oxy hemoglobin đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá trao đổi khí ở phổi.

Các phương pháp hình thái học

Soi phế quản

Soi phế quản (SPQ) bằng ống mềm để nghiên cứu rộng cây phế quản mà không làm một bệnh nhân. Chống chỉ định của

kỹ thuật này là: hen cấp tính, giảm oxy mô nặng, nhồi máu cơ tim mới, cơn đau thắt ngực không ổn định, rối loạn nhịp tim nặng, bệnh nhân kích động hoặc không hợp tác với thầy thuốc.

Những chỉ định của SPQ là:

1. Chỉ định lâm sàng

Ho ra máu, thở rít khu trú và cố định, ho dai dẳng mà X quang không giải thích được, khàn giọng mạn tính, liệt dây thần kinh quặt ngược, xét nghiệm đờm có tế bào bất thường.

2. Chỉ định X quang

Bóng mờ nghi vấn “Viêm phổi” kéo dài (trên 4 tuần), xẹp phổi, bệnh phổi kẽ lan toả, tràn dịch màng phổi chưa rõ căn nguyên, liệt dây thần kinh hoành, u trung thất.

3. Chỉ định đặc biệt

Chụp phế quản, chẩn đoán bệnh phổi nhiễm khuẩn ở người suy giảm miễn dịch, phát hiện lao phế quản, nghi ngờ rò phế quản.

4. Chỉ định sinh thiết phổi

Sinh thiết phổi làm theo đường xuyên thành phế quản để chẩn đoán u trung thất, u phổi, bệnh phổi nhiễm khuẩn ở người suy giảm miễn dịch, nấm phổi, u hạt Wegener.

5. Rửa phế quản – phế nang

Nhỏ 100-300ml huyết thanh sinh lý vào ống soi đang đặt trong lòng một phế quản tận rồi hút dịch ra xét nghiệm tế bào, các mầm bệnh và các chất khác, xét nghiệm sinh hoá và miễn dịch học chất dịch để chẩn đoán các bệnh phổi kẽ, viêm phế nang dị ứng, khối u, nhiễm khuẩn ở người suy giảm miễn dịch, bệnh sarcoid, chứng mô bào huyết X (histiocytosis), bệnh tích protein phế nang.

6. Chỉ định điều trị

Hút phế quản, lấy dị vật, rửa phế quản – phế nang (bệnh tích protein phế nang), những trường hợp đặt nội khí quản gặp khó khăn, điều trị khối u bằng laser.

7. Biến chứng

Co thắt phế quản, co thắt thanh quản, tràn khí màng phổi, ho ra máu.

Soi trung thất

Để chẩn đoán mô bệnh học các hạch trung thất, đặc biệt là hạch cạnh khí quản phải và trước khí quản. Bệnh nhân được gây mê toàn thân.

Sinh thiết

1. Sinh thiết trước cơ bậc thang (sinh thiết Daniels)

Đôi khi có kết quả dương tính ở những trường hợp hạch trung thất, u hạt, u ác tính.

2. Chọc sinh thiết phổi

- Xuyên thành phế quản
- Xuyên lồng ngực: chủ yếu sinh thiết các huyết phổi có đường kính dưới 2cm dưới sự hướng dẫn của X quang.
- Mở lồng ngực thăm dò: thực hiện khi không làm được các kỹ thuật trên, chủ yếu để chẩn đoán các bệnh phổi lan toả.

Các kỹ thuật sinh thiết phổi có thể có biến chứng tràn khí phế mạc, ho ra máu, nghẽn mạch do khí; không làm ở những bệnh nhân có tạng chảy máu.

3. Chọc sinh thiết màng phổi

Cho kết quả dương tính khá cao trong chẩn đoán lao (phôi hợp với xét nghiệm vi khuẩn học), u trung biểu mô và ung thư màng phổi di căn.

Chọc màng phổi

Chọc màng phổi (CMP) để rút dịch màng phổi (DMP) làm các xét nghiệm tế bào, sinh hoá và vi khuẩn nhằm chẩn đoán bệnh. X quang phổi chỉ phát hiện được tràn dịch màng phổi (TDMP) nếu lượng DMP nhiều hơn 300ml. Nếu DMP không nhiều, phải chụp X quang phổi ở các tư thế chéo, nằm ngang hoặc siêu âm mới phát hiện được.

Chọc màng phổi cũng còn có tác dụng điều trị: rút số lượng DMP làm cho phổi đỡ bị ép, giảm khó thở. Mỗi lần rút DMP không nên quá 1 lít để tránh biến chứng phù phổi.

Các loại tràn dịch dù là tràn dịch màng phổi hay dịch cổ trướng, dịch màng ngoài tim đều được xếp thành dịch thấm hoặc dịch rỉ (Bảng 3.5).

1. Dịch thấm (transsudate)

Xuất phát từ thanh mạc không bị viêm tấy do có chênh lệch về áp lực thuỷ tĩnh (suy tim) và/hoặc áp lực keo – thẩm thấu (giảm protein máu) giữa hai bề mặt của màng phổi. Dịch thấm **không có** những đặc điểm sau:

- Tỷ số protein DMP/protein máu lớn hơn 0,5
- Tỷ số LDH dịch màng phổi/LDH huyết thanh lớn hơn 0,6
- LDH dịch màng phổi > 2/3 các tỷ giá huyết thanh bình thường.

Nếu không có các đặc điểm trên tức là dịch thấm và không phải làm thêm các xét nghiệm DMP nào khác nữa, vừa tốn tiền, vừa vô ích.

2. Dịch rỉ (exsudate)

Có ít nhất một trong ba đặc điểm trên. Dịch rỉ xuất phát từ thanh mạc bệnh lý (viêm, ung thư). Trong trường hợp này nên làm thêm các xét nghiệm vi khuẩn học và tế bào học.

Bảng 3.5. Chẩn đoán phân biệt dịch thấm với dịch rỉ

	Dịch thấm	Dịch rỉ
Màu Vật lý	Vàng chanh Trong suốt	Vàng rơm Mầu trắng sữa, đôi khi dịch máu hoặc dương trắng
Hiện tượng đông	Không	Hay gặp
Tỷ trọng Protein	Dưới 1,016 Dưới 3g/100ml	Trên 1,016 Trên 3g/100ml
Thành phần hữu tính	Ít lympho bào Ít hồng cầu	Nhiều bạch cầu đa nhân Đôi khi nhiều hồng cầu
Glucose	Giống như glucose trong máu	Giảm trong trường hợp viêm màng phổi
LDH màng phổi	<200UI	>200UI
Tỷ số LDH màng phổi/huyết thanh	<0,6	>0,6

3. Chọc tháo dịch màng phổi

a. Chuẩn bị

Dụng cụ:

- Bơm tiêm 5ml/10ml và kim tiêm.
- Máy hút dịch hoặc bơm tiêm 100ml hút dịch.
- Kim chọc màng phổi có lắp đoạn cao su ở đốc kim và kim Kocher.
- Kim Kocher: 3 chiếc các cỡ và 1 kìm cặp khăn mổ.
- Khăn mổ có lỗ: 1 chiếc.
- Găng tay: 2 đôi.
- Vệt đựng dịch có sẵn thuốc khử khuẩn.
- Ống nghiệm: 3 chiếc (có 1 ống vô khuẩn).

- Đèn cồn.
- Lò sưởi, quạt máy: tùy thời tiết.

Thuốc:

- Thuốc sát khuẩn: cồn 70%, cồn iod 1%.
- Băng câu, gạc miếng, băng dính.
- Novocain 1%: 10ml.
- Các thuốc cấp cứu: Coramin, atropin, morphin, DOCA, lobelin, mỗi thứ 1 ống.

Bệnh nhân:

- Giải thích cho bệnh nhân yên tâm trước khi làm.
- Chụp X quang phổi trước khi chọc dịch.
- Thử phản ứng với novocain.
- 30 phút trước khi chọc dịch, tiêm 1 ống promedol.

b. Thao tác

Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân ngồi kiểu cưỡi ngựa trên một ghế tựa, khoanh hai tay đặt lên chỗ tựa của ghế, đầu đặt trên hai cẳng tay, lưng hơi uốn cong. Nếu mệt có thể nằm nghiêng về bên trần dịch, có đệm gối trước lồng ngực.

Thứ tự thao tác: sát khuẩn vùng định chọc bằng cồn iod (2 lần), cồn 70° (2 lần); trải khăn mổ, gây tê điểm chọc bằng novocain, chọc kim ở khoảng liên sườn 7,8 trên đường nách sau, đi sát bờ trên xương sườn dưới; khi kim đã đâm qua màng phổi, cố định kim sát lồng ngực; lắp ống cao su của máy hút hoặc lắp bơm tiêm 100ml, mở kim Kocher cắt đoạn cao su ở đốc kim ra, hút 40ml dịch cho vào 3 ống nghiệm gửi đi xét nghiệm. Tiếp tục hút tháo dịch với nguyên tắc hút kín, mỗi lần hút không quá 800ml, nếu cần thì 12 giờ sau có thể hút lại lần thứ hai.

Kết thúc thủ thuật: cặp kim Kocher, tháo bơm tiêm, rút kim, sát khuẩn vùng chọc, băng lại, đưa bệnh nhân về nằm nghỉ tại giường, ghi vào bệnh án tình trạng bệnh nhân trước và sau khi hút dịch, màu sắc và số lượng dịch đã hút.

Xét nghiệm đờm

1. Xét nghiệm vi thể đờm

- Bạch cầu đa nhân: bình thường có một số ít trong đờm. Tăng trong bệnh viêm phổi do vi khuẩn. Bạch cầu ái toan gặp ở bệnh hen.
- Hồng cầu: có nhiều trong đờm người ho ra máu
- Sợi đàn hồi: biểu hiện quá trình hoại tử nhu mô phổi, chủ yếu là áp xe phổi hoặc hoại thư phổi, lao hang.
- Khuôn fibrin: là những hình trụ fibrin, có hình dạng các tiểu phế quản, gặp ở bệnh hen phế quản, giãn phế quản, viêm phế quản mạn tính.
- Tinh thể Charcot - Leyden: giống hình kim khâu, nhọn, trong suốt, có sáu cạnh khi cắt ngang. Không gặp các tinh thể này trong đờm vừa mới nhổ ra mà phải chờ vài giờ sau mới xuất hiện. Gặp trong bệnh hen cùng với các hình xoắn Curshmann.
- Các thành phần khác:
 - + Tế bào sắc tố chứa hemosiderin có màu xanh, gặp ở những ca ứ trệ mạn tính.
 - + Các mảnh mỡ: viêm phổi lipid.
 - + Sỏi phế quản: một hạch vôi hoá đâm thủng phế quản, gặp trong lao phổi, bệnh phổi nhiễm bụi silic, bệnh nhiễm nấm histoplasma.
 - + Các vụn thức ăn: lỗ rò phế quản - thực quản.
 - + Lòng: u nang dạng da ở trung thất thủng vào phế quản

- + Xét nghiệm nước rửa phế nang – phế quản tìm các dấu hiệu sinh hoá hoặc vi mô của bệnh sarcoid, mô bào huyết X, bệnh tích protein phế nang, đôi khi bệnh bụi phổi.

2. Xét nghiệm vi khuẩn học

- Kỹ thuật lấy bệnh phẩm: khạc đờm vào ống nhỏ hoặc một hộp Petri vô khuẩn. Kết quả xét nghiệm vi khuẩn trong đờm rất khó đánh giá vì đờm bị lây nhiễm các tạp khuẩn thông thường ở hầu họng. Để tránh sự lây nhiễm này, thường dùng những kỹ thuật sau:
 - + Kính phết họng
 - + Soi phế quản để hút dịch phế quản
 - + Soi phế quản để chải phế quản
 - + Chọc khí quản qua da và luồn một catheter vào phế quản
 - + Chọc sinh thiết phổi xuyên thành ngực: một số mầm bệnh như *Legionella pneumophila*, *Pneumocystis carinii* chỉ có thể phân lập được từ các mô phổi.
 - + Tìm trực khuẩn lao (BK): xét nghiệm nhiều lần dịch vị lúc đói, chủ yếu ở những người chỉ có ít đờm hoặc nuốt đờm. Cấy trên môi trường Löwenstein phải mất 3 tuần.
- Đọc kết quả: Tạp khuẩn vùng hầu - họng: phế cầu khuẩn, tụ cầu vàng, *Hemophilus influenzae*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, mầm bệnh kỵ khí. Có thể coi một trong những vi khuẩn này là loại gây bệnh nếu:
 - + Vi khuẩn đó nổi bật lên khi nhuộm gram và/hoặc khi nuôi cấy.
 - + Bệnh cảnh lâm sàng phù hợp với đặc điểm của vi khuẩn đó.
 - + Cấy máu dương tính.

Các yếu tố gây bệnh “đặc biệt”: trực khuẩn lao (hoặc các mycobacteri không điển hình) được phát hiện bằng nhuộm Ziehl và cấy trên môi trường Loewenstein. Các loại mycoplasma, rickettsie, chlamydiae, virus phát hiện bằng cách tìm các kháng thể đặc hiệu trong huyết thanh. Muốn chẩn đoán nấm phải cấy trên những môi trường đặc hiệu kèm với các xét nghiệm huyết thanh.

3. Xét nghiệm ký sinh trùng học

- Amip: có khi tìm được Entamoeba histolytica trong đờm của bệnh nhân bị áp xe gan do amip vỡ vào phổi.
- Echinocoque: nếu vỡ kén vào phế quản (xét nghiệm đờm có thể thấy con ký sinh trùng nguyên vẹn hoặc một phần của nó (màng, móc, đầu).
- Giun đũa: ít khi phát hiện được trứng giun đũa trong đờm bệnh nhân có hội chứng Loeffler.

4. Xét nghiệm tế bào học

Tìm tế bào u nhiều lần (3-5 lần) có kết quả dương tính ở 50-80% các u phổi trung tâm, nhưng kết quả thường âm tính trong những ca u ở ngoại biên, lúc này phải hút hoặc chải phế quản trong khi soi phế quản.

Các xét nghiệm sinh học khác

Phản ứng da với tuberculin

Làm phản ứng da với tuberculin bằng cách làm test tuberculin trong da (phản ứng Mantoux). Nếu phản ứng này dương tính nghĩa là cơ thể đã bị nhiễm khuẩn lao. Cách làm và đọc test như sau:

Chuẩn bị

Bơm tiêm 1ml có chia khác từng 1/10ml. Kim tiêm số 26,27. Bông cầu. Kim Kocher. Thuốc: cồn 70°. Cồn iod. Tuberculin loại OT hay PPD (Bảng 3.6).

Bảng 3.6. Bảng so sánh liều tương ứng của OT và PPD

Dung dịch OT	Dung dịch PPD (mg)	Đơn vị tuberculin (T.U)	Đậm độ PPD
1/100.000	0,000002	0,1.	
1/10.000	0,00002	1.	Đậm độ thứ nhất.
1/2.000	0,0001	5.	Đậm độ trung gian.
1/1.000	0,0002	10.	
1/100	0,005	100.	Đậm độ thứ hai.

Thao tác

- Sát khuẩn mặt trước – ngoài, ở 1/3 giữa cẳng tay
- Lăn đầu tiêm trong da (nội bì) 1/10ml dung dịch chứa 5 T.U (tức là loại OT: 1/2000 hoặc PPD đậm độ trung gian: 0,0001mg). Nếu tiêm đúng kỹ thuật sẽ làm nổi lên một cục sẩn như muỗi đốt có đường kính từ 6-10mm, nếu đường kính này dưới 6mm là không được, phải tiêm lại một mũi khác ở nơi khác.
- Nếu sau này phản ứng âm tính hay nghi ngờ, cần tiêm một lần nữa cũng vẫn với liều lượng và nồng độ ấy – có thể đổi từ OT sang PPD nếu lần đầu đã dùng OT. Nếu phản ứng lại âm tính một lần nữa, phải tiêm lại với 1/10ml dung dịch chứa 100 T.U (tức loại OT 1/100 hoặc PPD đậm độ thứ hai: 0,005mg).

Đọc và phân tích kết quả

Đọc và ghi kết quả:

Đọc và ghi kết quả sau 72 giờ như sau: đo đường kính ngang của cục sẩn (chứ không phải của ban đỏ) đối với trục dọc cẳng tay. Nếu chỉ có ban đỏ mà không có cục sẩn là không có ý nghĩa gì. Ghi kết quả vào phiếu, bệnh án gồm: liều tuberculin đã dùng, đường kính cục sẩn tính bằng milimet.

Phân tích kết quả

a. Đường kính cục sẩn lớn hơn hoặc bằng 10mm: phản ứng dương tính nói lên test tuberculin là dương tính, phản ánh sự cảm thụ với nhiễm khuẩn *Mycobacterium tuberculosis*. Không cần phải làm thêm test nào khác.

b. Đường kính cục sẩn từ 5mm-9mm: phản ứng nghi ngờ phản ánh sự cảm thụ với nhiễm khuẩn *Mycobacterium tuberculosis* cũng như với các loại *Mycobacteri* không điển hình.

Nếu có sẵn các loại PPD của *Mycobacteri* không điển hình thì cần làm test trong da với loại PPD này đồng thời làm lại một test chuẩn với PPD của *M.tuberculosis*. Nếu không có sẵn PPD của *Mycobacteri* không điển hình thì chỉ làm lại test chuẩn ở một chỗ khác (với OT hay PPD).

Nếu phản ứng lần thứ hai này:

- Làm xuất hiện một cục sẩn với đường kính lớn hơn hoặc bằng 10mm thì ta kết luận là phản ứng dương tính như trường hợp (a).
- Làm xuất hiện một cục sẩn với đường kính vẫn chỉ từ 5mm-9mm thì một lần nữa lại là phản ứng nghi ngờ: nếu người được thử phản ứng có tiếp xúc với bệnh nhân lao hoặc có những triệu chứng lâm sàng, X quang làm nghi nhiều đến lao thì phải coi trường hợp này như một phản ứng dương tính đã nói trong mục (a).

c. Đường kính cục sẩn từ 0mm-4mm: phản ứng âm tính, phản ánh tình trạng không cảm thụ với tuberculin hoặc mức độ cảm thụ thấp không phải với *M.tuberculosis*. Không cần phải làm lại test khác trừ phi những triệu chứng lâm sàng X quang gợi nghi đến lao. Nếu người được thử test có tiếp xúc với bệnh nhân lao thì cần được theo dõi cẩn thận, thử lại test tuberculin tiếp tục.

Các xét nghiệm thường quy

Đếm hồng cầu, bạch cầu, làm tốc độ lắng máu, đường huyết...

4

Chiếu và chụp X quang phổi

Các thăm dò X quang cung cấp hai loại thông tin:

1. Hình thái học: kiểm kê chính xác các cấu trúc lồng ngực bằng các phim chụp X quang phổi thẳng và nghiêng, chụp cắt lớp, chụp cản quang phế quản và mạch máu phổi.
2. Chức năng: những dấu hiệu bệnh sử đòi hỏi phải chụp phim vào những thì hô hấp khác nhau trong những điều kiện đã được tiêu chuẩn hoá và phải tiến hành những thăm dò động (chiếu X quang, nghiên cứu phổi bằng máy tăng sáng).

Chiếu X quang phổi

Chiếu X quang phổi để đánh giá tổng quát những hình ảnh phổi, nhất là theo dõi những diễn biến, hình ảnh động của phổi.

Quan sát:

- Di chuyển của các xương sườn và vòm hoành.
- Tăng, giảm độ sáng phổi khi hít vào và thở ra.

Tìm những dấu hiệu:

- “ứ khí” (trapping): phổi vẫn sáng khi thở ra (đáng lẽ phải tối lại) do rối loạn thông khí vì nghẽn phế quản.
- Đu đưa trung thất: do chênh lệch áp lực giữa hai lá phổi mà trung thất bị đẩy về bên không có tổn thương khi thở ra (dấu hiệu Holzknecht-Jacobson).
- Bóng mờ đập theo mạch (căn nguyên mạch máu).

- Mức nước ở phổi khi xê dịch bệnh nhân.
- Bướu giáp trạng chìm di động khi nuốt.

Đọc phim X quang phổi chuẩn

Điều kiện kỹ thuật

Thường dùng đèn đọc phim để đọc phim, người đọc ngồi cách đèn khoảng 1m. Nếu không có đèn, dùng ánh sáng tự nhiên: giờ phim lên trời hoặc để phim trên kính cửa sổ, trước mắt không có vật cản. Nhiều khi phải phối hợp cả hai cách đọc nói trên: vừa dùng đèn, vừa dùng ánh sáng tự nhiên, có khi để phim xa, nhưng cũng có khi phải nhìn gần (nếu tổn thương quá nhỏ). Ngày nay người ta thường đọc phim kiểu tay đôi (dual reading) để hạn chế bớt những thiếu sót, những “điểm mù” mà nếu chỉ một người đọc sẽ dễ mắc phải.

Phim phổi chuẩn bao giờ cũng được chụp ở hai tư thế: thẳng và nghiêng.

Chụp thẳng (chụp phổi ở tư thế thẳng): thấy gần như toàn bộ phổi, tuy vậy cũng có những hạn chế như:

- Khó đọc kỹ được vùng đỉnh phổi vì vướng cơ ức đòn chũm, xương đòn, xương sườn thứ 1.
- Không thấy được vùng sau tim.

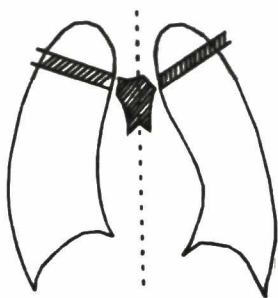
Chụp nghiêng (chụp phổi ở tư thế nghiêng): ở tư thế này đọc được một số vùng không nhìn thấy trên phim thẳng. Phim nghiêng còn giúp định khu chính xác các tổn thương (ở phân thùy, thùy nào...) và xác định chiều sâu các lớp phim khi muốn chụp phổi cắt lớp. Như vậy hai phim thẳng và nghiêng sẽ bổ sung cho nhau hoàn chỉnh hơn.

Đánh giá chất lượng một phim phổi

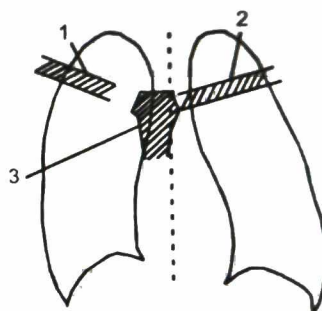
1. Phim chụp phổi thẳng

Một phim phổi chụp tốt, đạt yêu cầu kỹ thuật, nếu đạt những tiêu chuẩn dưới đây:

- Phim không bị hụt, thiếu: đỉnh, góc sườn hoành không bị mất, không bị lẹm.
- Phim chụp cân đối, thể hiện ở:
 - + Độ chênh hai xương đòn như nhau
 - + Hai khớp ức - đòn cách đều đường giữa đi qua các mỏm gai (Hình 4.1. và 4.2).
 - + Nếu phim chụp không cân đối thì hai trường phổi sáng không đều nhau và bóng tim bị biến dạng.
- Phim chụp sau khi người bệnh đã hít vào gắng sức rồi nhịn thở hoàn toàn: phải trông thấy các đầu trước các xương sườn thứ 6, thứ 7 ở trên vòm hoành (chứng tỏ đã hít vào gắng sức) và các vòm hoành rõ nét, sắc cạnh (chứng tỏ đã nhịn thở hoàn toàn). Có như thế thì các nền phổi mới bộc lộ nhiều để phân tích và phim không bị rung, nhoè nhoẹt.



Hình 4.1. Phim chụp cân đối, hai khớp ức-đòn cách đều đường giữa đi qua các mỏm gai



Hình 4.2. Phim chụp lệch

1. Đầu trong xương đòn phải in hình lên như mô phổi
2. Đầu trong xương đòn trái lặn vào bóng trung thất
3. Chuôi ức lệch về bên phải đường giữa để làm nhảm với hình hạch hoặc tổn thương nhu mô phổi

- Phim chụp với tia trung bình, không cứng, không mềm
 - + Nếu chụp với tia trung bình, thấy được dải sáng khí quản, bốn đốt xương sống lưng đầu tiên, độ tương phản giữa đen và trắng phải rõ ràng; trông thấy các mạch máu sau tim.
 - + Nếu chụp với tia cứng (phim chụp già): phim sẽ đen, các tổn thương (nếu có) sẽ bị bỏ qua; thấy toàn bộ cột sống lưng qua bóng tim.
 - + Nếu chụp với tia mềm (phim chụp non): phim sẽ trắng nhợt, bóng mờ các mạch máu sẽ to, đậm tạo nên nhiều hình giả.

2. Phim chụp phổi nghiêng

Yêu cầu kỹ thuật là:

- Độ tương phản giữa đen và trắng phải rõ ràng để khi đọc và phân tích các vùng rốn phổi, các khoảng trước và sau tim, đỉnh phổi được dễ dàng.
- Phim phải chụp trong tư thế hít vào gắng sức rồi nhịn thở, các vòm hoành ở phía trước ứng với chiều cao các cung trước xương sườn thứ 6.
- Phim chụp đúng trong tư thế nghiêng; xương ức được nhìn nghiêng; cung sau các xương sườn chồng lên nhau.

Đọc phim phổi thẳng

Đọc có phương pháp, tuân theo một trình tự chặt chẽ, đọc từng vùng một có so sánh với bên đối diện. Trình tự đọc như sau:

- Xem tên, họ, ngày chụp phim. Nếu có nhiều phim cần sắp xếp các phim đó theo thứ tự thời gian từ cũ đến mới để dễ so sánh. Xác định các bên phải, trái của phim.
- Xương lồng ngực

- Vòm hoành
- Màng phổi
- Trung thất, đặc biệt là tim mạch
- Rốn phổi
- Nhu mô phổi

1. Xác định các bên phải, trái của phim

a. Phổi phải (Hình 4.3)

- Rốn phổi phải: thấp hơn rốn phổi trái từ 1-1,5cm.
- Bờ trên rốn phổi phải mờ, không rõ ràng.
- Vòm hoành phải cao hơn vòm hoành trái từ 1-2cm. Phía dưới là bóng mờ gan.

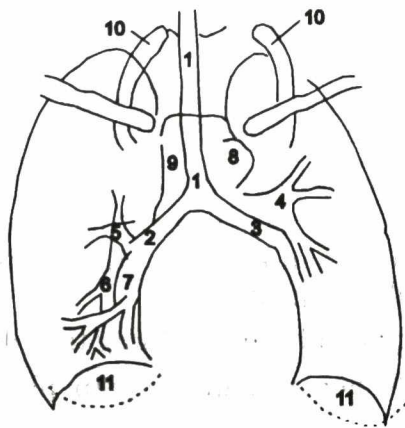
b. Phổi trái (Hình 4.3)

- Rốn phổi trái cao hơn rốn phổi phải từ 1-1,5cm.
- Bờ trên rốn phổi trái không rõ.
- Vòm hoành trái thấp hơn vòm hoành phải từ 1-2cm.
- Túi hơi dạ dày ở dưới vòm hoành trái.
- Bờ trái tim với các đặc điểm: hình cong nhẹ của quai động mạch chủ, tâm thất trái chạy chéo chéo xuống dưới và ra ngoài.
- Tuy vậy cũng cần biết là nhiều khi vẫn phải dựa vào việc đánh dấu bên phải, bên trái trên phim.

2. Xương lồng ngực

- Thấy khung xương sườn, các xương bả vai, xương đòn, thân các đốt sống lưng thứ nhất, xương ức và có khi các đầu xương cánh tay.
- Đánh giá mức độ vôi hoá của xương sườn. Nghiên cứu kỹ các xương sườn sẽ thấy các cung sau của xương sườn trông đậm và nằm ngang, các cung trước mờ nhạt và nằm dốc.

- Hiện tượng vôi hoá các sụn sườn rất thất thường và hay gặp ở những người trên 30 tuổi.
- Các xương sườn, nhất là xương sườn thứ nhất thường có những biến dạng về hình thái, nhưng nói chung không có ý nghĩa bệnh lý: chẳng hạn xương sườn rộng ra hoặc chẻ thành hai nhánh như càng cua.



Hình 4.3. Sơ đồ một phim chụp phổi thẳng

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. Khí quản; | 6. Động mạch bên thùy phải |
| 2. Phế quản gốc phải; | 7. Tĩnh mạch thùy giữa và thùy dưới phải; |
| 3. Phế quản gốc trái; | 8. Quai động mạch chủ; |
| 4. Động mạch phổi trái; | 9. Tĩnh mạch chủ trên; |
| 5. Động mạch phổi thùy bên phải; | 10. Xương sườn thứ nhất; |
| | 11. Bóng vú phụ nữ. |

Điều quan trọng là phải tìm xem các xương sườn có các ổ khuyết không, có những chỗ bị ăn mòn không. Nếu phát hiện một xương sườn bị ăn mòn thì hình ảnh này có giá trị chẩn đoán cao, nhất là nếu chỗ bị ăn mòn ấy lại nằm cạnh một bóng mờ nhu mô phổi: sự phối hợp này, gần như tuyệt đối phản ánh một quá trình ác tính.

- Giãn các khoảng gian sườn: thí dụ giãn lồng ngực trong các bệnh viêm phổi phế quản mạn tính tắc nghẽn.
- Hoặc ngược lại, các gian sườn bị hẹp: do rối loạn trạng thái cân bằng của cột sống.
- Cũng phân tích như thế (tìm hiện tượng vôi hoá, ăn mòn, ổ khuyết...) đối với các xương khác.

3. Vòm hoành

- Các vòm hoành phải và trái uốn cong, mềm mại: vòm phải cao hơn vòm trái từ 1-2cm (Hình 4.3).
- Trong trường hợp bệnh lý, vòm hoành có thể:
 - Cao lên: do khối u hoặc một túi mủ nằm ở phía dưới đội lên, do liệt dây thần kinh hoành; do nhu mô phổi co kéo hoặc dây dính màng phổi.
 - Không đều, nhấp nhô: do di chứng tràn dịch màng phổi.
 - Thấp dẹt: do hen phế quản, giãn phế nang, dây dính màng phổi.

4. Màng phổi

Nghiên cứu tuần tự:

- Góc tâm-hoành.
- Màng phổi-hoành.
- Góc sườn-hoành là một góc nhọn, sáng (Hình 4.3). Nếu thấy mờ nhạt là do dây dính màng phổi nhưng cũng có thể là giai đoạn đầu của tràn dịch màng phổi.
- Màng phổi của khoang màng phổi lớn.
- Màng phổi vùng đỉnh phổi.
- Màng phổi trung thất.

Như vậy có thể phát hiện được những trường hợp tràn dịch màng phổi, tràn khí-tràn dịch màng phổi, dây dính màng phổi.

5. Trung thất

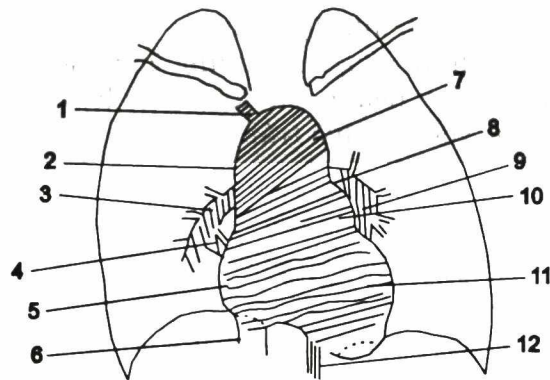
a. Giới hạn của trung thất, từ trên xuống dưới là (Hình 4.4):

Bên phải:

- Thân tĩnh mạch tay-đầu phải
- Tĩnh mạch chủ trên
- Nhĩ phải

Bên trái

- Cột sống
- Động mạch chủ
- Động mạch phổi
- Bờ thất trái



Hình 4.4. Hình trung thất. Phân tích giải phẫu – X quang hình tim-mạch bình thường.

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Thân tĩnh mạch tay đầu phải | 7. Quai động mạch chủ |
| 2. Tĩnh mạch chủ trên | 8. Động mạch chủ xuống |
| 3. Động mạch phổi phải | 9. Động mạch phổi trái |
| 4. Tĩnh mạch phổi phải | 10. Động mạch phổi |
| 5. Nhĩ phải | 11. Tâm thất trái |
| 6. Tĩnh mạch chủ dưới | 12. Động mạch chủ xuống. |

b. Khi nghiên cứu trung thất, chú ý tìm:

- Hình trung thất rộng ra, nhất là trung thất trên.
- Hạch, u trung thất.
- Co kéo trung thất làm lộ các đốt sống giữa, dưới.
- Trung thất bị đẩy.

c. Nghiên cứu kỹ hình tim và các mạch máu lớn (Hình 4.4)

6. Rốn phổi

Đây là một vùng khó đọc và cần được phân tích hết sức tỉ mỉ. Rốn phổi được cấu tạo bởi nhiều thành phần nhưng phần nhìn thấy trên phim chủ yếu là các mạch máu: động mạch phổi và tĩnh mạch phổi.

Bình thường các nhánh động mạch phổi chạy chéo từ rốn phổi ra, cắt với hình sáng của những ống phế quản. Các tĩnh mạch phổi, do chạy ngang nên khó thấy hơn. Hình dạng rốn phổi phải khác với rốn phổi trái:

- Ở bên phải, có thể thấy rõ toàn bộ rốn phổi phải; giữa bờ phải tim và những nhánh động mạch phổi phải là dải sáng phế quản phải. Rốn phổi phải thấp hơn rốn phổi trái từ 1-1,5cm.
- Ở bên trái, rốn phổi thường bị che lấp một phần sau thân động mạch phổi và thất trái.

Chú ý tìm hình rốn phổi to, hình hạch, hình u rốn phổi.

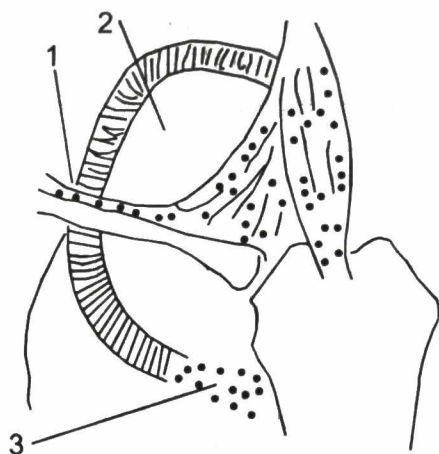
7. Nhu mô phổi

Đọc lần lượt đỉnh phổi, vùng dưới đòn, vùng giữa phổi và nền phổi.

a. Đỉnh phổi

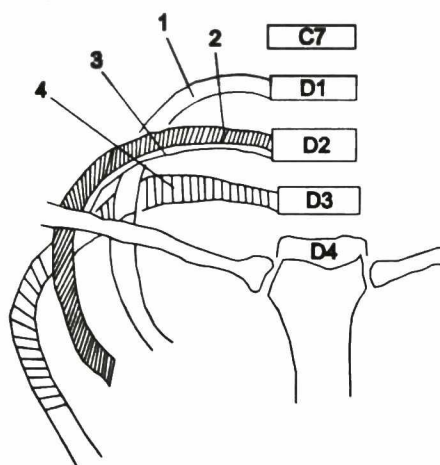
Trên phim phổi, đỉnh phổi là vùng nằm trên xương đòn. Đây là vùng hay gặp tổn thương lao và cũng lại là vùng khó đọc vì

vướng cơ ức đòn-chũm, xương đòn, xương sườn thứ 1: chính vì vậy mà hay có những hình tổn thương-giả, những “bẫy” X quang.



Hình 4.5. Hình chiếu xương - khớp ở đỉnh phổi

1. Dải mờ đi kèm bờ trên xương đòn
2. Hình “hang giả” ở đỉnh phổi
3. Hình vôi hoá sụn ức-đòn xương sườn 1



Hình 4.6. Bóng mờ “vệ tinh” của xương sườn 2

1. Xương sườn 1;
2. Xương sườn 2;
3. Bóng mờ “vệ tinh” của xương sườn 2;
4. Xương sườn 3

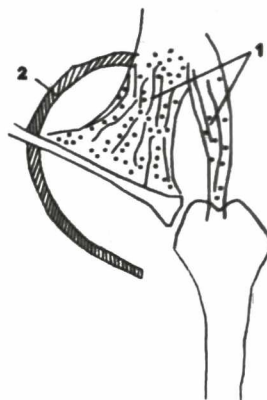
Muốn khỏi rơi vào những “bẫy” đó, cần nắm chắc những hình dưới đây:

- Bờ trên xương đòn thường có một dải mỡ song song đi kèm. Dải mỡ này do nếp gấp da tạo nên (Hình 4.5).
- Đôi khi bờ dưới các xương sườn thứ 2 cũng có một dải mỡ “vệ tinh” đi kèm: ở bên phải, dải mỡ đó là hình chiếu của rãnh đòn, ở bên trái là hình chiếu của động mạch dưới đòn trái (Hình 4.6 và 4.7).
- Cơ ức đòn chũm nếu phát triển sẽ làm mờ đỉnh phổi, giống như trường hợp dây dính màng phổi (Hình 4.8).



Hình 4.7. Bóng mờ vệ tinh của xương sườn 2 trái

1. Xương sườn 1
2. Hình chiếu của động mạch dưới đòn trái
3. Xương sườn 2
4. Xương đòn



Hình 4.8. Đỉnh phổi “mờ”

1. Cơ ức-đòn-chũm
2. Xương sườn 1

- Cơ ức đòn chũm có thể cùng với xương sườn thứ 1 hoặc thứ 2 tạo nên một “hang giả” (Hình 4.5)

Ở một số trường hợp, thấy hình thủy azygos đơn (thủy Wrisberg): đây là phần trong của thủy trên phổi phải, giới hạn phía ngoài là đường đi của tĩnh mạch azygos đơn; trên phim, tĩnh mạch đó đi từ đỉnh phổi xuống phía dưới, giống như một dấu phẩy có đầu dưới to, hình bầu dục, quay thành một vùng phổi rộng hoặc hẹp (Hình 4.9).



Hình 4.9. Thủy azygos
1. Bóng của khe azygos
2. Thủy azygos

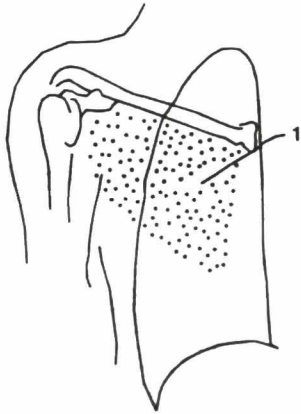


Hình 4.10. Hình xương bả vai lấn vào phổi
1. Phần xương bả lấn vào phổi

b. Vùng dưới đòn

Cần được phân tích kỹ vì tổn thương lao rất hay gặp ở vùng này. Những hình có thể nhầm với tổn thương là:

- Hình vôi hoá sụn ức-đòn-xương sườn thứ 1 (Hình 4.5).
- Ở vùng nách: xương bả vai có thể lấn vào phổi (do tư thế đứng không đúng) tạo thành một bóng mờ (Hình 4.10). Bóng cơ ngực to cũng có thể làm tối mờ một phần phổi (Hình 4.11).



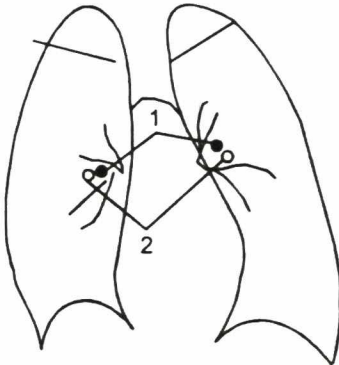
Hình 4.11. Bóng cơ ngực làm tối mờ một phần phổi

1. Bóng cơ ngực to

c. Vùng giữa phổi

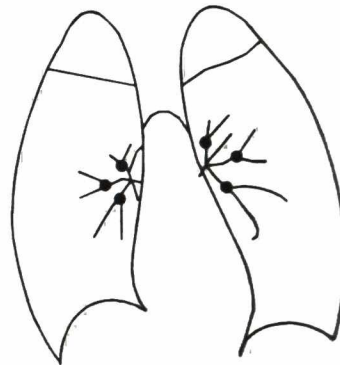
Mạng lưới mạch máu phổi từ rốn phổi đi ra ngoại vi càng ngày càng thon nhỏ dần lại. Có thể thấy:

- Hình “ống nhòm”, hoặc “nòng súng”: một bóng mờ tròn, đậm, đường kính khoảng 2-3 mm, nằm sát cạnh một vòng tròn sáng có kích thước tương tự: đây là hình ảnh mạch máu (hình đậm) nằm cạnh phế quản (hình sáng) bị tia X chụp đuôi (Hình 4.12).

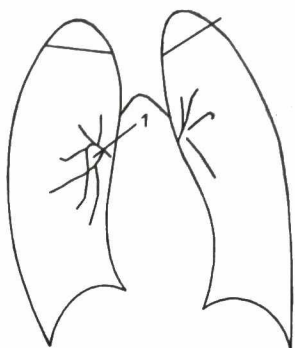


Hình 4.12. Hình “ống nhòm”

1. Mạch máu; 2. Phế quản



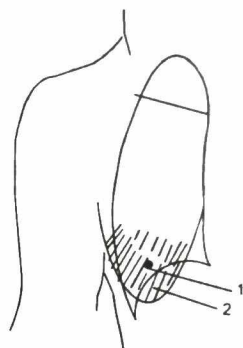
Hình 4.13. Những điểm nút ở rốn phổi



Hình 4.14. Hình “hang giả ở vùng gần rốn phổi”

1. Hình hang giả

- Hình những nốt mờ nằm rải rác tại các ngã ba mạch máu: đây là những điểm nút không có ý nghĩa bệnh lý, đừng nhầm với những huyết vôi hoá (Hình 4.13).
- Hình những “hang giả” do các mạch máu phổi nằm chồng chéo lên nhau (Hình 4.14).



Hình 4.15. Bóng vú phụ nữ làm tối nền phổi

1. Nút vú; 2. Bóng vú

d. Nền phổi

Nói chung vùng này dễ đọc nhưng cũng cần lưu ý là ở phụ nữ, bóng vú có thể làm nền phổi tối đi ít nhiều, núm vú có thể vôi hoá và có hình ảnh một bóng mờ tròn giống huyết lao, huyết di căn ung thư (Hình 4.15).

Tóm lại, với một phim chụp phổi thẳng, có thể đọc được hầu như toàn bộ phổi, nhưng không thấy các vùng sau tim cũng như vùng nền sau phổi.

Đọc phim phổi nghiêng

Phim phổi nghiêng sẽ giúp

1. Chẩn đoán định khu tổn thương chính xác

2. Phân tích những vùng không thấy được trên phim **thẳng**
 - Khung xương, nhất là cột sống.
 - Các vòm hoành phải hay trái (tùy theo **phim chụp** nghiêng phải hay nghiêng trái).
 - Các góc sườn hoành trước và sau.
 - Các rãnh liên thùy.
 - Quai động mạch chủ.
3. Xác định chiều sâu các lớp cắt khi cần chụp phổi cắt lớp nhưng không đọc được các đỉnh phổi.

Đọc phim phổi nghiêng khó hơn đọc phim phổi **thẳng** vì các hình ảnh chồng chéo lên nhau khá nhiều.

1. Đánh giá chất lượng phim phổi nghiêng

Yêu cầu kỹ thuật là:

- Độ tương phản giữa đen và trắng phải rõ ràng để **khi đọc** và phân tích các vùng rốn phổi, các khoảng trước và sau tim, đỉnh phổi được dễ dàng.
- Phim phải chụp trong tư thế hít vào gắng sức rồi nhịn thở, các vòm hoành ở phía trước ứng với chiều cao các cung trước xương sườn thứ 6.
- Phim chụp đúng trong tư thế nghiêng: xương ức được nhìn nghiêng, cung sau các xương sườn chồng lên nhau.

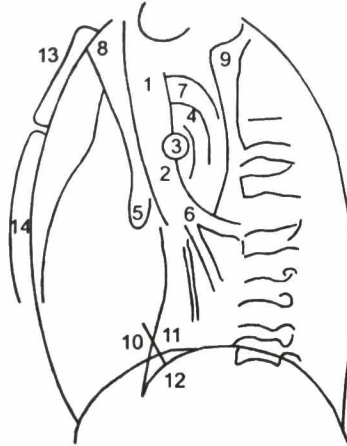
2. Trình tự đọc phim

Xác định tên, họ, ngày chụp phim. Xác định phim **nghiêng phải**, nghiêng trái, khung xương, trung thất, rốn phổi, màng phổi, vòm hoành và nhu mô phổi.

a. Xác định phim là nghiêng phải hay nghiêng trái

- Phim nghiêng phải: hai vòm hoành chạy **song song với nhau**.

- Phim nghiêng trái: hai vòm hoành cắt nhau ở giao điểm 1/3 giữa với 1/3 sau, vòm hoành trái ở dưới vòm hoành phải (hình 4.16).



Hình 4.16. Sơ đồ phim chụp phổi nghiêng trái

- | | |
|------------------------------------|------------------------|
| 1. Khí quản | 8. Mạch máu tay đầu |
| 2. Phế quản gốc phải | 9. Xương bả vai |
| 3. Phế quản gốc trái | 10. Tĩnh mạch chủ dưới |
| 4. Động mạch phổi trái | 11. Vòm hoành phải |
| 5. Động mạch phổi phải | 12. Vòm hoành trái |
| 6. Hợp dòng của các tĩnh mạch phổi | 13. Chuôi ức |
| 7. Quai động mạch chủ | 14. Thân xương ức |

b. Khung xương

Cột sống lưng và các lỗ liên hợp trông rõ.

c. Trung thất

Bóng tim không được lấn về phía cột sống ở phía sau cũng như không được lấn vào khoảng sáng sau xương ức ở phía trước. Ở phía sau, tĩnh mạch chủ dưới tiếp khẩu vào góc tâm-hoành do đó giúp ta nhận được vị trí của nhĩ phải (Hình 4.16).

Khí quản chạy chéo xuống dưới và ra sau; ở phần cuối khí quản có 2 vùng sáng: đây là phế quản gốc phải và phế quản gốc trái bị tia X chụp đuôi. Vòng sáng phế quản gốc phải nằm thấp hơn 2cm đối với vòng sáng phế quản gốc trái (Hình 4.16).

d. Rốn phổi

- Vùng này khó đọc
- Các động mạch phổi nằm ở hai bên phần tận cùng của dải sáng khí quản.
- Động mạch phổi phải ở thấp và ở phía trước, hình tròn hoặc bầu dục.
- Động mạch phổi trái vẽ thành một quai chạy vòng về phía sau dải sáng khí quản: động mạch phổi trái nằm cao hơn, ở phía sau động mạch phổi phải và ở dưới quai động mạch chủ tạo nên hình ảnh cửa sổ chủ - phổi (Hình 4.16).

e. Màng phổi và vòm hoành

- Tìm các rãnh liên thùy: các rãnh liên thùy lớn phải và trái có thể được nhận biết nếu ta nghiên cứu kỹ các điểm bám tận cùng của chúng với các vòm hoành.
- Tìm các vòm hoành: vòm hoành phải chạy liên suốt từ trước ra sau (từ ngực đến lưng); nhưng phần trước vòm hoành trái không nhìn được do lấn vào bóng mờ tim (Hình 4.16).

f. Nhu mô phổi

- Chú ý đến khoảng sáng sau xương ức.
- Đánh giá độ sáng nhu mô phổi. Ở phần sau nền của phim, các đốt sống lưng trông rõ do đó nếu thấy một đốt sống bị mờ chứng tỏ các phân thùy nền - sau phổi bị tổn thương.

Thuật ngữ chung mô tả những hình ảnh X quang phổi

Khi mô tả hình ảnh X quang phổi, thường dùng những thuật ngữ sau:

1. Bóng mờ

a. Đường mờ là những bóng mờ hình vệt, những đường mờ dày từ 0,5-1mm, khi thì di đơn độc, khi thì phối hợp với các tổn thương khác, hoặc đan lẫn với nhau thành bề.

b. Bóng mờ có giới hạn

- Hình hạt kê: là những đốm mờ rất nhỏ, tròn, đường kính dưới 1,5mm, có thể đậm hay nhạt.
- Huyết mờ nhỏ: huyết mờ tròn, đường kính từ 1,5-3mm.
- Huyết mờ trung bình: huyết mờ tròn, đường kính từ 3-10mm.
- Huyết mờ lớn: huyết mờ tròn, đường kính trên 10mm.

c. Đám mờ

- Đám mờ có hệ thống: mờ ít hay nhiều, khu trú ở phân thủy, hoặc ở thủy, thậm chí ở cả một bên phổi. Có thể hoặc không kèm theo những dấu hiệu co kéo.
- Đám mờ không có hệ thống: mờ thuần nhất hoặc không, bờ không rõ rệt. Một đám mờ thuần nhất hạn chế là hình thâm nhiễm.

2. Hình sáng

a. Hình sáng có giới hạn: là những vùng sáng hơn các tổ chức lân cận, thường có hình tròn, bờ mảnh (bong bóng khí thũng chẳng hạn) hoặc bờ dày (hang lao...), có thể có mức nước hay không, có thể có phế quản dẫn lưu hay không.

b. Hình sáng lan tràn: toàn bộ phổi đều tăng sáng (giãn phế nang lan toả, hen phế quản...) hoặc chỉ một thủy, một bên phổi tăng sáng.

3. Hình hỗn hợp

Phối hợp nhiều hình đã mô tả, thí dụ hình mạng lưới - huyết...

Đọc phim X quang phổi bệnh lý

Mở đầu

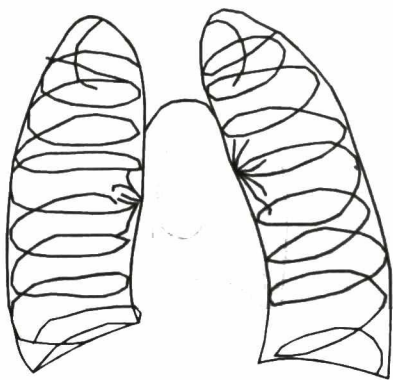
1. Muốn đọc tốt phim X quang phổi bệnh lý phải nắm chắc được hình phim phổi bình thường rồi trên cơ sở đó phát hiện ra những hình bệnh lý, dù rằng có thể chưa biết chúng là bệnh gì. Câu hỏi đặt ra khi đọc bất kỳ một phim phổi nào bao giờ cũng là "nếu có tổn thương thì nó nằm ở đâu" chứ không phải là "nếu có tổn thương thì nó là bệnh gì?".
2. Nói như vậy bởi vì không bao giờ một hình ảnh X quang lại có thể cung cấp ngay lập tức một chẩn đoán quyết định "như máy" được. Cũng một hình ấy có thể gặp ở nhiều bệnh phổi khác nhau; nói một cách khác, không bao giờ có một hình X quang đặc hiệu cho một bệnh nào cả. Muốn có chẩn đoán quyết định, phải kết hợp đọc phim với hỏi bệnh, khám bệnh, theo dõi diễn biến bệnh trên lâm sàng. Nhà X quang đồng thời còn phải là một nhà lâm sàng nữa. Do đó những hình X quang bệnh lý trình bày một cách đơn độc dưới đây cũng chỉ có giá trị gợi ý nhất định chứ chưa có giá trị chẩn đoán quyết định một bệnh cụ thể.
3. Tuy nhiên ngay trên một tấm phim, ta cũng vẫn có thể đi gần đến một chẩn đoán căn nguyên nếu biết mô tả và nhất là biết phân tích phim, phân tích tổn thương tỉ mỉ, có phương pháp để tìm ra một số điểm cụ thể gợi ý một bệnh nào đấy. Trình tự phân tích là mô tả tuần tự khu trú, hình dạng, kích thước, độ mờ, bộ phận hoặc cơ quan lân cận tổn thương.
4. Cũng cần biết là muốn đọc phim tốt cần phải tích lũy nhiều kinh nghiệm qua thời gian dài chứ không phải chỉ xem qua một vài cuốn sách về đọc phim là đã có thể giải quyết xong vấn đề một cách ổn thỏa.

Hình ảnh X quang các bệnh phổi không phải lao

1. Giãn phế nang

a. Giãn phế nang (GPN) lan toả

- Lồng ngực hình thùng: khoảng gian sườn giãn rộng; các xương sườn nằm ngang; sườn sườn hay bị vôi hoá (Hình 4.17).
- Vòm hoành thấp, dẹt, không đều, ít thay đổi vị trí trên phim chụp phổi khi hít vào và thở ra gắng sức.



Hình 4.17. Giãn phế nang lan toả

Phổi tăng sáng. Lồng ngực giãn rộng, xương sườn nằm ngang. Vòm hoành thấp, dẹt. Góc sườn hoành mở rộng. Tim hình giọt nước.

- Trên phim chụp thẳng khi thở ra gắng sức: chiều cao giữa vòm hoành và đỉnh phổi có thể gần gấp đôi bình thường (bình thường từ 8-10cm).
- Các buồng tim phải và động mạch phổi to lên hoặc bình thường.
- Hai trường phổi tăng sáng: mạch máu phổi ngoại vi thưa, mảnh.
- Trên phim chụp phổi nghiêng: đường kính trước - sau lồng ngực rộng: xương ức lồi ra trước, khi bệnh nhân thở ra gắng sức: các khoảng sáng sau xương ức và sau tim vẫn không tối lại.

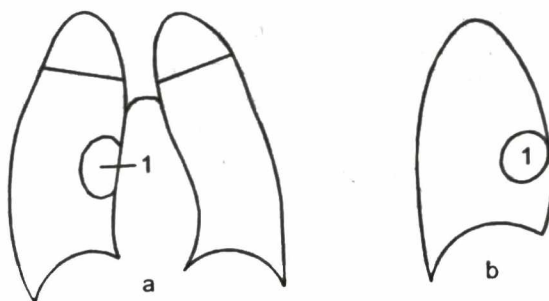
b. GPN toàn tiểu thuỳ (typ A) và trung tâm tiểu thuỳ (typ B)

- Trong GPN typ A: lồng ngực hình thùng. Hình ảnh GPN rõ, nhất là ở hai nền phổi. Bóng tim dài, hình giọt nước.

- Trong GPN typ B: tổn thương chủ yếu ở hai **đỉnh phổi**, mạng lưới phổi bình thường; không thấy hình ảnh GPN rõ rệt. Tim to.

2. Kén khí phổi

- Thường là một hình tròn, bờ rất mỏng, sáng nổi bật lên tương phản với nhu mô phổi chung quanh (Hình 4.18).
- Không có vùng đông đặc phổi quanh hình kén. Nếu bị nhiễm khuẩn, bờ kén có thể dày từ 1-2mm và có thể có mức nước nằm ngang trong lòng kén.



Hình 4.18. Kén khí phổi

- Phim phổi thẳng, kén khí có bờ mỏng
- Phim phổi nghiêng phải: không có vùng đông đặc phổi quanh hình kén

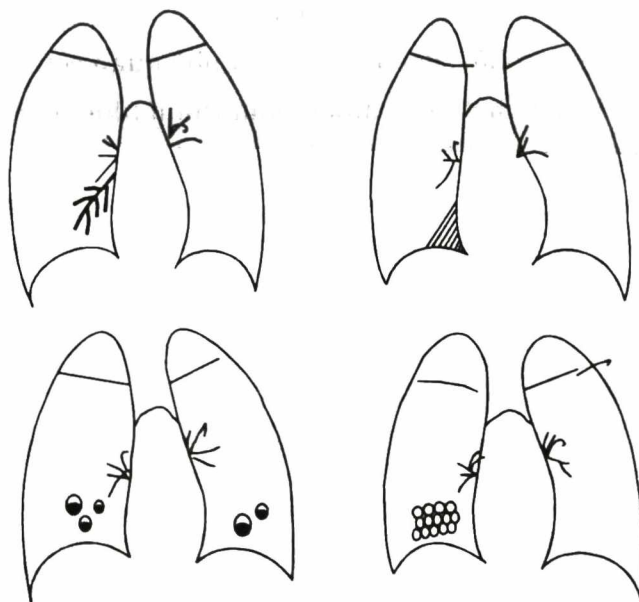
- Nói chung không nhìn thấy mạng lưới phổi trong lòng kén
- Có thể có những kén khí nhỏ khó chẩn đoán, kén khí khổng lồ giống tràn dịch màng phổi tự phát hoặc có nhiều kén trong bệnh phổi đa kén.

3. Giãn phế quản

- Phim chụp phổi không chuẩn bị

Có thể có nhiều hình ảnh:

- Mạng lưới phổi dày đậm to, biến dạng và thường khu trú ở các phân thùy nền của những thùy dưới (Hình 4.19).
- Đám mờ hình tam giác biểu hiện xẹp phổi, thường khu trú ở các góc tâm hoành, rõ nhất là ở góc tâm hoành phải (hình ê ke của Singer và Graham) (Hình 4.20).
- Các hình giả kén với đường kính lớn hơn 2cm, đôi khi có mức nước bên trong (Hình 4.21).
- Hình ảnh "tổ ong" (Hình 4.22).
- Hình GPN bù ở những phần còn lại, gặp trong phần lớn các trường hợp.
- Hình ảnh màng phổi: góc sườn - hoành tù, vòm hoành không đều...



Hình 4.19, 20, 21, 22. Các hình gián tiếp của giãn phế quản trên phim chụp phổi không chuẩn bị

b. Phim chụp phế quản

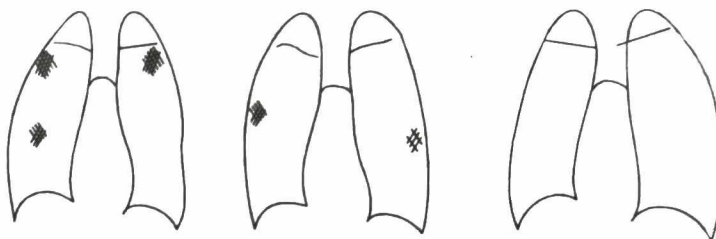
- Chẩn đoán phải được khẳng định bằng chụp phế quản hoặc chụp cắt lớp vi tính (CTscan) thấy các loại **giãn phế quản** hình trụ, hình túi, hình tràng hạt.

4. Hen phế quản

- Lồng ngực giãn to, trong tư thế thở vào.
- Các xương sườn nằm ngang.
- Các khoảng liên sườn giãn rộng.
- Vòm hoành thấp, dẹt.
- Tim hình giọt nước.
- Hai trường phổi tăng sáng toàn bộ.
- **Chú ý: chụp phổi sớm ở người hen phế quản còn để:**
 - + **Phát hiện một hoặc nhiều đám thâm nhiễm mau bay.**
 - + **Tìm các biến chứng: tràn khí màng phổi, rối loạn thông khí.**
 - + **Tìm căn nguyên: chẳng hạn chèn ép trung thất có thể gây cơn khó thở kiểu hen. Cần nghĩ đến khả năng này trước những trường hợp hen mới xuất hiện ở người trên 50 tuổi.**

5. Hội chứng Loeffler

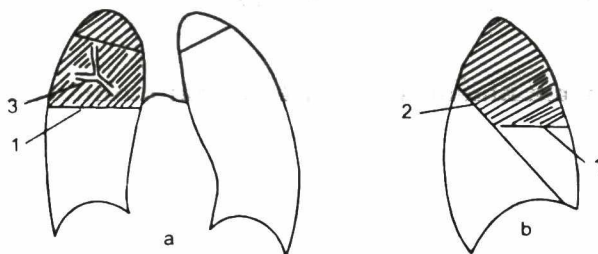
- Đám mờ có thể đơn độc hoặc nhiều đám, thuần nhất, không có hệ thống, độ mờ nhạt, bờ không rõ ràng, thường khu trú ở ngoại vi phổi, gần thành ngực; có thể ở một hoặc hai bên phổi.
- **Đặc điểm nổi bật: tính chất mau bay và thay đổi vị trí của tổn thương, do đó nếu chụp nhiều phim ở nhiều thời điểm khác nhau sẽ giúp chẩn đoán được dễ dàng (Hình 4.23, 4.24, 4.25).**



Hình 4.23, 4.24, 4.25. Diễn biến của hội chứng Loeffler: các đám mờ trên phổi thay đổi vị trí qua từng phim chụp. Trên phim chụp phổi lần thứ 3 (hình 4.25) trong vòng một tuần, các đám mờ đã hấp thu hết.

- Không phá huỷ thành hang, không có biến chứng tràn dịch màng phổi, không kèm theo tim to, có thể hoặc không kèm theo hạch to ở rốn phổi.

6. Viêm phổi thùy do phế cầu khuẩn



Hình 4.26. Viêm phổi thùy trên phải do phế cầu khuẩn

- | | |
|----------------------|---|
| a. Phim phổi thẳng, | 1. Rãnh liên thùy nhỏ bên phải, |
| b. Phim nghiêng phải | 2. Phần trên của rãnh liên thùy lớn phải, |
| | 3. Ảnh phế quản hơi. |

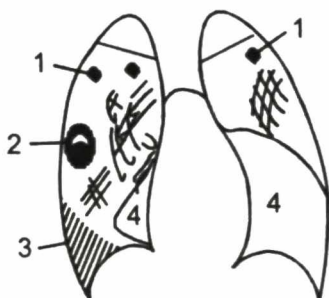
Bóng mờ với những đặc điểm:

- Có hệ thống.
- Đậm, thuần nhất (đồng đều), có bờ rõ nếu những bờ này tiếp giáp với bờ các phân thùy, thùy phổi.

- Có ảnh phế quản hơi (air-bronchogram)
- Thể tích tổn thương không thu nhỏ lại, các cơ quan, bộ phận lân cận (khí quản, trung thất) không bị co kéo (Hình 4.26).

7. Viêm phổi do tụ cầu vàng

- Nhiều bóng mờ hình tròn đậm, rải rác ở một hoặc hai phổi với đặc điểm là mất đi và xuất hiện lại ở những nơi khác rất nhanh.

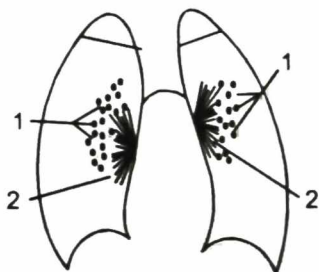


Hình 4.27. Viêm phổi do tụ cầu vàng

1. Bóng mờ di chuyển nhanh
2. Ổ áp xe phổi
3. Tràn dịch màng phổi
4. Bướu khí

- Các ổ viêm nhiễm sẽ hoại tử, vỡ thành nhiều ổ áp xe nhỏ, rồi tập trung thành những áp xe lớn.
- Xuất hiện hình các bướu khí lớn hoặc nhỏ, với bờ mỏng, đơn độc hoặc nhiều bướu.
- Rất hay có biến chứng tràn dịch màng phổi, tràn mủ màng phổi, tràn khí - tràn mủ màng phổi (Hình 4.27).

8. Phế quản - phế viêm (viêm phổi đốm)



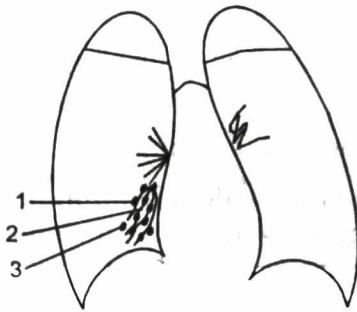
Hình 4.28. Phế quản - phế viêm

1. Nhiều huyết mò nằm rải rác hai trường phổi
2. Rốn phổi to, đậm

- Nhiều huyết mờ từ nhỏ đến lớn, đường kính từ vài milimet đến 8-9 milimet, bờ mờ nhạt, khó xác định, nằm rải rác ở hai trường phổi, chủ yếu quanh hai rốn phổi và các nền phổi.
- Các nhánh phế huyết quản ở sát rốn phổi to đậm (Hình 4.28).

9. Viêm phổi do virus và *Mycoplasma pneumoniae*

Hình ảnh X quang của hai bệnh này giống nhau, trong thực tế khó phân biệt được, nên sẽ được mô tả chung.



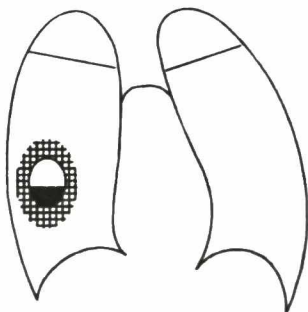
Hình 4.29. Viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae*

1. Bóng mờ xa rốn phổi
2. Đám mờ rải rác (hình ảnh viêm nhiễm lan ra phế nang)
3. Tổn thương hình mạng lưới (hình ảnh viêm nhiều tổ chức kẽ)

- Tổn thương thường ở các thùy dưới và cũng chỉ thường giới hạn ở một thùy phổi. Rất hiếm hữu có thể có tổn thương ở thùy trên làm nhầm với lao phổi.
- Từ rốn phổi đi xuống cơ hoành, theo đường đi của các nhánh phế huyết quản là những đám mờ đậm nhạt không đều, bờ không rõ ràng nằm chồng lên những tổn thương hình mạng lưới làm cho góc tâm hoành (thường là góc tâm hoành phải) tối đi (Hình 4.29).

10. Áp xe phổi

- Giữa một vùng mờ đậm không thuần nhất giới hạn không rõ ràng, thấy có hình hang với trục lớn theo chiều thẳng đứng; bờ hang không đều, dày, trong hang có mức nước nằm ngang; đáy là hình khí - nước điển hình của áp xe phổi (Hình 4.30).



Hình 4.30. Áp xe phổi

Hình ảnh khí nước điển hình của áp xe phổi

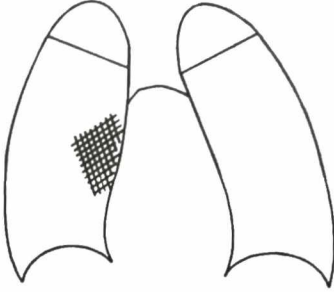
- Có thể chỉ có một hang đơn độc hoặc có nhiều hang; có mức nước hay không ở giữa bóng mờ.
- Có khi hình khí nước chỉ trông rõ trên các phim chụp phổi cắt lớp.
- Các hình này thường thay đổi qua mỗi lần chụp phổi.
- **Chú ý:** cần nghiên cứu kỹ thêm cả: phổi đối diện; rốn phổi và các dải sáng phế quản để tìm nguyên nhân áp xe phổi (khối u, chít hẹp phế quản, dị vật phế quản); màng phổi, nhất là nếu ổ áp xe nằm sát ngay vùng bìa phổi.

11. Ung thư phế quản

a. Ung thư phế quản tiên phát

Hình X quang rất đa dạng, dưới đây chỉ nêu lên một số hình ảnh thường gặp:

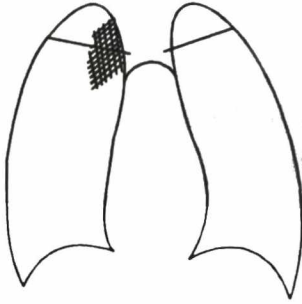
- Bóng mờ cạnh rốn phổi
 - + Bóng mờ to hay nhỏ, đậm, bờ rõ hoặc không, làm cho rốn phổi đậm lên và to ra, có thể kèm theo những rối loạn thông khí dẫn đến xẹp phổi, giãn phế nang chít hẹp (Hình 4.31).



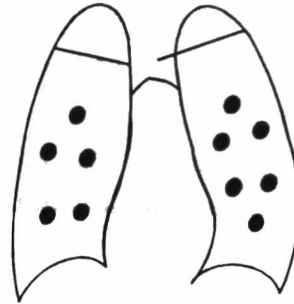
Hình 4.31. Ung thư phế quản. Rốn phổi đậm lên và to ra



Hình 4.32. Ung thư phế quản. Bóng mờ đơn độc tròn ở ngoại vi phổi



Hình 4.33. Ung thư phế quản. Hình thâm nhiễm ở đỉnh phổi và dưới đòn phải



Hình 4.34. Ung thư phế quản thứ phát. Hình "thả bóng"

Đây là hình ảnh gợi ý nhất do chính khối u gây nên hoặc do hạch to, hoặc do rối loạn thông khí.

- Bóng mờ ở ngoại vi
Bóng mờ đơn độc, đậm, tròn, thuần nhất, có bờ rõ hoặc hình chân cua, ở ngoại vi phổi (Hình 4.32).
- Những hình ảnh X quang khác
 - + Hình thâm nhiễm: là một bóng mờ không thuần nhất, bờ không rõ ràng (Hình 4.33).

- + Hình khí nước: hình mưng mủ phổi phá huỷ, có thành dày và không đều; hình hoại tử khối u: bóng mờ **dậm**, phá huỷ ở giữa, trong lòng hang này nhìn thấy một "cục" (đây là những tổ chức hoại tử) bám vào thành **hang**.

Những hình trên bắt buộc phải đi tìm sự lan **tràn của ung thư**, tìm thêm các tổn thương khác như:

- **Tổn thương xương:**
Cần nghiên cứu khung xương có hệ thống: nếu thấy một xương sườn bị ăn mòn mà lại nằm cạnh một tổn thương nhu mô phổi thì gần như chắc chắn đây là một trường hợp ác tính.
- **Tổn thương trung thất:**
 - + **Trung thất to ra.**
 - + **Góc phân chia khí phế quản giãn rộng.**
- **Tổn thương dây thần kinh hoành:**
 - + **Một vòm hoành bị kéo lên cao.**
- **Tổn thương màng phổi:**
 - + **Tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi.**
- **Tổn thương bên phổi đối diện:**
 - + **Ung thư phế quản hai bên.**
 - + **Lan tràn sang bên đối diện do di căn ung thư, viêm bạch mạch ung thư.**

b. Ung thư phế quản thứ phát

Hình ảnh X quang cũng rất đa dạng:

- **Thể huyết:**
 - + Có thể là một huyết tròn, đơn độc (giống như ung thư phế quản ngoại vi tiên phát).
 - + Có thể có nhiều huyết tròn, "hình thả bóng" (**Hình 4.34**).

- Thể thâm nhiễm.
- Thể hình mạng lưới hoặc huyết mạng lưới.
- Thể xếp phổi.
- Thể tràn dịch màng phổi.

12. Tràn dịch khoang màng phổi lớn

a. Tràn dịch màng phổi nhẹ

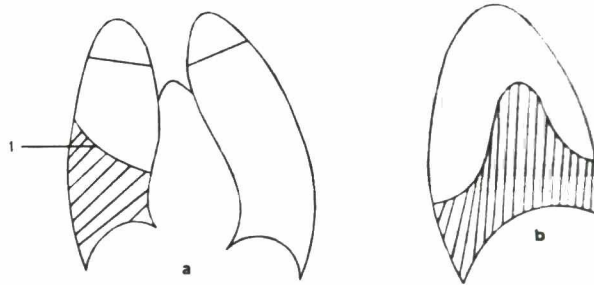
- Bóng mờ nhạt làm tối góc sườn hoành. Rất dễ nhầm với dây dính màng phổi. Để tránh nhầm, cho bệnh nhân chụp phổi ở tư thế nằm nghiêng về bên có tổn thương: nếu có dịch sẽ thấy một dải mờ trải dài theo thành ngực. Bổ sung bằng chọc dịch màng phổi.

b. Tràn dịch màng phổi trung bình

- Bóng mờ thuần nhất, đậm, ở nền phổi, che lấp hình các xương sườn (Hình 4.35).
- Giới hạn trên của bóng mờ là một đường lõm xuống chạy từ trong chéch lên cao và ra ngoài thành ngực gọi là đường cong Damoiseau. Đường cong này còn tiếp tục chạy men theo thành ngực như một đường viền, đường viền đó có thể là:
 - + Dây dính những lá màng phổi
 - + Hoặc là một lớp dịch mỏng có khi leo lên đến tận đỉnh phổi.

c. Tràn dịch màng phổi lớn

- Toàn bộ một nửa ngực tối lại: hội chứng nửa ngực tối.
- Trung thất bị đẩy mạnh về bên đối diện (ngược lại với hình ảnh trung thất bị kéo về bên ngực tối trong hội chứng đông đặc co kéo).



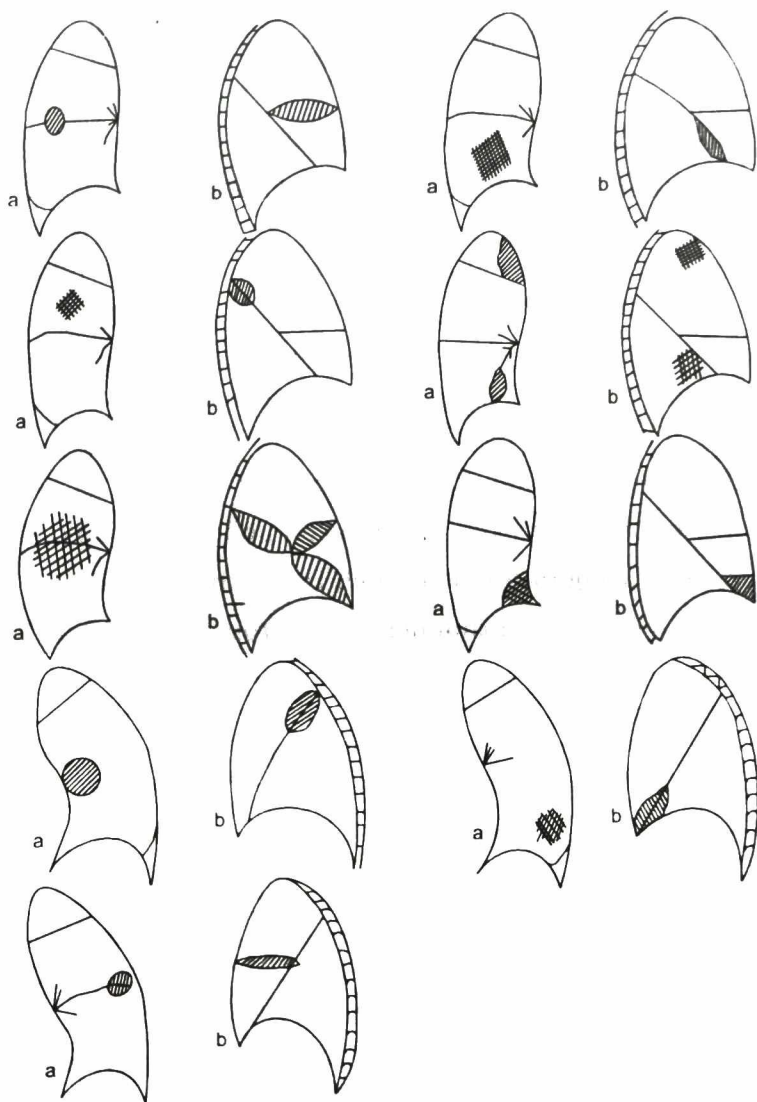
Hình 4.35. Trần dịch màng phổi trung bình nền phải

a. Phim thẳng, 1. Đường cong Damoiseau, b. Phim nghiêng phải

13. Trần dịch màng phổi khu trú

a. Trần dịch màng phổi liên thùy

- Bắt buộc phải chụp cả phim phổi thẳng và nghiêng để chẩn đoán được dễ dàng.
- Phim phổi thẳng (Hình 4.36)
 - Bóng mờ khu trú ở phần giữa hoặc ở một nền phổi với đặc điểm:
 - + Có thể là một bóng mờ nhạt, mờ mờ, bờ không rõ ràng.
 - + Hoặc trái lại, có thể là một bóng mờ đậm, tròn, bờ rất rõ, như hình một "quả quýt".
- Phim phổi nghiêng (Hình 4.36)
 - + Bóng mờ có thể chiếm toàn bộ hoặc một phần rãnh liên thùy, trông giống hình con thoi hoặc một kính lồi hai mặt.
 - + Nhưng trong thực tế một số trường hợp lại có hình một bóng mờ tròn, đơn độc (cả trên phim thẳng lẫn phim nghiêng) cần được phân biệt với kén phổi hoặc u phổi.



Hình 4.36. Sơ đồ các hình ảnh X quang khác nhau của tràn dịch màng phổi liên thùy (vẽ theo L.C Rodenstraal và M.G. Vinhe, 1968).

a. Phim thẳng

b. Phim nghiêng

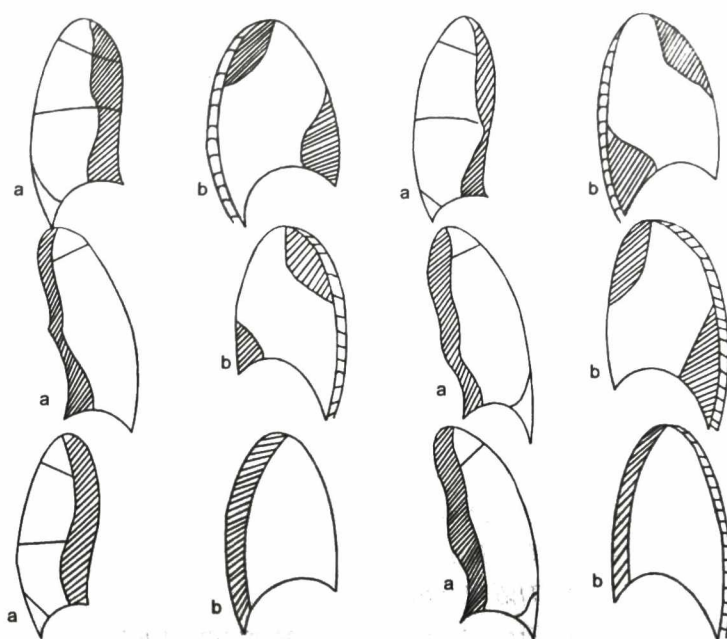
b. Trần dịch màng phổi trung thất

Có thể có những hình sau đây:

- Bóng mờ cạnh trung thất (Hình 4.37)
 - + Nền bóng mờ nằm ở 1/3 trong vòm hoành; từ đó bóng mờ chạy lên cao, có khi tới tận xương đòn.
 - + Đôi khi bóng mờ đó có đoạn thất lại ở rốn phổi giống như một chiếc đồng hồ cát.
- Ở bên phải, bóng mờ gần như chạy song song với bờ tim. Nhưng ở bên trái, bờ tim che khuất bóng mờ nên chỉ thấy nó trên phim nghiêng.
- Bóng mờ hình tam giác cạnh tim với:
 - + Nền là vòm hoành, đỉnh là rốn phổi (Hình 4.37).
 - + Gặp trong những tràn dịch trung thất sau.
- Bóng mờ hình con thoi hoặc hình tròn sát rốn phổi
 - + Giống bóng mờ mạch máu hoặc một khối u. Chẩn đoán thường rất khó, nhiều khi phải dùng đến những biện pháp thăm dò trung thất, chủ yếu là bơm hơi trung thất, CT scan, MRI.

c. Trần dịch màng phổi hoành

- Phim chụp thẳng:
 - + Một dải mờ ôm theo sát vòm hoành giống như kiểu vòm hoành bị kéo lên cao, rõ nhất là ở bên phải vì bóng mờ tràn dịch lẫn với bóng mờ gan (Hình 4.38).
 - + Ngược lại, ở bên trái, túi hơi dạ dày sẽ giúp phân biệt dễ dàng hơn: bình thường thì bờ trên của túi hơi dạ dày chỉ cách vòm hoành trái vài milimet, nếu chiều dày này lớn hơn, phải nghĩ đến có tràn dịch màng phổi hoành.



Hình 4.37. Sơ đồ các hình X quang hay gấp nhất của tràn dịch màng phổi trung thất (vẽ theo L.C.Rodenstrao và M.G.Vinnhe, 1968)

a. Phim chụp thẳng, b. Phim chụp nghiêng

– Phim chụp nghiêng

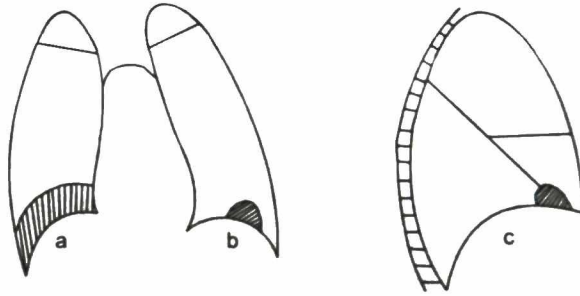
+ Bóng mờ giống như một vòm hoành, nhưng có thể dựa trên hai điểm để phân biệt (Hình 4.38):

1. Chỉ riêng phần giữa của "vòm hoành giả" đó là có hình tròn.
2. Thường hay kèm theo dấu hiệu rãnh liên thùy to ra.

Nhưng nhiều khi chẩn đoán rất khó phải dựa thêm vào:

+ Một số phim chụp ở các tư thế khác nhau như: 1. Bệnh nhân nằm về phía bị tràn dịch; 2. Bệnh nhân đứng nghiêng về bên bị tràn dịch: như vậy dịch sẽ xuất hiện ở góc sườn-hoành khẳng định chẩn đoán tràn dịch là

đúng và xác định được vị trí chính xác của vòm hoành;
 3. Bệnh nhân nằm ngửa: nếu thấy dịch tràn đều ra làm
 tối nhạt suốt trường phổi thì không phải là tràn dịch
 màng phổi hoành.



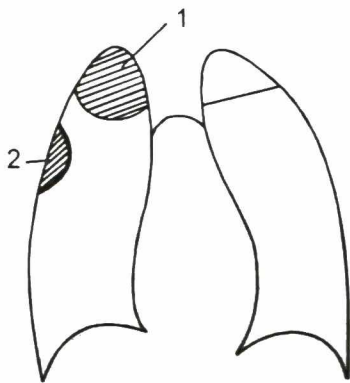
Hình 4.38. Tràn dịch màng phổi hoành

a. Thể lan tràn

b. Thể khu trú

c. Tràn dịch hỗn hợp màng phổi rãnh liên thùy.

- + Cũng có thể bơm hơi màng bụng để phân biệt bóng mờ màng phổi hoành với gan, chụp CT scan.
- + Chọc màng phổi: làm thận trọng, đâm kim vào đường nách sau, bệnh nhân ở tư thế nửa nằm.



Hình 4.39. Tràn dịch màng phổi nách và đỉnh

1. Tràn dịch màng phổi đỉnh

2. Tràn dịch màng phổi nách

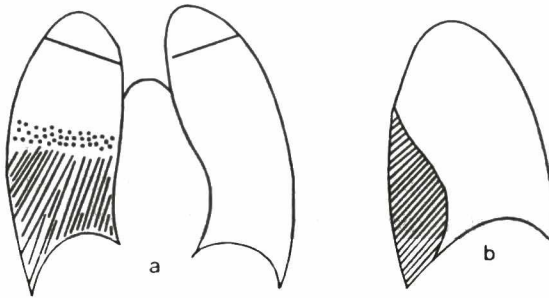
d. Tràn dịch màng phổi nách

Bóng mờ đậm thuần nhất, tròn hoặc giống hình cái chùy, lồi vào phía trong phổi, bờ rõ, nền bóng mờ áp vào thành ngực với góc tiếp giáp là những góc nhọn (Hình 4.39).

e. Tràn dịch màng phổi đỉnh

Bóng mờ đậm, thuần nhất, lồi xuống phía dưới, khu trú ở vùng trên và dưới đòn, giống hình ung thư đỉnh phổi (khối u Pancoast-Tobias) (Hình 4.39).

14. Tràn dịch màng phổi mũ



Hình 4.40. Tràn dịch màng phổi mũ

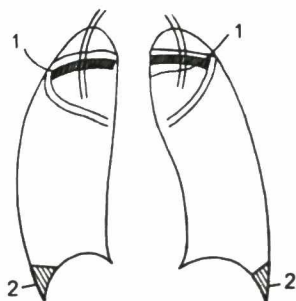
a. Phim chụp thẳng; b. Phim chụp nghiêng phải

- Bóng mờ đậm ở nền phổi, bờ trên không rõ ràng (Hình 4.40)
- Trên phim nghiêng, bóng mờ thường khu trú ở phía sau (Hình 4.40).
- Tùy theo mức độ tràn dịch mà trung thất bị đẩy nhiều hay ít.

15. Dây dính màng phổi

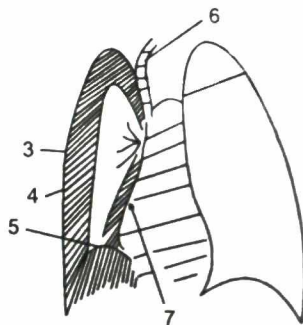
- Dải mờ nhấp nhô, không đều, nhám nhở viền theo bờ dưới các xương sườn thứ 2: đây là dây dính màng phổi đỉnh (đừng nhầm với hình ảnh bình thường của các động mạch

dưới đòn trái, của rãnh xương sườn phải và hình ảnh bệnh lý mở đầu của ung thư đỉnh phổi (khối u Pancoast - Tobias) (Hình 4.41).



Hình 4.41. Dây dính màng phổi

1. Dây dính màng phổi đỉnh
2. Góc sườn hoành tù
3. Cơ kéo thành ngực về phía trong
4. Đám mờ do dây dính màng phổi và vôi hoá màng phổi

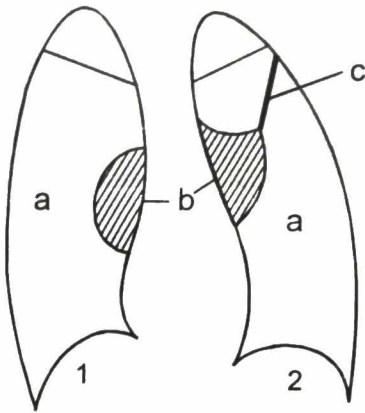


Hình 4.42. Dây dính màng phổi

5. Vòm hoành phải kéo lên cao
 6. Khí quản bị co kéo
 7. Tim bị kéo về bên dây dính màng phổi.
- Góc sườn hoành tù, bẹt (phân biệt với tràn dịch màng phổi bằng cách chụp phổi khi bệnh nhân nằm nghiêng về bên tổn thương (Hình 4.41).
 - Dây dính màng phổi có thể kết hợp với vôi hoá màng phổi tạo nên những đám mờ nhạt hẹp hoặc rộng phủ lên bề mặt phổi, co kéo các bộ phận lân cận (khí quản, tim, vòm hoành) (Hình 4.42).

16. Tràn khí màng phổi

- Nếu tràn khí ít, chỉ thấy ngoại vi phổi tăng sáng, phổi bị tách ra khỏi thành ngực.
- Nếu tràn khí nhiều, có thể cả một nửa ngực tăng sáng tương phản rõ rệt với phổi đối diện. Bên phổi bị tràn khí, không còn nhìn thấy mạng lưới phổi.



Hình 4.43.

1. Tràn khí màng phổi ở khoang màng phổi lớn
 2. Tràn khí màng phổi có dây chằng
- a. Nửa ngực tăng sáng, không có mạng lưới phổi
b. Mỏm cắt phổi
c. Dây chằng

- Giữa vùng phổi tăng sáng và bóng tim, thấy phổi co nhỏ lại thành một dải nằm dọc theo trung thất hoặc thu gọn lại thành một "nấm" ở rốn phổi, đôi khi không còn nhìn thấy nữa.
- Có thể thấy những dây chằng nổi mỏm cắt phổi với thành ngực.
- Trung thất bị đẩy về phía đối diện. Các gian sườn giãn rộng. Vòm hoành bên phổi tràn khí hạ thấp (Hình 4.43).

Phim còn cho biết thêm những yếu tố sau đây:

- Yếu tố tiên lượng: đánh giá mức độ di chuyển của tim và trung thất.
- Yếu tố căn nguyên: phát hiện tổn thương nhu mô ở mỏm cắt phổi, chủ yếu là ở bên phổi đối diện.
- Yếu tố diễn biến: đánh giá sự hấp thu của tràn khí, sự giãn nở trở lại của phổi về phía thành ngực; phát hiện biến chứng tràn dịch - tràn khí hỗn hợp.

Hình ảnh X quang lao phổi

1. Phức bộ sơ nhiễm

- Hình ảnh điển hình là: hình quả tạ, hình lưỡng cực, gồm có:

- + Một sáng sơ nhiễm ở nhu mô phổi, thường ở **nền phổi** hoặc ở **thùy trên phổi**, là một bóng mờ nhạt, **hình tròn** hoặc **dạng không đều**, bờ **nham nhỏ**. Về sau cũng có thể có hình quả lê hoặc tam giác.



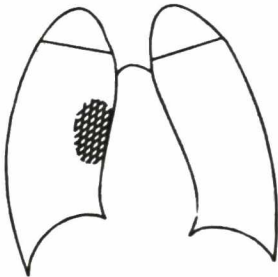
Hình 4.44. Phức bộ sơ nhiễm.

1. Hạch rốn phổi sưng to.

2. Sáng (chancre) sơ nhiễm.

- **Hình hạch sưng ở rốn phổi:** bóng mờ đậm, bờ hình bán nguyệt hoặc đa cung, nhìn rõ ở bên phải. Ở một số trường hợp hình hạch sưng gặp đồng thời ở cả hai phổi (Hình 4.44).
- **Phức bộ sơ nhiễm** hay khu trú ở phổi phải.
- Ở người lớn còn có thể có một số hình khác: bóng mờ các tuyến nang (acini), hình thâm nhiễm phân thùy như viêm phổi.

2. Lao hạch trong lồng ngực



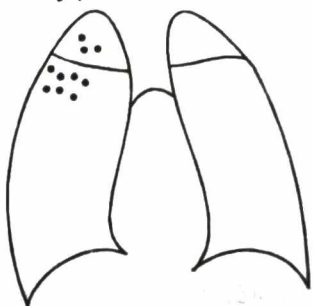
Hình 4.45. Lao hạch trong lồng ngực. Thâm nhiễm quanh hạch rốn phổi

Có hai loại hình ảnh:

- Thâm nhiễm quanh hạch rốn phổi:** hạch rốn phổi sưng to, bao quanh vùng ngoại vi hạch là một vùng mờ nham nhỏ làm rốn phổi to ra và biến dạng: loại này hay gặp (Hình 4.45).

b. Hạch rốn phổi giả u: hình hạch đậm, bờ rõ, hình sóng lượn hoặc đa cung, không có hình thâm nhiễm quanh hạch: loại này ít gặp. Hay bị tổn thương nhất là nhóm hạch rốn phổi, rồi đến nhóm hạch cạnh khí quản. Có thể thấy hình xẹp phổi thùy do hạch chèn ép hoặc gây tắc nghẽn phế quản (qua lỗ rò phế quản).

3. Lao huyết



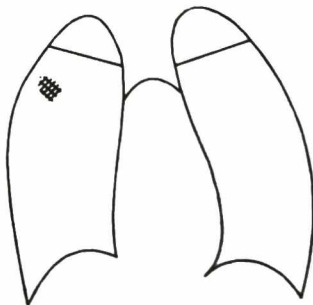
Hình 4.46. Lao huyết

Các huyết lao ở đỉnh phổi và phần ngoại vi vùng dưới đòn.

- Là những bóng mờ nhỏ, mờ nhạt (nếu là tổn thương mới), hình dạng không rõ ràng, kích thước không đều, đường kính có thể từ 3mm đến tối đa là 10mm.
- Thường khu trú thành những đám nhỏ, chủ yếu chỉ hạn chế ở đỉnh phổi và phần ngoại vi vùng dưới đòn (Hình 4.46).

4. Lao thâm nhiễm

a. Thâm nhiễm tiểu thùy



Hình 4.47. Lao thâm nhiễm tiểu thùy. Bóng mờ vùng dưới đòn, không thuần nhất, bờ không rõ.

- Bóng mờ thường khu trú ở ngoại vi phổi hay ở các phân thùy 1,2, có thể tròn hoặc không, đường kính từ 1cm đến 3cm, độ mờ không thuần nhất, bờ ngoài mờ, không rõ. Nhu mô phổi quanh bóng mờ không có gì thay đổi (Hình 4.47).
- Trên phim có cảm giác tổn thương có xu hướng kéo căng về phía rốn phổi.

b. Thâm nhiễm tròn hoặc bầu dục

- Hay khu trú ở phân thùy 1,2, ít khi ở các phân thùy 6; hình tròn không đều hoặc hình bầu dục, đường kính từ 1,5-2cm hoặc lớn hơn, độ mờ không thuần nhất, bờ không rõ (Hình 4.48).

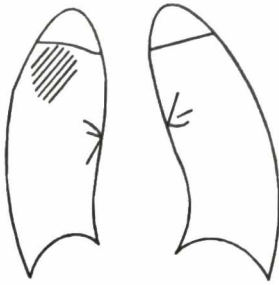


Hình 4.48. Thâm nhiễm hình tròn Assmann

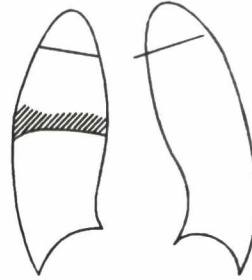
- Nếu tổn thương hình tròn có bờ rõ và đường kính từ 3-5cm thì đây là hình thâm nhiễm Assmann-Redeker. Từ tổn thương này có những đường mờ chạy xuống nối liền với rốn phổi. Nếu nhìn thấy hình sáng các ống phế quản nằm trong dải mờ này tạo cho toàn bộ tổn thương có hình một chiếc vợt bóng bàn thì điều này có nghĩa là thâm nhiễm đã bị phá hủy.

c. Thâm nhiễm hình mây

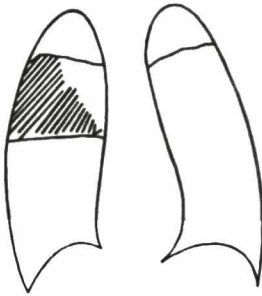
- Bóng mờ khu trú ở một hoặc nhiều phân thùy thường là những thùy trên, không có hình dạng rõ rệt, độ mờ không thuần nhất, bờ mờ có xu hướng phá hủy sớm (Hình 4.49).



Hình 4.49. Thâm nhiễm hình mây



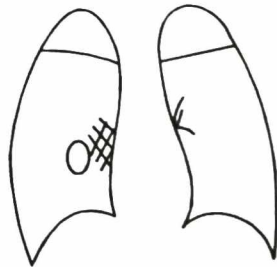
Hình 4.50. Viêm quanh rãnh liên thùy



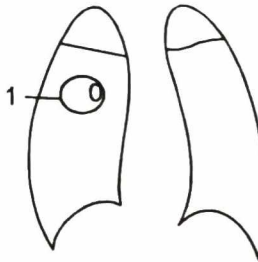
Hình 4.51. Viêm thùy do lao ở thùy trên phải



Hình 4.52. Viêm tiểu thùy phổi bã đậu



Hình 4.53. Thâm nhiễm kiểu giả u



Hình 4.54. U lao

1. Hang phá huỷ lệch tâm

d. Viêm quanh rãnh liên thùy

- Nếu thâm nhiễm hình mây khu trú ở gần các rãnh liên thùy lớn hoặc nhỏ và đôi khi lại nối liền với rốn phổi, đây là hình viêm quanh rãnh liên thùy (Hình 4.50).

e. Viêm thùy lao

- Có nhiều hình khác nhau vì phụ thuộc vào những khu trú khác nhau.
- Thường gặp nhất là viêm thùy do lao ở thùy trên phải: có hình một cái nêm mà đỉnh ở rốn phổi, nền ở thành ngực, bờ dưới là rãnh liên thùy nhỏ (Hình 4.51).
- Rất giống hình viêm phổi thùy do phế cầu khuẩn.

f. Viêm phổi bã đậu

Có hai loại:

- **Viêm thùy phổi bã đậu:**
 - + **Bóng mờ lan toả, chiếm hết cả một thùy phổi, có khi lan hết cả một bên phổi hoặc sang cả bên phổi đối diện, nhưng thể tích vùng tổn thương không hề nhỏ lại: độ mờ đậm, nhạt khác nhau, không thuần nhất.**
 - + Trên nền bóng mờ, thỉnh thoảng có những cục lớn nổi lên cùng hình ảnh phế quản hơi và những hình phá huỷ lẫn với những vùng xẹp phổi.
- **Viêm tiểu thùy phổi bã đậu:**
 - + Nhiều huyết mờ lớn quy tụ lại với nhau thành từng đám, bên cạnh những huyết đứng riêng rẽ, bờ nham nhở, lở mờ.
 - + Xu hướng phá huỷ thành nhiều hang, những huyết lao mới, lan tràn theo đường phế quản đến các phần phổi khác cũng nhanh chóng quy tụ lại và phá huỷ (Hình 4.52).

g. Thâm nhiễm kiểu giả u

- + Hay khu trú ở phân thùy 3, thùy giữa, thùy dưới, hình tròn không đều, bầu dục hoặc tam giác, đường kính từ 5-6cm, độ mờ thuần nhất, có bờ rõ (Hình 4.53).
- + Không có các huyết lao lan tràn ở ngoài tổn thương.
- + Nhiều đường mờ nối liền tổn thương với rốn phổi.

5. U lao

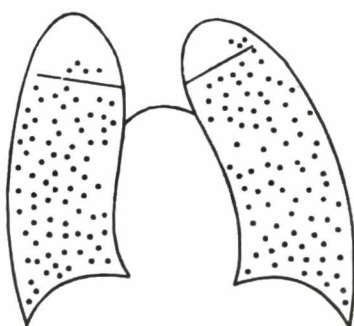
- Bóng mờ hình tròn, đơn độc nhưng cũng có khi có nhiều u, kích thước từ 2-8cm, thường khu trú ở ngoại vi, vùng dưới màng phổi, hay ở các phân thùy 1,2, ít khi gặp ở thùy dưới. U lao thường hay ở phổi phải hơn là phổi trái.
- Ở rìa khối u, có thể thấy những nốt vôi hoá.
- Có thể phá huỷ thành hang lệch tâm, ở ngoại vi u lao, chứ không phải ở chính giữa u.
- Xung quanh u lao thấy nhiều huyết lao, những đường xơ và dây dính màng phổi (Hình 4.54)

6. Lao phổi tản mạn

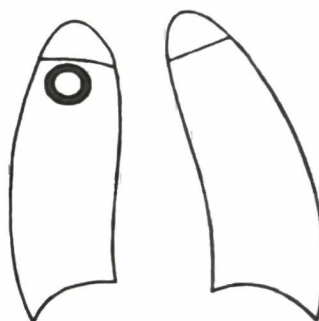
Gồm có: lao kê, lao tản mạn đường máu bán cấp, lao tản mạn đường máu mạn tính.

a. Lao kê

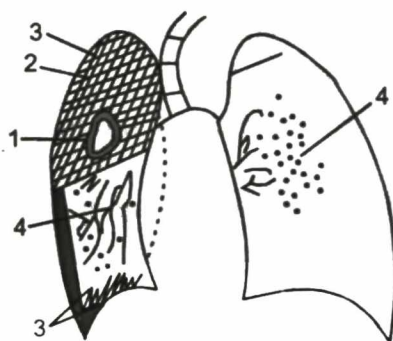
- Toàn bộ hai phổi giảm độ sáng, các nhánh phế huyết quản mờ nhoè.
- Xuất hiện những tổn thương hình mạng lưới mảnh dẻ do viêm nhiễm tổ chức kẽ.
- Nhiều huyết tròn, nhỏ bằng hạt kê, đều nhau tằm tấp, đường kính dưới 2mm, có bờ rõ, phân bố đối xứng ở hai phổi, từ đỉnh xuống nền phổi. Ở các vùng giữa và nền phổi, các hạt đó dày đặc hơn ở các đỉnh phổi (Hình 4.55).



Hình 4.55. Lao kê



Hình 4.56. Lao hang



Hình 4.57. Lao xơ hang

1. Hang lao méo mó, bờ dày,
2. Vùng thâm nhiễm quanh hang và tổ chức xơ,
3. Dây dính màng phổi dính phổi, góc sườn - hoành tù, khí quản, tim bị kéo về bên tổn thương,
4. Huyết lao lan theo đường phế quản

- Nếu không chụp phổi, chỉ chiếu X quang phổi sẽ bỏ sót, không phát hiện được những hình hạt kê.

b. Lao tản mạn đường máu bán cấp

- Đối xứng ở cả hai phổi, chủ yếu ở các phần trên phổi là nhiều huyết tròn to, nhỏ không đều nhau, đường kính từ 2-3mm, đứng riêng rẽ hoặc tụ tập thành đám, xu hướng di theo trục những mạch máu nhỏ. Hình mạng lưới do viêm tổ chức kẽ dày đặc.
- Ở hai đỉnh phổi cũng có thể thấy những huyết lớn, phân bố đối xứng, bờ không rõ, đường kính có khi tới 10mm và hình hang phá huỷ.

c. Lao tản mạn đường máu mạn tính

- Ở những phần trên của hai phổi có các huyết rải rác, to nhỏ không đều, đậm nhạt khác nhau, phân bố không đối xứng như trong lao kê và hình ảnh X quang phần nào giống lao tản mạn đường máu bán cấp.
- Nếu bệnh tiến triển lâu thì ở ngoại vi và nền phổi có dấu hiệu giãn phế nang: vòm hoành hạ thấp, rốn phổi kéo lên cao; đỉnh phổi thường có bong bóng khí thũng.
- Trong lao phổi tản mạn, hang có đặc điểm là bờ rất mỏng.

7. Lao hang

- Hang lao hay khu trú ở các phân thùy 1,2; hình tròn hoặc bầu dục, đường kính có thể từ 2-6cm hoặc lớn hơn (Hình 4.56).
- Thành hang có thể dày từ 15-30mm với đặc điểm là thành bên trong hang rõ, nhưng thành ngoài hang không rõ.
- Điểm đặc biệt là: **chung quanh hang không có vùng thâm nhiễm tổ chức xơ, không có huyết lao lan tràn theo đường phế quản, không có kéo trung thất.**

8. Lao xơ hang

- Hang lao méo mó, có thể có mức nước bên trong, bờ dày, có vỏ xơ, quanh hang có vùng thâm nhiễm đậm, nhiều tổ chức xơ.
- Dây dính màng phổi; co kéo cơ hoành, trung thất bị co kéo về bên tổn thương.
- Có nhiều huyết lao lan tràn theo đường phế quản.
- Thể tích phổi tổn thương co nhỏ lại (Hình 4.57).

9. Lao xơ

Hình ảnh thay đổi tùy theo khu trú của tổn thương.

Nếu tổ chức xơ nhiều ở một bên phổi thì:

- Bóng mờ đậm, không thuần nhất, có những vùng sáng nhỏ như hình tổ ong, biểu hiện giãn phế quản và bong bóng khí thũng.
- Rốn phổi kéo lên cao, lẫn vào đám tổ chức xơ.
- Dưới đám xơ, mạng lưới phổi biến dạng: các mạch máu cứng đờ, đồ dài xuống nền phổi như những cành liễu rủ.
- Khí quản, trung thất bị kéo về bên tổn thương, cơ hoành bị kéo lên cao.
- Thể tích phổi tổn thương nhỏ lại.
- Ở bên phổi đối diện, mạng lưới phổi cũng biến dạng, rốn phổi đậm. Trường phổi có thể tăng sáng trong đó nhìn thấy nhiều huyết mỡ.

Nếu xơ phổi lan toả hai bên thì:

- Các tổ chức xơ sẽ là những đường mờ đậm, dài, đan lẫn vào nhau thành bè, chen lẫn với những huyết mỡ đậm.
- Hai rốn phổi kéo lên cao và nhỏ.
- Dây dính màng phổi vùng đỉnh, trung thất, góc sườn hoành.

Kết luận.

Trong việc chẩn đoán các bệnh phổi, phim chụp X quang phổi đóng một vai trò quan trọng. Muốn đọc phim tốt phải nắm chắc hình ảnh phim phổi bình thường để phát hiện những hình ảnh bệnh lý; biết cách phân tích đánh giá tổn thương; ghi nhớ những hình mẫu gợi ý, kết hợp với khám lâm sàng và theo dõi diễn biến bệnh một cách chặt chẽ.

5

Những bệnh phổi thường gặp

(Xếp theo thứ tự a, b, c)

ÁP XE PHỔI

Định nghĩa

Áp xe phổi là một ổ mủ tích tụ trong một hang mới hình thành ở nhu mô phổi.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Ho ra nhiều đờm mủ, ho ra máu, đờm và hơi thở hôi, khó thở, đau ngực.
- Sốt, rét run, ngón tay dùi trống, thiếu máu, suy mòn.
- Có thể có biến chứng viêm mủ màng phổi hoặc một áp xe di căn ở xa.
- Khám phổi: hội chứng đông đặc, đôi khi kèm theo ran ẩm. Hân hữu, có hội chứng hang.

Cận lâm sàng

- Máu: tăng bạch cầu và bạch cầu đa nhân. Tốc độ máu lắng tăng.
- Đờm: BK âm tính; tìm thấy vi khuẩn ái khí hoặc yếm khí.

- Soi phế quản ống mềm nhất loạt để tìm căn nguyên cục bộ thuận lợi gây bệnh (u lành tính hoặc u ác tính, dị vật phế quản).
- X quang phổi: hình ảnh khí - nước nằm giữa một vùng đông đặc, có thể thấy nhiều mức nước nếu có nhiều ổ áp xe. Các hình này thay đổi nhanh qua mỗi lần chụp.
- Chụp CT scan phổi: tùy từng trường hợp.

Chẩn đoán phân biệt

- Lao phổi (hang lao). Ung thư phổi (hang ung thư). Tràn dịch màng phổi liên thùy. Kén khí hoặc kén phế quản nhiễm khuẩn. Giãn phế quản.

Nguyên nhân

- Dị vật phế quản. Hẹp phế quản. Nhiễm khuẩn.
- Vi khuẩn học: các mầm bệnh thông thường vùng hầu họng, vi khuẩn yếm khí, ái khí (tụ cầu vàng, phế cầu khuẩn, vi khuẩn gram âm như *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*); nấm (*aspergillus*, *blastomyces*); amip.

Điều trị

Nội khoa

- Kháng sinh đơn thuần: khi chưa có kết quả kháng sinh đồ, chọn các kháng sinh sau: penicillin G, clindamycin, erythromycin, metronidazol. Thời gian dùng kháng sinh từ 4-6 tuần.
- Dẫn lưu ổ áp xe: vỗ lồng ngực, nằm tư thế dẫn lưu, soi phế quản hút mủ áp xe, dẫn lưu qua da đối với áp xe lớn ở ngoại vi phổi.

Ngoại khoa

- Chỉ định phẫu thuật:
 - + Ho ra máu nặng.
 - + Áp xe phổi mạn tính: triệu chứng tồn tại dai dẳng (sốt, ho ra máu kéo dài, ổ áp xe to lên) dù đã điều trị đúng cách bằng các biện pháp nội khoa trong 4-6 tuần.
 - + Có biến chứng mũ màng phổi hoặc rò phế quản - màng phổi.

BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Định nghĩa

- **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT)** là bệnh tắc nghẽn các đường thở. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm lớn:
 - + **Tím tái phù (Blue bloaters)** là những bệnh nhân viêm phế quản mạn tính với nước da hơi xanh (do giảm oxy máu mạn tính và tăng CO₂ máu) và phù ngoại biên (do tâm phế mạn), ho mạn tính, khạc nhiều đờm.
 - + **Khó thở môi hồng (Pink puffers)** là những bệnh nhân giãn phế nang người gầy nhưng da hồng (không có rối loạn bão hòa oxy), khó thở.
- Từ đồng nghĩa: Giãn phế nang. Viêm phế quản mạn tính

Chẩn đoán

Lâm sàng

- **Tím tái phù (viêm phế quản mạn tính):** tím tái ngoại biên, ho có đờm, khó thở nhanh, nhịp tim nhanh.

- Khó thở môi hồng (giãn phế nang): khó thở, nghe phổi thấy giảm rì rào phế nang.
- Ở cả hai nhóm trên đều có thể có cò cù (wheezing).
- Nhiều bệnh nhân BPTNMT có cả bệnh cảnh của viêm phế quản mạn tính lẫn giãn phế nang.

Cận lâm sàng

- Đếm máu: tăng bạch cầu trong giai đoạn cấp tính.
- Có thể đờm mủ do nhiễm khuẩn hô hấp.
- Đo khí trong máu: CO_2 máu bình thường; giảm oxy máu từ nhẹ đến trung bình.
- α -1 antitrypsin thấp ở những bệnh nhân có suy giảm α -1 antitrypsin (không nên làm xét nghiệm này một cách thường quy).
- Thử chức năng phổi: rối loạn khả năng khuếch tán, dung tích toàn phổi và/hoặc thể tích khí cặn tăng, thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên (FEV1) giảm cố định ở bệnh nhân giãn phế nang, khả năng khuếch tán bình thường, FEV1 giảm ở bệnh nhân viêm phế quản mạn tính.
- X quang phổi: phổi tăng sáng, vòm hoành dẹt, khoảng sau xương ức rộng. Các nhánh huyết quản thưa thớt, hình bong bóng ở bệnh nhân giãn phế nang. Bờ phế quản dày, bờ phải của tim nở ở bệnh nhân viêm phế quản mạn tính.

Chẩn đoán phân biệt

Suy tim sung huyết. Hen phế quản. Nhiễm khuẩn hô hấp
Giãn phế quản. Bệnh nhầy nhớt. Ung thư. Nghẽn mạch phổi
Hội chứng ngừng thở khi ngủ. Nhược giáp.

Nguyên nhân

Nghiện thuốc lá. Môi trường ô nhiễm. Giảm α -1 antitrypsin (hiếm).

Điều trị

Mục đích điều trị là:

- Cải thiện tối đa chức năng phổi.
- Giữ không để chức năng phổi suy giảm.

Cụ thể:

- Bệnh nhân viêm phế quản mạn tính phải làm giảm cân nặng (nếu thừa cân). Bỏ thuốc lá, loại bỏ các chất gây ô nhiễm đường thở. Thở oxy, nếu thấy cần.
- Điều trị bệnh ở giai đoạn cấp tính:
 - + Khí dung thuốc beta - chủ vận hoặc tiêm dưới da epinephrin hay terbutalin.
 - + Xịt dung dịch ipratropium.
 - + Tiêm tĩnh mạch aminophyllin.
 - + Tiêm tĩnh mạch methylprednisolon
 - + Cân nhắc việc dùng oxy (sau khi thở oxy lưu lượng cao có thể xuất hiện tăng CO_2 máu và tổn thương hô hấp); dùng mặt nạ Venturi cung cấp lượng oxy trong khí thở vào từ 24% đến 28%; cách dùng này được ưa chuộng hơn là dùng canun mũi.
 - + Dùng mặt nạ có thông khí áp lực dương để điều trị bệnh lồng ngực hạn chế mạn tính có thể tránh cho bệnh nhân khỏi phải đặt nội khí quản.
- Nếu nghi có nhiễm khuẩn hô hấp, dùng kháng sinh:
 - + Hemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae rất hay gây viêm phế quản cấp tính.
 - + Kháng sinh được ưa dùng là: ampicillin, bactrim, doxycyclin, cefuroxim hay cefaclor, tác dụng tốt đối với những bệnh nhân BPTNMT đang ở giai đoạn cấp có khó thở nhiều, đờm mủ và sốt.

- Dùng thuốc ho, thuốc long đờm.
- Làm "vệ sinh" phổi: hút khí quản qua đường mũi nếu bệnh nhân có nhiều đờm mà không nhổ ra được.
- Đặt nội khí quản và thông khí hỗ trợ nếu điều trị như trên không đỡ.

Nhận xét

- Nếu FEV1 < 1 lít, thời gian sống thêm 5 năm là 69%.
- Cần theo dõi chặt chẽ FEV1 của bệnh nhân.
- Kể từ những biểu hiện đầu tiên của suy hô hấp thì thời gian sống thêm 5 năm vào khoảng 25%.
- Tâm phế mạn hoặc tăng CO₂ máu và tim nhịp nhanh thường xuyên đều có tiên lượng xấu.
- Các bệnh nhân BPTNMT nên tiêm vaccin chống phế cầu khuẩn và trong năm nên tiêm vaccin chống cúm.

BỆNH BỤI PHỔI AMIAN (ASBESTOSIS)

Định nghĩa

Bệnh bụi phổi amian (asbestosis) là bệnh xơ phổi kẽ lan toả tiến triển chậm do hít phải các sợi amian trong thời gian dài. Amian là hợp chất của nhiều loại silicat (đặc biệt là chrysotyle). Môi trường ô nhiễm là các mỏ amian, xưởng đóng tàu, các nhà máy sản xuất xi măng/giấy amian...

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Triệu chứng đầu tiên là khó thở tăng dần khi gắng sức, nặng lên khi bệnh tiến triển, lao động bị hạn chế.

- Ho thành cơn, không có đờm. Khi bệnh nặng lên, có ho đờm nhầy, số lượng ít.
- Nghe phổi cuối thì thở vào có ran hai thì, hạt nhỏ, chủ yếu ở hai nền phổi.
- Ngón tay dùi trống, phù, tĩnh mạch cổ nổi.

Cận lâm sàng

- Nói chung, xét nghiệm ít có tác dụng. Tốc độ lắng máu có thể cao. Các xét nghiệm kháng thể kháng nhân và yếu tố dạng thấp có thể dương tính nhưng không đặc hiệu và không tương ứng với mức độ nặng của bệnh. Chức năng phổi: VC giảm, TLC giảm, khả năng khuếch tán CO giảm. Đo khí trong máu = giảm oxy máu, tăng CO₂ máu ở giai đoạn cuối.
- Chụp X quang phổi: bóng mờ nhỏ, không đều, ở các nền phổi, dày màng phổi, màng đóng vôi.
- CT scan phổi: sẽ khẳng định chẩn đoán.

Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh phổi nhiễm bụi silic. Bệnh phổi nhiễm sắt. Các bệnh bụi phổi khác. Ung thư phổi.
- Xẹp phổi.

Nguyên nhân

Hít phải các sợi amian.

Điều trị

- Bỏ thuốc lá.
- Có chương trình luyện tập để làm tăng chức năng phổi.
- Đổi nghề khác, không tiếp xúc với sợi amian.
- Điều trị các nhiễm khuẩn hô hấp.
- Thở oxy.

- Hàng năm tiêm chủng phòng cúm, phòng nhiễm khuẩn do phế cầu khuẩn.

Nhận xét

- Không có cách điều trị đặc hiệu.
- Tử vong vì suy hô hấp do tâm phế mạn.
- Bệnh nhân có nhiều nguy cơ bị u trung biểu mô màng phổi, ung thư phổi.
- Những bệnh nhân u trung biểu mô màng phổi có thời gian sống thêm từ 4-6 năm.

GIÃN PHẾ QUẢN

Định nghĩa

- Giãn phế quản (GPQ) là giãn nở không hồi phục các phế quản trung bình và nhỏ và phá huỷ thành phế quản.
- Bệnh có thể bẩm sinh hoặc mắc phải.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Ho khạc nhiều đờm mủ vào buổi sáng. Ho ra máu. Hơi thở hôi. Ngón tay dùi trống. Nghe phổi có ran nổ ở hai nền phổi.

Cận lâm sàng

- Xét nghiệm đờm trực tiếp và cấy đờm tìm BK đều âm tính.
- Đếm hồng cầu, bạch cầu, làm công thức bạch cầu.
- Điện di protein huyết thanh để đánh giá giảm gamma globulin máu.

- Tìm kháng thể với bệnh nấm *Aspergillus fumigatus*.
- Làm test mồ hôi cho những bệnh nhân nghi bị bệnh nhầy nhớt.
- Chụp X quang phổi: phổi tăng sáng, mạng lưới phổi rậm, hình "tổ ong" ở nền phổi.
- Chụp CT scan phổi: để tìm các tổn thương kén và loại trừ tắc nghẽn do ung thư.
- Chỉ chụp phế quản nếu dự kiến làm phẫu thuật.
- Soi phế quản: để đánh giá ho ra máu, loại trừ các tổn thương tắc nghẽn, lấy các nút nhầy.
- Thử chức năng phổi: phát hiện rối loạn thông khí tắc nghẽn hoặc hỗn hợp.

Chẩn đoán phân biệt

- Lao phổi. Hen phế quản. Viêm phế quản mạn tính hoặc viêm xoang mạn tính. Xơ phổi kẽ. Áp xe phổi mạn tính. Dị vật đường thở. Bệnh nhầy nhớt. Ung thư phổi.

Nguyên nhân

- Bệnh nhầy nhớt. Nhiễm khuẩn phổi (viêm phổi, áp xe phổi, lao phổi, nấm phổi, nhiễm virus).
- Nghẽn đường thở khu trú (dị vật, khối u). Hội chứng Kartagener. AIDS.

Điều trị

Mục đích điều trị là: hạn chế tổn thương phổi bằng cách khống chế nhiễm khuẩn phổi và làm long đờm nhiều.

- Tắm quất phổi và nằm tư thế dẫn lưu. Uống nhiều nước. Không hút thuốc lá. Thở oxy nếu giảm oxy máu. Dùng kháng sinh căn cứ vào kết quả xét nghiệm đờm. Nếu không làm được xét nghiệm, có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau: Augmentin, Bactrim, doxycyclin, hoặc cefuroxim trong 10-14 ngày. Thuốc giãn phế quản dùng cho những bệnh nhân có nghẽn tắc phế quản.

Nhận xét

- Tiên lượng phụ thuộc vào mức độ nặng, nhẹ của bệnh và căn nguyên gây bệnh.
- Bệnh nhân GPQ nặng và khu trú nếu không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc ho ra máu nặng cần được điều trị phẫu thuật (cắt bỏ một phần phổi).

HEN PHẾ QUẢN

Định nghĩa

Hen phế quản (HPQ) là bệnh có đặc điểm tăng phản ứng khí quản và phế quản đối với nhiều loại kích thích khác nhau, biểu hiện bằng co thắt các đường thở gây khó thở. Khó thở có thể tự hồi phục, bệnh nhân vượt qua được cơn hoặc chỉ chấm dứt khi được điều trị đúng cách. Hen ác tính là co thắt phế quản nặng và kéo dài.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Cơn khó thở thường xảy ra ban đêm, với đặc điểm là khó thở ra, kèm theo các ran rít, ho cơn.
- Ngoài cơn, không có biểu hiện gì bất thường.

Trong hen ác tính:

- Nhịp tim nhanh và khó thở nhanh.
- Cơ hô hấp phụ hoạt động mạnh.
- Mạch nghịch thường (mạch quay yếu đi khi bệnh nhân thở vào).
- Cò củ (wheezing): nếu không nghe thấy cò củ (lồng ngực câm) hoặc cò củ giảm là co thắt phế quản nặng.

- Ý thức bệnh nhân thay đổi, do giảm oxy mô và tăng CO_2 máu cần phải đặt nội khí quản cấp cứu.
- Cơ hoành di chuyển nghịch thường khi thở vào (phát hiện bằng cách sờ nắn bụng bệnh nhân ở tư thế nửa nằm, nửa ngồi) biểu hiện cơ hoành suy yếu và nguy cơ cơn khó thở nặng sắp xuất hiện.
- Những dấu hiệu của hen nặng là:
 - + Mạch nghịch thường.
 - + Tần số thở > 30/phút.
 - + Nhịp tim nhanh > 120 phút.

Cận lâm sàng

Ngoài cơn hen, các xét nghiệm đều bình thường.

Trong cơn hen:

- Rối loạn khí trong máu:
 - + Rối loạn nhẹ: PaO_2 và PaCO_2 đều giảm, pH tăng.
 - + Rối loạn trung bình: PaO_2 giảm, PaCO_2 bình thường, pH bình thường.
 - + Rối loạn nặng: PaO_2 giảm nhiều, PaCO_2 tăng, pH giảm.
- Đếm máu - công thức máu: bạch cầu tăng và "chuyển trái" biểu hiện nhiễm khuẩn.
- Đờm: bạch cầu ái toan, tinh thể Charcot-Leyden, bạch cầu đa nhân và vi khuẩn gặp ở bệnh nhân viêm phổi.
- Những test chẩn đoán khác:
 - + Chức năng phổi: ở bệnh nhân hen cấp tính nặng: $\text{FEV}_1 < 1$ lít và PEFR dưới 80 lít/phút.
 - + Test da: để đánh giá vai trò tạng dị ứng (khi nghỉ ngơi).
- Chụp X quang phổi: hình ảnh phổi tăng sáng, vòm hoành dẹt, khoảng sau xương ức rộng.

- Điện tim: nhịp tim nhanh, biến đổi không đặc hiệu của ST-T; tâm phế mạn, bloc nhánh phải, trục phải, tim quay ngược chiều kim đồng hồ.

Chẩn đoán phân biệt

Suy tim sung huyết. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Nghẽn mạch phổi (người lớn và người cao tuổi). Dị vật đường thở (hay gặp ở trẻ em). Viêm phổi và các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp trên. Viêm phổi tăng cảm. Xơ phổi kẽ lan toả. Rối loạn tâm lý.

Nguyên nhân

- Hen nội lai: bệnh nhân không có tiền sử dị ứng, hen xuất hiện khi có nhiễm khuẩn đường hô hấp trên hoặc do yếu tố tâm lý.
- Hen ngoại lai (hen dị ứng): do kháng nguyên (lông chó, mèo, bụi nhà...).
- Hen do gắng sức: rất hay gặp ở người vị thành niên, xuất hiện khi làm việc nặng, mất đi khi nghỉ ngơi.
- Hen do thuốc: các thuốc kháng viêm không đặc hiệu, chẹn beta, sulfat, một số thức ăn, đồ uống.

Điều trị

Mục đích điều trị là:

- Tìm được liều lượng thuốc tối thiểu có tác dụng ổn định triệu chứng.
- Tập cho bệnh nhân biết cách tự xử trí hàng ngày với bệnh
- Tránh cho bệnh nhân khỏi phải nghỉ học hoặc nghỉ công tác nhiều.
- Làm giảm tần suất các cơn vượng bệnh và tránh khỏi phải vào bệnh viện điều trị.

Hướng dẫn bệnh nhân

- Tránh không tiếp xúc với các yếu tố gây bệnh.
- Luyện tập đều đặn (bơi, đi bộ...).
- Nắm được những dấu hiệu báo động của cơn hen và cách sử dụng thuốc (biết cách dùng bơm xịt thuốc).
- Điều trị hen theo bậc thang điều trị ở người lớn và trẻ em trên 5 tuổi như sau:
 - + Bậc 1 (hen nhẹ cách quãng): không cần dùng thuốc hàng ngày.
 - Xịt thuốc beta 2 chủ vận tác dụng ngắn (Ventoline, Bricanyl, Berotec...)
 - + Bậc 2 (hen nhẹ kéo dài): cần dùng thuốc hàng ngày.
 - Xịt corticoid liều thấp (Becotide, Pulmicort, Bronilide...).
 - Có thể dùng cromolyn (Intal) hoặc nedocromil (Tilade).
 - Có thể dùng xen kẽ theophyllin tác dụng kéo dài, tuy vậy thuốc này ít được ưa chuộng.
 - Cắt cơn hen nhanh bằng xịt thuốc beta 2 chủ vận tác dụng ngắn (xem bước 1).
 - + Bậc 3 (hen dai dẳng trung bình): cần dùng thuốc hàng ngày.
 - Xịt corticoid liều thấp hoặc liều trung bình (xem bậc 2) đồng thời xịt beta 2 chủ vận tác dụng kéo dài (Serevent), theophyllin tác dụng kéo dài hoặc uống loại beta 2 chủ vận (albuterol, viên tác dụng kéo dài).
 - Xịt beta chủ vận tác dụng ngắn nếu cần để cắt cơn nhanh.
 - + Bậc 4 (hen nặng dai dẳng): cần dùng thuốc hàng ngày.
 - Hàng ngày xịt corticoid liều cao đồng thời xịt beta chủ vận tác dụng kéo dài (theophyllin tác dụng kéo dài hoặc uống thuốc beta 2 chủ vận tác dụng kéo dài cùng với việc tiêm corticoid tác dụng kéo dài (methylprednisolon, prednisolon, prednison).

- Thuốc beta 2 chủ vận tác dụng ngắn được dùng để cắt cơn hen nhanh.
- Bệnh nhân hen ác tính cần được điều trị ở bệnh viện.

Nhận xét

- Phần lớn bệnh nhân hen trẻ em sẽ hết hen ở tuổi trưởng thành. Những bệnh nhân hen ngoại lai thường có tiên lượng tốt.
- Hen người lớn ít khi khỏi hẳn.
- Phần lớn bệnh nhân hen có thể thích nghi với bệnh và có cuộc sống gần như bình thường.
- Một số ít bệnh nhân hen nặng hoặc hen không ổn định có nguy cơ ngừng thở hoặc đột tử; thường thì những bệnh nhân này cần phải dùng corticoid đường uống với liều lớn để kiểm soát được bệnh.

HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ KHI NGỦ

Định nghĩa

- Hội chứng ngừng thở khi ngủ (NTKN) là tắc nghẽn đường thở trên kèm theo giảm SaO_2 xảy ra nhiều lần trong khi ngủ.
- Còn được gọi là hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ.
- Hội chứng NTKN hay gặp ở những người béo phì nam giới, độ tuổi trung niên (4%), nữ giới (2%).

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Có tiền sử ngủ ngáy và ban ngày hay ngủ gà.

- Béo phì với chỉ số khối cơ thể $> 20\%$ số liệu bình thường.
- Giảm trí nhớ, kém tập trung tư tưởng, thay đổi nhân cách.
- Khám họng: hầu bị hẹp do các amidan to chón chỗ, lưỡi gà du đưa, lưỡi to.
- Người ngủ cạnh cho biết trong khi ngủ bệnh nhân ngáy to, có chu kỳ, ngủ không yên, hay thức giấc, tay chân giãy giụa.
- Giảm ham muốn tình dục, trầm cảm.
- Cao huyết áp.

Cận lâm sàng

- Ghi đồ thị các giấc ngủ (polysomnography) để khẳng định có NTKN: mỗi giờ người bệnh ngừng thở > 15 lần và SaO_2 giảm ít nhất 4%. Có thể loại trừ hội chứng NTKN nếu SaO_2 qua đêm bình thường.
- Những bệnh nhân nghi bị nhược giáp nên thử TSH.
- Xét nghiệm máu hay thấy đa hồng cầu.
- Chụp X quang các mô mềm ở cổ nếu nghi có các bất thường giải phẫu.

Chẩn đoán phân biệt

Cơn ngủ thoáng qua (narcolepsy). Trầm cảm. Suy tim sung huyết. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Trào ngược dạ dày - thực quản. Co giật, loạn chất lượng giấc ngủ (parasomnia).

Nguyên nhân

Hẹp đường thở trên do: Béo phì, Lưỡi to, Amidan quá phát. Hàm nhỏ (micrognathia). Nhược giáp. Uống rượu hoặc thuốc an thần trước khi ngủ.

Điều trị

- Người béo phì phải làm giảm cân. Không dùng thuốc an thần. Bỏ rượu. Khi ngủ không nằm ngửa.

- Ban đêm cho thở oxy với chế độ CPAP để khắc phục giảm SaO_2
- Cho bệnh nhân đeo mặt nạ cố định vào răng cửa hàm trên và đẩy hàm dưới ra phía trước để làm rộng đường thở trên.
- Những bệnh nhân nào không đáp ứng với CPAP và không giảm được cân sẽ phải điều trị ngoại khoa:
 - + Tạo hình lưỡi gà - vòm miệng - họng (UPPP) bằng phương pháp mổ thông thường hoặc bằng laser. Đối tượng là những bệnh nhân tắc nghẽn nặng đường thở sau vòm miệng.
 - + Tạo hình vách mũi cho người có biến dạng vách mũi.
 - + Mở khí quản khi tính mạng bệnh nhân bị đe dọa và không đáp ứng với các cách điều trị khác.

Nhận xét

- Đa số bệnh nhân có diễn biến tốt khi giảm được cân nặng và dùng CPAP.
- UPPP có tỷ lệ thành công vào khoảng 40%.
- Một số ít bệnh nhân đỡ bệnh khi dùng thuốc protriptylin.

HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP

Định nghĩa

- Hội chứng suy hô hấp cấp (trước đây gọi là "hội chứng suy hô hấp cấp ở người lớn" [ARDS]) có đặc điểm là tổn thương các mô kẽ cấp tính lan toả ở phổi gây phù tổ chức kẽ và phế nang, giảm oxy máu nặng và suy hô hấp. Định nghĩa ARDS bao gồm 3 điểm sau:

- + Tỷ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200\text{mmHg}$ bất kể áp lực dương cuối thì thở ra PEEP là bao nhiêu.
- + Bóng mờ phế nang ở cả hai phổi.
- + $\text{PAWP} \leq 18\text{mmHg}$.
- Tên gọi khác: hội chứng suy hô hấp cấp ở người lớn (ARDS).

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Khó thở. Đau ngực. Ho. Lo âu.
- Nhịp thở nhanh. Nhịp tim nhanh. Cao huyết áp. Nghe hai phổi có ran. Sốt, nếu nhiễm khuẩn phổi tiềm tàng.

Cận lâm sàng

- Khí trong máu:
 - + Lúc đầu giảm oxy máu, thường không đáp ứng với thở oxy.
 - + Kiểm hô hấp, PaCO_2 giảm
 - + Gradient phế nang - mao mạch rộng.
 - + Tăng CO_2 khi bệnh diễn biến nặng.
- Rửa phế quản - phế nang:
 - + Tăng bạch cầu đa nhân trong nước rửa.
 - + Nếu có bạch cầu ái toan sẽ đáp ứng tốt với corticoid.
- Cấy máu và nước tiểu.
- X quang phổi:
 - + Phim chụp lần đầu có thể bình thường.
 - + Hội chứng kẽ ở hai phổi, chủ yếu ở nền và ngoại vi phổi xuất hiện trong vòng 24 giờ.
 - + "Phổi trắng" ở hai bên trong giai đoạn nặng.

- Huyết động học:
 - + Theo dõi huyết động bằng máy điện tử ở giai đoạn đầu để loại trừ phù phổi do căn nguyên tim và hướng dẫn cách điều trị thích hợp.
 - + Phù phổi, lưu lượng tim cao và PAWP thấp là những đặc điểm của ARDS.
 - + Cần chú ý những điểm sau:
 - Điều trị tăng gánh thể tích máu trong huyết quản và phù phổi cấp cũng sẽ gây ra những biểu hiện huyết động giống như ARDS.
 - Áp lực đổ đầy máu có thể tăng do áp lực trong lồng ngực tăng hoặc do truyền dịch.
 - Chức năng tim có thể suy giảm do nhiễm toan, giảm oxy máu, hoặc những yếu tố khác phối hợp với hội chứng nhiễm khuẩn.

Chẩn đoán phân biệt

- Phù phổi do căn nguyên tim.
- Viêm phổi do virus.
- Viêm bạch mạch ung thư.

Nguyên nhân

- Hội chứng nhiễm khuẩn ở > 40% các trường hợp.
- Do hít: chết đuối, hít dịch dạ dày vào phổi (30% các trường hợp).
- Chấn thương (>20% các trường hợp).
- Truyền máu nhiều lần.
- Thuốc (dùng quá liều morphin, methadon, heroin, phản ứng với nitrofurantoin).
- Thở khói và khí độc, oxy nồng độ cao.

- Sau hồi sức.
- Cầu nối tắt (bypass) tim phổi.
- Viêm phổi.
- Bỏng.
- Viêm tụy.
- Nghiện rượu mạn tính.

Điều trị

- Mục đích điều trị là:
 - + Điều trị triệt để những căn nguyên gây bệnh tiềm ẩn.
 - + Điều trị hỗ trợ những cơ quan bị tổn thương như hô hấp, tim mạch bằng cách cung cấp đầy đủ oxy.
- Thông khí hỗ trợ.
- Điều trị những nguyên nhân khởi phát:
 - + **Chỉ dùng kháng sinh khi nghi có hội chứng nhiễm khuẩn** chứ không điều trị kháng sinh nhất loạt cho mọi bệnh nhân ARDS.
 - + Chữa gãy xương cho bệnh nhân bị chấn thương nặng.
 - + Truyền dịch crystalloid (chất có thể xuyên qua một màng bán thấm mà không phải là chất keo) nếu PCWP giảm, chỉ số tim giảm gây nitơ huyết trước thận, đái ít, nhịp tim nhanh. Nếu PCWP tăng mà chỉ số tim không thay đổi thì dùng lợi tiểu và dopamin liều thấp (2 đến 4mcg/kg/phút) để duy trì hiện tượng bài natri niệu (natriuresis) và giữ cho lượng máu đến thận được ổn định.
 - + Thay đổi tư thế nằm cho bệnh nhân để giúp cho máu đến các vùng phổi được thông khí; nằm nghiêng là tư thế chọn lựa cho bệnh nhân giảm oxy máu mà không đáp ứng với các cách điều trị khác.
 - + Corticoid: không nên dùng nhất loạt corticoid cho các bệnh nhân ARDS. Thuốc này chỉ có lợi cho những

trường hợp có nhiều bạch cầu ái toan trong nước rửa phế quản phế nang. Trước khi dùng corticoid phải điều trị ổn định nhiễm khuẩn.

- + Bảo đảm dinh dưỡng tốt để duy trì áp suất thẩm thấu keo và thể tích máu trong huyết quản.
- + Mở khí quản cho những bệnh nhân nào cần phải thông khí cơ học trên hai tuần.

Nhận xét

- Tỷ lệ tử vong phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh, khoảng 50% ở bệnh nhân ARDS sau chấn thương và khoảng 90% sau hội chứng nhiễm khuẩn.
- 90% những người sống sót sau 12 tháng sẽ phục hồi được 90% chức năng phổi và không có hoặc chỉ bị rất ít di chứng hô hấp.
- Cần phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu và loét do stress.

LAO KÊ

Định nghĩa

- Lao kê là nhiễm khuẩn các cơ quan ngoài phổi bởi trực khuẩn lao (TKL) *Mycobaeterium tuberculosis*.
- Hay gặp ở người từ 25 đến 45 tuổi.
- Người có HIV dương tính dù ở lứa tuổi nào cũng hay bị bệnh này.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Những triệu chứng chung: sốt, ra mồ hôi đêm. Sút cân.

- Những triệu chứng của một số cơ quan khác: Màng não, màng ngoài tim, gan, thận, xương. Cơ quan tiêu hoá. Hạch bạch huyết. Da. Màng phổi. Màng ngoài tim. Màng bụng. Khớp.
- Có thể có suy thượng thận.
- Giảm huyết cầu toàn thể (pancytopenia) kèm sốt và sút cân hoặc không có biểu hiện gì khác hoặc chỉ kèm theo lách to.
- Lao gan: Đau vùng gan, phosphatase kiềm tăng, SGOT, SGPT, bilirubin tăng.
- Lao màng não: đau đầu tăng dần. Dấu hiệu màng não tối thiểu. Sốt nhẹ (có hoặc không). Trạng thái sững sờ hoặc hôn mê xuất hiện đột ngột. Liệt dây thần kinh sọ não VI.
- Lao màng ngoài tim: Tràn dịch màng ngoài tim giống như tràn dịch màng phổi lao.
- Lao xương: Viêm khớp lớn (có tràn dịch khớp giống như tràn dịch màng ngoài tim do lao).
Tổn thương xương (đặc biệt là xương sườn). Bệnh Pott: viêm đốt sống lao. Áp xe lao cạnh cột sống. Có thể có áp xe cơ đùi (psoas). Hay có chèn ép tuỷ.
- Lao sinh dục tiết niệu:
 - + Lao thận: hoại tử núm thận. Tổn thương bể thận. Chít hẹp 1/3 trên niệu quản. Đái ra máu. Đái mù. Chức năng thận không bị tổn thương.
 - + Lao tinh hoàn hay lao mào tinh hoàn.
 - + Lao tuyến tiền liệt mạn tính.
- Lao dạ dày, ruột: Tiêu chảy. Đau. Tắc nghẽn. Chảy máu. Đặc biệt hay gặp ở bệnh nhân AIDS. Tổn thương ruột.
- Lao màng bụng: Cổ trướng. Phản ứng da với tuberculin thường âm tính. Đau bụng. Sinh thiết màng bụng giúp ích cho chẩn đoán.

- Lao hạch bạch huyết:
 - + Có thể tổn thương tất cả các nhóm hạch.
 - + Những hạch hay bị lao là hạch cổ, trên đòn, nách, sau màng bụng.
 - + Sinh thiết hạch giúp cho chẩn đoán.
 - + Có khi phải phẫu thuật lấy hạch.
 - + Đặc biệt hay gặp ở bệnh nhân AIDS.
- Lao da: nhiễm khuẩn da do tự nhiễm qua da hoặc lan tràn. Cục hoặc áp xe. Ban lao (tuberculid). Hồng ban nút.
- Các tổn thương lao khác: lao thanh quản, lao tai, lao mắt, lao thượng thận, lao vú.

Cận lâm sàng

- Làm phản đồ đờm, nhuộm Ziehl - Neelsen và nuôi cấy, đặc biệt là khi có hình tổn thương trên phim X quang phổi (xem bài Lao phổi).
- Xét nghiệm dịch dạ dày.
- Đếm máu:
 - + Bạch cầu thấp, bình thường hoặc tăng (bao gồm cả trạng thái giả leukemia với bạch cầu > 50.000).
 - + Thiếu máu đẳng sắc.
 - + Ít khi giúp ích cho chẩn đoán.
- Tốc độ lắng máu thường cao.
- Sinh thiết tủy xương để chẩn đoán những ca khó, nhất là khi không có dấu hiệu khu trú.
- Lao màng não
 - + Dịch não tủy:
 - Bạch cầu = 0 đến 1500 (lúc đầu là bạch cầu đa nhân, về sau thay bằng tế bào lympho).

- Protein tăng vừa phải.
 - Glucose thường chỉ giảm ít.
- + Soi trực tiếp tìm TKL thường âm tính.
- + U lao (tổn thương nhỏ, hình tròn).
- **Tràn dịch màng phổi lao (TDMPL).**
 - + Dịch màng phổi:
 - 1000 đến 2000 bạch cầu (lúc đầu là bạch cầu đa nhân, sau này thay bằng tế bào lympho).
 - Protein tới 2,5g.
 - Glucose ít khi < 20.
 - pH thường < 7,3.
 - + Soi trực tiếp tìm TKL thường âm tính.
 - + Sinh thiết màng phổi giúp cho chẩn đoán.
 - + **Chẩn đoán có ý nghĩa quyết định vì TDMPL thường tự hấp thu hết, nhưng báo trước là chẳng bao lâu nữa bệnh lao nặng sẽ xuất hiện ở một cơ quan nào đó.**
- Phản ứng da với tuberculin có thể âm tính (xem bài Lao phổi).
- Sinh thiết: Tuỷ xương. Hạch bạch huyết. Màng bụng. Màng ngoài tim. Xương.
- Chẩn đoán hình ảnh:
 - + X quang phổi: có thể có tổn thương hoặc không (xem bài Lao phổi).
 - + X quang xương, thận, hạch bạch huyết, gan, ruột.
 - + CT scan não hoặc MRI não: phát hiện u lao, viêm màng nhện đáy.

Chẩn đoán phân biệt.

- Rất nhiều bệnh cần phải phân biệt do lan tràn lao đến nhiều cơ quan: U lympho. Thương hàn. Bệnh Brucella. Các khối u khác. Bệnh tạo keo mạch máu.

Nguyên nhân

- Xem thêm bài Lao phổi.
- Nguyên nhân gây bệnh là TKL với các đặc điểm sau: sinh sản chậm, ưa khí, không di động, không có nha bào.
- TKL chỉ cư trú ở người.
- Bệnh sinh:
 - + Ở phế nang, TKL bị các đại thực bào nuốt rồi di chuyển đến các hạch bạch huyết khu vực.
 - + Một số TKL đi vào máu rồi lan tràn rộng trong cơ thể.
 - + Bệnh có thể lan tràn ngay hoặc trải qua một giai đoạn tiềm tàng.
 - + Trong giai đoạn tiềm tàng TKL sẽ bị ức chế bởi tác động của miễn dịch tế bào. Về sau sẽ tái hoạt động do cơ thể bị mất miễn dịch hoặc tác động của những yếu tố khác (những yếu tố này vẫn chưa xác định rõ) hoặc do lao phổi tái hoạt động.
- Lao ngoài phổi có thể do lan tràn theo đường tiếp cận từ: ổ tổn thương phổi; từ các dịch tiết ở phổi chứa nhiều TKL (chẳng hạn lan đến thanh quản, cơ quan tiêu hoá).
- Ở trẻ em, tiến triển tại chỗ nhanh, lan tràn rộng và bệnh lao sẽ xuất hiện trước khi phản ứng da với tuberculin chuyển dương tính.

Điều trị

Mục đích điều trị là:

Bảo đảm chức năng cơ quan bị tổn thương và ngăn chặn sự biến dạng. Giảm nhẹ triệu chứng. Ngừa bệnh tái phát bằng cách diệt hết TKL. Bảo đảm cho bệnh nhân tuân thủ điều trị triệt để ngừa tái phát.

- Xem bài Lao phổi
- Các huyết lao lan tràn đáp ứng với điều trị nhanh hơn là hang lao.
- Điều trị 6 tháng bằng: Isoniazid (INH) + Rifampicin (RMP) + Ethambutol (EMB) + Pyrazinamid (PZA).
 - + Lao xương và lao thận thường phải điều trị trong 12 tháng.
 - + Lao màng ngoài tim và não phải điều trị lâu hơn.
 - + Ở trẻ em các loại lao lan tràn cũng phải điều trị lâu hơn.
- Bệnh nhân cần tuân thủ chặt chẽ chế độ điều trị, đây là yếu tố quyết định thành công. Điều trị có kiểm soát trực tiếp ngắn ngày (DOTS) áp dụng cho mọi bệnh nhân.
- Để điều trị tràn dịch màng ngoài tim do lao, ngoài phác đồ điều trị lao nên dùng thêm các steroid để phòng viêm màng ngoài tim dính có dịch.
- Các cách điều trị khác:
 - + Trước khi tìm ra bệnh và sau khi chẩn đoán bệnh thường phải can thiệp ngoại khoa.
 - + Chỉ định ngoại khoa trong những thể lao sau đây:
 - . Mọi trường hợp: sinh thiết chẩn đoán (>35% bệnh nhân); giảm tắc nghẽn do viêm gây nên; sửa các biến dạng.
 - . Hệ bạch huyết: hạch to hoặc không đáp ứng với điều trị.
 - . Thận: tắc hoặc chít hẹp niệu quản.
 - . Não: não úng thủy, phù não.
 - . Tuỷ: chèn ép tuỷ, gập xương.
 - . Khớp: hạn chế tối thiểu các biến dạng.
 - . Ruột: tắc ruột, dính ruột, hẹp ruột.
 - . Màng ngoài tim: làm giảm co cứng.
 - . Bộ phận sinh dục nữ: vô sinh, hẹp.

Nhận xét

- Theo dõi chặt chẽ bệnh nhân hàng tháng.
- Định kỳ thử độ nhạy của thuốc và khi cần, phải thay đổi thuốc kịp thời.
- Những người tiếp xúc gần gũi với bệnh nhân cần được theo dõi sự chuyển dương tính của phản ứng da với tuberculin trong 3 tháng (sau khi tiếp xúc với nguồn lây).
- Những người có phản ứng da với tuberculin dương tính cần được xác định xem có lao hoạt động không để điều trị kịp thời hoặc dùng thuốc phòng lao.
- Bệnh não có tỷ lệ tử vong cao (10-30%). Tỷ lệ này ở lao lan tràn vào khoảng 10-25%.
- Lao hạch và lao da có tiên lượng tốt.

LAO PHỔI

Định nghĩa

- Lao phổi (LP) là bệnh nhiễm khuẩn phổi bởi trực khuẩn lao (TKL) *Mycobacterium tuberculosis*.
- Hay gặp ở trẻ em, thanh thiếu niên, phụ nữ có thai, người cao tuổi, người HIV (+) ở mọi lứa tuổi.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Lao tiên phát nói chung không có triệu chứng.
- Lao tái hoạt động: Sốt, ra mồ hôi đêm. Ho ra máu. Đờm ít không phải đờm mủ, sút cân.

- Lao phổi tiên phát tiến triển: triệu chứng giống lao tái hoạt động.
- Tràn dịch màng phổi lao: đau ngực kiểu màng phổi.
- Có khi ho ra máu nặng làm nghẹt thở, do một động mạch phổi bên trong hang lao bị ăn mòn (phình mạch Rasmussen).
- Khám phổi: không có gì đặc biệt. Không đánh giá được đúng lan tràn của bệnh. Nghe phổi có ran sau khi ho.

Cận lâm sàng

- Làm phản đồ đờm, nhuộm Ziehl-Neelsen và nuôi cấy. Nếu bệnh nhân không có đờm, cho khí dung nước muối 9% trong 10 phút trước khi khạc đờm để lấy đờm làm xét nghiệm.
- Nếu nghi bị lao mà soi đờm trực tiếp TKL âm tính, phải lấy đờm bằng soi phết quản.
- Xét nghiệm dịch dạ dày có thể tìm thấy được.
- Đếm máu:
 - + Bạch cầu thấp, bình thường hoặc tăng (bao gồm cả trạng thái giả leukemia với số lượng bạch cầu > 50.000).
 - + Thiếu máu đẳng sắc.
 - + Ít khi giúp ích cho chẩn đoán.
- Tốc độ lắng máu thường cao.
- Chọc màng phổi trong tràn dịch màng phổi lao:
 - + Dịch rỉ: protein cao, glucose giảm, bạch cầu tăng (lúc đầu là bạch cầu đa nhân, sau thay bằng bạch cầu lympho) có thể là dịch máu.
 - + Ít khi tìm thấy TKL trong dịch màng phổi.
 - + Sinh thiết màng phổi giúp cho chẩn đoán.
 - + Nuôi cấy mảnh sinh thiết màng phổi để tìm TKL.

- Sinh thiết tuỷ xương giúp chẩn đoán trong những trường hợp chẩn đoán khó, chủ yếu là lao kê.
- Phản ứng da với tuberculin:
 - + Tiêm nội bì tuberculin tinh chế PPD.
 - + Nếu PPD mới chuyển từ âm tính sang dương tính trong vòng 3 tháng sau khi tiếp xúc với nguồn lây thì rất nghi là mới bị nhiễm khuẩn lao.
 - + Nếu PPD chỉ dương tính có một lần thì không có giá trị chẩn đoán.
 - + Nếu PPD âm tính vẫn không loại trừ được lao cấp tính.
 - + Bảo đảm là PPD dương tính ở đây không phải là "hiệu ứng booster" (PPD dương trước đây có thể trở thành âm tính sau nhiều năm, nay lại dương tính trở lại sau khi làm lại PPD lần thứ hai) để khỏi nhầm với chuyển phản ứng tuberculin từ âm tính sang dương tính.
 - + Đọc phản ứng *PPD dương tính như sau*:
 - Tiêm nội bì 0,1ml loại 5TU. PPD tạo nên một nốt phỏng da cam ở mặt trước cẳng tay. Đọc kết quả sau 72 giờ: nổi cục cứng.
 - Cục cứng có đường kính 5mm: gặp ở người có HIV (+) có tiếp xúc gần gũi với bệnh nhân lao hoạt động, có tổn thương phổi xơ hoá.
 - Cục cứng 10mm gặp ở người có nguy cơ cao về sức khoẻ (bệnh suy giảm miễn dịch, điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch, suy thận, đái tháo đường), người tiêm chích ma tuý, người có mức sống thấp, nhân viên y tế.
 - Cục cứng 15mm: gặp ở người có ít nguy cơ.
 - + Thử các test mất dị ứng với kháng nguyên (dùng candida, tetanus toxoid) để tìm những bệnh nhân thật sự mất dị ứng với PPD và những **kháng nguyên** này, nhưng kết quả dễ bị lẫn lộn.

- + Bệnh nhân lao chỉ mất dị ứng riêng với PPD
- + PPD dương tính nói lên là bệnh nhân đã có nhiễm khuẩn lao từ trước nhưng tự bản thân hiện tượng này không khẳng định được lao đang hoạt động.
- Chẩn đoán hình ảnh:
 - + X quang phổi:
 - Nhiễm khuẩn tiên phát biểu hiện bằng các huyết lao ngoại vi bị vôi hoá và hạch rốn phổi vôi hoá.
 - Tái hoạt động lao: Hoại tử. Hang lao (chủ yếu ở đỉnh phổi). Xơ hoá và co kéo rốn phổi. Phế quản phế viêm. Tổn thương kẽ. Hình ảnh hạt kê. Các hình ảnh này cũng có thể gặp ở lao tiên phát tiến triển.
 - Trần dịch màng phổi lao: tràn dịch thành lập nhanh và nặng.
 - Chỉ riêng X quang phổi chưa đủ để khẳng định lao hoạt động.
 - Phải chụp X quang phổi hàng loạt mới đánh giá được bệnh nặng lên hay nhẹ đi.

Chẩn đoán phân biệt

Viêm phổi hoại tử (ky khí, gram âm). Bệnh nấm Histoplasma. Bệnh nấm Coccidioides immitis. Bệnh nhiễm khuẩn Malleomyces. Bệnh phổi kê. Ung thư. Bệnh sarcoid. Bệnh phổi nhiễm bụi silic. Bệnh sán lá paragonimus. Một số viêm phổi hiếm gặp: Rhodococcus (hang), Bacillus cereus (50% ho ra máu), Eikenella corrodens (hang).

Nguyên nhân

- Nguyên nhân gây bệnh là TKL với các đặc điểm sau:
 - + Sinh sản chậm, ưa khí, không di động, không có nha bào, thành (vỏ) dày có nhiều lipid.

- + Không có sắc tố. Sản xuất niacin. Giảm nitrat. Sản xuất catalase.
- + Nhuộm Ziehl-Neelsen, TKL bắt màu đỏ sẫm; dài từ 2 đến 4 micron, không bị cồn và acid làm mất màu đỏ carbolfuchsin.
- + Làm PCR phát hiện < 10 TKL/ml.
- + Nuôi cấy:
 - . Ở môi trường cứng (Lowenstein - Jensen, Middlebrook 7 H11), TKL mọc sau 2 đến 6 tuần.
 - . Ở môi trường lỏng (BACTEC) TKL mọc sau 9 đến 16 ngày.
- + TKL chỉ cư trú ở người.
- + lây truyền: Khi bệnh nhân lao ho, hắt hơi, nói chuyện sẽ bắn ra các hạt nước bọt chứa TKL và truyền bệnh cho người lành.
- Bệnh sinh.
 - + Khi vào đến phế nang, TKL bị các đại thực bào nuốt rồi di chuyển đến các hạch bạch huyết khu vực.
 - + Một số TKL di vào máu rồi lan tràn trong cơ thể.
 - + Lao tiên phát (là một viêm phổi tối thiểu không có triệu chứng, khu trú ở phần giữa và nền phổi, kèm theo hạch rốn phổi) chủ yếu là nhiễm khuẩn nội bào, tại đây TKL sinh sản liên tục trong 2 đến 12 tuần sau khi lây nhiễm cho đến khi có đáp ứng của miễn dịch tế bào.
 - + Các TKL sẽ bị ức chế bởi tác động của miễn dịch tế bào:
 - . Tăng bạch cầu mono.
 - . Biến đổi bạch cầu lympho, tiết ra lymphokin.
 - . Hoạt hóa đại thực bào và mô bào.

- Hình thành các u hạt, tại đây TKL tồn tại trong lòng các đại thực bào (tế bào khổng lồ Langhans) nhưng không sinh sản (95%) và không lan tràn.
- + Lao tiên phát tiến triển:
 - Có thể tiếp theo ngay sau giai đoạn không có triệu chứng.
 - Thâm nhiễm phổi hoại tử.
 - Phế quản phế viêm lao.
 - Lao nội phế quản.
 - Lao kê.
 - Lao kê lan tràn.
- + Tràn dịch màng phổi lao hậu tiên phát:
 - Xuất hiện sớm sau lao tiên phát.
 - Là hậu quả tổn thương ngoại vi phổi lan vào màng phổi.
 - Có thể là tràn dịch màng phổi nặng (đôi khi là dịch máu) với đặc điểm là dịch rỉ (lúc đầu chứa bạch cầu đa nhân rồi nhanh chóng thay thế bằng bạch cầu lympho), thường không có tổn thương phổi kèm theo.
 - Nói chung dịch tự hấp thu không cần điều trị.
 - Báo trước nguy cơ sẽ bị lao, bởi vậy cần được chẩn đoán và điều trị sớm (sinh thiết màng phổi và nuôi cấy) để phòng ngừa lao xuất hiện.
 - Có thể gây lao ngoài phổi.
- + Tái hoạt động lao:
 - Xuất hiện sau lao tiên phát nhiều tháng hoặc nhiều năm.
 - Tổn thương lao hay khu trú ở các phân thùy đỉnh sau của các thùy trên và phân thùy trên của các thùy dưới.
 - Kèm theo là hoại tử và phá hủy thành hang ở phổi, ho ra máu, sốt dai dẳng, ra mồ hôi đêm, sút cân.

- + Tái nhiễm lao:
 - . Biểu hiện giống như trong tái hoạt động lao.
 - . Các huyết hoại tử và hang bị vỡ gây lan tràn theo đường nội phế quản.
- + TKL ở cả lao tiên phát tiến triển lẫn tái hoạt động lao có những đặc điểm sau:
 - . Tổn thương nội bào (dại thực bào) sinh sản chậm.
 - . Tổn thương bã đậu kín, sinh sản chậm.
 - . Ngoại bào, hang mở, sinh sản nhanh.
 - . Có thể có tái hoạt động lao ở ngoài phổi.
- + Ở trẻ em, tiến triển tại chỗ nhanh, lan tràn rộng và bệnh lao sẽ xuất hiện trước khi phản ứng da với tuberculin chuyển dương tính.
- + Đa số các triệu chứng (sốt, sút cân, chán ăn) và hủy hoại mô (hoại tử bã đậu) là do cytokin và đáp ứng của miễn dịch tế bào gây nên.
- + TKL không có nội độc tố và ngoại độc tố quan trọng.
- + Việc hình thành các u hạt có liên quan đến yếu tố hoại tử khối u (TNF) do các đại thực bào hoạt hoá tiết ra.

Điều trị

- Mục đích điều trị là:
 - + Điều trị khỏi bệnh cả về lâm sàng lẫn vi khuẩn học.
 - + Phòng ngừa kháng thuốc (phối hợp điều trị).
 - + Phòng ngừa và điều trị bệnh cho những người có tiếp xúc nhiều với bệnh nhân.
- Yếu tố quyết định thành công trong điều trị là việc tuân thủ các chế độ điều trị của bệnh nhân.
- Điều trị có kiểm soát trực tiếp ngắn ngày (DOTS) áp dụng cho mọi bệnh nhân.

- Phác đồ điều trị thường dùng: Isoniazid (INH) + Rifampicin (RMP) + Ethambutol (EMB) và Pyrazinamid (PZA).
- Điều trị hàng ngày ngắn hạn:
 - + Bệnh nhân HIV âm tính: thời gian điều trị 6 tháng (2 tháng INH + RMP + EMB + PZA, uống thuốc hàng ngày cho tới khi soi đờm âm tính; sau đó uống INH + RMP hàng ngày trong 7 tháng).
- Kháng thuốc dễ xuất hiện ở những đối tượng sau: người trước đây đã từng điều trị lao; bệnh nhân AIDS; người tiêm chích ma túy; người vô gia cư.
- Không bao giờ bổ sung 1 thuốc vào một phác đồ điều trị đã thất bại.
- Không bao giờ dùng ít hơn 2 hoặc 3 thuốc hoặc ít hơn 2 hoặc 3 thuốc mới định bổ sung để chữa lao.
- Theo dõi viêm gan do thuốc:
 - + Ngừng thuốc ngay nếu thấy bệnh nhân chán ăn, buồn nôn, đau vùng hạ sườn phải, trong người thấy khó chịu.
 - + Thử các test chức năng gan: nếu SGOT/SGPT chỉ tăng ít không kèm theo các triệu chứng nào khác thì không có ý nghĩa lâm sàng.
- Chỉ khi nào phản ứng da với tuberculin chuyển dương tính mới cần uống thuốc phòng lao (nhiễm khuẩn lao nhưng không phải là bệnh lao):
 - + Bảo đảm là X quang phổi không có hình ảnh tổn thương và bệnh nhân không có triệu chứng gì khác.
 - + Dùng INH 300mg hàng ngày trong 6 đến 12 tháng; nếu có HIV dương tính thì ít nhất dùng 12 tháng.
 - + Hết sức chú ý đến các đối tượng sau: HIV (+). Người tiếp xúc với lao hoạt động. Tổn thương lao cũ trên phim X quang phổi. Người tiêm chích ma túy. Sức khỏe tồi. Người vô gia cư.

- Nói chung trẻ em cần được uống thuốc phòng lao ngay nếu mới tiếp xúc với người có tổn thương lao hoạt động (ngay cả khi trẻ có phản ứng da với tuberculin âm tính), rồi 3 tháng sau thử lại phản ứng này (tiếp tục dùng INH nếu phản ứng dương tính và ngừng INH nếu phản ứng vẫn âm tính).
- Những ca có phản ứng da với tuberculin mạn tính, ổn định (nhiều năm) chỉ dùng INH dự phòng khi bệnh nhân dưới 35 tuổi nhưng cần cân nhắc từng trường hợp cụ thể, chú ý đến độc tính của INH vì nhiều khi thuốc này gây hại hơn là lợi.

Nhận xét

- Theo dõi chặt chẽ bệnh nhân hàng tháng.
- Xét nghiệm đờm nhiều lần cho đến khi nuôi cấy có kết quả âm tính.
- 2 - 3 tháng một lần theo dõi diễn biến của các hình ảnh X quang phổi.
- Những người tiếp xúc gần gũi với bệnh nhân cần được theo dõi sự chuyển dương tính của phản ứng da với tuberculin trong 3 tháng (sau khi tiếp xúc với nguồn lây).
- Những người có phản ứng này dương tính cần được xác định xem có lao hoạt động không để điều trị kịp thời hoặc dùng thuốc phòng lao.
- Khoảng 6% bệnh nhân lao phổi người lớn tử vong trước khi kết thúc điều trị.
- Trong quá trình điều trị chỉ có khoảng 3% bệnh tái phát.
- Tiêm BCG phòng lao có hiệu lực ở khoảng 70% số người được tiêm.

NGHẼN MẠCH PHỔI

Định nghĩa

- Nghẽn mạch phổi (NMP) là hậu quả của việc di chuyển cục huyết khối hoặc cục nghẽn mạch khác từ một nơi nào đó của cơ thể vào trong tuần hoàn phổi.
- Còn gọi là bệnh huyết khối tắc mạch phổi.
- Trên 90% cục NMP xuất phát từ hệ thống tĩnh mạch sâu ở các chi dưới.
- 8% đến 10% bệnh nhân NMP tử vong trong giờ đầu tiên.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Khó thở nhanh là triệu chứng hay gặp nhất. Đau ngực. Ngất (NMP lớn). Sốt ra nhiều mồ hôi, hốt hoảng lo sợ. Ho, ho ra máu. Có thể thấy những biểu hiện của chứng huyết khối tĩnh mạch sâu (ví dụ chi dưới sưng nề và đau). Khám tim: tim nhịp nhanh, T2 đập mạnh ở ổ động mạch phổi, tiếng thổi hở van ba lá. Nghe phổi có ran, cò sát màng phổi, cò củ khu trú.

Cận lâm sàng

- Đo khí động mạch thấy PaO_2 và PaCO_2 giảm; pH tăng. Nhưng nếu kết quả bình thường cũng chưa loại trừ được bệnh.
- A-aDO_2 phản ánh sự rối loạn của hiện tượng oxy hóa. Ở bệnh nhân không có bệnh sử NMP hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu, nếu có A-aDO_2 bình thường thì có thể loại trừ khả năng NMP.

- Chẩn đoán hình ảnh:
 - + Phim X quang phổi có thể bình thường hoặc có những hình ảnh nghi ngờ như vòm hoành cao, tràn dịch màng phổi, giãn động mạch phổi, thâm nhiễm hoặc đông đặc phổi, hình mạch máu bị cắt cụt, hoặc xẹp phổi. Một bóng mờ hình tam giác ở các thùy giữa và dưới, được gọi là "bướu Hampton", gợi ý có nhồi máu phổi.
 - + Chụp xạ phổi nhấp nháy và chụp X quang động mạch phổi:
 - Nếu kết quả chụp xạ phổi nhấp nháy (CXPNN) bình thường thì không nghi đến NMP.
 - Nếu có rối loạn thông khí tuần hoàn thì nghi ngờ có NMP và nếu CXPNN cũng nghi như vậy thì có thể khẳng định có NMP.
 - Nếu lâm sàng nghi ngờ có NMP và CXPNN chưa có kết quả rõ ràng thì phải chụp X quang mạch phổi (CXQMP). Nếu CXQMP có kết quả dương tính thì khẳng định là có NMP.
 - + Nếu siêu âm Doppler (SÂD) các mạch máu chi dưới có kết quả dương tính thì không cần phải CXQMP bởi vì ở những bệnh nhân này sẽ có chỉ định dùng thuốc chống đông đường tĩnh mạch; độ nhạy của SÂD ở bệnh nhân NMP là 29%, độ đặc hiệu là 97%; nếu CXPNN chưa có kết quả rõ ràng thì SÂD sẽ tránh cho 9% bệnh nhân khỏi phải làm CXQMP; tuy vậy cũng nên biết rằng có 26% bệnh nhân có kết quả dương tính giả với SÂD.
 - + CXQMP cộng hưởng từ Gadolinium - tăng cường: có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán NMP. Trong tương lai, kỹ thuật mới này sẽ là một phương pháp chẩn đoán NMP không xâm lấn, không cần dùng đến các bức xạ ion hóa.

- Điện tim: nhịp nhanh xoang, dạng S₁Q₃; S₁S₂S₃; T đảo ngược từ V1 đến V6; ST chênh xuống ở D2 v.v...

Chẩn đoán phân biệt

- Nhồi máu cơ tim. Viêm màng ngoài tim. Viêm phổi. Tràn khí màng phổi. Bệnh đường tiêu hóa (loét dạ dày, viêm dạ dày...). Suy tim sung huyết. Viêm màng phổi.
- Trạng thái lo âu có tăng thông khí. Ứp tim do tràn dịch màng ngoài tim.

Nguyên nhân

- Cục huyết khối, mỡ, hoặc các dị vật khác.
- Các yếu tố nguy cơ của NMP: nằm bất động lâu, bệnh nhân hậu phẫu; chấn thương chi dưới, dùng viên tránh thai có estrogen, có tiền sử huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc NMP, suy tim sung huyết, thai nghén và sản phụ mới sinh; ung thư (phổi, tụy, tiêu hoá và tiết niệu sinh dục); chấn thương, bỏng, người cao tuổi; béo phì; bệnh máu (thiếu antithrombin III, thiếu protein C, protein S...), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; đái tháo đường.

Điều trị

- Mục đích điều trị là:
Phòng ngừa NMP tái phát hoặc cao áp động mạch phổi mạn tính.
- Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch liên tục heparin ít nhất là trong 5 ngày để ngăn chặn ngưng tập tiểu cầu và cục huyết khối, ngăn chặn giải phóng các chất co mạch.
- Thuốc làm tan huyết khối (urokinase, streptokinase, tPA) để làm tan nhanh các cục đông, hay dùng nhất cho những bệnh nhân bị nghẽn động mạch phổi lớn.
- Điều trị lâu dài bằng warfarin.

- Nếu không có chỉ định dùng thuốc làm tan huyết khối và thuốc chống đông (ví dụ chảy máu đường tiêu hoá, mới phẫu thuật não, tủy, mới bị chấn thương hoặc vẫn bị NMF tái phát dù đã được điều trị chống đông thì làm gián đoạn tình mạch chủ bằng cách đặt xuyên qua tĩnh mạch một cái lọc tĩnh mạch Greenfield.
- Với những bệnh nhân bị NMP lớn và hạ huyết áp khó chữa thì làm phẫu thuật cắt bỏ cục nghẽn mạch.
- Tiếp tục phòng chống các yếu tố nguy cơ.

Nhận xét

- 1/3 các trường hợp NMP cấp hoặc bán cấp bị đột tử hoặc bị bỏ qua.
- Những bệnh nhân sống sót sau giai đoạn cấp hoặc bán cấp thường không có di chứng lâm sàng.
- NMP mạn tính có tiên lượng nặng và nói chung điều trị bằng thuốc ít có tác dụng.
- Phẫu thuật khai thông động mạch (thromboendarterectomy), có thể có hiệu quả lâu dài ở một số bệnh nhân.
- Nếu trước đây đã bị NMP hoặc có yếu tố nguy cơ gây huyết khối thì dễ bị NMP tái phát.
- Nếu điều trị nhanh và có kết quả, có thể giảm tỷ lệ tử vong xuống dưới 10%.
- NMP tái phát nếu được điều trị tốt thì tỷ lệ tử vong là 8%.
- NMP không được điều trị có tỷ lệ tử vong trên 30%.
- Những bệnh nhân nào có thể giải quyết được tốt các yếu tố nguy cơ thì phải dùng thuốc chống đông theo đường uống trong 6 tháng. Nếu không giải quyết được thì phải uống thuốc chống đông vô thời hạn.
- Cần nhắc nhở bệnh nhân tuân thủ **ng nghiêm ngặt** mọi quy định về dùng thuốc chống đông **lâu dài**.

PHÙ PHỔI

Định nghĩa

Phù phổi do căn nguyên tim là hậu quả của suy thất trái nặng. Đây là một bệnh nguy kịch đe dọa tính mạng người bệnh, có tỷ lệ tử vong cao vào khoảng 60% đến 80%.

Chẩn đoán

Lâm sàng

Khó thở nhanh, nông. Đờm bọt hồng. Ra nhiều mồ hôi, tái tím môi và ngoại biên. Tĩnh mạch cổ nổi. Nghe phổi có ran ẩm. Nghe tim: T2 mạnh ở ổ động mạch phổi, tiếng ngựa phi, nhịp tim nhanh.

Cận lâm sàng

- Đo khí động mạch: nhiễm toan hô hấp và chuyển hoá, PaO_2 giảm, PaCO_2 tăng, pH thấp.
- Chẩn đoán hình ảnh:
 - + Chụp X quang phổi:
 - Sung huyết phổi với các đường Kerley B, bóng mờ quanh rốn phổi (giai đoạn sớm), hội chứng kê ở hai phổi.
 - Trần dịch màng phổi.
 - + Siêu âm tim:
 - Để đánh giá các tổn thương van tim, rối loạn chức năng tâm trương, tâm thu.
 - Để phân biệt phù phổi do căn nguyên tim với phù phổi không do căn nguyên tim.

- Để đánh giá áp lực mao mạch phổi và loại trừ u nhầy hoặc cục huyết khối nhĩ.
- Thông tim phải (tuỳ trường hợp): các áp lực tim và phù phổi do căn nguyên tim đều phát hiện PADP và PCWP $\geq$ 25mmHg.

Chẩn đoán phân biệt

Phù phổi không do căn nguyên tim. Nghẽn mạch phổi. Hen. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Bệnh sarcoid. Xơ hoá phổi. Viêm phổi virus và các nhiễm khuẩn phổi khác.

Nguyên nhân

Tăng áp lực mao mạch phổi sau khi bị các bệnh sau: Nhồi máu cơ tim cấp. Suy tim sung huyết. Phụt ngược máu qua lỗ van. Bệnh vách liên thất. Thiếu máu cục bộ nặng. Hẹp van hai lá. Các nguyên nhân khác: ép tim, viêm nội tâm mạc, loạn nhịp tim, bệnh cơ tim.

Điều trị

- Để bệnh nhân ngồi, buông thông hai chân để làm giảm lượng máu về tĩnh mạch làm cho người bệnh dễ thở hơn.
- Thở oxy 100% bằng mặt nạ. Đo khí động mạch: nếu giảm oxy máu rõ rệt hoặc nhiễm toan hô hấp nặng, phải đặt nội khí quản, PEEP sẽ làm tăng dung tích chức năng và cải thiện hiện tượng oxy hoá
- Tiêm furosemid tĩnh mạch để gây lợi tiểu nhanh và làm giảm lượng máu về tĩnh mạch.
- Thuốc giãn mạch:
 - + Nitrat: đặc biệt tốt nếu bệnh nhân đồng thời có đau ngực.
 - Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi ngay khi bệnh nhân mới đến.

- Mỡ nitroglycerin 2% bôi ngoài.
- Tiêm nitroglycerin tĩnh mạch.
- + Nitroprussid: để giảm hậu gánh ở bệnh nhân tăng huyết áp có chỉ số tim giảm.
 - Làm tăng chỉ số tim, làm giảm áp lực đổ đầy thất trái.
 - Làm giãn mạch và lợi tiểu.
- Morphin: để làm giảm lượng máu về tĩnh mạch, giảm lo âu và sức cản mạch máu.
- Dobutamin: điều trị những ca phù phổi do tim ở mức độ nặng. Những trường hợp không đáp ứng với điều trị sẽ được tiêm tĩnh mạch thuốc ức chế phosphodiesterase (amrinon, milrinon).
- Những bệnh nhân nào không bị hạ huyết áp sẽ dùng thuốc ức chế men chuyển để giảm hậu gánh.
- Aminophyllin: chỉ có tác dụng tốt nếu bệnh nhân đồng thời có co thắt phế quản nặng.
- Digitalis: chỉ dùng hạn chế ở bệnh nhân phù phổi cấp do nhồi máu cơ tim; có tác dụng tốt ở những ca phù phổi do rung nhĩ hoặc cuồng động nhĩ có nhịp thất nhanh.

BỆNH SARCOID (SARCOIDOSIS)

Định nghĩa

- Bệnh sarcoid (Sarcoidosis) có đặc điểm là có các u hạt không bã đậu ở nhiều cơ quan trong cơ thể, đặc biệt là ở phổi. Các u hạt này sẽ gây xơ phổi và làm tổn thương các cơ quan khác bị bệnh.
- Bệnh nhân thường là người trẻ tuổi, chủ yếu thuộc nữ giới.

- Có hai hình thái lâm sàng chính: bán cấp (có thể tự khỏi) và mạn tính.
- Nguyên nhân gây bệnh chưa rõ.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy theo giai đoạn bệnh và mức độ tổn thương của cơ quan bị bệnh, bệnh nhân có thể không có triệu chứng gì nhưng chụp X quang phổi lại có hình tổn thương.
- Các biểu hiện thường gặp:
 - + Biểu hiện phổi: ho khan, khó thở.
 - + Những triệu chứng khác: mệt mỏi, sút cân, chán ăn.
 - + Rối loạn thị giác: nhìn mờ, viêm kết mạc, viêm mống mắt, viêm màng bồ đào.
 - + Biểu hiện da: hồng ban nút, dát, sẩn, cục dưới da, nhiễm sắc.
 - + Biểu hiện tim: loạn nhịp tim, bệnh cơ tim.
 - + Lách to, gan to
 - + Biểu hiện khớp: đau khớp, viêm khớp.
 - + Biểu hiện thần kinh và các biểu hiện khác: liệt dây thần kinh sọ não, đái tháo nhạt, tổn thương màng não, tuyến mang tai to.

Cận lâm sàng

- Tăng gamma globulin máu. Rối loạn chức năng gan. Tăng calci máu, tăng calci niệu.
- Mất dị ứng da với trichophyton, candida, quai bị, tuberculin. ACE tăng ở khoảng 60% bệnh nhân, nhưng xét nghiệm này không đặc hiệu và **thường không** giúp ích

gì cho việc theo dõi diễn biến bệnh. Rửa phế quản-phế nang để tìm thành phần các tế bào trong nước rửa nhưng xét nghiệm này cũng không có tác dụng theo dõi diễn biến bệnh. Sinh thiết các mô nghi bị tổn thương (kết mạc, da, hạch bạch huyết).

- **X quang phổi:** hay gặp hạch rốn phổi và hạch cạnh khí quản; tổn thương nhu mô phổi tùy thuộc vào giai đoạn bệnh (giai đoạn 0: X quang phổi bình thường (5-10% bệnh nhân); giai đoạn 1: hạch hai bên rốn phổi (50%); giai đoạn 2: hạch hai rốn phổi và tổn thương nhu mô phổi (20%); giai đoạn 3: chỉ có tổn thương nhu mô phổi đơn thuần.
- **Chụp xạ hấp thụ Gallium 67:** xạ cố định ở những vùng tổn thương nhưng xét nghiệm này không đặc hiệu. Dấu hiệu "gấu trúc" (xạ khu trú ở các tuyến lệ và nước bọt làm cho bộ mặt có vẻ của "gấu trúc") gợi nghĩ đến bệnh sarcoid.
- **Soi phế quản và sinh thiết xuyên thành phế quản.**
- **Thử chức năng phổi:** kết quả bình thường hoặc phát hiện rối loạn thông khí hạn chế và/hoặc rối loạn thông khí tắc nghẽn.

Chẩn đoán phân biệt

- Lao. U lympho. Bệnh Hodgkin. Các di căn. Bệnh bụi phổi. Động mạch phổi to. Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn. Nhiễm hemosiderin vô căn. Ung thư phế nang. Viêm phổi tăng cảm. Viêm phế nang xơ hoá. Các bệnh tạo keo.

Điều trị

- Mục đích điều trị là ngăn chặn sự phát triển các tổn thương xơ không hồi phục ở phổi.
- Corticoid là thuốc điều trị chính. Nên dùng corticoid cho những bệnh nhân có các triệu chứng nặng (ví dụ khó thở, đau ngực), tăng calci máu, rối loạn thị lực, hệ thần kinh trung ương hoặc tổn thương tim hoặc bệnh phổi tiến triển.

- Những bệnh nhân không đáp ứng với corticoid sẽ được điều trị bằng methotrexat.
- Các tổn thương da mạn tính biến dạng đáp ứng tốt với hydroxychloroquin.

Nhận xét

- Bệnh sarcoid là một bệnh hệ thống có thể gây tổn thương ở mọi cơ quan.
- Bệnh có thể tự khỏi ở 70% số bệnh nhân mà không cần điều trị (thể bán cấp) nhưng vẫn cần được theo dõi sát, khám sức khỏe định kỳ, chụp X quang phổi, thử chức năng phổi.
- Hạch rốn phổi thường hấp thu trong vòng 1 năm.
- Khoảng 10% số bệnh nhân có tổn thương nhu mô phổi, phần lớn những tổn thương này sẽ hấp thu trong vòng 1 năm.
- Khoảng 40% số bệnh nhân tự khỏi bệnh trong vòng 1 năm. Số còn lại sẽ có biến chứng xơ phổi không hồi phục, nếu nặng có thể kèm với các tổn thương bong bóng ở đỉnh phổi và u nấm *Aspergillus* gây ho ra máu và nhiễm khuẩn phổi tái phát.
- Cần theo dõi chặt chẽ những bệnh nhân dùng corticoid và thuốc ức chế miễn dịch.
- Mọi bệnh nhân nghi bị bệnh sarcoid phải được khám mắt và các bệnh mắt (viêm mống mắt thể mi, viêm màng bồ đào, viêm kết mạc, viêm giác mạc) gặp ở > 25% số bệnh nhân.

BỆNH SỐT VỆT

Định nghĩa

Bệnh sốt vệ (psittacosis) là một bệnh nhiễm khuẩn hệ thống do *Chlamydia psittaci*, một vi sinh vật gần giống virus gây ra.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh từ 5 đến 15 ngày.
- Khởi phát đột ngột hoặc từ từ.
- Những triệu chứng thường gặp nhất là: sốt, đau cơ, rét run, ho.
- Hội chứng lâm sàng hay gặp nhất là: viêm phổi không điển hình có sốt, đau đầu, ho khan, dấu hiệu X quang phổi phong phú, những dấu hiệu thực thể nghèo nàn.
- Diễn biến bệnh từ nhẹ đến suy hô hấp nặng gây tử vong (hiếm gặp).
- Những biểu hiện lâm sàng khác: hội chứng giống tăng bạch cầu đơn nhân. Thể thương hàn.
- Những dấu hiệu thực thể hay gặp nhất là: ban đỏ ở hầu. Gan to. Nghe phổi có ran.
- Những dấu hiệu thực thể ít gặp hơn cả là: Ngủ gà. Lú lẫn. Nhịp tim chậm. Cọ sát màng phổi. Hạch. Lách to. Các điểm Horder (ban dát sẩn mầu hồng nhạt).
- Ngoài phổi ra những cơ quan khác bị bệnh là: Màng ngoài tim. Cơ tim. Màng trong tim. Gan. Khớp. Thận (viêm cầu thận). Hệ thần kinh trung ương.

Cận lâm sàng

- Bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ. Hay gặp rối loạn nhẹ chức năng gan (50%).
- Cấy máu âm tính. Xét nghiệm các chất tiết hô hấp tìm:
 - + Kháng thể miễn dịch huỳnh quang trực tiếp với kháng thể đơn dòng kháng kháng nguyên Chlamydia.
 - + Kháng nguyên lipopolysaccharid chlamydia.
 - + Phản ứng chuỗi polymerase.
- Xét nghiệm huyết thanh:
 - + Kháng thể cố định bổ thể.
 - + Miễn dịch huỳnh quang.
 - + Cả hai kỹ thuật này đều có thể cho những kết quả âm tính giả vì phản ứng chéo với những loại Chlamydia khác.
- X quang phổi: khoảng 50% đến 90% có hình ảnh tổn thương. Hay gặp tràn dịch màng phổi.

Chẩn đoán phân biệt

- Legionella. Mycoplasma. Chlamydia pneumoniae. Nhiễm khuẩn hô hấp do virus.
- Viêm phổi vi khuẩn. Thương hàn. Viêm gan virus. Sốt chưa rõ căn nguyên. Tăng bạch cầu đơn nhân.

Nguyên nhân

- Chlamydia psittaci là một vi khuẩn nội bào bắt buộc.
- Nhiễm khuẩn lan truyền theo đường hô hấp từ những chim bị bệnh.
- 85% bệnh nhân có tiền sử tiếp xúc với chim.
- Phần lớn các mầm bệnh từ gà tây và vẹt là độc với người.

Điều trị

- Thở oxy nếu cần.
- Tetracyclin hoặc doxycyclin hoặc erythromycin.
- Một số ít trường hợp viêm màng trong tim có thể được thay van tim và dùng kháng sinh kéo dài.

Nhận xét

- Tỷ lệ tử vong thấp (0,7%).
- Tiên lượng xấu ở những bệnh nhân: lao phổi, giảm bạch cầu, giảm oxy máu nặng, suy thận, lú lẫn, tổn thương nhiều thùy phổi.
- Có thể có tái nhiễm khuẩn.
- Bệnh nhân nằm bệnh viện không cần phải cách ly ngặt nghèo.

TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

Định nghĩa

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là có nước trong khoang màng phổi. Bình thường khoang màng phổi là một khoang ảo cho nên phổi có thể chuyển động được khi các xương sườn nâng lên và hạ xuống để thực hiện thông khí phế nang. Nếu có dịch trong khoang màng phổi thì chức năng trên không hoàn thành được dẫn đến khó thở.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Đau ngực, nhất là khi thở vào. Ho khan. Khó thở. Tái tím nếu tràn dịch nhiều. Sốt hoặc không. Gầy hoặc không.

Khám phổi có hội chứng màng phổi: Gõ đục. **Mất rung** thanh. Giảm hoặc mất rì rào phế nang. Nếu gõ đục nhẹ và nghe có cọ sát màng phổi là tràn dịch màng phổi nhẹ.

Cận lâm sàng

- X quang phổi: tràn dịch ở khoang lớn. Ít khi gặp các tràn dịch vòm hoành, trung thất, liên thuỳ, đóng kén.
- Siêu âm và CT scan phổi tùy từng trường hợp.
- Chọc màng phổi:
 - + Biết được màu sắc dịch màng phổi.
 - + Xét nghiệm hoá học: LDH, các tỷ số protid màng phổi/protid máu và LDH màng phổi/LDH máu.
 - + Xét nghiệm tế bào: lymphobào, bạch cầu đơn nhân; đôi khi dịch máu rõ.
 - + Xét nghiệm vi khuẩn học và giải phẫu bệnh lý.
 - + Các xét nghiệm trên giúp phân biệt dịch rỉ (exsudate) với dịch thấm (transudate).
 - + Không nên chọc màng phổi nếu DMP quá ít hoặc nếu có suy tim (muốn chọc màng phổi phải điều trị suy tim trước).
- Sinh thiết màng phổi: chẩn đoán được 50-80% trường hợp lao; 40% trường hợp ung thư.
- Soi màng phổi để làm sinh thiết có hướng dẫn (thậm chí cắt dính, rắc bột talc) chẩn đoán được 95% trường hợp ung thư.

Chẩn đoán phân biệt

- Xẹp phổi. Viêm dây màng phổi. Viêm màng ngoài tim. Viêm phổi.

Nguyên nhân

Dựa vào đặc điểm dịch màng phổi:

1. Dịch vàng chanh, protein < 30g = dịch thấm.

- Suy tim. Phù toàn thân do căn nguyên gan (cổ trướng). Hội chứng thận hư. Đôi khi tràn dịch trong xẹp phổi. Ít khi là hội chứng Demons-Meigs (u lành buồng trứng + cổ trướng + tràn dịch màng phổi).

2. Dịch vàng chanh, protein > 30g = tràn dịch màng phổi huyết thanh - fibrin.

- Lao: sơ nhiễm trước 20 tuổi, tái hoạt động sau 40 tuổi, dịch bạch cầu lympho; tìm thấy BK khi xét nghiệm trực tiếp hoặc khi cấy dịch màng phổi nhưng chỉ dương tính ở 50% các trường hợp; sinh thiết; tìm tổn thương phổi.
- Bệnh do virus: dịch bạch cầu lympho, bệnh sởi virus, ít khi phải làm các xét nghiệm huyết thanh.
- Nhiễm vi khuẩn: tràn dịch màng phổi huyết thanh fibrin (không có mủ) có thể là tràn dịch phản ứng sau khi bị:
 - Bệnh phổi do phế cầu khuẩn, do Legionella hoặc do những mầm bệnh khác.
 - Bệnh nhiễm khuẩn dưới cơ hoành (áp xe dưới cơ hoành).
- Di căn ung thư: Dịch màng phổi thường là huyết thanh máu. Nghi ngờ: các ung thư phế quản, tai mũi họng, thận hoặc tiêu hoá, chủ yếu là nam giới; ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng ở nữ giới, u lympho, bệnh bạch cầu cấp, loạn globulin huyết ở cả nam và nữ.
- U trung biểu mô màng phổi (xem dưới)
- Bệnh lý dưới cơ hoành: viêm tụy cấp hay mạn tính (dịch có nhiều amylase).
- Bệnh hệ thống: Viêm đa khớp dạng thấp. Lupus ban đỏ hệ thống. Viêm nút quanh động mạch v.v..
- Bệnh tim mạch: Nghẽn mạch phổi. Phù phổi cấp. Hội chứng Dressler sau nhồi máu cơ tim.
- Tràn dịch màng phổi sau mổ lồng ngực.

3. Dịch huyết thanh - máu (hồng cầu $> 10.000/\text{mm}^3$) hoặc dịch máu (hồng cầu nhiều hơn $100.000/\text{mm}^3$).

Nổi bật là các nguyên nhân ác tính:

- Di căn ung thư.
- U trung biểu mô ác tính (amian): Dịch lấy nhầy có nhiều albumin và acid hyaluronic, màng phổi ghồ ghề trên phim X quang, cần soi lồng ngực.
- Chấn thương lồng ngực.
- Lao.
- Nghẽn mạch phổi.

4. Dịch đục có bạch cầu đa nhân: tràn dịch màng phổi mủ.

- Có ổ nhiễm khuẩn ở dưới: trung thất (thực quản, khí quản, phổi). Dịch vật phế quản. Do hít. Nhiễm khuẩn dưới cơ hoành. Viêm màng trong tim phải ở người nghiện ma túy.
- Nhiễm khuẩn ở xa: Tai mũi họng, răng, màng bụng, phụ khoa.
- Người nghiện rượu, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch.
- Mầm bệnh là tụ cầu khuẩn, trực khuẩn Gram âm, phế cầu khuẩn.

5. Dịch màu trắng sữa = dưỡng trấp lồng ngực.

- Dưỡng trấp lồng ngực thật, triglycerid $> 5\text{g/L}$ trong dịch màng phổi.
- Hoặc dưỡng trấp lồng ngực giả, triglycerid $< 5\text{g/L}$ trong dịch màng phổi do tắc nghẽn hoặc tổn thương bạch huyết.
- Ung thư: U lympho bào. Hạch di căn. Ung thư phế quản. Chấn thương (đôi khi phẫu thuật).

Điều trị

- Điều trị tùy theo nguyên nhân gây bệnh.

- Ở những trường hợp đã được điều trị khỏi, phải làm liệu pháp vận động hô hấp để tránh di chứng.

Nhận xét

- Còn nhiều nguyên nhân khác không thể kể hết (ký sinh trùng, thuốc...).
- Đôi khi trong những lần thăm khám đầu tiên chưa tìm ra được căn nguyên gây bệnh dù đã làm các xét nghiệm kỹ càng (20% các trường hợp trong một nghiên cứu của các tác giả Mỹ).

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

Định nghĩa

- **Tràn khí màng phổi (TKMP) là khí lọt vào trong khoang màng phổi.** Đây là một cấp cứu nội khoa cần được theo dõi chặt chẽ để phòng biến chứng tuần hoàn - hô hấp mất bù có thể xảy ra.
- Có ba loại tràn khí màng phổi:
 - + Tràn khí kín: lỗ rò giữa phổi với màng phổi tự hàn kín lại sau khi thủng.
 - + Tràn khí hở: thông thương giữa phổi và khoang màng phổi vì lỗ rò không được hàn lại.
 - + Tràn khí có su páp: có thông thương giữa phổi và khoang màng phổi nhưng chỉ khi nào người bệnh hít vào làm cho lượng khí ở khoang màng phổi ngày càng tăng, ép phổi rất mạnh thì mới gây ngạt thở.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Người có yếu tố nguy cơ cao: nam giới, nghiện thuốc lá; nghiện càng nặng càng dễ bị TKMP. Bệnh nhân nhiễm HIV đang bị viêm phổi do *Pneumocystis carinii*.
- Khởi phát đột ngột bằng một điểm đau ngực dữ dội kèm theo khó thở, tái tím khi gắng sức.
- Khám phổi: ở một bên ngực: gõ vang; sờ: mất rung thanh; nghe: mất rì rào phế nang, có khi thấy tiếng thổi vò.

Cận lâm sàng

- X quang phổi: một nửa ngực tăng sáng, phổi bị ép về phía rốn phổi. Nếu TKMP rộng, trung thất bị đẩy về bên đối diện với tổn thương. Nếu TKMP nhẹ, phải chụp phổi trong lúc bệnh nhân thở ra mới phát hiện được.
- Điện tim: QRS có trục phải, biên độ giảm, T đảo ngược ở các đạo trình trước tim.
- Đo khí trong máu: giảm oxy máu và tăng CO_2 máu.
- Đo áp lực màng phổi: đo bằng máy hoặc bằng nghiệm pháp bơm tiêm (qua kim chọc ở khoảng liên sườn I đường giữa đòn hoặc khoảng liên sườn III đường nách giữa bên phổi tổn thương).

	Tràn khí kín	Tràn khí hở	Tràn khí có su-páp
Máy hút	Áp lực âm tính	Áp lực = 0	Áp lực dương tính
Nghiệm pháp bơm tiêm	Pít-tông bơm tiêm bị hút vào.	Pít-tông bơm tiêm đứng im.	Pít-tông bơm tiêm bị đẩy ra.

Chẩn đoán phân biệt

- Nhồi máu cơ tim. Nghẽn mạch phổi. Tràn dịch màng phổi huyết thanh - fibrin.

Nguyên nhân

Nghẽn mạch phổi. Bệnh phổi - phế quản mạn tính tắc nghẽn. Lao phổi. Viêm phổi do *Pneumocystis carinii* ở người nhiễm HIV. Do dùng thuốc. Chấn thương thứ phát sau gãy xương sườn. Cơ giới, khi làm thông khí nhân tạo với áp lực dương. Tràn khí màng phổi thời kỳ kinh nguyệt. Vô căn.

Điều trị

- Điều trị triệu chứng: nằm bất động, tư thế Fowler. Thở oxy. Dùng thuốc giảm đau (aspirin, morphin), giảm ho (codein). Trợ tim. Chống trụy tim mạch (nếu có).
- Hút khí. Nếu khó thở nhiều, rút bớt khí bằng máy cho đến khi áp lực trở lại gần số 0. Nếu là TKMP có su pấp hoặc TKMP toàn bộ phải đặt ống dẫn lưu lồng ngực để hút khí. Sau 1-2 ngày phổi sẽ giãn nở ra sát thành ngực với áp lực âm tính là 15-20cm nước.
- Mở lồng ngực. Nếu phổi không giãn nở ra sát lồng ngực được hoặc nếu TKMP tái phát nhiều lần phải khâu kín lỗ rò phổi - phế quản hoặc cắt phân thùy phổi có lỗ rò, cắt màng phổi.
- Khi không có điều kiện điều trị ngoại khoa: gây dính màng phổi bằng cách bơm tetracyclin vào khoang màng phổi.

Nhận xét

- TKMP rất hay tái phát.
- Những người đã từng bị TKMP vô căn hoặc thứ phát không được đi loại máy bay không điều áp.

UNG THƯ PHẾ QUẢN TIỀN PHÁT

Định nghĩa

- Ung thư phế quản tiền phát (UTPQTP) là từ dùng để chỉ khối u phế quản-phổi xuất phát từ niêm mạc khí-phế quản. Tổ chức Y tế Thế giới phân biệt 12 typ ung thư phế quản nhưng 4 typ quan trọng nhất là: ung thư biểu mô dạng biểu bì, ung thư biểu mô tuyến, ung thư tế bào nhỏ và ung thư tế bào lớn. Chẩn đoán phân biệt ung thư phế quản tế bào nhỏ với các loại không phải tế bào nhỏ có ý nghĩa quyết định vì cách điều trị không giống nhau.
- *Ung thư biểu mô tuyến*: u phát triển ở nhu mô, rất ít khi là u ở phế quản lớn. U thường ở ngoại vi phổi, di căn đầu tiên đến các mạch bạch huyết. Hay phát triển trên những sẹo xơ ở phổi và xơ phổi kẽ mạn tính.
- *Ung thư biểu mô dạng biểu bì*: chủ yếu phát triển từ những phế quản lớn; diễn biến tương đối chậm, có thể hoại tử thành hang ung thư; di căn muộn và chậm. Đây là typ ung thư có chỉ định phẫu thuật.
- *Ung thư tế bào nhỏ*: là các u ở phế quản lớn nghĩa là u trung tâm, di căn sớm, lan rộng nhanh chóng, thường là thể trung thất-phổi, ít khi là u ngoại vi, nhạy cảm với hoá chất, nói chung không có chỉ định phẫu thuật.
- *Ung thư tế bào lớn*: hay khu trú ở ngoại vi phổi, phát triển nhanh, di căn sớm đến não và trung thất.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Sút cân, mệt mỏi, sốt, chán ăn, nuốt khó.
- Ho, ho ra máu, khó thở, cò cử.

- Đau ngực, đau vai, đau xương.
- Hội chứng cận ung thư:
 - + Hội chứng Eaton-Lambert: còn gọi là hội chứng nhược cơ kèm với ung thư phế quản. Đau cơ và yếu cơ, phản xạ gân giảm.
 - + Rối loạn nội tiết: tăng calci máu, tăng tiết ACTH, ADH.
 - + Thần kinh: thoái hoá tiểu não bán cấp, bệnh thần kinh ngoại vi, thoái hoá võ.
 - + Cơ-xương: viêm đa cơ, ngón tay dùi trống, viêm xương khớp phì đại do phổi (bệnh Pierre Marie).
 - + Huyết học hay mạch máu: viêm tĩnh mạch huyết khối di chuyển, thiếu máu, tăng tiểu cầu hoặc giảm tiểu cầu.
 - + Da: chứng gai đen (acanthosis nigricans), viêm da cơ.
- Tràn dịch màng phổi (10% bệnh nhân), viêm phổi tái phát (thứ phát sau nghẽn tắc phế quản), cò củ khu trú.
- Hội chứng tĩnh mạch chủ trên:
 - + Máu bị nghẽn không trở về tĩnh mạch chủ trên được vì ung thư phế quản hoặc di căn ung thư đi đến các hạch cạnh khí quản.
 - + Bệnh nhân đau đầu, buồn nôn, chóng mặt, rối loạn thị lực, ngất, rối loạn hô hấp.
 - + Khám thấy tĩnh mạch cổ và tĩnh mạch lồng ngực giãn to, phù mắt và chi trên, tái tím.
- Hội chứng Horner: co đồng tử, sụp mí, giảm tiết mồ hôi ở mặt; ung thư đỉnh phổi kèm với hội chứng Horner cùng bên và đau vai gọi là khối u "Pancoast".

Cận lâm sàng

- Xét nghiệm đờm tìm tế bào ung thư, làm ít nhất 3 lần.

- Làm sinh thiết bất cứ một hạch nào bị nghi ngờ (ví dụ hạch trên đòn).
- Soi phế quản ống mềm: chải phế quản và sinh thiết những tổn thương phế quản nào nhìn thấy được.
- Sinh thiết xuyên thành phế quản: tốt đối với các u trung thất hoặc hạch cạnh khí quản.
- Sinh thiết phổi hút qua thành ngực, định vị tổn thương bằng chụp CT scan để chẩn đoán các u phổi ngoại vi.
- Soi trung thất và cắt xương ức ở phần trước giữa để chẩn đoán u trung thất.
- Sinh thiết màng phổi ở những ca có tràn dịch màng phổi.
- X quang phổi:
 - + Hình ảnh X quang thay đổi tùy theo typ tế bào (xem phần đầu).
 - + Tràn dịch màng phổi, xẹp thùy phổi và hạch trung thất đều có thể gặp ở mọi typ tế bào.
 - + Những tổn thương lành tính có thể nhầm với tổn thương ác tính là:
 - Xẹp thùy phổi: viêm phổi, lao phổi, bệnh nấm *Aspergillus fumigatus*.
 - Đau phổi: bệnh nấm, u hạt Wegener, các hạt dạng thấp...
 - Hạch trung thất: bệnh sarcoid, u lympho, lao tiên phát, bệnh nấm, bệnh bụi phổi, hạch do thuốc gây nên (ví dụ phenytoin, trimethadion).
 - Tràn dịch màng phổi: suy tim sung huyết, viêm phổi có tràn dịch màng phổi, lao phổi, viêm phổi virus, cổ trướng, viêm tụy...

- Chọc màng phổi để hút dịch màng phổi làm xét nghiệm: có thể chẩn đoán được bệnh.
- Chụp CT scan phổi để tìm di căn ung thư vào trung thất và màng phổi.
- *Chẩn đoán giai đoạn bệnh TNM:*

T1: $u < 3\text{cm}$, ở ngoại vi, không xâm lấn vào phế quản thụ.

T2: $u > 3\text{cm}$ ở phế quản thụ hoặc phế quản gốc nhưng cách ngã ba khí quản (NBKQ) hơn 2cm.

T3: u xâm lấn vào thành ngực, lá thành màng phổi, màng phổi trung thất hoặc cách NBKQ dưới 2cm.

T4: tổn thương các cơ quan của trung thất (tim, mạch máu lớn, khí quản, thanh quản).

No: không có hạch.

N1: hạch quanh phế quản hoặc rốn phổi

N2: hạch trung thất.

N3: hạch ở phổi bên kia hoặc trên xương đòn.

Mo: không có di căn.

M1: có di căn.

- Các xét nghiệm làm trước khi điều trị:
 - + Chụp X quang phổi (phim thẳng và nghiêng), làm điện tim.
 - + Xét nghiệm: làm công thức máu, điện giải, tiểu cầu, calci, phospho, glucose, các chức năng thận và gan, đo khí động mạch, phản ứng da với tuberculin.
 - + Thăm dò chức năng phổi.

- + CT scan phổi.
- + Soi trung thất hoặc mở trung thất trước cho những bệnh nhân có chỉ định cắt đoạn phổi.
- + Sinh thiết bất cứ tổn thương nào nghi ngờ.
- + CT scan gan, não, xương ở tất cả những bệnh nhân ung thư tế bào nhỏ; hoặc ở những bệnh nhân ung thư không phải tế bào nhỏ nhưng nghi có tổn thương ở gan, não, xương.
- + Chỉ làm sinh thiết tuỷ cho những bệnh nhân ung thư tế bào nhỏ.

Chẩn đoán phân biệt

Viêm phổi. Lao phổi. Di căn ung thư vào phổi. Áp xe phổi. Bệnh nấm và mycobacteri. Bệnh sarcoid. Viêm phổi do virus.

Nguyên nhân

Hút thuốc lá. Yếu tố môi trường ô nhiễm (radon...), yếu tố kỹ nghệ (amian, nickel, urani, arsen, bụi than).

Điều trị

Mục đích điều trị là:

1. Chọn những bệnh nhân có thể phẫu thuật được.
2. Chọn những bệnh nhân ung thư tế bào nhỏ để điều trị bằng hoá chất.
3. Điều trị triệu chứng cho những bệnh nhân còn lại.

Dinh dưỡng tốt. Bỏ thuốc lá. Không tiếp xúc với các chất độc với phổi. Thở oxy nếu cần thiết.

1. Ung thư không phải tế bào nhỏ

a. Phẫu thuật

- Cắt đoạn phổi cho những bệnh nhân có ung thư khu trú (chưa xâm lấn vào các hạch trung thất, xương sườn, màng phổi hoặc chưa di căn xa). Phẫu thuật chiếm khoảng 15% đến 30% những ca đã được chẩn đoán.
- Trước khi mổ phải đánh giá tình trạng tim mạch (mới bị nhồi máu cơ tim, các loạn nhịp tim nặng) và chức năng phổi để xem bệnh nhân có “chịu” được phẫu thuật không. Có thể cắt bỏ phổi nếu trước khi mổ bệnh nhân có $FEV_1 \geq 2$ lít.
- Với những bệnh nhân ở giai đoạn nặng (giai đoạn 3A) sắp được phẫu thuật phổi nên phối hợp với điều trị hoá chất trước khi mổ: như vậy kết quả sẽ tốt hơn nhiều so với chỉ phẫu thuật đơn thuần.

b. Nếu không có chỉ định phẫu thuật thì:

- Có thể chỉ dùng tia xạ đơn thuần hoặc phối hợp với dùng hoá chất để điều trị các di căn vào não và xương, hội chứng tĩnh mạch chủ trên, xẹp phổi do tắc nghẽn; mặc dù việc dùng tia xạ là cách điều trị chuẩn cho những bệnh nhân ở giai đoạn 3 nhưng cách chữa đó cũng không làm tăng được bao nhiêu thời gian sống thêm của bệnh nhân.
- Điều trị hoá chất: có nhiều cách phối hợp thuốc (ví dụ phối hợp mitomycin, vinblastin, cisplatin, vindesin, ifosfamid và paclitaxel; carboplatin, cyclophosphamid, và etoposid cũng hay được dùng); tuy vậy kết quả điều trị cũng chỉ là khiêm tốn.
- Phối hợp hoá chất với điều trị tia xạ làm tăng thời gian sống thêm ở những ca ung thư không phải tế bào nhỏ mà không có chỉ định phẫu thuật và ở giai đoạn khu trú. Tuy

vậy lợi ích tuyệt đối của phương pháp này không nhiều và mặt khác cần phải cân nhắc thận trọng vì hoá chất phối hợp sẽ gây nhiều độc hại cho cơ thể.

2. Điều trị ung thư tế bào nhỏ

- Khi bệnh còn ở giai đoạn khu trú: điều trị tia xạ phối hợp với dùng hoá chất (cisplatin và etoposid).
- Khi bệnh ở giai đoạn nặng: phối hợp các hoá chất với nhau (cisplatin với etoposid hoặc ifosfamid với carboplatin và etoposid uống, hoặc chỉ dùng etoposid ở bệnh nhân cao tuổi mà không có chỉ định phẫu thuật).
- Ở những bệnh nhân đã hồi phục hoàn toàn nên chiếu tia vào sọ để làm giảm các di căn đến não.

Nhận xét

- Nói chung tiên lượng bệnh nặng trừ khi khối u được cắt bỏ.
- Với những bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật, vấn đề chính là điều trị triệu chứng.
- Điều trị các triệu chứng tại chỗ tốt nhất là bằng tia xạ.
- Có khoảng 30% bệnh nhân ung thư không phải tế bào nhỏ sau khi làm phẫu thuật có thể sống thêm được 5 năm.
- Bệnh nhân ung thư tế bào nhỏ ở giai đoạn bệnh khu trú có thể sống thêm được 15 tháng; nếu ở giai đoạn muộn, sống thêm được 9 tháng.
- Nếu tính từ thời gian đã chẩn đoán xác định được bệnh thì 3/4 số bệnh nhân đã không còn có chỉ định phẫu thuật nữa; trong 1/4 số còn lại mà bệnh ở giai đoạn khu trú thì chỉ có 1/3 là sống thêm được 5 năm.

UNG THƯ PHỔI THỨ PHÁT

Định nghĩa

Ung thư phổi thứ phát là những di căn ung thư lan đến phổi theo đường máu hoặc đường bạch huyết từ một ung thư tiên phát ở một cơ quan nào đó trong cơ thể (ung thư vú, tuyến giáp, buồng trứng, ống tiêu hoá v.v...) vì thế còn có tên gọi là ung thư phổi di căn.

Chẩn đoán

Dựa vào:

- Hình ảnh X quang khu vực: hình "thả bóng" hoặc hình mạng lưới của viêm bạch mạch ung thư; hình bóng mờ có cuống, liên quan đến di căn phế quản (không thể phân biệt được với ung thư phế quản tiên phát) v.v...
- Tìm ung thư tiên phát ở ngoài phổi: nhiều khi không có kết quả, kể cả khi mổ tử thi. Trong những trường hợp này, phải nghiên cứu xem đây có phải là ung thư phế quản tiên phát không.

Điều trị

- Có thể cắt bỏ di căn phổi nếu đây là tổn thương độc nhất.
- Điều trị hoá chất, nội tiết tố, điều trị miễn dịch (interleukin 2, interferon) có thể được chỉ định cho một số khối u: vú, buồng trứng, tinh hoàn, tuyến giáp, u thận, u mầm ở nam giới.

VIÊM PHẾ QUẢN CẤP TÍNH

Định nghĩa

- Viêm phế quản cấp tính là viêm khí quản và phế quản.
- Người mắc bệnh thường là người hút thuốc lá, người cao tuổi, trẻ em; hay bị bệnh vào mùa Đông.

Chẩn đoán

Lâm sàng

Ho, nhất là vào buổi sáng, có đờm. Đau sau xương ức, nhất là khi ho. Chảy nước mũi xuống họng, họng đỏ. Sốt nhẹ. Nghe phổi có ran ngáy.

Cận lâm sàng

Nói chung không cần phải làm xét nghiệm. Bạch cầu có thể tăng nhẹ. X quang phổi chỉ thực hiện ở bệnh nhân nghi bị viêm phổi, cúm, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và khi điều trị không có kết quả.

Chẩn đoán phân biệt

Viêm phổi. Hen phế quản. Viêm xoang. Viêm tiểu phế quản. Viêm họng. Ho do một số thuốc gây nên. Cúm. Ung thư (người cao tuổi).

Nguyên nhân

Nhiễm virus (rhinovirus, virus cúm, adenovirus v.v...). Các sinh vật không điển hình (*Mycoplasma*, *Chlamydia pneumoniae*). Nhiễm vi khuẩn (*Moraxella*, *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenza*).

Điều trị

- Không hút thuốc lá, không tiếp xúc với những chất kích thích phổi. Uống nhiều nước.
- Thở không khí ẩm. Thuốc giãn phế quản, nếu cần thiết. Thuốc ho. Chỉ những bệnh nhân nào bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, có đờm mủ hoặc không đáp ứng với điều trị mới phải dùng kháng sinh (Bactrim, amoxycillin, doxycyclin...).

Nhận xét

Phần lớn bệnh nhân hồi phục hẳn sau 7 đến 10 ngày. Chỉ những trường hợp viêm phế quản tái phát hoặc nghi do hen phế quản mới cần thủ chức năng phổi.

VIÊM PHỔI DO HÍT

Định nghĩa

Viêm phổi hít là bệnh nhiễm khuẩn phổi do hít dịch dạ dày hoặc vi khuẩn từ mũi họng xuống phổi.

Chẩn đoán

Lâm sàng

Khó thở nhanh, ho, khạc đờm, sốt sau khi nôn hoặc nuốt khó. Ran ngáy lan toả ở hai phổi.

Cận lâm sàng

- Đếm máu: hay có tăng bạch cầu.
- Xét nghiệm đờm:

1. Xét nghiệm đờm mới lấy; kỹ thuật viêm phải giấu kinh nghiệm.
2. Chỉ xét nghiệm những mẫu đờm có nhiều bạch cầu và không có hoặc chỉ có ít tế bào biểu mô.
3. Khác với bệnh viêm phổi không do hít (ví dụ do phế cầu khuẩn), đờm của bệnh nhân viêm phổi do hít có thể có nhiều loại vi sinh vật khác nhau.
4. Các loại trực khuẩn dài, mảnh khảnh nghi là loại kỵ khí.
5. Đờm của viêm phổi do hít dịch dạ dày acid có thể không có vi sinh vật gây bệnh.
6. Kết quả cấy đờm dựa trên hình thái học của các vi sinh vật.
 - X quang phổi phát hiện các hình thâm nhiễm rải rác ở cả hai phổi.
 - Nếu bệnh tồn tại trong nhiều ngày hoặc lâu hơn có thể dẫn đến hoại tử (chủ yếu là viêm phổi kỵ khí cộng đồng), thậm chí phá huỷ nhu mô phổi biểu hiện trên phim X quang là hình hang có mức nước nằm ngang.

Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh viêm phổi hoại tử hoặc phá huỷ thành hang (nhất là lao phổi, viêm phổi gram âm).

Nguyên nhân

Nhiều căn nguyên phức tạp tác động lẫn nhau từ viêm phổi hoá học (thường là acid) sau khi hít dịch dạ dày vô khuẩn (nói chung không cần dùng đến kháng sinh) đến viêm phổi hít vi khuẩn.

1. Viêm phổi do hít ở cộng đồng

- Thường do vi khuẩn kỵ khí ở miệng (liên cầu khuẩn kỵ khí và ít ưa khí, trực khuẩn *Fusobacterium*, vi khuẩn

không bào tử kỵ khí gram dương) và *Bacteroides* (*melaninogenicus*, *intermedius*, *oralis*, *ureolyticus*).

- Ít khi do *Bacteroides fragilis* hoặc *Eikenella corrodens*.
- Nhóm người có nguy cơ cao: người cao tuổi, nghiện rượu, tiêm chích ma túy, có bệnh thực quản, răng xấu hoặc mới chữa răng xong.

2. Viêm phổi do hít ở bệnh viện

- Hay gặp ở người cao tuổi hoặc người có phản xạ nôn giảm, người được đặt sond mũi, sond dạ dày, tắc ruột, người dùng máy khí dung bị nhiễm khuẩn v.v...
- Những người có nguy cơ cao: bệnh nhân nặng nằm ở bệnh viện (nhất là bệnh nhân hôn mê, nhiễm toan, nghiện rượu, đái tháo đường, đặt nội khí quản v.v. ..), bệnh nhân gãy mê, đột quỵ, sa sút trí tuệ, người cao tuổi, người dùng thuốc kháng acid hoặc thuốc ức chế thụ thể H_2 .
- Những vi sinh vật gây bệnh là:
 - a. Loại kỵ khí đã nêu ở trên; nhưng nhiều công trình lại cho thấy hay gặp loại ái khí gram âm (60%) và ái khí gram dương (20%).
 - b. *E.coli*, *P.aeruginosa*, *S.aureus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia* và *Proteus*, *Hemophilus influenzae*, *S.pneumococcus*, *Legionella* và *Acinetobacter* (viêm phổi đơn phát [sporadic]): gặp ở 2/3 các trường hợp.
 - c. Nấm, bao gồm *Candida albicans*, gặp ít hơn.

Điều trị

1. Viêm phổi do hít dịch dạ dày

- Không có vi khuẩn nên không cần dùng kháng sinh.

- Hút phế quản bằng sond hoặc bằng đường nội soi, tư thế dẫn lưu, liệu pháp vận động hô hấp; nếu cần, làm thông khí hỗ trợ.

2. Viêm phổi do hít ở cộng đồng

- Penicillin G có kết quả tốt. Loại *Bacteroides* và *Fusobacterium* có thể kháng với Penicillin nhưng đáp ứng tốt với clindamycin.

3. Viêm phổi do hít ở bệnh viện

- Đáp ứng tốt với vancomycin kết hợp với ceftazidim hoặc imipenem, hoặc ampicillin/ sulbactam.
- Viêm phổi do *Pseudomonas* được điều trị bằng beta-lactam chống *Pseudomonas* phối hợp với aminoglycosid.
- Clindamycin có thể được dùng phối hợp để tăng cường tác dụng chống vi sinh vật kỵ khí.
- Không dùng metronidazol đơn thuần để điều trị loại kỵ khí.

VIÊM PHỔI DO MYCOPLASMA

Định nghĩa

- Viêm phổi do *Mycoplasma* là nhiễm khuẩn nhu mô phổi bởi *Mycoplasma pneumoniae*.
- Tên gọi khác: viêm phổi không điển hình nguyên phát, viêm phổi Eaton.
- Hay bị bệnh nhất là: trẻ em ở tuổi đi học và người trẻ tuổi (từ 5 tuổi đến 20 tuổi).
- Bệnh nhân cao tuổi và bệnh nhân bị thiếu máu hồng cầu liềm có tiên lượng nặng.

- Bệnh phát mạnh vào mùa thu và đầu mùa đông; hay gặp ở vùng có khí hậu ôn hoà.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Viêm họng không xuất tiết. Ho nhiều nhưng ít khi ho ra máu.
- Nghe phổi có ran, không có đông đặc phổi ở nền phổi. Kèm theo viêm màng nhĩ.
- Nổi ban ở da gặp ở 1/4 số bệnh nhân: 1. ban giống ban sởi; 2. nổi mề đay; 3. hồng ban nút (ít gặp); 4. hồng ban đa dạng (ít gặp); 5. hội chứng Stevens-Johnson (hiếm).
- Đau cổ (< 50% bệnh nhân). Lách to và bệnh hạch bạch huyết. Viêm kết mạc.

Cận lâm sàng

- Bạch cầu tăng trên $10.000/\text{mm}^3$ ở 1/4 số bệnh nhân. Ít khi có bạch cầu giảm. Công thức bạch cầu không có gì đặc biệt. Ngưng kết tố lạnh (NKTL) gặp ở khoảng 1/2 số bệnh nhân với hiệu giá > 1/64 (nhưng NKTL cũng còn gặp trong các bệnh: tăng sinh lympho bào; cúm; tăng bạch cầu đơn nhân; nhiễm adenovirus, Legionella). NKTL xuất hiện từ ngày mắc bệnh thứ 5 đến ngày thứ 10 và mất đi trong vòng một tháng. Test cố định bổ thể tăng gấp 4 lần. Xét nghiệm đờm không phát hiện được mầm bệnh bằng các kỹ thuật thông thường.
- Chẩn đoán hình ảnh:
 - + Mâu thuẫn giữa sự phong phú của hình ảnh X quang với sự nghèo nàn của các biểu hiện lâm sàng.
 - + X quang phổi: bóng mờ nhạt đi từ rốn phổi ra ngoại vi, thường khu trú ở thùy dưới phổi, một bên hay hai bên.

- + Tràn dịch màng phổi nhẹ ở 30% bệnh nhân. Hiếm gặp tràn dịch màng phổi nặng.
- + Hạch rốn phổi gặp ở 20% - 25% bệnh nhân.
- + Ít khi gặp áp xe phổi, xẹp thùy phổi, hội chứng phổi tăng sáng.

Chẩn đoán phân biệt

Viêm phổi do: *Chlamydia pneumoniae*. *C. psittaci*. *Legionella*. *Coxiella burnetii*. *Pneumococcus pneumoniae*. Nghẽn mạch phổi. Nhồi máu.

Nguyên nhân

Bệnh lây lan do người bệnh ho, nói chuyện bắn nước bọt có mầm bệnh ra chung quanh.

Điều trị

- Dùng một trong các kháng sinh sau từ 10 đến 14 ngày: erythromycin, azithromycin, roxithromycin, clarithromycin.
- Kháng sinh làm giảm các triệu chứng, rút ngắn thời gian bị bệnh, các tổn thương X quang hấp thu nhanh hơn.
- Nhưng mầm bệnh vẫn có thể tồn tại ở hầu họng từ 1-3 tháng, nên vẫn có khả năng lan truyền bệnh.
- Các kháng thể đặc hiệu trong máu không bảo đảm tạo được miễn dịch lâu dài.
- Bệnh có thể tái phát 7 đến 10 ngày sau khi đã khỏi bệnh.

Nhận xét

- Diễn biến lâm sàng tốt dần lên trong vòng 10 ngày.

- Hình ảnh X quang hấp thu hết sau 5 đến 8 tuần ở khoảng 90% bệnh nhân.
- Ít khi gây tử vong, nếu có, thì thường do các bệnh khác tiềm tàng trong cơ thể gây nên.

VIÊM PHỔI DO PNEUMOCYSTIS CARINII

Định nghĩa

Viêm phổi do *Pneumocystis carinii* là một bệnh nhiễm khuẩn hô hấp nặng do nấm hoặc động vật nguyên sinh *Pneumocystis carinii* gây ra.

Chẩn đoán

Lâm sàng

Sốt, ho, khó thở ở hầu hết các trường hợp. Tái tím và khó thở nhanh trong những ca nặng. Ho ra máu (ít gặp). Nghe phổi không có ran.

Cận lâm sàng

- Chụp X quang phổi: thâm nhiễm kê lan toả, hoặc bóng mờ thùy phổi v.v...
- Xét nghiệm đờm tìm các kén *Pneumocystis carinii* (có giá trị chẩn đoán).
- Soi phế quản và rửa phế quản-phế nang hoặc sinh thiết phổi, nếu xét nghiệm đờm âm tính hoặc nghi ngờ.
- Đo khí động mạch.
- LDH tăng trong đa số các trường hợp

- Làm test kháng thể HIV, nếu nguyên nhân gây suy giảm miễn dịch tiềm tàng chưa rõ.
- Chụp xạ phổi nhấp nháy thấy nhiều vùng hấp thu gallium: kêu gọi chẩn đoán nhưng không xác định được chẩn đoán.

Chẩn đoán phân biệt

- Những bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cơ hội khác: Lao. Bệnh do Histoplasma. Bệnh do Cryptococcus.
- Nhiễm khuẩn không cơ hội: Viêm phổi vi khuẩn. Viêm phổi virus. Viêm phổi do Mycoplasma. Viêm phổi do Legionella.

Nguyên nhân

- *Pneumocystis carinii*, ngày nay được coi là nấm hơn là một ký sinh trùng.
- Hoạt động trở lại của một nhiễm khuẩn lâu nay "nằm ngủ".
- Ít khi gây những tổn thương ngoài phổi.

Điều trị

- Thở oxy nếu cần thiết.
- Bactrim. Pentamidin. Prednison.
- Nếu không dùng được các thuốc trên thì dùng: 1. Dapson/trimethoprim. 2. Clindamycin/primaquin. 3. Atovaquin.
- Sau 3 tuần điều trị tấn công cần điều trị củng cố bằng Bactrim. Nếu không dùng được Bactrim, thì thay bằng Dapson cùng với Pyrimethamin và Leucovorin.

- Nếu không dung nạp được các thuốc tiêm thì dùng loại bơm xịt Pentamidin.
- Những bệnh nhân nhiễm HIV mà lympho bào CD4 < 200/mm³ hoặc < 20% tổng số lympho bào nên được điều trị dự phòng như trên vì họ có nguy cơ cao mắc viêm phổi do *Pneumocystis carinii*.

Nhận xét

- Bệnh nhân nên nằm điều trị tại bệnh viện, trừ trường hợp nhẹ.
- Sau điều trị cần theo dõi bệnh nhân lâu dài và xử trí hội chứng suy giảm miễn dịch tiềm tàng ở người bệnh.

VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN

Định nghĩa

Viêm phổi do vi khuẩn là nhiễm khuẩn nhu mô phổi.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Sốt, khó thở nhanh, rét run, ho, nhịp tim nhanh.
- Bệnh cảnh thay đổi tùy theo nguyên nhân gây viêm phổi, tuổi bệnh nhân và hoàn cảnh lâm sàng:
 - + Viêm phổi do liên cầu khuẩn: sốt cao, rét run, đau ngực, ho nhiều đờm mủ.
 - + Người cao tuổi hoặc suy giảm miễn dịch: triệu chứng không rầm rộ (sốt nhẹ, triệu chứng hô hấp không nổi rõ...).

- + Nói chung, nghe phổi thấy rì rào phế nang giảm và ran nổ.
- + Gõ phổi: đục. Rung thanh: tăng.

Cận lâm sàng

- Xét nghiệm đờm trực tiếp và cấy tìm vi khuẩn:
 - + Khí dung với dung dịch muối ưu trương (3% đến 10%) để làm tăng hiệu quả xét nghiệm.
 - + Xét nghiệm đờm bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang trực tiếp (test đặc hiệu và nhanh để phát hiện *Legionella*).
 - + Soi phế quản ống mềm để lấy bệnh phẩm xét nghiệm chỉ làm cho những bệnh nhân nặng không đáp ứng với điều trị kháng sinh lúc đầu.
- Bạch cầu tăng, chuyển trái.
- Cấy máu: dương tính khoảng 20% ở bệnh nhân viêm phổi do phế cầu khuẩn.
- Đo khí trong máu: giảm oxy máu, $PaO_2 < 60\text{mmHg}$, cần đưa bệnh nhân vào bệnh viện.
- Phản ứng sưng phồng (quellung reaction) bao vi khuẩn khi tiếp xúc với kháng thể: dùng để chẩn đoán viêm phổi do liên cầu khuẩn.
- Làm test huyết thanh tìm HIV cho những bệnh nhân từ 15 tuổi đến 54 tuổi đang nằm điều trị tại những bệnh viện có tỷ lệ nhiễm AIDS cao.
- Chẩn đoán hình ảnh: hình ảnh X quang thay đổi tùy theo giai đoạn bệnh, typ viêm phổi và việc truyền dịch cho bệnh nhân.
 - + Viêm phổi phế cầu khuẩn có hình đồng đặc phân thùy hoặc thùy.

- + Các hình thâm nhiễm lan toả gặp ở viêm phổi do *L.pneumoniae*, *M. pneumoniae*, viêm phổi virus, *P.carinii*, viêm phổi do hít...
- + Phim chụp X quang phổi lần đầu có tác dụng loại trừ các biến chứng (tràn khí màng phổi, tràn mủ màng phổi, áp xe phổi...).

Chẩn đoán phân biệt

Đợt cấp của viêm phế quản mạn tính. Nghẽn mạch phổi hoặc nhồi máu phổi. Ung thư phổi. Viêm tiểu phế quản. Viêm phổi tăng cảm. Phù phổi. Viêm phổi do virus. Nấm phổi. Viêm phổi không điển hình.

Nguyên nhân

- *Streptococcus pneumoniae*. *Hemophilus influenzae*. *Legionella pneumophila*.
- *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *E.coli*. *Staphylococcus aureus*. Nhiễm phế cầu khuẩn gặp ở 50% đến 75% bệnh nhân viêm phổi cộng đồng, trong lúc đó loại vi sinh vật gram âm gặp ở > 80% bệnh nhân viêm phổi bệnh viện.
- Những yếu tố phù trợ là:
 - + Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: *H.influenzae*, *S.pneumoniae*, *Legionella*.
 - + Co giật: viêm phổi do hít.
 - + Nghiện rượu: *Klebsiella*, *S. pneumoniae*, *H.influenzae*.
 - + HIV: *S. pneumoniae*.
 - + Người tiêm chích ma túy có viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn: *S.aureus*.

Điều trị

- Mục đích điều trị là:

Làm tăng PaO_2 . Làm cho viêm phổi hấp thu nhanh, bệnh nhân hoạt động trở lại bình thường. Phòng ngừa tử vong. Điều trị triệu chứng.

- Bỏ hút thuốc lá. Thở oxy để giữ $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$. Truyền dịch tĩnh mạch, chống mất nước. Thông khí hỗ trợ cho bệnh nhân suy hô hấp.
- Điều trị kháng sinh dựa trên lâm sàng, X quang và kết quả xét nghiệm. Nếu người lớn khoẻ mạnh mắc bệnh phổi cộng đồng và bệnh cảnh lâm sàng không rõ ràng thì kháng sinh dùng đầu tiên là erythromycin, sau đó là azithromycin và clarithromycin.
- Với những bệnh nhân suy giảm miễn dịch, có mầm bệnh gram âm, kháng sinh dùng đầu tiên là loại có phổ hoạt động rộng nhưng chú ý đến các vi sinh vật gram âm, *Legionella* và *S.aureus*. Ở những bệnh nhân này nên dùng những kháng sinh sau:
 - + Bệnh nhân đồng thời có bệnh AIDS: Bactrim liều cao cùng với erythromycin hoặc clarithromycin.
 - + Bệnh nhân có giảm bạch cầu trung tính: Ticarcillin. piperacillin cùng với tobramycin hoặc ceftazidim cộng aminoglycosid.
 - + Bệnh nhân suy giảm miễn dịch, không mắc AIDS, không giảm bạch cầu trung tính (ví dụ đái tháo đường, người cao tuổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính). Cefuroxim cùng với aminoglycosid. Lúc bắt đầu điều trị có thể dùng erythromycin cùng với các loại khác vì bệnh nhân suy giảm miễn dịch thường hay mắc bệnh do *Legionella*.

- Những bệnh nhân có tràn dịch - tràn mủ màng phổi khi đang viêm phổi cần được dẫn lưu dịch - mủ. Đối với những trường hợp không đáp ứng với điều trị, có thể bơm các loại tiêu fibrin (streptokinase, urokinase) vào khoang màng phổi.

Nhận xét

- 48 giờ sau khi bắt đầu điều trị, thân nhiệt bắt đầu hạ.
- Hình ảnh X quang hấp thu chậm sau khi các biểu hiện lâm sàng đã rút lui.
- Phần lớn bệnh nhân đáp ứng tốt với kháng sinh. Những bệnh nhân suy giảm miễn dịch và những bệnh nhân có giảm oxy máu, $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ cần điều trị tại bệnh viện.
- Viêm phổi hấp thu chậm hoặc không hấp thu là do những nguyên nhân sau:
 - + Điều trị nhiễm khuẩn gặp khó khăn: viêm phổi do virus, do Legionella, do nấm...
 - + Ung thư: ung thư phổi, u lympho, di căn.
 - + Suy tim sung huyết.
 - + Nghẽn mạch phổi.
 - + Miễn dịch hoặc vô căn: bệnh u hạt Wegener, lupus ban đỏ hệ thống...
 - + Thuốc (amiodaron).
- Sau khi khỏi bệnh được 6 tuần phải khám lại bệnh nhân và chụp X quang phổi nhiều lần để khẳng định đã hồi phục và loại trừ các bệnh phổi tiềm tàng, nhất là ung thư phổi.

VIÊM PHỔI DO VIRUS

Định nghĩa

- Viêm phổi do virus là nhiễm khuẩn nhu mô phổi bởi bất cứ một loại virus nào. Các loại virus quan trọng nhất sẽ được đề cập đến trong bài.
- Những tên gọi khác: viêm phổi không do vi khuẩn, viêm phổi không điển hình.
- Tuổi hay mắc bệnh nhất:
 - + Cúm
 - Hay mắc bệnh nhất ở trẻ 5 tuổi.
 - Trẻ em và người trên 64 tuổi hay phải điều trị tại bệnh viện.
 - + Virus hô hấp hợp bào (RSV)
 - Trẻ nhỏ tuổi.
 - + Adenovirus
 - Trẻ nhỏ tuổi
 - + Thủy đậu
 - Thủy đậu ở phụ nữ có thai dễ có biến chứng viêm phổi nặng. 90% bệnh nhân viêm phổi thủy đậu là người lớn (tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là từ 20 đến 60 tuổi).
 - + Sởi
 - Trẻ em lớn tuổi và thanh niên nếu chỉ tiêm chủng một mũi đều dễ bị mắc bệnh.
 - Sởi ở phụ nữ có thai dễ có biến chứng viêm phổi. Bệnh nhân tim mạch và bệnh nhân suy giảm miễn dịch khi mắc sởi dễ bị viêm phổi nặng.

- Trước khi có vaccin phòng sởi, 90% bệnh nhân sởi bị viêm phổi là dưới 10 tuổi.
- 3% đến 50% bệnh nhân sởi có biến chứng viêm phổi.
- + Virus cự bào (CMV)
 - Từ trẻ sơ sinh đến người lớn đều bị.
 - Suy giảm miễn dịch là yếu tố thuận lợi nhất để phát bệnh.
- Hay mắc bệnh nhất vào thời gian nào?
 - + Cúm: Cúm A: mùa Đông. Cúm B: quanh năm
 - + RSV: mùa Đông và mùa xuân
 - + Adenovirus: thành dịch địa phương.
 - + Thủy đậu: mùa Xuân ở vùng khí hậu ôn hoà.
 - + Sởi: quanh năm.
 - + CMV: quanh năm
- Di truyền học
 - + Yếu tố gia đình: Mắc bệnh do tiếp xúc thường xuyên giữa các thành viên trong gia đình. Các yếu tố bất thường bẩm sinh và suy giảm miễn dịch làm cho diễn biến của viêm phổi do RSV nặng lên.
 - + Nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh
 - Viêm phổi nặng do RSV
 - Viêm phổi do adenovirus: tỷ lệ tử vong từ 5% đến 20%. Có thể dẫn đến rối loạn thông khí hạn chế hay tắc nghẽn.
 - Thủy đậu: nhiều cơ quan bị tổn thương trong đó có viêm phổi. Có thể phát triển ở trẻ sơ sinh khi người mẹ mắc thủy đậu vào lúc sắp sinh.

- Viêm phổi do CMV: Nói chung có tiên lượng nặng. Hay phối hợp với những tổn thương não nặng.

Chẩn đoán

Lâm sàng

1. Cúm: Sốt. Ngủ nhiều. Ho khan. Da đỏ. Nghe phổi có ran.
2. RSV: Sốt. Khó thở nhanh. Thở ra kéo dài. Cò cử và ran ở phổi.
3. Adenovirus: Khàn giọng. Viêm hầu họng. Khó thở nhanh. Hạch cổ.
4. Sởi: Viêm kết mạc. Chảy nước mũi. Nốt Koplick. Ban. Sốt. Ho khan. Viêm phổi (viêm phổi cùng xuất hiện với ban, có thể xuất hiện khi sởi đã đỡ; 3% đến 4% trẻ vị thành niên và thanh niên bị biến chứng viêm phổi).
5. Thủy đậu: Sốt. Dát sẩn hoặc ban mụn nước (sau khi mọc ban từ 1 đến 6 ngày thì xuất hiện viêm phổi; viêm phổi có ho, đôi khi ho ra máu, nghe phổi ít có tạp âm).
6. CMV: Sốt. Cơ ho kịch phát. Hãn hữu ho ra máu. Hạch rải rác nếu viêm phổi xảy ra sau khi truyền máu.

Cận lâm sàng

- Nếu bệnh đã xuất hiện thành dịch thì thường không cần phải làm các test chẩn đoán virus nữa.
- Trong những ngày đầu mới mắc bệnh có thể cấy các dịch tiết hô hấp để chẩn đoán cúm và những virus khác.
- Có thể chẩn đoán viêm phổi do sởi và adenovirus bằng lâm sàng.
- Sinh thiết phổi mở có thể được làm để chẩn đoán viêm phổi do CMV.
- Xét nghiệm đờm thấy một số ít bạch cầu đa nhân và vi khuẩn.
- Bạch cầu có thể giảm hoặc tăng nhẹ.

- Viêm phổi do adenovirus typ 7 đôi khi có biến chứng đông máu nội mạch rải rác.
- Suy giảm miễn dịch nặng hay đi kèm với viêm phổi do CMV.
- Giảm oxy máu có thể ở mức độ nặng.
- Cấy máu để tìm bội nhiễm vi khuẩn.
- Tràn dịch màng phổi xảy ra khi đang bị viêm phổi có đặc điểm là dịch rỉ.
- Chẩn đoán hình ảnh:
 - + X quang phổi có thể thấy nhiều dạng tổn thương, ví dụ các hình thâm nhiễm, bờ không rõ ràng nằm rải rác hoặc thâm nhiễm kê lan toả diện rộng.
 - + Nếu là hình thâm nhiễm đậm, khu trú, nghĩ đến viêm phổi có bội nhiễm vi khuẩn.
 - + Các huyết vôi hóa nhỏ có thể là di chứng của viêm phổi thuy đậu.

Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phổi do vi khuẩn. Loại này có thể xuất hiện đồng thời với viêm phổi do virus hoặc xuất hiện sau viêm phổi do virus.
- Các nguyên nhân gây viêm phổi không điển hình khác: Mycoplasma. Chlamydiae. Coxiella. Legionella.
- Hội chứng suy hô hấp cấp tính.
- Nghẽn mạch phổi.

Điều trị

Biện pháp chung về phòng bệnh

Áp dụng các biện pháp phòng bệnh để tránh lây lan giữa người với người. Uống đủ nước. Thở O₂ cho những bệnh nhân viêm phổi nặng hoặc suy hô hấp cấp tính.

1. Cúm

Hàng năm tiêm chủng ngừa cúm. Vaccin chống cúm nhỏ mũi có thể hiệu quả hơn loại vaccin tiêm.

2. RSV

Loại globulin miễn dịch có hiệu giá kháng thể cao trung hoà RSV có tác dụng tốt.

3. Thủy đậu

Vaccin phòng thủy đậu có tác dụng tốt. Những người chưa có miễn dịch với bệnh nếu tiếp xúc với bệnh nhân sẽ mắc bệnh sau 10 đến 21 ngày.

4. Sởi

- Vaccin phòng sởi có tác dụng tốt khi dùng cho bệnh nhân 15 tháng tuổi; đến tuổi đi học sẽ tiêm một liều thứ hai.
- Những người chưa được tiêm vaccin phòng sởi nếu tiếp xúc với bệnh nhân sởi mà sớm được tiêm phòng vaccin hoặc gamma globulin có thể ngăn chặn được bệnh.
- Dùng vitamin A uống trong 2 ngày sẽ làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong do sởi ở những trẻ em có tiếp xúc với mầm bệnh.

Điều trị

Nguyên tắc chung: nếu có bội nhiễm vi khuẩn, cần dùng kháng sinh thích hợp.

1. Cúm:

Amantadin và rimantadin để điều trị cúm A. Amantadin còn có tác dụng phòng bệnh trong thời gian dùng thuốc.

2. RSV:

Khi dùng ribavirin có tác dụng tốt với viêm phổi nặng do RSV.

3. Adenovirus:

Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.

4. Thủy đậu

Viêm phổi thủy đậu đáp ứng tốt với acyclovir tiêm tĩnh mạch. Người lớn bị thủy đậu nên dùng acyclovir để phòng tránh viêm phổi.

5. Sởi:

Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.

6. CMV:

Acyclovir có thể tránh cho người được ghép thận khỏi bị nhiễm CMV. Ganciclovir và foscarnet có tác dụng tốt trong điều trị những trường hợp nặng nhiễm CMV, trong đó có viêm phổi ở những người có yếu tố nguy cơ.

Nhận xét

- Có thể có tử vong do viêm phổi virus ở giai đoạn cấp tính.
- Viêm phổi virus có thể gây suy hô hấp mạn tính về sau.
- Tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong của viêm phổi do virus gia tăng khi bị bội nhiễm vi khuẩn.

XEP PHỔI

Định nghĩa

Xẹp phổi dùng để chỉ tình trạng xẹp và co lại của các phế nang vì chúng không còn chứa khí nữa.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Ho, khó thở nhanh, nhịp tim nhanh.
- Ở bên phổi tổn thương: giảm hoặc mất rì rào **phế nang**; gõ phổi đục ít hay nhiều; giảm rung nhanh; biên độ hô hấp giảm, các khoảng liên sườn co kéo khi hít vào.

Cận lâm sàng

Chụp X quang phổi. CTscan phổi nếu nghi ngờ ung thư phế quản hoặc chèn ép phế quản từ bên ngoài. Soi phế quản ống mềm (tuỳ trường hợp) để lấy dị vật phế quản hoặc để đánh giá tổn thương nội phế quản hoặc quanh phế quản.

Chẩn đoán phân biệt

- Tràn khí màng phổi tự phát. Tràn dịch màng phổi nặng. Nghẽn mạch phổi. Phổi xơ hoá.
- Viêm thùy phổi.

Nguyên nhân

- Thông khí hỗ trợ với FiO_2 cao. Viêm phế quản mạn tính. Ung thư phế quản. Dị vật.
- Chèn ép phế quản từ bên ngoài (ung thư, phình đoạn lên của động mạch chủ, nhĩ trái to). Bệnh bụi phổi silic. Tổn thương phế nang.
- Biến dạng lồng ngực. Nút nhầy trong hen phế quản, trong hậu hầu.

Điều trị

Tập thở sâu. Hút khí quản. Thở không khí ẩm. Xoa bóp lồng ngực. Nằm tư thế dẫn lưu. Hô hấp CPAP. PEEP với bệnh

nhân làm thông khí hỗ trợ. Thuốc tiêu đờm. Thuốc giãn phế nang, tùy trường hợp. Nếu điều trị bảo tồn không có kết quả, cần soi phế quản để lấy dị vật hoặc nút nhầy. Phẫu thuật để giải quyết khối u gây nghẽn phế quản.

Nhận xét

- Tiên lượng phụ thuộc vào căn nguyên gây bệnh.
- Bệnh nhân nên thay đổi tư thế luôn để dẫn lưu chất nhầy phế quản được tốt.
- Người bệnh nên ngồi thẳng người trên ghế để làm tăng cả thể tích lẫn dung tích sống.

BỆNH PHỔI KÊ LAN TOẢ

Định nghĩa

- Bệnh phổi kê lan toả có đặc điểm là tổn thương các mô kê ở phổi, viêm các cấu trúc phế nang dần dần dẫn đến xơ hoá nhu mô phổi.
- 50% tử vong trong vòng 5 năm sau khi chẩn đoán.
- Còn gọi là bệnh phổi kê.

Chẩn đoán

Lâm sàng

- Khó thở tăng dần. Ho khan. Tái tím. Ngón tay dùi trống. Các biểu hiện lâm sàng khác tùy thuộc vào căn nguyên gây bệnh.
- Nghe phổi có ran khô (ran Velcro). Suy tim phải.

Cận lâm sàng

- Đo khí trong máu: thời gian đầu có thể bình thường, về sau, có giảm oxy máu.
- Kháng thể kháng bào tương, bạch cầu đa nhân trung tính: dương tính trong bệnh u hạt Wegener.
- Kháng thể kháng màng đáy cầu thận và kháng thể kháng màng nền phổi: dương tính ở hội chứng Goodpasture.
- Soi phế quản và rửa tiểu phế quản - phế nang thấy hai loại tế bào:
 - + Lympho bào (ví dụ viêm phổi tăng cảm, bệnh phổi nhiễm bụi silic...).
 - + Bạch cầu đa nhân trung tính (ví dụ xơ phổi vô căn, bệnh tạo keo - mạch máu...).
- Sinh thiết phổi mở hoặc sinh thiết phổi xuyên thành phế quản.
- Chụp xạ nhấp nháy phổi với Gallium 67: ít có tác dụng vì không đặc hiệu, mặt khác nếu kết quả âm tính cũng chưa có thể loại trừ được bệnh.
- X quang phổi có thể bình thường ở 10% bệnh nhân.
 - + Tổn thương phổi dưới dạng hình thủy tinh mờ, xuất hiện sớm.
 - + Mạng lưới phổi thô: xuất hiện muộn.
- Thử chức năng phổi: rối loạn thông khí hạn chế (giảm dung tích sống, dung tích toàn phổi và khả năng khuếch tán).

Chẩn đoán phân biệt

Suy tim sung huyết. Suy thận mạn tính. Viêm bạch mạch ung thư. Viêm phế nang dị ứng. Bệnh sarcoid.

Nguyên nhân

- Hít thở không khí ô nhiễm: khói, bụi silic, bụi amian v.v...
- Bệnh mô liên kết: viêm khớp dạng thấp, viêm da cơ, lupus ban đỏ hệ thống...
- Xơ phổi vô căn: viêm tiểu phế quản tắc nghẽn, viêm phổi kẽ.
- Nhiễm khuẩn: viêm phổi do virus, viêm phổi do Pneumocystis.
- Do thuốc gây nên: Bleomycin, busulfan, methotrexat, cyclophosphamid, amiodaron...

Điều trị

- Bỏ hút thuốc lá.
- Loại bỏ các yếu tố gây bệnh.
- Điều trị nhiễm khuẩn bằng kháng sinh thích hợp.
- Thở oxy ở bệnh nhân có giảm oxy máu.
- Corticoid, thuốc ức chế miễn dịch tùy từng trường hợp.
- Điều trị các biến chứng (ví dụ tràn khí màng phổi, nghẽn mạch phổi).

6

Thuốc chữa bệnh phổi

Thuốc ho

Ho là hiện tượng phản xạ do một vùng của khí quản, phế quản, màng phổi, hố mũi bị kích thích rồi lan truyền đến trung tâm ở hành tuỷ. Thuốc ho có thể là:

- Thuốc ho ngoại vi: belladon, bromoform.
- Thuốc ho trung ương opi: codein, codethylin, pholcodin...
- Thuốc ho trung ương không phải opi: phenothiazin, pentoxyverin...

Chữa ho chỉ là chữa triệu chứng, vấn đề cơ bản là điều trị căn nguyên gây bệnh. Chỉ định dùng thuốc tốt nhất là loại ho kích thích, ho khan hoặc chỉ có ít đờm trong các bệnh viêm họng hầu, viêm khí-phế quản do virus, bệnh màng phổi... Không dùng thuốc ho ở bệnh nhân ho có đờm, suy hô hấp hoặc hen. Nguy cơ của thuốc ho là làm truy hô hấp hoặc tắc phế quản; ít gặp hơn là táo bón, buồn nôn và nôn. Bởi vậy khi chưa biết chắc được nguyên nhân gây ho thì không nên dùng thuốc ho và nếu có chỉ định dùng thì cũng chỉ dùng trong vài ngày.

1. Thuốc ho đơn thuần

Điển hình là codein, codethylin, noscapin, pholcodin, dextromethorphan.

2. Thuốc ho phối hợp với thuốc kháng histamin

Thuốc kháng histamin H₁ cũng là thuốc ho ức chế trung ương, trẻ em dùng rất tốt. Nhược điểm chính của nó là làm ngủ gà: một số thuốc hay dùng như Bronchalene, Rectoplexil, Toplexil...

3. Thuốc ho phối hợp với thuốc hạ nhiệt

Hay dùng trong bệnh viêm phế quản hoặc viêm khí-phế quản do virus: Calmosedyl, Neotyl, Pholcone...

4. Thuốc ho phối hợp với thuốc làm dễ thở

Loại này không làm trụy hô hấp cho nên có thể dùng cho những người không dùng được thuốc ho trung ương: Respilene, Silomat...

5. Thuốc ho phối hợp với thuốc long đờm

Hay dùng cho trẻ em nhất là khi bị ho do kích thích hoặc ho cơn của bệnh ho gà: Coquelusedal, Pulmoll, Fuoglair...

6. Thuốc ho phối hợp với thuốc co mạch

Loại này tác động đến trạng thái sung huyết các đường thở trên, kèm ngạt mũi và chảy nước mũi ở người sổ mũi hoặc cúm: Pneumogenol, Pholcodine, Calyptophedryl...

Thuốc long đờm

Chất tiết phế quản

Các tuyến phế quản tiết ra chất nhầy gọi là chất tiết phế quản nhất là khi phế quản bị kích thích. Các chất này bị các lông của niêm mạc phế quản đẩy lên các đường hô hấp trên. Nếu có quá nhiều nhầy hoặc các lông hoạt động không tốt thì sẽ bị "ùn tắc phế quản".

Khối thuốc lá làm giảm hoạt động của các lông này cho nên chất nhầy sẽ bị dính quánh khó khạc nhổ ra ngoài như trong viêm phế quản mạn tính.

Thuốc long đờm

Để khạc nhổ đờm dễ dàng, người ta dùng các loại thuốc sau:

- Thuốc tiêu nhầy: làm giảm độ quánh của chất nhầy chẳng hạn những dẫn xuất của cystein (Mucomyst, Exomuc...), các enzym, các chất gột sạch và khí dung nước.
- Thuốc điều hoà chất nhầy như bromhexin (Bisolvon).
- Thuốc kích thích các chất tiết: terpin, gaiacol, ambroxal.

Các thuốc này có tác dụng tốt trong điều trị viêm phế quản hoặc các bệnh phổi cấp, các bệnh phế quản mạn tính: Bisolvon, Bronchocyst, Mucoplexyl...

Thuốc giãn phế quản

Thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh

Đây là những thuốc kích thích thụ thể beta-2 phế quản dùng dưới dạng bơm đường miệng có định liều để điều trị cơn hen cấp chứ không phải để phòng ngừa cơn. Thuốc được dung nạp tốt với điều kiện là không vượt quá 12 nhát bóp mỗi ngày. Nếu dùng liều cao hơn sẽ bị đánh trống ngực, run tay, tim nhanh. Bệnh nhân phải biết xịt thuốc đúng cách mới có kết quả tốt. Thuốc: Atrovent, Berotec, Ventoline...

Thuốc giãn phế quản tác dụng chậm

Loại này dùng để điều trị củng cố hen phế quản hoặc viêm phế quản mạn tính, bao gồm:

1. Thuốc kích thích beta-2 tác dụng kéo dài.
2. Thuốc giãn phế quản kháng cholinergic.

3. Thuốc corticoid dùng tại chỗ hoặc toàn thân.
4. Theophyllin và dẫn xuất. Theophyllin là một xanthin hoạt động như một chất ức chế các phosphodiesterase có tác dụng gần giống loại kích thích beta với điều kiện là phải dùng liều cao mới có hiệu lực, nhưng cần biết là liều có hiệu lực lại rất gần với liều độc. Tác dụng phụ của theophyllin là làm mất ngủ, rối loạn tiêu hoá, tim đập nhanh, dễ kích động. Không dùng thuốc này cho trẻ nhỏ tuổi vì có thể gây co giật. Muốn có tác dụng kéo dài phải dùng loại tác dụng chậm và định lượng thuốc trong máu. Một số thuốc: Atrovent, Bricanyl, Serevent, Theostat...

Thuốc điều trị hen phế quản

Thuốc phòng cơn hen

Loại này làm cho phế quản mất nhạy cảm với phức hợp dị nguyên - IgE hoặc ức chế sự giải phóng các chất trung gian ở dưỡng bào. Natri cromoglycat (Lomudal) ngăn cản calci nhập vào dưỡng bào và chống lại việc tiết các chất trung gian gây dị ứng. Ketotifen (Zaditen) có cơ chế như natri cromoglycat, ngoài ra còn kháng H_1 , vì cấu trúc liên quan tới cyproheptadin. Nedocromil (Tilade) chống viêm phế quản đặc hiệu trong cơn hen. Các glucocorticoid sẽ chống viêm, chống phù nề trong hội chứng dị ứng; ức chế tổng hợp prostaglandin và leucotrien, ức chế sự giải phóng các antacid qua màng dưỡng bào; bao gồm corticoid thải trừ chậm (như triamcinolon acetonid biệt dược là Kenacort chậm) và corticoid dùng tại chỗ (bơm xịt đường miệng beclomethason, budesonid).

Thuốc điều trị cơn hen

Thuốc kích thích thụ thể beta-2 làm giãn phế quản sau 1-2 phút do hoạt hoá adenylyl cyclase làm tăng AMP vòng. Gồm:

isoprenalin (Isuprel); salbutamol (Ventolin); terbutalin (Bricanyl), pirbuterol (Maxair). Thuốc huỷ phó giao cảm làm giảm cường phó giao cảm (gây giãn phế quản) có nhược điểm làm giảm tiết dịch, gây khô miệng: ipatropium (Atrovent); oxitropium (Tersigat).

Theophyllin và dẫn xuất làm giãn cơ trơn **phế quản do** ức chế phosphodiesterase làm tăng hàm lượng AMP vòng ở trong tế bào và ức chế sự vỡ hạt ở dưỡng bào, tức là ức chế sự giải phóng các chất trung gian hoá học gây cơn hen. Theophyllin còn đối kháng với adenosin ở thụ thể của adenosin nên kìm hãm giải phóng histamin từ dưỡng bào. Các dẫn xuất của theophyllin là aminophyllin (Inophyllin), diprophyllin (Neutraphyllin), bamifyllin (Trentadil).

Corticoid cũng điều trị cơn hen vì chống được viêm, chống phù nề.

Thuốc kích thích hô hấp

Giảm thông khí ở những vùng trao đổi hô hấp ở phổi sẽ kéo theo tăng CO_2 máu. Người ta chữa tăng CO_2 máu bằng thuốc kích thích trung tâm hô hấp. Tuy vậy nếu tăng CO_2 máu phản ánh sự giảm thanh lọc CO_2 ở máu phế nang thì sự tăng này không nhất thiết là do giảm thông khí toàn bộ mà thường do mất khả năng thông khí. Thuốc kích thích hô hấp gồm 5 loại:

- Thuốc acid hoá: acetazolamid (Diamox) gây nhiễm acid chuyển hoá, giảm pH động mạch, giảm pH dịch não tủy do đó kích thích thông khí.
- Thuốc hồi sức kinh điển: lobelin, nikethamid (Coramine), pretheamid, (Micoren), dimeflin (Remefline), ethamivan.
- Thuốc kích thích hô hấp không đặc hiệu: long não, amphetamin (Maxiton), ephedrin, proptylin, dẫn xuất xanthin (theophyllin và cafein), một số hormon (như

progesteron) hoặc kháng - hormon (thuốc kháng aldosteron).

- Thuốc đối kháng đặc hiệu với opiat: naloxon, naltrexon, nalmefon...
- Thuốc kích thích hô hấp đặc hiệu ở tuyến cảnh: doxapram (Dopram), almitrin bimesylat (Vectarion).

Thuốc chống virus trong điều trị bệnh phổi

Loại này không có nhiều. Trong thực hành người ta chỉ dùng các thuốc này cho những bệnh nhân có thể trạng yếu và có nguy cơ nhiễm khuẩn hô hấp nặng.

Kê đơn thuốc có gặp khó khăn vì thuốc khá độc, tác dụng cũng chỉ đơn thuần là kìm virus, ngoài ra khó xác định được chắc chắn loại virus gây bệnh.

- Để phòng bệnh cúm do myxovirus typ A người ta dùng amantadin và rimantadin nhưng phải dùng sớm ngay khi mới xuất hiện những biểu hiện cúm đầu tiên (200mg/ngày ở người lớn; 100mg ở người cao tuổi hoặc suy thận, trong 8 đến 10 ngày). Đồng thời phải tiêm vaccin ngừa cúm ở người có yếu tố nguy cơ.
- Nhiễm khuẩn hô hấp do virus herpes hominis và thủy đậu - zona (H_1V-Z) ở người không bị suy giảm miễn dịch (sơ nhiễm ở trẻ sơ sinh, bệnh nhân đang hồi sức, phụ nữ có thai): có thể dùng acyclovir (10 mg/kg/8 giờ nhỏ giọt tĩnh mạch).
- Nhiễm virus ở người suy giảm miễn dịch, chủ yếu ở người ghép tạng: có thể dùng acyclovir để phòng các bệnh herpes (H_1V-Z) hoặc bệnh do CMV. Người ghép tạng hoặc bệnh nhân AIDS nếu bị nhiễm CMV có thể dùng DHPG (dihydropropoxymethylguanin) 10 mg/kg/ngày trong 3 tuần liên, sau đó dùng liều duy trì 5mg/kg/ngày hoặc Foscarnet, điều trị tấn công với liều lượng 200mg/kg/ngày.

Thuốc chống lao

Có 3 loại quần thể *M.tuberculosis* (BK) khác nhau trong các tổn thương lao: một loại với số lượng nhiều, sinh sản rất mạnh trong hang lao, còn hai loại kia số lượng có hạn, sinh sản chậm trong đại thực bào và ổ bã đậu. Cả 3 quần thể cùng chung sống ở các giai đoạn khác nhau trên cùng một người bệnh và sẽ đáp ứng khác nhau với từng loại thuốc.

Hiện nay có 4 loại thuốc thông dụng: isoniazid (INH, Rimifon); rifampicin (Rimactan, Rifadine); pyrazinamid và ethambutol. Một số thuốc khác cũng có thể dùng nếu BK kháng với những thuốc kể trên, hoặc ở một số nước mà điều kiện xã hội và dịch tễ học có khác, đó là: streptomycin, ethionamid, prothionamid; một số khác thuộc nhóm aminoglycosid (amikacin, capreomycin...), thiacetazon, cycloserin. Tác dụng của các thuốc chống lao này không giống nhau:

1. Diệt khuẩn có isoniazid, rifampicin, streptomycin, pyrazinamid, ethionamid, prothionamid.

2. Kim khuẩn có ethambutol.

Một số thuốc đang thử dùng như penem, clofazimin (Lampren), rifabutin, fluoroquinolon trong những thể kháng với nhiều thuốc.

Môi trường trong đó BK sinh sống sẽ điều biến hoạt động đặc thù của mỗi loại thuốc. Ở môi trường acid trong đại thực bào và trong những tổn thương lao đang bã đậu hoá thì chỉ có ba loại diệt được BK: mạnh nhất là pyrazinamid, sau đó là isoniazid và rifampicin. Trong những ổ bã đậu, do thiếu oxy và do pH trung tính mà BK chuyển hoá chậm thì chỉ có rifampicin mới diệt được BK. Trong vách hang lao - là những "ống nghiệm nuôi cấy BK thực thụ được cắm vào phổi" - thì streptomycin diệt khuẩn mạnh nhất, sau đó là isoniazid và rifampicin.

Hoạt tính của thuốc theo trạng thái của BK

Thuốc	Hoạt tính trên BK, khi BK:		
	Sinh sản tích cực (hang lao)	Sinh sản chậm chạp	
		Ở pH acid (đại thực bào, tổ chức đang bã đậu hoá)	Ở pH trung tính (ổ bã đậu)
Rifampicin	++	+	+
Isoniazid	++	+	O
Ethambutol	±	±	O
Pyrazinamid	O	++	O
Streptomycin	+++	O	O
± = chỉ kìm khuẩn; +; ++; +++ = diệt khuẩn mạnh dần			

Dùng thuốc chống lao phải tôn trọng bốn nguyên tắc:

1. Bao giờ cũng phối hợp các thuốc chống lao với nhau, tối thiểu cũng là hai loại thuốc để khỏi bị kháng thuốc và rút ngắn được thời gian điều trị.
2. Uống các thuốc chống lao làm một lần hàng ngày vào buổi sáng khi đói.
3. Bảo đảm thuốc đến tận bụng người bệnh (điều trị có kiểm soát).
4. Thời gian điều trị phải đảm bảo đúng. Nếu có thể được, trong thời gian đầu dùng thuốc sẽ làm xét nghiệm xem có kháng thuốc không, nếu có cần đổi thuốc ngay. Sau khi dùng thuốc chống lao được 2 - 3 tuần, bệnh lao không còn khả năng lây lan nữa.

7

Hỏi / đáp về các bệnh phổi

GS. Dussert ở bệnh viện Cochin, Paris trả lời.

1. Một nữ y tá 23 tuổi thấy test tuberculin trong da của mình mới chuyển dương tính. Phải làm gì vào lúc này ?

Cần phải bảo đảm đây đúng là hiện tượng chuyển dương tính thật sự bởi vì một nữ y tá 23 tuổi chắc hẳn trước đây đã từng được tiêm vaccin BCG. Nếu đúng là chuyển dương tính thực sự hoặc là có tăng mẫn cảm với tuberculin (so sánh với test trước đó) thì phải làm những việc sau:

- Khám lâm sàng.
- Chụp X quang phổi (chủ yếu để tìm hạch).
- Soi đờm hoặc dịch dạ dày trực tiếp và cấy.
- Đếm và làm công thức máu, xét nghiệm tốc độ lắng máu.

2. Bệnh nhân cao tuổi đang điều trị lao. Những người sống gần bệnh nhân phải kiểm tra sức khỏe như thế nào?

Phải làm những xét nghiệm sau: chụp X quang phổi; làm test tuberculin trong da; sau 3 - 6 tháng sẽ làm lại các xét nghiệm trên tùy theo mức độ tiếp xúc với bệnh nhân và bệnh nhân có BK hay không.

3. Bệnh nhân bị viêm màng bồ đào. Phải làm những xét nghiệm gì liên quan đến lao?

- Làm test tuberculin trong da và chụp X quang phổi để phân biệt với bệnh sarcoid.

4. Bệnh nhân đã được điều trị lao phổi trước đây 2 năm. Từ 2 tháng nay lại ho khan. Để kiểm tra xem lao có tái phát không, phải làm gì?

Phải:

- Loại trừ những căn nguyên gây ho không phải do lao (như viêm thanh quản tại chỗ hoặc dùng thuốc ức chế men chuyển để chữa cao huyết áp v.v...).
 - Chụp X quang phổi.
 - Tìm BK trong đờm, trong dịch dạ dày. Tùy trường hợp sẽ soi phế quản ống mềm.
 - Chụp CT scan phổi.
 - Tìm tính tăng phản ứng phế quản và thăm dò chức năng phổi.
5. Có cần phải soi phế quản ống mềm cho mọi trường hợp có ổ nhiễm khuẩn dai dẳng ở phổi không?

Tất nhiên không phải soi phế quản ống mềm hàng loạt cho những trường hợp đó (ổ này đã được xác định trên phim chụp X quang). Tuy vậy thủ thuật này cũng cần được chỉ định khá rộng rãi nhất là khi bệnh nhân lại có những yếu tố nguy cơ của ung thư phổi, đặc biệt là nghiện thuốc lá, ổ nhiễm khuẩn phổi tái diễn nhiều lần.

6. Soi phế quản ống mềm có những công dụng gì?

- Soi phế quản ống mềm được chỉ định có hệ thống cho những bệnh nhân có ổ tổn thương phổi tự phát ở cùng một nơi hoặc ở những khu vực lân cận. Chỉ định chính là sàng

lọc ung thư phế quản, tìm những nguyên nhân tại chỗ gây hội chứng phế quản nhiễm khuẩn tái phát, các rối loạn thông khí, các dị vật nội phế quản hoặc chèn ép phế quản do hạch.

- Các bệnh phổi lan toả ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch cũng cần được soi phế quản cấp cứu để tìm những bệnh phổi cơ hội. Những bệnh phổi cấp tính khu trú, nặng cũng phải soi phế quản để lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm vi khuẩn học. Soi phế quản ở bệnh phổi kẽ mạn tính có khả năng chẩn đoán trực tiếp một số bệnh (bệnh sarcoid, viêm bạch mạch ung thư), xác định được các typ viêm phế nang để làm chẩn đoán căn nguyên.
- Trong cấp cứu, soi phế quản còn có tác dụng tìm và lấy dị vật, tìm nguyên nhân ho ra máu, khai thông đường thở sau mổ hoặc khi làm hồi sức ở bệnh nhân đặt nội khí quản.

7. Giới hạn của soi phế quản ống mềm là gì?

Ngày nay với sự ra đời của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại, các giới hạn của soi phế quản ống mềm đã được mở rộng ra nhiều: các chống chỉ định chủ yếu là rối loạn nặng đông máu hoặc suy hô hấp có giảm oxy máu trầm trọng. Như vậy các chống chỉ định không nhiều nhưng không vì thế mà soi phế quản ồ ạt cho mọi bệnh nhân bệnh phổi mà cần cân nhắc kỹ lợi / hại trước khi soi phế quản cho từng bệnh nhân.

8. Khi soi phế quản ống mềm có nhất thiết với ca nào cũng phải rửa phế nang không ? Rửa phế nang có lợi ích gì? Khi nào thì phải rửa phế nang?

Không nhất thiết ca nào cũng phải rửa phế nang. Hai chỉ định chính của rửa phế nang là: bệnh phổi kẽ mạn tính và bệnh phổi lan toả ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch (AIDS hoặc nguyên nhân do thuốc) để tìm các tác nhân nhiễm khuẩn.

9. Khi nào cần làm xét nghiệm tế bào trong đờm?

Xét nghiệm tế bào trong đờm được làm sau khi đã soi phế quản ống mềm để tìm các tế bào ung thư. Đọc kết quả xét nghiệm phải do thầy thuốc có trình độ chuyên môn vững vàng thực hiện và chẩn đoán ung thư không thể chỉ dựa trên một xét nghiệm này được.

10. Những chỉ định tuyệt đối của soi phế quản ống mềm là gì?

Soi phế quản ống mềm là một xét nghiệm thường quy trong chuyên khoa phổi. Nếu không có chống chỉ định (rối loạn nặng đông máu, suy hô hấp nặng) thì kỹ thuật này được chỉ định hết sức rộng rãi: chẩn đoán mô học bệnh phổi hoặc một bóng mờ phổi chưa rõ căn nguyên (sinh thiết cựa, sinh thiết xuyên thành phế quản, rửa phế quản - phế nang), điều tra căn nguyên nhiễm khuẩn của bệnh phổi nhiễm khuẩn nặng hoặc ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch (soi - hút, rửa phế quản - phế nang...), tìm chỗ chảy máu trong ho ra máu, cầm máu trong ho ra máu, chẩn đoán và lấy dị vật phế quản, hút đờm bọt tắc phế quản.

11. Khi phim X quang phổi bình thường thì có chỉ định soi phế quản ống mềm không ?

Có chỉ định soi phế quản ống mềm nếu: phải cấp cứu bệnh nhân suy giảm miễn dịch (để tìm những bệnh phổi cơ hội); bệnh nhân ho ra máu nặng (để xem máu chảy từ bên phổi nào); bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn như hen (để không bỏ qua dị vật phế quản hoặc chướng ngại vật lạnh hoặc ác tính gây cò cử [wheezing]); bệnh nhân có bệnh phổi kẽ mà lâm sàng chỉ biểu hiện bằng khó thở khi gắng sức và rối loạn đông máu. Bởi vậy trong những trường hợp này soi phế quản ống mềm kèm rửa phế nang có thể giúp ích đặc lực cho chẩn đoán.

12. Vai trò các nghiên cứu vi khuẩn học trong chuyên khoa phổi là gì?

Mục đích các nghiên cứu này là tìm ra những vi sinh vật gây bệnh. Cần phải làm các nghiên cứu này trong các bệnh phổi - phế quản cấp tính nặng hoặc khi điều trị thử bằng kháng sinh không có kết quả. Các nghiên cứu đó bao gồm cấy máu và lấy bệnh phẩm vùng dưới thanh môn (chải vùng nghi tổn thương trong khi soi phế quản hoặc chọc xuyên khí quản). Xét nghiệm đờm chỉ có tác dụng trong một số trường hợp (bệnh nhầy nhớt) và kỹ thuật làm phải hết sức chặt chẽ. Muốn chẩn đoán lao phổi, phải tìm BK trong đờm, dịch dạ dày và soi phế quản-hút. Nếu xét nghiệm trực tiếp không thấy mycobacteri, nhưng các biểu hiện lâm sàng và X quang lại nghi là lao thì có thể bắt đầu điều trị lao trong khi chờ kết quả cấy bệnh phẩm (6-8 tuần sau khi cấy).

13. Khi nào cần điều trị oxy cho một bệnh nhân suy hô hấp đã được đo khí trong máu động mạch.

Ở bệnh nhân suy hô hấp mạn tính đang còn bù, nếu đo khí máu động mạch nhiều lần trong khi nghỉ thấy PaO_2 dưới 55mmHg thì phải điều trị oxy lâu dài. Nếu PaO_2 lớn hơn 60mmHg thì chưa cần dùng oxy. Nếu PaO_2 giữa 55 và 60mmHg, muốn điều trị oxy phải cân nhắc những yếu tố khác như suy tim phải, tăng huyết áp động mạch phổi... Tăng CO_2 máu không phải là chống chỉ định của liệu pháp oxy nhưng trước khi dùng oxy cho bệnh nhân phải thử test dung nạp oxy và theo dõi bệnh nhân chặt chẽ.

14. Chỉ định đo khí trong máu động mạch là gì?

Để: Theo dõi những bệnh có thể ảnh hưởng đến hiện tượng trao đổi khí (O_2 , CO_2):

- Các bệnh phổi cấp hay mạn tính, ví dụ bệnh phổi - phế quản tắc nghẽn mạn tính, giãn phế nang, hen phế quản, bệnh phổi nhiễm khuẩn, bệnh phổi kẽ, nghẽn mạch phổi, xẹp phổi.
- Suy hô hấp cấp bất kể do nguyên nhân gì (nhiễm độc, thuốc, chấn thương), suy hô hấp mạn tính mất bù...
- Một số bệnh tim như suy tim trái, phát hiện shunt...
- Choáng.
- Rối loạn điều khiển hô hấp và hội chứng ngừng thở khi ngủ, hội chứng tăng thông khí...
- Điều trị và theo dõi liệu pháp thở oxy.
- Đánh giá chức năng phổi ở vận động viên thể thao...
- Theo dõi những bệnh có thể gây rối loạn cân bằng toan-kiềm của cơ thể: nhiễm toan chuyển hoá ví dụ nhiễm toan lactic, nhiễm toan-ceton do đái tháo đường, suy thận cấp hoặc mạn tính, nhiễm toan do ngộ độc hay do thuốc, nhiễm kiềm chuyển hoá gặp trong giảm clo máu, giảm kali máu, nôn...

15. Nếu không có điều kiện đo khí máu động mạch được thì có ảnh hưởng gì xấu đến diễn biến bệnh không ?

Những ảnh hưởng xấu nhất là: triển khai chậm liệu pháp oxy cho bệnh nhân suy hô hấp mạn tính và điều trị chậm những bệnh nhân suy hô hấp mất bù.

16. Khi nào cần thăm dò chức năng phổi?

Những chỉ định thăm chức năng phổi là:

- Nghiên cứu các bệnh có liên quan đến bộ máy hô hấp để tìm ảnh hưởng của chúng đến chức năng phổi và xem cách diễn biến ra sao.

- Nghiên cứu các bệnh ngoài phổi có ảnh hưởng đến hô hấp ví dụ một số bệnh tim, bệnh thần kinh và cơ hoặc bệnh hệ thống.
- Trước khi mổ lồng ngực hoặc các loại mổ khác mà người bệnh có nguy cơ tiềm tàng về hô hấp vào cuối cuộc mổ hoặc cuối buổi gây mê.
- Đánh giá sức khỏe của những người bình thường nhưng có nguy cơ hô hấp ví dụ người hút thuốc lá, người tiếp xúc với các chất ô nhiễm không khí trong khi làm việc.
- Đánh giá chức năng phổi của vận động viên thể thao.

17. Khi nào cần đo khuếch tán oxid carbon (CO)?

Khi cần chẩn đoán và theo dõi các bệnh phổi kẽ và khi cần phát hiện các tổn thương giãn phế nang ở những bệnh nhân mắc các bệnh phế quản mạn tính.

18. Khi thử chức năng phổi phải làm những test nào để tìm tăng phản ứng phế quản? Chỉ định làm các test đó là gì? Có tai biến gì không ?

Làm các test tìm tăng phản ứng phế quản là để phát hiện co thắt phế quản quá mức đối với các chất gây co thắt phế quản hoặc các chất kích thích khác. (Những chất này không gây co thắt phế quản ở người bình thường). Các test này chỉ cho kết quả đúng khi các lưu lượng thở ra và thể tích phổi từ trước vẫn bình thường. Trong thực tế muốn thử các test này người ta làm nghiệm pháp tăng thông khí phổi (cho bệnh nhân thở thật nhanh và thật sâu) hoặc cho bệnh nhân hít những chất chủ vận như metacholin hay histamin.

Chỉ định làm test là:

- Chẩn đoán hen phế quản ở những bệnh nhân chưa phát hiện được hội chứng rối loạn thông khí tắc nghẽn khả hồi (reversible).

- Chẩn đoán căn nguyên ho do cơ thắt.

Các test này sẽ không gây tai biến gì nếu được các thầy thuốc chuyên khoa thực hiện và theo dõi chặt chẽ.

19. Trong bệnh học nghề nghiệp khi nào có chỉ định dùng các test gây khó thở ?

Các test gây khó thở nhằm phát hiện tăng phản ứng phế quản đối với những dị nguyên đặc biệt (chẳng hạn dị nguyên nghề nghiệp) không nên dùng trong thực tế vì có thể gây tai biến nặng. Và lại nếu muốn kết luận hen do nguyên nhân nghề nghiệp thì không nhất thiết cứ phải phát hiện tăng phản ứng phế quản đối với một dị nguyên nghề nghiệp.

20. Khi nào cần chụp X quang phổi ở tư thế nghiêng?

Chụp phổi ở tư thế nghiêng bao giờ cũng nên làm đồng thời với tư thế thẳng. Tuy nhiên cũng có thể bỏ qua nguyên tắc này nếu ta đang theo dõi liên tục một bệnh phổi mà chẩn đoán đã được xác định nhờ phim chụp phổi thẳng rồi.

21. Trước một hình xẹp phổi trên phim X quang cần làm thêm những xét nghiệm gì ?

Cần soi phế quản ống mềm để tìm nguyên nhân gây tắc nghẽn phế quản trong lòng phế quản và chụp cắt lớp vi tính phổi (CT scan) để tìm nguyên nhân chèn ép phế quản từ bên ngoài (khối u).

22. Trên phim X quang phổi, vòm hoành trái cao có ý nghĩa gì?

Vòm hoành trái cao có thể do:

- Cơ hoành hoạt động bất thường: thoát vị hoành, lồi phễu tạng (éventration), đặc biệt hay gặp là liệt dây thần kinh hoành trái thường do khối u chèn ép ở trung thất; tuy vậy cũng có thể có liệt cơ hoành cấp tính do căn nguyên lành

tính giống như kiểu liệt mặt "do lạnh"; liệt cơ hoành thông thường sau phẫu thuật bụng.

- Rối loạn thông khí phổi do xẹp thùy hoặc phân thùy phổi hoặc do nhồi máu phổi liên quan đến nghẽn mạch phổi.
- Những căn nguyên dưới cơ hoành: chèn đẩy của các khối u thận, lách, đại tràng.
- Sốt do áp xe dưới cơ hoành hoặc nghẽn mạch phổi.

23. Cần làm những xét nghiệm nào để tìm nguyên nhân các hội chứng kê trên phim X quang phổi?

- Chụp X quang phổi kèm theo làm CT scan phổi có thể định hướng chẩn đoán căn nguyên những hội chứng kê trên phim X quang phổi:
 - + Hạch trung thất: bệnh sarcoid, bệnh bụi phổi.
 - + Hình tổn thương màng phổi: tràn dịch màng phổi do bệnh tạo keo, tràn khí màng phổi, bệnh mô bào X hoặc bệnh bạch mạch u cơ.
 - + Các mảng fibrohyalin vôi hoá ở màng phổi hoành: bệnh bụi amian.
 - + Lồng ngực căng: quá trình tắc nghẽn (bệnh mô bào X, bệnh bạch mạch u cơ).
 - + Hình ảnh xơ hoá co kéo: xơ hoá không rõ căn nguyên, bệnh sarcoid giai đoạn III hoặc bệnh tạo keo.
 - + Tổn thương khu trú chủ yếu ở nền: xơ hoá vô căn và xơ hoá trong bệnh tạo keo.
 - + Tổn thương phần trên phổi: bệnh bụi phổi.
- Thăm dò chức năng phổi cũng giúp cho thầy thuốc:
 - + Biết được tác động của bệnh đến hiện tượng trao đổi khí (đo khí trong máu khi nghỉ ngơi và khi làm việc), hiện tượng khuếch tán.

- + Xác định mức độ rối loạn (thông khí) hạn chế và sự phối hợp với hội chứng tắc nghẽn ở một số bệnh như bệnh mô bào X hoặc bệnh bạch mạch u cơ.
- Soi phế quản ống mềm giúp:
 - + Phát hiện những tổn thương nội phế quản và sinh thiết tổn thương.
 - + Rửa phế nang để xác định typ viêm phế nang.

Nếu nghi ngờ bị bệnh mô bào X hoặc bệnh tích protein phế nang cần sử dụng kính hiển vi điện tử. Cuối cùng làm điện di protein, làm test tuberculin trong da, định lượng men chuyển angiotensin, xét nghiệm calci máu và calci niệu cũng gợi ý về căn nguyên gây bệnh.

Có hai "bẫy" cần tránh: suy tim trái (vì bệnh cảnh hoàn toàn giống bệnh phổi kẽ) và xét nghiệm HIV (+) (hay bị bỏ qua).

24. Phải mất bao nhiêu lâu hình ảnh hạt kê mới xuất hiện? Lúc đó phải làm những xét nghiệm gì?

Hình ảnh hạt kê "cấp tính" có thể do những căn nguyên:

- Bệnh tim (phù nhẹ).
- Ung thư (viêm bạch mạch).
- Lao.

Trong ba trường hợp trên, hình ảnh hạt kê xuất hiện sau vài ngày hoặc vài tuần tùy từng trường hợp. Hình ảnh hạt kê "mạn tính" có thể do bệnh bụi phổi, bệnh hệ thống, bệnh tạo keo, bệnh sarcoid và phải mất nhiều tháng hình ảnh này mới xuất hiện (thậm chí hàng năm nếu là bụi phổi). Cuối cùng hình ảnh hạt kê có thể do thuốc gây nên và gắn liền với xơ phổi. Hình ảnh này xuất hiện sau khi dùng lại thuốc gây bệnh nhiều tuần (bleomycin) hoặc nhiều tháng.

25. Có còn chỉ định chụp X quang cắt lớp (tomographie) nữa không?

Ngày nay không còn chỉ định chụp X quang cắt lớp nữa vì đã được thay thế bằng kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính (CT scan) tốt hơn và ít độc hơn cho bệnh nhân.

26. Ở một bệnh nhân khó thở, nếu chụp X quang phổi không phát hiện có tổn thương gì thì có thể loại bỏ được căn nguyên bệnh phổi không?

Chưa thể loại bỏ được!

27. Muốn kết luận khó thở do bệnh phổi cần phải làm những xét nghiệm gì ?

Muốn khẳng định khó thở do căn nguyên phổi phải phát hiện được những loại tổn thương sau đây:

- Tắc nghẽn nội phế quản hoặc
- Rối loạn các lưu lượng và/ hoặc các thể tích phổi hoặc
- Rối loạn trao đổi khí.

Bởi vậy cần làm những xét nghiệm sau:

- Chụp X quang phổi.
- Soi phế quản ống mềm để tìm khối u nội phế quản. Khối u này đôi khi không biểu hiện trên phim X quang phổi.
- Thử chức năng phổi, tùy trường hợp làm thêm các test tăng phản ứng phế quản để tìm rối loạn thông khí hạn chế và / hoặc rối loạn thông khí tắc nghẽn.
- Đo khí trong máu động mạch khi nghỉ và khi làm việc để xem có giảm oxy máu khi lao động không.
- Đo khuếch tán của oxid carbon.

28. Cần chọc màng phổi cho những loại tràn dịch màng phổi nào?

Mọi trường hợp tràn dịch màng phổi chưa rõ căn nguyên đều phải được chọc màng phổi nhưng chỉ chọc màng phổi ở những ca nào mà dịch màng phổi không quá ít để khỏi gây biến chứng tràn khí màng phổi.

29. Cần phải xét nghiệm gì khi bệnh nhân ho ra đờm có dây máu?

Việc đầu tiên cần làm là khám tai, mũi, họng, răng, để xem có chảy máu tại chỗ không. Nếu không thấy gì nghi ngờ sẽ làm tiếp:

- Làm test tuberculin trong da.
- Chụp X quang phổi: nếu phim phổi không có hình tổn thương, sẽ làm: 1) soi phế quản ống mềm; 2) Xét nghiệm đờm tìm BK; 3) Xét nghiệm tìm Aspergillus; 4) Tùy trường hợp chụp CT scan (tìm bệnh giãn phế quản).
- Nếu bệnh nhân có những dấu hiệu gợi ý, có thể chụp xạ phổi nhấp nháy, thậm chí chụp X quang mạch phổi (nghe mạch phổi).
- Nếu phim X quang phổi bình thường, nên làm nội soi tiêu hoá sau khi đã soi phế quản và chụp CT scan phổi.

30. Bệnh nhân ho khan từ 2 tháng nay, cần phải làm gì?

Cần làm những việc sau:

- Hỏi bệnh nhân có dùng loại thuốc nào gây ho không (ví dụ thuốc ức chế men chuyển để chữa cao huyết áp...).
- Chụp X quang phổi.
- Soi phế quản ống mềm.
- Thử chức năng phổi và làm test tăng phản ứng phế quản.
- Khám tai mũi họng.

31. Cần làm gì trước một bệnh nhân ho mà nguyên nhân ho không phải ở phổi?

- Tìm hiện tượng trào ngược dạ dày - thực quản bằng cách đo pH thực quản 24 giờ và nội soi thực quản nếu nghi ngờ có viêm thực quản loét.
- Tìm ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, xoang hoặc răng.
- Tìm xem thức ăn có rơi vào đường tiêu hoá không: hỏi bệnh, nghiên cứu động tác nuốt bằng các chất cản quang (radiocin hoặc mangan hình tăng sáng).
- Cuối cùng tìm những lỗ rò thực quản - phế quản hoặc thực quản - khí quản bằng cách quan sát thực quản khi dùng các thuốc cản quang tan trong nước hoặc thuốc cản quang màu (nghiệm pháp nuốt với xanh methylen) kết hợp với nội soi khí - phế quản, nội soi thực quản.

32. Trước một bệnh nhân ho dai dẳng khi nào cần làm nội soi dạ dày?

Khi nghi ngờ có hội chứng trào ngược kèm theo hoặc không kèm theo hen phế quản. Nếu ho sau khi uống nước, phải nghi có lỗ rò thực quản - phế quản và cần nội soi thực quản và nội soi phế quản.

33. Chẩn đoán giãn phế quản bằng cách nào? Lợi ích về mặt điều trị là gì?

Chẩn đoán giãn phế quản được khẳng định bằng cách chụp CT scan phổi. Với kỹ thuật này có thể kết luận là giãn phế quản khu trú (cục bộ) hoặc lan toả. Tuy nhiên nếu muốn phẫu thuật những ca giãn phế quản khu trú, thầy thuốc sẽ chụp phế quản với hydrast để định khu chính xác vùng tổn thương và nghiên cứu sự phân chia của từng thân phế quản nhằm hướng dẫn tối đa cho cuộc mổ. Nếu không có chỉ định

phẫu thuật thì chụp phế quản hầu như không mang lại lợi ích gì.

34. Cần làm những gì trước một bệnh nhân bị phù phổi cấp?

Chủ yếu là làm bilan tim mạch để tìm rối loạn chức năng thất trái (điện tim và siêu âm tim). Rối loạn này có thể do những căn nguyên: loạn nhịp tim, bệnh mạch vành, tăng huyết áp, bệnh nội tiết (cường giáp hay nhược giáp), thiếu máu v.v...

35. Xét nghiệm nào tốt nhất để chẩn đoán hạch trung thất?

Chụp CT scan phổi.

36. Vai trò của CT scan trong chẩn đoán các bệnh phổi?

CT scan phổi có những công dụng sau:

- Phân tích tỉ mỉ các cấu trúc trung thất.
- Phát hiện và theo dõi các khối u phế quản - phổi.
- Thay thế kỹ thuật chụp phế quản bằng lipiodol để chẩn đoán bệnh giãn phế quản.
- Chẩn đoán các bệnh phổi kẽ lan toả.
- Phát hiện những tổn thương phá huỷ trong các bệnh phổi nhiễm khuẩn.

37. Làm gì khi phim X quang phổi phát hiện hình tròn khu trú ?

Cần thực hiện ngay việc kiểm tra sức khoẻ cho bệnh nhân ngay cả khi chưa loại trừ được bệnh phổi nhiễm khuẩn. Đầu tiên, dùng kháng sinh phổ rộng trong 2 tuần. Nếu hình tổn thương không biến chuyển thì phải làm các xét nghiệm phát hiện bệnh lao hoặc khối u (xét nghiệm BK, soi phế quản ống mềm, chụp phổi bằng cộng hưởng từ [MRI], chọc u dưới sự

hướng dẫn của MRI, nếu có thể làm được). Nếu vẫn không chẩn đoán được bệnh, cần chọn một trong hai phương án sau:

- Phẫu thuật thăm dò, nếu ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ ung thư.
- Điều trị thử bệnh lao, sau 3 tháng sẽ làm bilan lại.

Việc lựa chọn phương án nào phụ thuộc chủ yếu vào xác suất của từng chẩn đoán tùy thuộc vào tuổi, cơ địa, hút thuốc lá, hình ảnh chụp cắt lớp phổi (nốt vôi hoá) và cách tiến triển bệnh.

- 38. Ở giai đoạn cuối một bệnh nặng, người bệnh thường bị nhiễm khuẩn phổi, phải xử trí thế nào ?**

Trong trường hợp này, các phương pháp chẩn đoán bệnh phổi cấp tính phụ thuộc chủ yếu vào bệnh cảnh (toàn trạng, chức năng phổi, các bệnh phổi hợp). Nếu lâm sàng hoặc X quang gợi ý bệnh phổi nhiễm khuẩn thì cần điều trị kháng sinh. Nếu chưa khẳng định được yếu tố gây bệnh hoặc nếu không có chỉ định soi phế quản để lấy bệnh phẩm xét nghiệm thì việc chọn kháng sinh thường dựa vào kinh nghiệm của thầy thuốc.

- 39. Ở giai đoạn cuối một bệnh nặng, thường hay chán chừ chưa dám dùng morphin chữa đau vì sợ có ảnh hưởng xấu đến chức năng hô hấp. Thái độ đúng nhất là như thế nào?**

Chứng đau gặp ở giai đoạn cuối của bệnh nặng vẫn cần phải được điều trị (điều trị triệu chứng) ngay cả ở những bệnh nhân bị suy hô hấp. Các thuốc giảm đau trung ương là những thuốc duy nhất có tác dụng giảm đau dù chúng là clohydrat morphin hay sulphat morphin (Moscontin). Đau là đối kháng sinh lý của các tác dụng ức chế trung ương của morphin, điều này có nghĩa là chừng nào bệnh nhân còn thấy đau là còn có thể tăng liều morphin lên để đạt đến ngưỡng

giảm đau. Trong những trường hợp này, morphin chỉ ức chế hô hấp rất ít. Lúc bắt đầu dùng morphin, 20% bệnh nhân có giảm đau tạm thời và ít khi xảy ra biến chứng quan trọng.

40. Những xét nghiệm tối thiểu phải làm cho một bệnh nhân khạc đờm mủ vào buổi sáng là gì?

- Tìm ổ nhiễm khuẩn tiềm tàng ở đường hô hấp trên (viêm xoang, nhiễm khuẩn răng...).
- Soi phế quản ống mềm để tìm căn nguyên tại chỗ (u) và khu trú nguyên uỷ của khạc đờm (lan toả hay cục bộ).
- Tìm giãn phế quản (chụp X quang phổi, bổ sung bằng CT scan phổi).
- Thăm dò chức năng phổi.

41. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh viêm phế quản mạn tính là gì?

Bệnh nhân ho và khạc đờm hàng ngày ít nhất là 3 tháng trong một năm và diễn ra tối thiểu trong 2 năm liên tiếp.

42. Bệnh nhân bị khó thở từ nhiều ngày nay. Cần kiểm tra tối thiểu những gì để xác định đây là hen phế quản ?

Muốn khẳng định khó thở do hen phế quản phải chứng minh được rằng: a) có tắc nghẽn phế quản, tức là có rối loạn thông khí tắc nghẽn (RLTKTN); b) hội chứng RLTKTN ấy có thể hồi phục được; c) không có nguyên nhân nào khác có thể gây tắc nghẽn đường thở. Những xét nghiệm cần làm là:

- Để xác định có RLTKTN không: đơn giản chỉ cần đo lưu lượng đỉnh thở ra hoặc tốt nhất là vẽ đường cong lưu lượng - thể tích.
- Để xác định RLTKTN có thể hồi phục được hay không: làm khí dung hoặc tiêm dưới da thuốc beta-2 giống giao

cảm. Nếu hội chứng RLTKTN đỡ rất nhanh, đạt hơn 15% so với giá trị lý thuyết của $VEMS_1$ thì có thể khẳng định đây là hen phế quản. Tuy vậy trong một số trường hợp, RLTKTN lại là hậu quả của yếu tố viêm nhiễm nổi bật nên vẫn không hồi phục được dưới tác dụng của thuốc beta-2 giống giao cảm. Trong trường hợp này phải dùng corticoid mấy ngày (prednison 0,5mg/kg/ngày trong 5 - 7 ngày) mới làm cho RLTKTN hồi phục lại được.

43. Làm cách nào để chẩn đoán hen phế quản khi bệnh nhân ở ngoài giai đoạn khó thở?

Nếu khám bệnh nhân ở ngoài giai đoạn khó thở và trong khi khám không có rối loạn thông khí (RLTK) nào cả (lưu lượng đỉnh thở ra và đường cong lưu lượng - thể tích đều bình thường) thì có nhiều cách giải quyết:

- Trong vài ngày liền đo nhiều lần lưu lượng đỉnh thở ra trong ngày (sáng, trưa, tối) hoặc mỗi khi bệnh nhân thấy khó thở để xem có tác nghẽn phế quản khả hồi (reversible) không.
- Tìm tăng phản ứng phế quản. Nếu có tăng phản ứng phế quản cũng chưa đủ khẳng định là có hen phế quản nhưng giá trị gợi ý sẽ rất cao nếu phù hợp với bệnh cảnh.

44. Làm cách nào để loại trừ những nguyên nhân khác cũng có thể gây tác nghẽn phế quản khả hồi (reversible)?

Trong mọi trường hợp đều phải loại trừ nguyên nhân khác cũng có thể gây tác nghẽn phế quản khả hồi, chẳng hạn khối u đường thở hoặc dị vật phế quản. Bởi vậy mỗi khi có nghi ngờ, dù là nhỏ nhất, là phải soi phế quản ống mềm ngay (nhưng cần hết sức thận trọng ở bệnh nhân hen phế quản hoặc nghi ngờ bị hen).

45. Chẩn đoán hen phế quản do gắng sức dựa trên cơ sở nào?

Dựa trên hai cơ sở:

- Đầu tiên phải chẩn đoán được là có hen phế quản.
- Sau đó phải chẩn đoán là bệnh hen xuất hiện do gắng sức: mỗi khi gắng sức bệnh nhân đều bị khó thở, kèm có tiếng rít (cò củ). Khó thở sẽ mất đi khi dùng thuốc beta-2 giống giao cảm.

Chẩn đoán chắc chắn nhất nếu thấy thuốc gây được hội chứng tắc nghẽn phế quản bằng cách thử cho bệnh nhân gắng sức làm một việc gì hoặc cho họ làm test tăng thông khí phổi. Nếu test này phát hiện $VEMS_1$ giảm $> 15\%$ so với giá trị lý thuyết tức là có hen phế quản gắng sức.

46. Những xét nghiệm tối thiểu cần làm cho bệnh nhân hen phế quản là gì?

- Hỏi bệnh, điều tra dị ứng, nếu cần phải bổ sung bằng tìm kháng thể IgE đặc hiệu (để tìm yếu tố gây bệnh).
- Thăm dò chức năng phổi (để đánh giá chức năng phổi và cường độ hen).
- Chụp X quang phổi (để loại trừ một số bệnh khác có thể gây nhầm lẫn cho chẩn đoán [dị vật, viêm mạch máu], hoặc nếu nghi ngờ có ổ nhiễm khuẩn).
- Khám tai mũi họng, răng, nếu có bội nhiễm phổi hợp (để tìm ổ nhiễm khuẩn ở đường hô hấp trên).
- Mọi trường hợp hen không ổn định, nặng, hoặc không điển hình cần được làm bilan kỹ hơn để tìm những bệnh hiếm gặp chẳng hạn bệnh viêm động mạch hoặc để tránh chẩn đoán nhầm (u nội phế quản, dị vật phế quản, suy tim trái...).

- 47. Những triệu chứng cổ điển của nghẽn mạch phổi là gì? Nếu gặp những triệu chứng không điển hình thì phải làm những xét nghiệm gì ?**

Tam chứng cổ điển: đau, khó thở, ho ra máu kèm theo sốt chỉ gặp ở 25% số bệnh nhân nghẽn mạch phổi. Nhiều khi triệu chứng học nghẽn mạch phổi không có gì đặc hiệu: loạn nhịp tim, rối loạn tiêu hoá, sốt cao, tràn dịch màng phổi nặng, rối loạn thần kinh, đau ngực không điển hình. Bởi vậy, lúc nào thấy thuốc cũng phải nghĩ đến bệnh này nhất là khi thấy có những điều kiện thuận lợi gây bệnh (nằm lâu, bệnh tim, ung thư, rối loạn đông máu v.v...). Trước những triệu chứng không điển hình cần nhận biết được những triệu chứng chức năng hô hấp kín đáo: khó thở, thở nhanh, đau ngực. 85% bệnh nhân nghẽn mạch phổi có hình ảnh X quang phổi bất thường. Xét nghiệm đo khí trong máu phát hiện được giảm oxy máu hay giảm khí carbonic trong máu nhưng cũng có thể bình thường hoặc chỉ rối loạn nhẹ, nói chung, không phải là đặc hiệu. Chụp xạ phổi nhấp nháy sẽ chẩn đoán được bệnh nếu thấy hình ảnh cắt cụt mạch máu ở một vùng mà X quang phổi lại bình thường và bệnh nhân không có rối loạn thông khí tắc nghẽn. Khẳng định chẩn đoán bằng chụp X quang mạch phổi: những chỉ định làm xét nghiệm này phụ thuộc vào bệnh cảnh và chủ yếu dựa vào việc có hay không có những dấu hiệu nặng. Phát hiện viêm tĩnh mạch ở bệnh nhân không phải là yếu tố cần thiết cho chẩn đoán mà chỉ là một nội dung phải làm trong số các thăm khám về nghẽn mạch phổi.

- 48. Khi nào phải nghĩ đến bệnh nhầy nhớt (mucoviscidose)? Để chẩn đoán bệnh phải làm những xét nghiệm gì ?**

- Hoàn cảnh phát hiện bệnh nhầy nhớt rất phong phú và không giống nhau tùy theo tuổi bệnh nhân; những trường hợp cổ điển nhất là:

- + Các bệnh phế quản mưng mủ tái diễn, giãn phế quản lan toả nhất là khi phối hợp với viêm xoang mạn tính, thiếu năng tụy.
- + Ở trẻ em có khi có những dấu hiệu ngoài hô hấp: tắc ruột phân su hoặc do phân, rối loạn chuyển vận ruột, lồng ruột, chậm lớn.
- Các xét nghiệm làm đều nhằm mục đích:
 - + Kháng định chẩn đoán bệnh (làm test mồ hôi).
 - + Đánh giá tác động của bệnh đến các cơ quan: 1) tim phổi. Muốn vậy, cần thăm dò chức năng phổi, chụp X quang phổi và xoang, tùy trường hợp làm CT scan phổi, xét nghiệm vi khuẩn học trong đờm, làm test huyết thanh tìm nấm *Aspergillus*, điện tim, siêu âm tim...; 2) tiêu hoá và dinh dưỡng. Muốn vậy cần làm siêu âm bụng, nội soi dạ dày, phát hiện thiếu năng gan, rối loạn dinh dưỡng, tìm bệnh đái tháo đường, phân mỡ, đại tiện ra protein và các xét nghiệm sinh học khác.

49. Đau ngực đột ngột ở bệnh nhân đang sốt cần phải làm những xét nghiệm gì ? Nếu bệnh nhân không sốt, phải làm xét nghiệm gì ?

- Đau ngực đột ngột ở bệnh nhân đang sốt gợi nghĩ đến những bệnh sau: Nhiễm khuẩn phổi hoặc màng phổi. Nghẽn mạch phổi. Nhồi máu cơ tim. Viêm màng ngoài tim. Bệnh nhiễm khuẩn trong ổ bụng có triệu chứng đau ngực lạc chỗ (viêm túi mật, áp xe dưới cơ hoành, nhiễm khuẩn thận, bệnh túi thừa đại tràng).
- Nếu không sốt, nghĩ đến những bệnh sau: Nghẽn mạch phổi. Tràn khí màng phổi. Xẹp phổi. Nhồi máu cơ tim. Tách thành động mạch chủ. Viêm thực quản. Căn nguyên đốt sống - sườn. Bệnh trong ổ bụng có triệu chứng đau lạc chỗ (đại tràng, thận, gan mật).

- Lúc đầu cần làm những xét nghiệm sau:
 - + Chụp X quang phổi thẳng và nghiêng.
 - + Điện tim.
 - + Đo khí trong máu động mạch khi nghỉ.

Tuỳ theo bảng bệnh cảnh mà làm thêm các xét nghiệm khác (siêu âm tim, chụp xạ nhấp nháy phổi, MRI, thăm dò bụng).

50. Chỉ định sinh thiết xuyên thành phế quản là gì ?

Kỹ thuật này được chỉ định cho những bệnh phổi lan toả mà các xét nghiệm nội soi, rửa phế nang và sinh thiết cựa vãn chưa xác định được chẩn đoán. Nếu tìm thấy tế bào ung thư hoặc những u hạt dạng biểu mô và tế bào khổng lồ thì có thể chẩn đoán là viêm bạch mạch ung thư hoặc bệnh sarcoid. Trong một số trường hợp có thể tìm thấy tác nhân nhiễm khuẩn, chẳng hạn *Pneumocystis carinii* ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Nhưng kỹ thuật này có thể có nhiều biến chứng (gây tràn khí màng phổi hoặc chảy máu) cho nên cần cân nhắc hết sức cẩn thận trước khi làm.

51. Chỉ định sinh thiết phổi là gì ?

Sinh thiết phổi được chỉ định khi các kỹ thuật khác (nội soi, rửa phế nang) vẫn chưa chẩn đoán được bệnh. Sinh thiết phổi cũng còn được làm khi tiên lượng và chiến lược điều trị có thể sẽ thay đổi, tuỳ thuộc vào chẩn đoán cuối cùng. Nếu làm sinh thiết phổi mở (nghĩa là làm phẫu thuật mở lồng ngực rồi sinh thiết phổi) sẽ rất nặng nề cho người bệnh. Nhưng gần đây đã xuất hiện một kỹ thuật sinh thiết mới, nhẹ nhàng hơn, làm cho chỉ định sinh thiết phổi được mở rộng ra nhiều: đây là sinh thiết qua da thực hiện dưới nội soi - video, làm một cách nhẹ nhàng ít gây chấn thương cho bệnh nhân mà vẫn lấy được bệnh phẩm, người bệnh chỉ phải nằm bệnh viện rất ngắn ngày. **Chỉ định làm là: các bệnh phổi lan**

toả chưa rõ do nhiễm khuẩn hay ung thư, viêm mạch máu, u lympho, bệnh tạo keo, bệnh u hạt, các hình ảnh phổi khu trú mà nội soi hoặc kỹ thuật chọc phổi dưới sự hướng dẫn của CT scan không mang lại kết quả.

52. Khi nào chỉ định chụp xạ phổi nhấp nháy ?

Chụp xạ phổi nhấp nháy tuần hoàn giúp thầy thuốc chẩn đoán nghẽn mạch phổi. Trong chuyên ngành phẫu thuật lồng ngực người ta sử dụng kỹ thuật này trước khi mổ để xem phẫu thuật cắt thùy phổi trong tương lai sẽ ảnh hưởng đến chức năng phổi như thế nào. Chụp xạ phổi nhấp nháy với gallium có tác dụng chẩn đoán các bệnh phổi u hạt (bệnh sarcoid).

53. Khi nào cần định lượng oxid carbon trong máu ?

- Khi nghi bị nhiễm độc cấp tính (đau đầu, lú lẫn, hôn mê), với kết quả là $> 1,35 \text{ mmol/L}$.
- Khi bị nhiễm độc mạn tính trong ngộ độc nghề nghiệp với kết quả là $> 0,45 \text{ mmol/L}$. Hút thuốc lá là nguyên nhân duy nhất làm tăng oxid carbon trong máu, nhiều khi tăng đến $0,90 \text{ mmol/L}$.

8

Câu hỏi trắc nghiệm về bệnh phổi

Xem đáp án ở từ trang 234 đến trang 257

- Đọc thật kỹ câu hỏi và 5 câu trả lời.
 - Đánh dấu câu trả lời đúng bằng Đ; câu trả lời sai bằng S.
 - Câu nào không biết Đúng hay Sai, ghi là không biết chứ đừng đoán mò.
 - Trả lời tuần tự từng câu hỏi một rồi mới sang câu khác.
 - Trả lời xong mới xem đáp án.
 - Tham khảo những chương tương ứng với câu hỏi trong sách giáo khoa nội khoa để hiểu rõ vấn đề hơn.
-

1.

Tái tím trung ương gặp ở:

- A. Tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên.
- B. Viêm phế nang xơ hoá.
- C. Đa hồng cầu.
- D. Hạ thân nhiệt.
- E. Viêm phế quản mạn tính.

2.

Ngón tay dài trông là dấu hiệu điển hình của:

- A. Viêm phế quản mạn tính.
- B. Giãn phế quản.
- C. Xơ gan mật nguyên phát.
- D. Viêm phế nang xơ hoá vô căn.
- E. Thông vách liên thất.

3.

Ngực căng giãn là do:

- A. Lồng ngực hình phễu.
- B. Đường kính trước - sau lồng ngực bằng đường kính ngang.
- C. Khoảng cách nhĩ - ức tăng.
- D. Co rút cơ liên sườn.
- E. Góc dưới sườn tù.

4.

Đặc điểm của tràn dịch lớn màng phổi phải là:

- A. Biên độ hô hấp bình thường.
- B. Gõ đục.
- C. Mất rì rào phế nang.
- D. Giảm rung thanh.
- E. Cọ sát màng phổi.

5.

Đặc điểm của đông đặc thủy dưới phổi phải:

- A. Biên độ hô hấp giảm.
- B. Gõ đục.
- C. Rì rào phế nang giảm.
- D. Rung thanh tăng
- E. Ran ngáy và ran nổ.

6.

Đặc điểm của xẹp thủy dưới phổi phải:

- A. Biên độ hô hấp giảm.
- B. Gõ đục như đá.
- C. Tiếng thở phế quản.
- D. Rung thanh giảm.
- E. Ran nổ.

7.

Đặc điểm của tràn khí màng phổi nặng ở bên phải:

- A. Biên độ hô hấp giảm.
- B. Gõ bình thường.
- C. Rì rào phế nang tăng.
- D. Rung thanh tăng.
- E. Nghe không có tạp âm.

8.

Khó thở thường do độ giãn phổi (pulmonary compliance) giảm, gặp trong:

- A. Nghẽn mạch phổi.
- B. Viêm khớp chậu cột sống.

- C. Viêm phế quản mạn tính và giãn phế nang.
- D. Viêm phổi phế cầu khuẩn.
- E. Phù phổi.

9.

Ở người lớn khoẻ mạnh:

- A. Rãnh liên thùy ngang phân chia thùy giữa phải với thùy dưới phải.
- B. Phế quản gốc trái thẳng đứng hơn phế quản gốc phải.
- C. Thùy trên trái nằm trước thùy dưới trái.
- D. Rãnh liên thùy chéo xuất phát từ mức đốt sống ngực thứ 3 (T3).
- E. Chất hoạt diện (surfactant) phổi do tế bào phổi typ I tiết ra.

10.

Ở người lớn khoẻ mạnh, khi nghỉ ngơi:

- A. Thông khí phổi là 10 lít/phút.
- B. Thông khí phế nang là 5 lít/phút.
- C. Tuần hoàn máu ở phổi là 10 lít/phút.
- D. PaO_2 là 11 - 13kPa và $PaCO_2$ là 4,8 - 6,0 kPa.
- E. Tuần hoàn máu ở nền phổi cao hơn ở đỉnh phổi.

11.

Trong thời gian thông khí, để vượt qua lực cản đàn hồi, phải thở gắng sức hơn trong những trường hợp sau:

- A. Viêm khớp chậu cột sống.
- B. Viêm phế quản mạn tính.

- C. Hen phế quản.
- D. Phù phổi.
- E. Tắc nghẽn một phế quản gốc.

12.

Tại trung tâm hô hấp:

- A. Sốt làm giảm độ nhậy của trung tâm này.
- B. Chỉ có các thụ thể hoá học trung ương mới nhậy với PaCO_2 .
- C. Chỉ có các thụ thể hoá học ngoại vi mới nhậy với PaO_2 .
- D. Giảm thông khí phế nang mạn tính làm giảm độ nhậy với PaCO_2 .
- E. Thành ngực và các thụ thể cơ học phổi kích thích thông khí khi lao động.

13.

Giảm thông khí phế nang hay đi kèm với:

- A. Nghẽn mạch phổi.
- B. Biến dạng nặng ở lồng ngực.
- C. Ngộ độc salicylat.
- D. Xơ hoá phổi.
- E. Viêm phế quản mạn tính nặng.

14.

Những câu trả lời dưới đây về các test chức năng phổi là đúng hay sai ?

- A. Bình thường có trên 80% dung tích sống được thở ra ngoài phổi sau một giây.

- B. Do yếu tố chuyển dời (transfer factor) bằng lượng oxy thở vào.
- C. Thể tích khí cặn tăng trong viêm phế quản mạn tính và giãn phế nang.
- D. Tỷ số FEV/FVC bình thường trong bệnh viêm khớp chậu cột sống.
- E. Cung lượng đỉnh phản ánh chính xác mức độ nặng của rối loạn thông khí hạn chế.

15.

Hình ảnh lâm sàng điển hình của suy hô hấp typ II là:

- A. Giãn tĩnh mạch võng mạc.
- B. Ngủ gà.
- C. Da ẩm lạnh.
- D. Đau đầu.
- E. Co giật cơ.

16.

Những bệnh sau đây gây suy hô hấp typ I:

- A. Gù vẹo.
- B. Bệnh tổn thương nhiều thần kinh Guillain-Barré.
- C. Hội chứng suy hô hấp ở người lớn.
- D. Viêm phế nang dị ứng ngoại lai.
- E. Hít dị vật vào phế quản lớn.

17.

Những bệnh sau đây gây suy hô hấp typ II:

- A. Dùng heroin quá liều.
- B. Viêm tủy xám.

- C. Nghẽn mạch phổi.
- D. Viêm phế nang xơ hoá chưa rõ căn nguyên.
- E. Hen phế quản.

18.

Những câu trả lời dưới đây về điều trị bằng oxy là đúng hay sai?

- A. Ở mặt biển, áp lực oxy trong không khí thở (hít) vào là 20 kPa.
- B. Điều trị oxy lâu dài tại nhà chỉ thực hiện khi PaO_2 dưới 6 kPa.
- C. Oxy hoà tan góp phần vào việc oxy hoá các mô trong những ca thiếu máu.
- D. Ở người lớn, độc tính của oxy có thể gây bệnh xơ sau thể thuỷ tinh.
- E. Tái tím trung ương không đáp ứng với oxy 100% biểu hiện có shunt phải $\rightarrow$ trái ở $> 20\%$.

19.

Những câu trả lời dưới đây về điều trị bằng oxy là đúng hay sai?

- A. Trong trường hợp suy hô hấp mạn tính typ II, dùng MC mask là tốt hơn cả.
- B. Các Ventimask ngăn chặn việc thở lại O_2 .
- C. Canun mũi cung cấp oxy thở vào 2 lít/phút với nồng độ 30%.
- D. Khi dùng Ventimask phải làm ẩm oxy bằng cách cho oxy chạy qua nước.
- E. Oxy không độc nếu dùng dưới 48 giờ với $> 40\%$ oxy.

20.

Khi bệnh nhân thở máy:

- A. Lưu lượng tim tăng với áp lực PEEP.
- B. PEEP giúp hiệu chỉnh rối loạn tỷ số V/Q (thông khí/tuần hoàn).
- C. CPAP đòi hỏi phải đặt nội khí quản.
- D. Chấn thương do khí áp chỉ xảy ra với PEEP.
- E. Thông khí gián đoạn chỉ có ích khi không làm thông khí hỗ trợ.

21.

Khi điều trị viêm phế quản mạn tính có suy hô hấp typ II:

- A. Nên dùng oxy với MC mask 2 lít/phút.
- B. Phun mù doxapram làm giảm tắc nghẽn đường thở.
- C. Ho gây mất ngủ được điều trị bằng pholcodin.
- D. Corticoid thường bị chống chỉ định.
- E. Thở oxy liên tục làm giảm cao áp động mạch phổi.

22.

Gặp hội chứng suy hô hấp ở người lớn trong những trường hợp sau:

- A. Phù phế nang với protein 20g/L.
- B. Giảm oxy máu và hạ huyết áp.
- C. Khó thở nặng, nghe phổi nhiều ran ngáy hơn là ran nổ.
- D. Mờ nhạt rộng trên phim X quang phổi.
- E. Giảm bạch cầu và đông máu nội mạch rải rác.

23.

Các bệnh hô hấp dưới đây thường do loại virus nào gây nên ?

- A. Viêm thanh - khí - phế quản (bạch cầu) - Coxsackie A virus.
- B. Viêm nắp thanh quản - Rhinovirus.
- C. Viêm tiểu phế quản - RSV.
- D. Viêm phổi do virus - Virus ruột.
- E. Sốt hầu - kết mạc - Echovirus.

24.

Nhiễm virus cúm A và B thường kèm theo:

- A. Miễn dịch ngắn hạn sau khi nhiễm khuẩn.
- B. Thời gian nung bệnh từ 7 - 10 ngày.
- C. Giảm bạch cầu.
- D. Viêm khí - phế quản cấp tính
- E. Phế quản - phế viêm do tụ cầu.

25.

Viêm khí - phế quản cấp tính có những đặc điểm sau:

- A. Khởi phát bệnh bằng ho khan kích thích.
- B. Bội nhiễm tụ cầu vàng.
- C. Đau sau xương ức.
- D. Sốt và tăng bạch cầu đa nhân trung tính.
- E. Nghe phổi có ran nổ hơn là ran ngáy.

26.

Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi do phế cầu khuẩn là:

- A. Khởi phát đột ngột bằng rét run và đau ngực kiểu màng phổi.
- B. Hay gặp ở thiếu niên và người cao tuổi.
- C. Xẹp thùy phổi và rì rào phế nang giảm.
- D. Vi khuẩn huyết và tăng bạch cầu đa nhân trung tính.
- E. Mụn rộp (herpes) môi.

27.

Biến chứng của viêm phổi do phế cầu khuẩn là:

- A. Ung thư phế quản.
- B. Viêm màng ngoài tim.
- C. Suy tuần hoàn ngoại vi.
- D. Trần dịch màng phổi và mũ màng phổi.
- E. Áp xe dưới cơ hoành.

28.

Hình ảnh điển hình của viêm phổi do tụ cầu khuẩn là:

- A. Bệnh cảnh lâm sàng giống viêm phổi do phế cầu khuẩn.
- B. Nhiều ổ áp xe phổi, trên phim X quang giống như những kén có thành mỏng.
- C. Kèm với cúm A.
- D. Nhiễm khuẩn tụ cầu ở nơi khác trên cơ thể.
- E. Kháng với penicillin.

29.

Hình ảnh điển hình của viêm phổi do Klebsiella là:

- A. Trên phim X quang thấy xẹp thùy trên.
- B. Thể trạng suy sụp và tỷ lệ tử vong cao.
- C. Khạc nhiều đờm màu sô cô la.
- D. Mầm bệnh kháng với chloramphenicol và gentamicin.
- E. Bệnh xảy ra ở người trước đây vẫn khỏe mạnh.

30.

Biểu hiện của viêm phổi do Mycoplasma là:

- A. Bệnh bột phát ở người trẻ tuổi.
- B. Thiếu máu tan huyết và có ngưng kết tố lạnh trong huyết thanh.
- C. Sốt và khó chịu trong nhiều ngày trước khi xuất hiện những triệu chứng hô hấp.
- D. Dấu hiệu thực thể không rõ khi khám phổi.
- E. Đáp ứng tốt với tetracyclin hoặc erythromycin.

31.

Hình ảnh điển hình của viêm phổi do Legionella là:

- A. Bệnh lan theo đường tiêu hoá.
- B. Nôn và tiêu chảy.
- C. Giảm natri máu và lú lẫn.
- D. Dấu hiệu thực thể không rõ khi khám phổi.
- E. Đáp ứng tốt với rifampicin và/hoặc erythromycin.

32.

Không nghĩ đến viêm phổi do phế cầu khuẩn nếu bệnh nhân có những đặc điểm lâm sàng sau:

- A. Các triệu chứng hô hấp xuất hiện nhiều ngày trước khi có các biểu hiện toàn thân.
- B. Dấu hiệu thực thể (khi khám phổi) không phong phú bằng dấu hiệu X quang.
- C. Có tràn dịch màng phổi.
- D. Không tăng bạch cầu đa nhân trung tính.
- E. Sờ thấy lách to và xét nghiệm nước tiểu có protein niệu.

33.

Điều trị viêm phổi ở người suy giảm miễn dịch có kết quả tốt nhất với các thuốc sau:

- A. *Pneumocystis carinii* - co-trimoxazol.
- B. *Pseudomonas aeruginosa* - azlocillin hoặc ciprofloxacin.
- C. Cytomegalovirus - ganciclovir.
- D. Herpes simplex - acyclovir.
- E. RSV - ribavirin.

34.

Hình ảnh điển hình của phế quản phế viêm cấp tính là:

- A. Thường gặp ở lứa tuổi trung niên
- B. Thường gặp ở những người suy nhược và sau khi bị cúm.
- C. Bạch cầu đa nhân trung tính không tăng.
- D. Khởi phát cấp tính với đau ngực kiểu màng phổi.
- E. Có biến chứng giãn phế quản và xơ phổi.

35.

Những ý kiến dưới đây về viêm phổi do hít là đúng hay sai ?

- A. Giãn phế quản là biến chứng của bệnh.
- B. Tổn thương phổi trên phim X quang gặp ở cả hai bên.
- C. Xẹp thùy phổi là điều kiện thuận lợi cho việc hình thành áp xe phổi.
- D. Biểu hiện toàn thân nặng
- E. Có thể có biến chứng suy hô hấp ở người lớn.

36.

Biểu hiện điển hình của áp xe phổi là:

- A. Tiền sử có nhồi máu phổi.
- B. Hít dị vật vào phổi.
- C. Rét run và đau ngực kiểu màng phổi.
- D. Nghe có tiếng thổi phế quản nếu tiềm ẩn ung thư phế quản.
- E. X quang phổi có hình hang.

37.

Đặc điểm của lao hậu tiền phát là:

- A. Xuất hiện ở thiếu niên nhiều hơn là ở người cao tuổi.
- B. Hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường.
- C. Mầm bệnh là Mycobacteri người hơn là Mycobacteri bò.
- D. Thường gặp ở người nghiện rượu và suy dinh dưỡng.
- E. Tái nhiễm nhiều hơn là tái hoạt động nhiễm khuẩn.

38.

Biểu hiện điển hình của lao tiêu phát là:

- A. Sốt kéo dài.
- B. Hạch bạch huyết khu vực bã đậu hoá.
- C. Hạch ở hai rốn phổi trên phim X quang.
- D. Hồng ban nút.
- E. Tràn dịch màng phổi với test tuberculin trong da âm tính.

39.

Biểu hiện của lao kê là:

- A. Sốt và biểu hiện toàn thân nặng ở thiếu niên.
- B. Loạn thể tạng máu (blood dyscrasia), gan to, lách to.
- C. X quang phổi bình thường và test tuberculin trong da âm tính.
- D. Dấu hiệu thực thể không rõ khi khám phổi.
- E. Sinh thiết gan và xương có hình ảnh nhạt đặc hiệu.

40.

Biểu hiện điển hình của lao hậu tiên phát là:

- A. Xét nghiệm đờm BK âm tính.
- B. Trên phim X quang phổi có bóng mờ ở hai thùy trên.
- C. Dấu hiệu thực thể không rõ khi khám phổi.
- D. Trong đa số trường hợp có lan tràn theo đường máu.
- E. Tổn thương phổi phá huỷ thành hang.

41.

Biến chứng của lao hậu tiên phát là:

- A. U nấm Aspergillus.
- B. Thoái hoá dạng tinh bột (amyloidosis).
- C. Lao kê.
- D. Giãn phế quản.
- E. Liệt hai chi dưới.

42.

Những ý kiến sau đây về tiêm tuberculin trong da là đúng hay sai ?

- A. Kết quả dương tính giả thường gặp ở bệnh sarcoid và ngoại ban cấp tính.
- B. Đọc kết quả tốt nhất là sau 3 ngày.
- C. Không cần tiêm chủng BCG cho người nào tiếp xúc với người có test tuberculin dương tính.
- D. Phản ứng độ III và IV có đặc điểm là nổi 4 sản kín đáo.
- E. Trẻ em có tuberculin dương tính không mắc bệnh lao.

43.

Trong điều trị lao phổi hậu tiên phát:

- A. Bao giờ cũng phải phối hợp các thuốc chống lao với nhau.
- B. Sau khi điều trị lao ít nhất 4 tuần bệnh lao mới hết lây.
- C. Muốn đạt kết quả 100% phải điều trị ít nhất 12 tháng.
- D. Isoniazid và pyrazinamid không vượt qua hàng rào máu-não.
- E. Thất bại trong điều trị chắc chắn là do kháng với nhiều thuốc.

44.

Thuốc chống lao có những phản ứng phụ sau:

- A. Streptomycin - suy thận.
- B. Isoniazid - nhược năng tuyến giáp.
- C. Rifampicin - viêm dây thần kinh thị giác.
- D. Pyrazinamid - viêm gan.
- E. Ethambutol - viêm dây thần kinh tiền đình.

45.

Cần dùng thuốc phòng lao cho những người có phản ứng da với tuberculin dương tính sau đây:

- A. Đái tháo đường phụ thuộc insulin.
- B. Bệnh nhân dùng thuốc ức chế miễn dịch trong thời gian dài.
- C. Người HIV dương tính.
- D. Trẻ em dưới 3 tuổi mà chưa tiêm chủng vaccin BCG.
- E. Người lớn mới xuất hiện tuberculin dương tính.

46.

*Nhiễm khuẩn với *Aspergillus fumigatus* là nguyên nhân của những bệnh sau:*

- A. Giãn phế nang bong bóng.
- B. U nấm.
- C. Viêm phổi hoại tử.
- D. Bệnh phổi - phế quản tăng bạch cầu ái toan.
- E. Viêm phế nang dị ứng ngoại lai.

47.

Hình ảnh điển hình của viêm mũi dị ứng là:

- A. Tăng mẫn cảm muộn với phấn hoa.
- B. Hắt hơi và chảy nước mắt.
- C. Chảy nước mũi mũi.
- D. Các test nhạy cảm da dương tính.
- E. Đáp ứng tốt với xịt mũi bằng ipratropium.

48.

Hình ảnh điển hình của hen phế quản sớm là:

- A. Bệnh nhân thường là người có tạng dị ứng.
- B. Thường xác định được một dị nguyên đơn độc.
- C. Cơ khó thở và cò cử khi thở ra.
- D. Tiền sử gia đình có người thân bị bệnh dị ứng.
- E. Thường tìm thấy *Aspergillus fumigatus* trong đờm.

49.

Hình ảnh điển hình của hen phế quản muộn là:

- A. Người hút thuốc lá.
- B. Hay tìm thấy nhiều loại dị nguyên.
- C. Dùng aspirin và một số hoá chất gây cơn hen.
- D. Hen thường là mạn tính hơn là từng đợt.
- E. IgE huyết thanh thường bình thường.

50.

Hen cấp tính nặng có đặc điểm:

- A. Mạch: 120 lần/phút.
- B. Lưu lượng đỉnh: 350 lít/phút.
- C. Mạch nghịch thường: 30mmHg.
- D. $\text{PaO}_2 = 10\text{kPa}$.
- E. $\text{PaCO}_2 = 6\text{ kPa}$.

51.

Điều trị cơn hen nặng cấp tính bao gồm:

- A. Dùng Ventimask cung cấp oxy 28%.
- B. Hít salbutamol 2,5mg - 5mg.
- C. Uống 500mg ampicillin và hít 10mg cromoglycat.
- D. Tiêm tĩnh mạch 200mg hydrocortison và uống 40mg prednisolon.
- E. Chụp X quang phổi và đo khí trong máu.

52.

Hình ảnh điển hình của hen phế quản tăng bạch cầu ái toan gồm:

- A. Các phản ứng tăng cảm nhanh và phức bộ miễn dịch.
- B. Test huyết thanh và phản ứng da dương tính với *Aspergillus fumigatus*.
- C. Phân lập được *Aspergillus clavatus* trong đờm.
- D. Xẹp thùy phổi trên tái phát.
- E. Hen mạn tính và giãn phế quản.

53.

Trên phim X quang, trung thất to gấp 2:

- A. U tuyến ức.
- B. Bướu cổ sau xương ức.
- C. U Pancoast.
- D. Thoát vị hoành.
- E. U xơ thần kinh.

54.

Khi một người bị khàn giọng:

- A. Ho bò gợi ý một căn nguyên chức năng.
- B. Thở rít gợi ý liệt dây thanh âm hai bên.
- C. Hít corticoid thường có kết quả tốt.
- D. Nếu trên phim X quang phổi thấy một u ở rốn phổi trái là có thể giải thích được triệu chứng.
- E. Tiêm teflon vào dây thanh âm bị liệt sẽ làm đỡ khàn.

55.

Hình ảnh điển hình của bệnh phổi tăng bạch cầu ái toan là:

- A. Vừa có giun dưa vừa có giun chỉ.
- B. Viêm phổi bạch cầu ái toan mà không tăng bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi.
- C. Có triệu chứng bệnh hen nổi bật.
- D. Có tiếp xúc với thuốc sulphonamid.
- E. Nhiều bóng mờ trên phim X quang phổi.

56.

Hình ảnh lâm sàng của viêm phế nang dị ứng ngoại lai là:

- A. Ran ngáy ở thì thở ra và đờm có bạch cầu ái toan.
- B. Ho khan, khó thở và sốt.
- C. Ran nổ cuối thì thở vào.
- D. $FEV_1/FVC = 50\%$
- E. Các test precipitin huyết thanh dương tính.

57.

Hình ảnh đặc hiệu của viêm phế quản mạn tính là:

- A. Giảm thể tích khí cặn.
- B. Tăng yếu tố chuyển dời khí.
- C. Giảm dịch nhầy.
- D. Tăng tỷ số FEV_1/FVC .
- E. Ho và khó thở hơn 2 tháng trong năm trước.

58.

Hình ảnh điển hình của giãn phế nang là:

- A. FEV_1/FVC bình thường biểu hiện không có tắc nghẽn đường thở.
- B. Tái tím trung ương, một biểu hiện sớm.
- C. Giảm yếu tố chuyển dời CO.
- D. Khó thở nhiều hơn viêm phế quản mạn tính.
- E. Giảm alpha 1 - antitrypsin ở người trẻ.

59.

Đặc điểm lâm sàng của giãn phế nang khi hít vào là:

- A. Tăng áp lực tĩnh mạch cảnh.
- B. Khí quản hạ thấp.
- C. Co rút các cơ liên sườn.
- D. Co các cơ bậc thang
- E. Ran ngáy rải rác.

60.

Hình ảnh X quang phổi đặc hiệu của viêm phế quản mạn tính và giãn phế nang là:

- A. Các động mạch phổi to ở rốn phổi.
- B. Vòm hoành thấp và dẹt.
- C. Mạng lưới mạch ngoại vi phổi rậm rạp.
- D. Sung huyết tĩnh mạch phổi thùy trên.
- E. Đường Kerley B và tim to.

61.

Nguyên nhân giãn phế quản là:

- A. Giảm gammaglobulin máu tiên phát.
- B. Hít phải dị vật.
- C. Bệnh nhầy nhớt.
- D. Bệnh tăng bạch cầu ái toan phổi hen.
- E. Bệnh sarcoid.

62.

Hình ảnh lâm sàng điển hình của giãn phế quản là:

- A. Ho mạn tính và ít đờm mủ.
- B. Tràn dịch màng phổi tái phát.
- C. Ho ra máu.
- D. Viêm mủ màng phổi.
- E. Nghe phổi có ran nổ.

63.

Điều trị giãn phế quản gồm:

- A. Nằm tư thế dẫn lưu 2 lần mỗi ngày.
- B. Phẫu thuật nếu điều trị nội khoa thất bại.
- C. Dùng kháng sinh nếu đờm mủ kéo dài.
- D. CT scan phổi trước khi phẫu thuật.
- E. Không phẫu thuật nếu có giãn phế nang.

64.

Những ý kiến dưới đây về tắc nghẽn phế quản là đúng hay sai?

- A. Giãn phế nang thùy phát triển ở phần phổi sau chỗ tắc nghẽn.
- B. Trung thất bao giờ cũng bị co kéo về phía tổn thương.
- C. Bao giờ cũng có nhiễm khuẩn nhất là khi bị tắc nghẽn cục bộ.
- D. Xẹp thùy giữa phải được phát hiện rõ nhất trên phim X quang phổi.
- E. Dịch vật hít vào phổi thường khu trú ở phế quản gốc trái.

65.

Hình ảnh điển hình của u tuyến phế quản là:

- A. Hay gặp ở phụ nữ cao tuổi.
- B. Hội chứng carcinoid nếu có di căn gan.
- C. Ho ra máu tái phát.
- D. Giãn phế nang thùy.
- E. Viêm phổi tái phát.

66.

Ung thư phế quản:

- A. Chiếm 10% các trường hợp tử vong do ung thư ở nam giới.
- B. Biểu hiện chủ yếu bằng ho ra máu nặng.
- C. 50% là ung thư tuyến.
- D. Hay gặp ở người tiếp xúc với bụi amian.
- E. Ở người hút thuốc lá nhiều gấp 40 lần ở người không hút thuốc.

67.

Ung thư phế quản:

- A. Có chỉ định phẫu thuật ở khoảng 40% trường hợp.
- B. Có thể chắc chắn loại trừ được nếu phim X quang phổi bình thường.
- C. 50% bệnh nhân sống đến 5 năm sau phẫu thuật.
- D. Chỉ được chẩn đoán chắc chắn bằng soi phế quản.
- E. Thường là ung thư tế bào nhỏ nếu bệnh nhân có ngón tay dùi trống.

68.

Những biểu hiện không phải là di căn của ung thư phế quản là:

- A. Thoái hoá tiểu não.
- B. Nhược cơ.
- C. Vú to.
- D. Bệnh đa dây thần kinh.
- E. Viêm da cơ.

69.

Bệnh cảnh điển hình của ung thư phế quản tế bào nhỏ là:

- A. Hội chứng thận hư.
- B. Tiết ADH không phù hợp.
- C. Tiết ACTH lạc chỗ.
- D. Tiết hormon cận giáp trạng lạc chỗ.
- E. Bệnh khớp xương phổi phì đại.

70.

Hình ảnh điển hình của viêm phế nang xơ hoá vô căn là:

- A. Suy hô hấp có tăng CO_2 nhiều.
- B. Các yếu tố dạng thấp và kháng nhân dương tính.
- C. Ngón tay dùi trống.
- D. Cò cử và ho ra máu tái phát.
- E. Nhiều bạch cầu đa nhân trung tính và bạch cầu ái toan trong nước rửa phế quản.

71.

Trong bệnh bụi phổi ở công nhân mỏ than:

- A. Bệnh vẫn cứ tiến triển mặc dù không còn tiếp xúc với bụi than.
- B. Xác định bù trừ phụ thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng.
- C. Các bóng mờ của thùy trên gợi ý xơ phổi tiến triển.
- D. Nếu có viêm phế quản mạn tính kèm theo thì bệnh này không phải là do tiếp xúc với bụi than.
- E. Hay có các dấu hiệu thực thể.

72.

Hình ảnh điển hình của bệnh phổi nhiễm bụi silic là:

- A. Hình ảnh tổn thương trên phim X quang phổi giống như ở bệnh nhân là công nhân mỏ than.
- B. Hạch rốn phổi với hoá hình "vỏ trứng".
- C. Bệnh không tiến triển nữa nếu người bệnh ngừng tiếp xúc với bụi silic.
- D. Các huyết xơ ngoại vi ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.
- E. Có tiền sử làm việc tại các mỏ than thiếc và khoáng sản.

73.

Các ý kiến sau đây về các bệnh liên quan đến bụi amian là đúng hay sai ?

- A. Các màng màng phổi thường trở thành u trung biểu mô.
- B. Trần dịch màng phổi lành tính không có máu trong dịch màng phổi.
- C. Ngón tay dùi trống và ran nổ ở nền phổi gợi ý bệnh bụi phổi amian.

D. Tỷ số FEV_1/FVC giảm.

E. Chỉ chẩn đoán chắc chắn được u trung biểu mô bằng phẫu thuật mổ lồng ngực.

74.

Những nghề tiếp xúc với các chất dưới đây gây viêm phế nang dị ứng ngoại lai:

A. Bụi bông - bệnh bụi bã mía (bagassosis).

B. Cỏ khô mốc - phổi của nông gia.

C. Dioxid thiếc - nhiễm sắt phổi (siderosis)

D. Protein chim - phổi người nuôi chim.

E. Lúa mạch mốc - bệnh phổi bụi bông (bysinnosis).

75.

Những ý kiến dưới đây về bệnh sarcoid là đúng hay sai?

A. Tổn thương phổi dẫn đến phá huỷ thành hang.

B. Phản ứng da với tuberculin thường dương tính.

C. Hồng ban có bờ là một biểu hiện đặc trưng.

D. Ít có khả năng tự khỏi.

E. Tăng calci máu gợi ý có tổn thương xương.

76.

Hình ảnh điển hình của bệnh sarcoid bán cấp tính là:

A. Hạch rốn phổi trên phim X quang.

B. Bệnh dây thần kinh sọ não.

C. Viêm kết mạc.

- D. Viêm đa khớp loét.
- E. Sưng các tuyến mang tai.

77.

Nếu protein trong dịch màng phổi là 50g/L thì có thể là:

- A. Suy tim sung huyết.
- B. Nhồi máu phổi.
- C. Áp xe dưới cơ hoành.
- D. Viêm phổi.
- E. Hội chứng thận hư.

78.

Những ý kiến dưới đây về tràn dịch màng phổi là đúng hay sai?

- A. Bao giờ khám phổi cũng có dấu hiệu thực thể.
- B. Nếu protein dịch màng phổi là 50g/L không nên làm sinh thiết màng phổi.
- C. Nếu phim X quang phổi bình thường có thể loại trừ nguyên nhân lao.
- D. Tăng bạch cầu lympho trong dịch màng phổi là đặc điểm của lao màng phổi.
- E. Dịch màng phổi trắng như sữa gợi ý tắc nghẽn ống ngực.

79.

Biểu hiện điển hình của viêm mủ màng phổi là:

- A. Trên phim X quang phổi có tràn dịch hai bên.
- B. Trên phim X quang phổi có hình mức nước biểu hiện của lỗ rò phế quản - màng phổi.
- C. Sốt kéo dài mặc dù đã dùng kháng sinh.
- D. Người bệnh thường mới được phẫu thuật bụng xong.
- E. Cấy vi khuẩn dương tính mặc dù đã dùng kháng sinh.

80.

Những ý kiến dưới đây về tràn khí màng phổi tự phát là đúng hay sai ?

- A. Bệnh nhân thường khó thở và đau ngực kiểu màng phổi.
- B. Trên phim X quang phổi nếu không thấy mạng lưới ngoại vi phổi gợi ý tràn khí màng phổi có su-pấp.
- C. Nghe bên phổi bị tràn khí thấy tiếng thở phế quản.
- D. Lỗ rò phế quản - màng phổi là một chỉ định ngoại khoa.
- E. Nếu tràn khí màng phổi tái phát nên gây dính màng phổi.

9

Đáp án các câu hỏi trắc nghiệm về bệnh phổi

Đáp án của GS.M.J.Ford và GS.A.T.Elder ở Trường Đại học Y khoa Edinburg, Edinburg.

1

- A. S Tái tím ngoại biên.
- B. Đ Thường hay gặp ran nổ.
- C. Đ Thường không có giảm oxy trong máu.
- D. S Tái tím ngoại biên.
- E. Đ Nếu có suy hô hấp.

2

- A. S Không bao giờ có ngón tay dùi trống.
- B. Đ Cũng gặp ở nhiễm khuẩn phổi mưng mủ mạn tính.
- C. Đ Cũng gặp ở các bệnh kém hấp thụ mạn tính.
- D. Đ Không giống viêm phế nang dị ứng ngoại lai.
- E. S Có thể gặp ở bệnh tim bẩm sinh tái tím.

3.

- A. S Là biến dạng xương bả sinh.
- B. Đ Đường kính trước sau thường nhỏ hơn đường kính ngang.
- C. S Khoảng cách nhãn - ức giảm.
- D. Đ Cũng sử dụng các cơ phụ khác.
- E. Đ Bình thường là một góc nhọn.

4.

- A. S Biên độ hô hấp giảm ở bên tổn thương.
- B. S Đục như gõ vào đá.
- C. Đ.
- D. Đ.
- E. S Đôi khi nghe thấy ở phần trên của tràn dịch.

5

- A. Đ Đặc biệt nếu lại kèm theo đau ngực kiểu màng phổi.
- B. Đ Nhưng không phải đục như gõ vào đá.
- C. S Tiếng thở phé quản.
- D. Đ Có tiếng ngực thâm.
- E. S Chỉ có ran nổ đơn độc.

6.

- A. Đ Ở bên phổi tổn thương.
- B. S Nghĩa là có tràn dịch

- C. S Giảm hoặc mất.
- D. Đ.
- E. S Nghe không có tạp âm.

7.

- A. Đ Nhưng thường là bình thường nếu là tràn khí phế mạc nhẹ.
- B. S Hoặc gõ vang trong.
- C. S Diễn hình là giảm hoặc mất.
- D. S Giảm hoặc mất.
- E. Đ.

8.

- A. S Giảm oxy máu động mạch.
- B. S Độ giãn thành ngực giảm.
- C. Đ Sức cản đường thở tăng.
- D. Đ Thể tích phổi giảm.
- E. Đ Dung tích thông khí giảm.

9.

- A. S Ngăn thùy giữa với thùy trên.
- B. S Hít hay gặp ở bên phải hơn.
- C. Đ.
- D. Đ Khoảng sụn sườn thứ 6.
- E. S Bờ tế bào phổi typ II.

10.

- A. S Khoảng 7,5 L/phút.
- B. Đ Thông khí khoảng chết vào khoảng 8,5 L/phút.
- C. S Khoảng 5 L /phút.
- D. Đ.
- E. Đ Tỷ số thông khí/tuần hoàn thay đổi từ nền lên đỉnh.

11.

- A. Đ Độ giãn thành ngực giảm.
- B. S Lực cản không đàn hồi tăng.
- C. S Lực cản không đàn hồi tăng.
- D. Đ Độ giãn phổi giảm.
- E. S Lực cản không đàn hồi tăng.

12.

- A. S Độ nhạy tăng.
- B. S Cả những thụ thể hoá học ngoại vi.
- C. S Cũng nhạy cảm cả với PaO_2 .
- D. S
- E. Đ

13.

- A. S Tăng thông khí trừ phi là nghẽn mạch nặng.
- B. Đ Với suy hô hấp typ II.

- C. S Tăng thông khí.
- D. S Tăng thông khí và suy hô hấp typ I.
- E. Đ Suy hô hấp typ II có thể xuất hiện.

14.

- A. S Trên 70% là bình thường.
- B. S Đo bằng CO.
- C. Đ Phổi căng giãn.
- D. Đ Có thể có rối loạn hạn chế.
- E. S Chúng đo những rối loạn thông khí tắc nghẽn.

15.

- A. Đ Cũng giãn tĩnh mạch da.
- B. Đ Tiến dần đến hôn mê.
- C. S Da ấm.
- D. Đ Do giãn mạch.
- E. Đ Và dấu hiệu "run chập chờn" (flapping tremor) có nhiều khả năng do giảm oxy mô.

16.

- A. S Điển hình là suy typ II.
- B. S Liệt cơ hô hấp gây suy typ II.
- C. Đ Điển hình là PaCO_2 bình thường.
- D. Đ.
- E. S Gây suy cấp typ II - ngạt thở.

17.

- A. Đ Gây giảm thông khí phế nang.
- B. Đ Liệt các cơ hô hấp.
- C. S Gây giảm oxy máu đơn độc.
- D. S Suy hô hấp typ I.
- E. S Hen nặng, ở giai đoạn cuối có tăng PaCO_2 .

18.

- A. Đ kPa của oxy giảm với tốc độ cao.
- B. S Được chỉ định khi $\text{PaO}_2 < 7,3$ kPa trong khí thở.
- C. Đ Cũng gặp ở những trường hợp khác khi Hb bão hoà tối đa.
- D. S Chỉ gặp ở trẻ em mới đẻ.
- E. Đ Các loại shunt này có thể ở trong hoặc ngoài phổi.

19.

- A. S Nồng độ cao oxy là chống chỉ định.
- B. Đ
- C. Đ Giúp cho việc điều trị bằng oxy có kiểm soát.
- D. S Chỉ cần làm ẩm khi dùng mặt nạ có nồng độ cao.
- E. S Có thể xảy ra sau > 24 giờ với > 40% oxy.

20.

- A. S Lưu lượng tim thường giảm.
- B. Đ Làm tăng sự oxy hoá ở những vùng bị xẹp.
- C. S Có thể dùng mặt nạ đeo thật khít vào mặt.

D. S Có thể xảy ra với mọi kiểu thông khí cơ học.

E. Đ

21.

A. S Điều trị oxy có kiểm soát tốt nhất là dùng Ventimask hoặc canun mũi.

B. S Dùng thuốc kích thích hô hấp trung ương.

C. S Ưc chế hô hấp và ứ trệ đờm.

D. S Làm giảm co thắt phế quản.

E. Đ Ở bệnh nhân tâm phế mạn và viêm phế quản mạn tính.

22.

A. S Có dịch rỉ giàu protein.

B. Đ Biểu hiện bệnh lý ở nhiều cơ quan.

C. S Diễn hình là các ran nổ.

D. Đ Hình "thủy tinh mờ" trên phim X quang phổi do phù phế nang.

E. Đ Nhưng không phải ở tất cả các trường hợp.

23.

A. S Parainfluenza 1, 2, 3.

B. S Diễn hình là *H. influenza*.

C. Đ Cũng có thể gây viêm phổi.

D. S Cúm A, B, RSV và parainfluenza.

E. Đ.

24.

- A. Đ Bởi vậy miễn dịch có tác dụng bảo vệ hạn chế.
- B. S Một đến ba ngày.
- C. Đ Thỉnh thoảng.
- D. Đ Cũng có thể là viêm tiểu phế quản, phế quản - phế viêm và bội nhiễm vi khuẩn.
- E. Đ Cũng có thể tiến triển nhanh và gây tử vong.

25.

- A. Đ Cũng có thể giống như sổ mũi.
- B. Đ Hoặc *Haemophilus influenzae*.
- C. Đ Kèm thở rít hoặc khó thở.
- D. Đ
- E. S Ran nổ gợi ý bệnh đường hô hấp dưới.

26.

- A. Đ Kèm đau đầu, chán ăn và đau cơ.
- B. S Trẻ nhỏ tuổi và trung niên.
- C. S Các dấu hiệu đông đặc.
- D. Đ Nhiễm vi khuẩn huyết và tăng bạch cầu trên 20.000 là có tiên lượng xấu.
- E. Đ Cũng có thể gặp ở nhiều bệnh sốt cấp tính khác.

27.

- A. S
- B. Đ Ít khi viêm cơ tim.

- C. Đ Choáng nhiễm khuẩn huyết có tiên lượng xấu.
- D. Đ Nếu gõ phổi thấy đục như đá là có khả năng đúng.
- E. S Áp xe dưới cơ hoành cũng có thể gây tràn dịch màng phổi hoặc viêm mủ màng phổi.

28.

- A. Đ Bởi vậy nhất thiết phải cấy đờm và cấy máu.
- B. Đ Một thể bệnh của viêm phổi mưng mủ.
- C. Đ Trong trường hợp này bệnh diễn biến rất nhanh.
- D. Đ Nhiễm khuẩn phổi có thể là hiện tượng thứ phát.
- E. Đ Có chỉ định dùng flucloxacillin hoặc erythromycin

29.

- A. S Đông đặc và có khi phá huỷ thành hang.
- B. Đ.
- C. Đ Có thể có máu.
- D. S Ceftazidim và ciprofloxacin cũng có tác dụng.
- E. S Thường gặp ở những người vốn có sức khoẻ kém từ trước, thí dụ người nghiện rượu.

30.

- A. Đ.
- B. Đ Ít khi là thiếu máu nặng; thiếu máu gợi ý cho chẩn đoán.
- C. Đ Ngược lại với viêm phổi do phế cầu khuẩn.
- D. Đ Ngược lại với viêm phổi do vi khuẩn.
- E. Đ Đây là những thuốc đầu tay để điều trị bệnh này.

31.

- A. S Truyền bệnh bằng đường hô hấp.
- B. Đ Những triệu chứng tiêu hoá gợi ý cho chẩn đoán.
- C. Đ Hay gặp hơn ở những bệnh viêm phổi khác.
- D. Đ Ngược lại với viêm phổi điển hình do vi khuẩn.
- E. Đ Kéo dài ít nhất 14 ngày.

32.

- A. Đ
- B. Đ Một bệnh nhân sốt bao giờ cũng cần được chụp X quang phổi.
- C. S Thường gặp hơn trong nhiễm khuẩn do phế cầu.
- D. Đ Có thể giảm bạch cầu trong nhiễm khuẩn nặng do phế cầu.
- E. Đ Ít gặp trong bệnh do phế cầu khuẩn.

33.

- A. Đ Dùng với liều cao 120mg/kg/ngày.
- B. Đ.
- C. Đ Có ích nhưng không phải lúc nào cũng chữa khỏi bệnh.
- D. Đ Hoặc famciclovir.
- E. Đ.

34.

- A. S Xảy ra ở trẻ nhỏ và người cao tuổi.
- B. Đ Thường do tụ cầu.
- C. S Điển hình là tăng bạch cầu.

- D. S Gợi ý viêm phổi thùy.
- E. Đ Đặc biệt ở những trẻ nhỏ bị nhiễm khuẩn nặng.

35.

- A. Đ Đờm mủ mạn tính và ran nổ khu trú có tác dụng gợi ý.
- B. S Diễn hình là tổn thương thùy hoặc phân thùy.
- C. Đ Tác nghẽn một phần phế quản mà không gây xẹp cũng có thể làm như vậy.
- D. Đ Nhưng cũng có thể chỉ là nhẹ hoặc không có.
- E. Đ Đặc biệt khi hít phải dịch dạ dày.

36.

- A. Đ Mô phổi đã bị tổn thương sẽ bị nhiễm vi khuẩn thứ phát.
- B. Đ Gây xẹp thùy hoặc ngăn cản khạc đờm.
- C. Đ.
- D. S Tác nghẽn sẽ làm xuất hiện những dấu hiệu xẹp.
- E. Đ Có thể thấy hình mức nước nằm ngang trên phim X quang phổi.

37.

- A. S Nổi bật là những người cao tuổi.
- B. Đ Cũng ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch khác.
- C. Đ Ngày nay ít gặp *Mycobacterium bovis*.
- D. Đ Do mất miễn dịch.
- E. S Nhiễm khuẩn "nằm ngủ" nay hoạt động trở lại: tình huống này hay gặp hơn.

38.

- A. S Diễn hình là không có triệu chứng.
- B. Đ Các hạch trung thất, hạch cổ hoặc hạch mạc treo hay bị tổn thương nhất.
- C. S Gợi ý bệnh sarcoid.
- D. Đ Cũng có thể có các sarcoid phổi.
- E. S Diễn hình là hiện tượng tăng cảm kèm test tuberculin trong da dương tính.

39.

- A. Đ Khởi phát bệnh có thể đột ngột hoặc tiệm tiến.
- B. Đ Giảm huyết cầu toàn thể hoặc phản ứng kiểu bạch cầu.
- C. Đ Nhưng X quang phổi thường có hình ảnh bệnh lý.
- D. Đ Triệu chứng hô hấp cũng có thể chỉ sơ sài.
- E. Đ Cây nước tiểu, đờm hoặc tuỷ có thể dương tính.

40.

- A. S Diễn hình là BK dương tính trong đờm.
- B. Đ Nhưng bất cứ thuy nào cũng có thể bị tổn thương.
- C. Đ Ngược lại với bệnh tiên phát.
- D. S Không hay gặp.
- E. Đ Là đặc hiệu.

41.

- A. Đ Hang bội nhiễm.
- B. Đ Phối hợp với kích thích miễn dịch mạn tính.

- C. Đ Do lan tràn đường máu.
- D. Đ Ho khạc đờm mạn tính gợi ý chẩn đoán.
- E. Đ Do hình thành áp xe ở đốt sống hoặc cạnh cột sống.

42.

- A. S Có thể có âm tính giả.
- B. Đ Giữa 2 và 4 ngày.
- C. Đ Biểu hiện nhiễm khuẩn hoạt động hoặc có tiền sử nhiễm khuẩn.
- D. S Cục cứng lan toả ở da và cũng có thể có hoại tử.
- E. S Có thể có dương tính giả.

43.

- A. Đ Làm giảm sự kháng thuốc và rút ngắn thời gian điều trị.
- B. S Sau 1 tuần dùng thuốc, bệnh nhân không còn khả năng làm lây bệnh cho người khác.
- C. S Các phác đồ điều trị 6 và 9 tháng đã được chứng minh là có kết quả tốt.
- D. S Các thuốc này có tác dụng tốt trong điều trị lao màng não.
- E. S Lý do thường gặp hơn là bệnh nhân không thực hiện tốt chế độ điều trị.

44.

- A. S • Gây rối loạn tiền đình và điếc.
- B. S Bệnh tổn thương nhiều thần kinh.

- C. S Ethambutol gây viêm dây thần kinh thị giác.
- D. Đ Rifampicin cũng vậy.
- E. S Streptomycin gây biến chứng này.

45.

- A. S Trừ khi bệnh nhân này trước đây chưa được tiêm chủng và gần đây có tiếp xúc với nguồn lây.
- B. Đ Dùng isoniazid trong 12 tháng.
- C. Đ Để phòng ngừa sự xuất hiện của lao khó chữa ở bệnh nhân AIDS.
- D. Đ Làm giảm nguy cơ lao kê hoặc lao màng não.
- E. Đ Miễn là trước đây chưa được tiêm phòng lao.

46.

- A. S Không có phối hợp.
- B. Đ Thường ở trong một hang lao.
- C. Đ Bệnh nặng, tiến triển rất nhanh.
- D. Đ Điển hình với những biểu hiện cò cử, thâm nhiễm phổi và tăng bạch cầu ái toan trong máu.
- E. S Đáp ứng miễn dịch typ III và IV.

47.

- A. S Phản ứng tăng cảm nhanh.
- B. Đ Chảy nước mũi và ngạt mũi.
- C. S Chỉ chảy nước mũi.
- D. Đ Cho phép xác định được dị nguyên gây bệnh.
- E. Đ Uống thuốc kháng histamin và xịt steroid cũng có kết quả tốt.

48.

- A. Đ Có thể có cả viêm mũi dị ứng hoặc eczema.
- B. S Không hay gặp nhưng các test da giúp xác định thể tạng dị ứng.
- C. Đ Đôi khi không có kết quả rõ rệt.
- D. Đ Chẳng hạn hen, viêm mũi dị ứng hoặc eczema.
- E. S Có *Aspergillus fumigatus* trong đờm có thể gợi ý bệnh nấm *Aspergillus fumigatus* phổi - phế quản.

49.

- A. S Cũng còn gặp ở người không hút thuốc lá.
- B. S Không có thể tạng dị ứng.
- C. Đ Nhiễm khuẩn cũng gây hen.
- D. Đ Ngược lại với hen phế quản sớm.
- E. Đ Và không có thể tạng dị ứng.

50.

- A. Đ Nhưng ở những cơn hen nguy kịch có thể có nhịp tim chậm.
- B. S Thường dưới 50% của PEF.
- C. Đ Nhưng có thể giảm trong những cơn hen nặng.
- D. S $\text{PaO}_2 < 8 \text{ kPa}$.
- E. Đ PaO_2 có thể bình thường cho đến những giai đoạn muộn.

51.

- A. S Phải dùng nồng độ cao.
- B. Đ Cũng có thể tiêm tĩnh mạch thuốc chủ vận beta 2.

- C. S Không có tác dụng trong những cơn cấp.
- D. Đ Trong những cơn nặng dùng corticoid ít nhất 7 ngày.
- E. Đ Để loại trừ tràn khí màng phổi và suy hô hấp.

52.

- A. Đ
- B. Đ Và IgE tăng trong huyết thanh.
- C. S *Aspergillus fumigatus*.
- D. Đ Có thể gặp thâm nhiễm phổi mau bay.
- E. Đ Có thể cần phải dùng lâu dài corticoid liều thấp.

53.

- A. Đ Có thể kèm theo bệnh nhược cơ.
- B. Đ Trung thất trước trên.
- C. S Khôi mớ ở đỉnh phổi.
- D. Đ Bóng mờ sau tim.
- E. Đ Có thể có nhiều.

54.

- A. S Gợi ý có liệt dây thanh âm.
- B. Đ Có thể có tác nghẽn.
- C. S Là một nguyên nhân gây khàn giọng.
- D. Đ Do liệt dây thanh quản quặt ngược trái.
- E. Đ Giọng nói có thể không bị thay đổi.

55.

- A. Đ Và bệnh giun Toxocara.
- B. S Tăng bạch cầu ái toan trong máu là yếu tố cần thiết cho chẩn đoán.
- C. S Có thể không có cò cử.
- D. Đ Hoặc imipramin hoặc phenylbutazon.
- E. Đ Nhiều bóng mờ trên phim X quang phổi và tăng bạch cầu ái toan.

56.

- A. S Đặc điểm là khó thở cấp mà không có cò cử.
- B. Đ Có thể có những triệu chứng giống cúm.
- C. Đ Diễn hình là ở cả hai bên.
- D. S Không có tắc nghẽn đường thở.
- E. Đ Cũng có thể dương tính ở người bình thường.

57.

- A. S Tăng thể tích khí cặn.
- B. S Giảm yếu tố chuyển dời khí gợi ý sự có mặt của giãn phế nang.
- C. S Tăng tiết dịch nhầy.
- D. S Giảm tỷ số FEV/FVC.
- E. S Triệu chứng tồn tại ít nhất trong 3 tháng liên và diễn ra tối thiểu trong 2 năm liên tiếp.

58.

- A. S Thường phối hợp với viêm phế quản mạn tính.
- B. S Thường thường suy hô hấp là biến chứng muộn.
- C. Đ Ngược lại với viêm phế quản mạn tính không biến chứng.
- D. Đ Trong viêm phế quản mạn tính thì triệu chứng ho nổi bật.
- E. Đ Nhưng rất hiếm.

59.

- A. S Rõ nhất khi thở ra.
- B. Đ.
- C. Đ Là dấu hiệu của căng giãn ngực.
- D. Đ Và những cơ hô hấp phụ khác.
- E. S Thông thường nghe phổi không có tạp âm.

60.

- A. Đ Gợi ý cao áp động mạch phổi.
- B. Đ Là dấu hiệu của căng giãn ngực.
- C. S Mạch máu ngoại vi cơ thể thưa thớt.
- D. S Dấu hiệu suy thất trái.
- E. S Dấu hiệu suy thất trái.

61.

- A. Đ Dễ bị nhiễm khuẩn tái phát.
- B. Đ Ứ đọng và nhiễm khuẩn các chất nhầy phế quản.

- C. Đ Rối loạn nhung mao phế quản và nhiễm khuẩn tái phát.
- D. Đ Nút nhảy ở đường thở.
- E. S.

62.

- A. S Rất nhiều đờm mủ.
- B. Đ Viêm phổi tái phát.
- C. Đ Thử phát sau quá trình viêm ở phế quản.
- D. Đ Biến chứng viêm phổi.
- E. Đ Khi có nhiều đờm.

63.

- A. Đ Ít nhất cũng là như vậy
- B. S Đôi khi cũng phẫu thuật nếu tổn thương chỉ khu trú gọn ở một thùy.
- C. S Chỉ khi nào đờm tăng nhiều và có dấu hiệu nhiễm khuẩn.
- D. Đ Hoặc chụp phế quản để xem bệnh lan tràn đến đâu.
- E. Đ Dự trữ hô hấp sẽ bị tổn thương.

64.

- A. Đ Thường gọi là giãn phế nang tắc nghẽn.
- B. S Không, nếu có giãn phế nang tắc nghẽn.
- C. Đ Nhiễm khuẩn xuất hiện với tần suất thay đổi.

- D. Đ Dấu hiệu lâm sàng có thể khó thấy.
- E. S Phế quản gốc phải ở tư thế thẳng đứng hơn.

65.

- A. S Nam giới trẻ hoặc nữ giới trẻ.
- B. Đ Rất hiếm.
- C. Đ Là các u mạch máu.
- D. Đ Do tắc nghẽn phế quản.
- E. Đ Do tắc nghẽn phế quản.

66.

- A. S 50% những ca tử vong do ung thư ở nam giới.
- B. S Đờm dầy máu ở người hút thuốc lá thì điển hình hơn.
- C. S Ung thư biểu mô dạng biểu bì (squamous) 50%, ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma) 15%.
- D. Đ Như trong trường hợp u trung biểu mô.
- E. Đ Là căn nguyên chính.

67.

- A. S 10% có thể điều trị ngoại khoa.
- B. S Tổn thương một phế quản có thể không có biểu hiện lâm sàng.
- C. S Chỉ đúng với ung thư biểu mô dạng biểu bì đã được phẫu thuật.
- D. S Đờm hoặc mô di căn cũng có thể dùng để làm xét nghiệm tế bào học được.
- E. S Ít khi gặp ở ung thư tế bào nhỏ.

68.

- A. Đ Có mất điều hoà và rung giật nhãn cầu.
- B. Đ Hội chứng Eaton-Lambert.
- C. Đ Thường là hai bên.
- D. Đ Thường là cảm giác - vận động ở đầu chi.
- E. Đ Ban ở da và đau cơ ở gốc chi.

69.

- A. Đ Cũng gặp ở bệnh bạch cầu lympho bào mạn tính và bệnh Hodgkin.
- B. Đ Giảm natri máu là biểu hiện chính.
- C. Đ Giảm kali máu, nhiễm sắt và đau cơ ở gốc chi.
- D. S Các di căn xương PTH do hormon cận giáp thường không gây tăng calci máu ác tính.
- E. S Điển hình là loại ung thư biểu mô dạng biểu bì ngoại vi.

70.

- A. S Điển hình là suy hô hấp typ I.
- B. Đ Có hoặc không kèm theo bệnh mô liên kết.
- C. Đ Nhưng không gặp ở viêm phế nang dị ứng ngoại lai.
- D. S Khó thở, ho khan và ran nổ.
- E. Đ Nhưng đây không phải là hoàn toàn đặc hiệu.

71.

- A. S Không tiến triển nếu không có xơ phổi nặng tiến triển.
- B. S Phụ thuộc vào hình ảnh X quang.
- C. Đ Có thể phá huỷ thành hang.

- D. Đ Thường do hút thuốc lá.
- E. S Thường không có dấu hiệu đặc hiệu.

72.

- A. Đ Diễn hình là những biến đổi của thủy trên.
- B. Đ Đặc hiệu nhưng không có độ nhạy cao.
- C. S Tiếp tục tiến triển mặc dù đã giảm tiếp xúc.
- D. Đ Hội chứng Caplan.
- E. Đ Nhưng ngày nay hiếm gặp.

73.

- A. S Hay vô hiệu hoá.
- B. S Nhưng không làm tăng nghi ngờ về căn nguyên ác tính.
- C. Đ Mặc dù cũng có thể gặp ở viêm phế nang xơ hoá vô căn.
- D. S Rối loạn thông khí hạn chế hơn là rối loạn tắc nghẽn.
- E. S Ít khi cần thiết.

74.

- A. S Bụi bông gây bệnh phổi bụi bông, cây mía mốc gây bệnh bụi bã mía.
- B. Đ Các kháng nguyên nấm *Micropolyspora faeni*.
- C. S Thiếc gây bệnh nhiễm độc thiếc, oxid sắt gây bệnh nhiễm sắt phổi.
- D. Đ Thường là chim bồ câu hoặc vịt đuôi dài.
- E. S Gây bệnh phổi của người trồng lúa mạch.

75.

- A. S Bệnh u hạt phá huỷ, thí dụ bệnh lao mới kèm theo phá huỷ thành hang.
- B. S Diễn hình là âm tính.
- C. S Hồng ban nút là tổn thương da điển hình.
- D. S Diễn biến bình thường ở giai đoạn 1 và giai đoạn 2 của bệnh.
- E. S Do tăng độ nhạy với vitamin D.

76.

- A. Đ Thường là hai bên.
- B. Đ Diễn hình là dây thần kinh VII.
- C. Đ Hoặc viêm màng bồ đào.
- D. S Bệnh khớp không loét hoặc kén xương.
- E. Đ Hoặc các tuyến lệ hoặc các tuyến nước bọt khác.

77.

- A. S Dịch thấm trong suy tim sung huyết.
- B. Đ Đôi khi có máu hoặc có bạch cầu ái toan.
- C. Đ Hay gặp nhất ở bên phải.
- D. Đ Tăng bạch cầu đa nhân trung tính.
- E. S Giảm nhiều albumin máu gây dịch thấm.

78

- A. Đ Gõ phổi đục như đá và rung thanh giảm hoặc mất.
- B. S Dịch rỉ hay phổi hợp với căn nguyên ác tính.

- C. S Tràn dịch màng phổi có thể là dấu hiệu X quang duy nhất.
- D. S Có thể gặp ở bệnh viêm khớp dạng thấp hoặc lupus ban đỏ hệ thống.
- E. Đ Dịch có nhiều chylomicron.

79.

- A. S Diễn hình là một bên.
- B. Đ Hoặc chọc hút màng phổi có mủ.
- C. Đ Gợi ý áp xe phổi, kháng với kháng sinh hoặc tăng cảm.
- D. Đ Có thể có biến chứng nhiễm khuẩn dưới cơ hoành.
- E. S Thường âm tính sau khi dùng kháng sinh.

80.

- A. Đ Tràn khí màng phổi nhỏ có thể không có triệu chứng.
- B. S Trung thất bị đẩy gợi ý tràn khí có su-páp.
- C. S Rì rào phế nang giảm hoặc mất.
- D. Đ Có khi phải cắt màng phổi.
- E. Đ Nhất là khi tổn thương ở hai bên.

10

Các bảng tra cứu

Bảng 10.1. Ho

Nhiễm khuẩn (vi khuẩn, virus).	Ung thư phổi
Sau nhiễm khuẩn.	U lympho, ung thư trung thất
Hút thuốc lá.	Giãn phế quản
Viêm mũi (dị ứng, vận mạch, sau nhiễm khuẩn).	Tim (suy tim sung huyết, phù phổi, hẹp van hai lá, viêm màng ngoài tim).
Hen phế quản.	Do hít
Tiếp xúc các chất kích thích (khói, khí trời lạnh...).	Viêm thanh quản, màng phổi, cơ hoành, trung thất.
Do thuốc (chủ yếu là thuốc ức chế men chuyển, chẹn beta...).	Bệnh nhảy nhót.
Trào ngược dạ dày - thực quản.	Lo âu.
Bệnh phổi kẽ.	Căn nguyên khác: nghẽn mạch phổi, hít phải dị vật, phình động mạch chủ...

Bảng 10.2. Nguyên nhân chính của ho ra máu.

Thường gặp: Chưa rõ căn nguyên Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính Giãn phế quản Ung thư phổi Lao hoạt động/ không hoạt động Chấn thương ngực.	Ít gặp: Viêm mạch phổi Dị dạng động - tĩnh mạch U lành Dị vật Hẹp van hai lá Rối loạn đông máu.
---	--

Bảng 10.3. Nguyên nhân chính của khó thở

Tim mạch: Phù phổi Suy tim sung huyết Bệnh van tim Bệnh cơ tim Bệnh mạch vành Hô hấp: Hen phế quản, giãn phế quản, viêm phế quản. Ung thư phổi. Giãn phế nang. Viêm phế nang xơ hoá. Tràn dịch màng phổi. Nghẽn mạch phổi. Thần kinh cơ: Hội chứng Guillain - Barré. Vẹo cột sống. Viêm đốt sống cứng khớp. Nhược cơ. Tăng thông khí. Nhồi máu thân não. Thở Cheyne - Stokes.	Do thuốc: Ngộ độc salicylat Máu: Thiếu máu Thận: Suy thận Giảm albumin máu Chấn thương: Tổn thương lồng ngực Chuyển hoá và nội tiết: Nhiễm toan xêton do đái tháo đường Béo phì Nguyên nhân khác: Lo âu Tăng thông khí Cơ hoảng sợ v.v...
---	--

Bảng 10.4. Khàn giọng

Viêm mũi dị ứng Nhiễm khuẩn (viêm thanh quản, viêm nắp thanh quản, viêm khí quản, bạch hầu). Polyp dây thanh. Nói to Chất kích thích (khói thuốc lá). Chấn thương dây thanh (nội khí quản) Ung thư xâm lấn vào dây thanh (tiền phát và di căn)	Tổn thương thần kinh (bệnh xơ cứng rải rác, bệnh xơ cứng cột bên teo cơ...) Tổn thương nội tiết (dậy thì, mãn kinh, nhược giáp) Nguyên nhân khác (kèn thanh quản, tâm lý, rối loạn căng cơ).
---	---

Bảng 10.5. Tái tim

Bệnh tim bẩm sinh có shunt phải → trái. Nghẽn mạch phổi Giảm oxy mô. Phù phổi Bệnh phổi (bệnh lý khuếch tán oxy và thông khí phế nang).	Bệnh hemoglobin Giảm lưu lượng tim Cơ mạch Nghẽn tiểu động mạch Rò động - tĩnh mạch phổi.
--	--

Bảng 10.6. Ngón tay dùi trống

Ung thư phổi (phổi, màng phổi). Các ung thư khác (tiêu hoá, gan, Hodgkin, tuyến ức). Nhiễm khuẩn phổi (mủ màng phổi, áp xe, giãn phế quản, lao, viêm phổi mạn tính). Nhiễm khuẩn ngoài phổi (viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn bán cấp, lao ruột, ly trực khuẩn hoặc ly amip). Bệnh bụi phổi. Bệnh nhảy nhót.	Bệnh sarcoid. Bệnh tim bẩm sinh tái tim. Viêm ruột. Bệnh Sprue. Bệnh gan mạn tính. Bệnh tim bẩm sinh. Vô căn. Di truyền. Chấn thương mạn tính.
--	---

Bảng 10.7. Hôi miệng

Hút thuốc lá. Uống rượu. Khô miệng (thở bằng mồm, uống nước không đủ). Thức ăn (hành, tỏi, thịt...). Bệnh ở miệng hoặc mũi (nhiễm khuẩn, ung thư, viêm...).	Thuốc (kháng histamin, chống trầm cảm). Bệnh toàn thân (đái tháo đường, urê huyết...). Bệnh tiêu hoá (túi thừa thực quản, thoát vị hoành, trào ngược dạ dày - thực quản). Viêm xoang. Bệnh phổi (giãn phế quản, viêm phổi, ung thư, lao).
---	---

Bảng 10.8. Tổn thương phổi

Lao Viêm phổi do Legionella Viêm phổi do Mycoplasma. Viêm phổi do virus Viêm phổi do <i>Pneumocystis carinii</i> Viêm phổi tăng cảm Viêm phổi hít.	Bệnh nấm (nhiễm nấm Aspergillus, Histoplasma) Hội chứng suy hô hấp cấp kèm viêm phổi. Bệnh sarcoid. Bệnh sốt vẹt (Psittacosis). Vật nhên mạch nhiễm khuẩn. Ung thư di căn Hạt dạng thấp.
--	--

Bảng 10.9. *Tràn dịch màng phổi.*

<i>Dịch rỉ:</i> Ung thư: ung thư phế quản, ung thư vú, u trung biểu mô, u lymphom, ung thư buồng trứng, đa u tuỷ, bệnh bạch cầu. Nhiễm khuẩn: viêm phổi do virus, viêm phổi do vi khuẩn, Mycoplasma, lao, nấm và các loại ký sinh trùng. Chấn thương Bệnh mạch máu tạo keo: lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, xơ cứng bì... Nhồi máu phổi. Viêm tụy Sau thủ thuật mở tim/ Hội chứng Dressler.	Lupus ban đỏ do thuốc (hydralazin, procainamid). Sau phẫu thuật bụng Vỡ thực quản. Tràn dịch mạn tính sau suy tim sung huyết. <i>Dịch thấm:</i> Suy tim sung huyết. Xơ gan Hội chứng thận hư. Giảm protein máu do bất cứ nguyên nhân nào. Hội chứng Meigs.
---	--

Bảng 10.10. *Tràn dịch màng phổi do thuốc*

Các thuốc gây lupus ban đỏ hệ thống (diphenylhydantoin, hydralazin, isoniazid, procainamid). Các thuốc làm xơ hoá trong điều trị giãn tĩnh mạch thực quản. Điều trị hoá chất (methotrexat, procarbazin).	Bromocriptin Dantrolen Methysergid Nitrofurantoin Amiodaron L-Tryptophan
---	--

Bảng 10.11. Xét nghiệm đặc biệt trong tràn dịch màng phổi

	Dịch thấm	Dịch rỉ
Hồng cầu	< 10.000/ml	> 1.000.000/ml gợi ý ung thư, nhồi máu, chấn thương; 10.000 - 100.000/ml không xác định.
Bạch cầu	< 100/ml	Thông thường > 1000/ml
Công thức bạch cầu	Thông thường > 50% tế bào lympho hoặc đơn nhân	> 50% tế bào lympho (lao, ung thư) > 50% bạch cầu đa nhân (viêm cấp).
pH	> 7,3	< 7,3 (viêm)
Glucose	Giống như glucose máu	Hạ thấp (nhiễm khuẩn). Rất thấp (viêm khớp dạng thấp, hãn hữu là ung thư).
Amylase		> 500 đơn vị/ml (viêm tụy, hãn hữu là ung thư, nhồi máu).
Protein đặc trưng		Các thành phần C3, C4 của bổ thể đều thấp (lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp). Yếu tố thấp. Yếu tố kháng nhân.

Bảng 10.12. Bảng tổng hợp các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh viêm phổi do vi khuẩn, virus và vi sinh vật giống virus.

	Viêm phổi do vi khuẩn	Viêm phổi do virus hoặc vi sinh vật giống virus
Khởi phát bệnh	Thường đột ngột	Thường tiệm tiến (2-3 ngày). Đau họng. Viêm thanh quản. Viêm mũi. Viêm khí quản.
Đau cơ - Đau đầu - Sợ ánh sáng	±	++

Bảng 10.12. (tiếp)

Đau ngực	Điểm đau ngực	Đau ngực do ho
Sốt	39° - 40°C	38°C
Rét run	+ (Phế cầu khuẩn)	± Bệnh cúm
Ho	Nhiều đờm nhầy mù, rỉ sắt (phế cầu khuẩn)	Ho khan hoặc ít đờm nhầy, đôi khi có tia máu.
Triệu chứng thực thể	Hội chứng đông đặc	Ồ ran nổ hai thì
Triệu chứng X quang	Hội chứng phế nang nổi bật. Bóng mờ có hệ thống hoặc không, hình ảnh phế quản hơi. Phù hợp với triệu chứng thực thể.	Hội chứng kẽ nổi bật. Bóng mờ ở xa rốn phổi; hình ảnh "thủy tinh mài" hoặc thâm nhiễm. Hình ảnh thay đổi từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác.
Xét nghiệm vi khuẩn học đờm:		
Tim BK	Âm tính	Âm tính
Tim các mầm bệnh khác	Dương tính (đôi khi âm tính)	Âm tính (trừ khi bội nhiễm)
Huyết đồ	Tăng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính (trước khi điều trị)	Giảm bạch cầu hoặc bình thường
Phản ứng huyết thanh làm nhiều lần, mỗi lần cách nhau vài ngày.	Âm tính	Tăng rõ rệt các kháng thể.
Tim ổ nhiễm khuẩn (tai-mũi-họng, răng...)	Thường dương tính	Âm tính

Bảng 10.13. Viêm phổi cấp tính do vi khuẩn. Chỉ định điều trị

Tác nhân gây bệnh	Kháng sinh (1)	
	Dùng đầu tiên	Các loại khác
<i>Pneumococcus</i> (phế cầu khuẩn)	Penicillin G Ampicillin	Macrolid
<i>Staphylococcus</i> (tụ cầu khuẩn)	Methicillin Aminoglycosid	Cephalosporin Vancomycin
<i>Streptococcus</i> (liên cầu khuẩn)	Penicillin G	Macrolid
<i>Klebsella</i>	Aminoglycosid	Cephalosporin Kanamycin
<i>Haemophilus</i>	Ampicillin	Cephalosporin Quinolon
<i>E.coli</i>	Aminoglycosid	Ampicillin Cephalosporin
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Aminoglycosid Cephalosporin (3G)	Imipenem Quinolon
Tác nhân yếm khí	Penicillin G Metronidazol	Clindamycin Cephalosporin
<i>Legionella pneumophila</i>	Macrolid	Rifampicin

(1) Chỉ kể một số ít kháng sinh để làm ví dụ

(3G = thế hệ 3).

Bảng 10.14. Suy hô hấp cấp tính

Bilan lâm sàng: tìm các dấu hiệu nặng về hô hấp, huyết động, thần kinh - tâm thần (khó thở, ý thức, choáng, tái tím).

Bilan cận lâm sàng: X quang phổi, điện tim, khí trong máu, xét nghiệm sinh học thường dùng.

Năm (5) nguyên nhân nghĩ đến đầu tiên	
Căn nguyên	Biện luận chẩn đoán
Suy hô hấp mạn tính mất bù	Bệnh học phổi chung (bệnh phổi - phế quản mạn tính tắc nghẽn, thuốc lá...). Tiền sử Ran phế quản rải rác Xuất hiện dần dần
Hen cấp tính nặng	Hen đã biết từ trước Tiền sử Ran rít rải rác (nhưng nặng nhất là: nghe phổi không thấy ran). Cơ hen không đáp ứng với các thuốc điều trị thường dùng. $\text{PaCO}_2 > 28 \text{ mmHg}$
Nghẽn mạch phổi	Bệnh cảnh (nằm lâu, suy thất phải...) Tiền sử viêm tĩnh mạch và/hoặc nghẽn mạch phổi. Khởi đầu rất đột ngột +/- đau ngực. X quang phổi bình thường hoặc động mạch phổi to, nhưng phổi vẫn sáng.
Phù phổi cấp tính	Đang bị bệnh tim (suy tim, hẹp van hai lá...). Tiền sử. Khó thở khi nằm + ran nổ
Bệnh phổi nhiễm khuẩn nặng	Cơ địa người cao tuổi, trẻ còn bú, người nghiện ma túy, suy giảm miễn dịch (HIV...). X quang phổi. Khạc đờm mủ (đôi khi); sốt.

Những căn nguyên khác	
Phổi "trắng" X quang	Phổi không trắng
Phù mô kẽ và phế nang trên phim X quang (= phổi trắng) = phù phổi cấp có áp lực tĩnh mạch trung tâm thấp (phù tổn thương). Bệnh cảnh gợi ý: • do hít; chết đuối, hơi độc. • choáng nhiễm khuẩn • nhiễm khuẩn nặng • viêm màng bụng; viêm tụy • bồng rộp...	Tràn khí màng phổi có su páp (soupape) Tràn dịch màng phổi nặng. Thuốc: barbituric, opi, benzodiazepin, thuốc an thần, chống trầm cảm ba vòng. Nhiễm độc CO nặng Nghẽn tắc thanh - khí quản Liệt hô hấp: nhược cơ, viêm nhiều rễ thần kinh, viêm tuỷ xám.

Bảng 10.15. Nguyên nhân tăng thông khí kéo dài.

Xơ phổi Nhiễm toan chuyển hoá (đái tháo đường, tăng urê máu...). Bệnh hệ thần kinh trung ương (tổn thương não giữa và cầu não. Hôn mê.	Ngộ độc salicylat Sốt Tâm lý (lo âu...).
--	---

Bảng 10.16. Nguyên nhân tăng khí carbonic huyết kéo dài.

Phổi bình thường: • Rối loạn hệ thần kinh trung ương (bệnh mạch máu não, bệnh Parkinson, viêm não). • Nhiễm kiềm chuyển hoá. • Phù niêm • Giảm thông khí phế nang tiên phát • Tổn thương tuỷ sống	• Bệnh lồng ngực (gù vẹo, viêm đốt sống cứng khớp). • Bệnh thần kinh cơ (nhược cơ, hội chứng Guillain - Barré, loạn dưỡng cơ, viêm tuỷ xám...). Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
--	---

Bảng 10.17. Nguyên nhân nhiễm khuẩn hô hấp

Giảm oxy máu:	Sốt
Phần lớn các bệnh phổi	Nhiễm khuẩn
Bệnh tim thực thể	Lo âu
Bệnh tim bẩm sinh với shunt phải → trái	Kích thích các thụ thể phổi ngoại vi
Suy tim sung huyết	Viêm phổi
Độ cao	Hen
Kích thích trung tâm hô hấp	Nghẽn mạch
Thuốc:	Phù phổi
Salicylat	Xơ phổi
Catecholamin	Bệnh màng phổi.
Theophyllin	<i>Sai lầm trong điều trị bằng máy thở.</i>
Doxapram	
Thừa progesteron	
Thai nghén	
Xơ gan	
Bệnh hệ thần kinh trung ương:	
Chảy máu dưới màng nhện	
Bệnh của trung tâm hô hấp	
Thở Cheyne - Stokes	

Bảng 10.18. Nguyên nhân nhiễm toan hô hấp

Rối loạn kiểm soát thông khí <i>Hệ thần kinh trung ương</i> Truy trung tâm hô hấp Thuốc gây mê Nhiễm độc thuốc Giảm thông khí trung ương tiên phát. Phù niêm (Myxedema). Điều trị oxy cho bệnh nhân tăng khí carbonic mạn tính. Ngủ <i>Bệnh thần kinh cơ ngoại vi</i> Bệnh thần kinh ngoại vi Tổn thương tuỷ sống Liệt dây thần kinh hoành Hội chứng Guillain - Barré. Nhược cơ Các tác nhân gây liệt. <i>Ngộ độc Clostridium botulinum</i>	Bệnh cơ Viêm cơ, Bệnh cơ, loạn dưỡng cơ. Mệt do giảm kali máu, giảm phosphat máu. Mệt trong bệnh tắc nghẽn đường thở <i>Bệnh chức năng phổi:</i> Bệnh phổi hạn chế Gù vẹo Mảng sườn di động Tắc nghẽn đường thở. Tắc nghẽn đường thở trên (khí quản, thanh quản, phế quản). Hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. <i>Shunt:</i> Bệnh tim bẩm sinh Có shunt trái → phải Shunt trong phổi Dị dạng động - tĩnh mạch Viêm phổi nặng, vật tắc nghẽn lớn <i>Sai lầm trong điều trị bằng máy thở.</i>
--	---

Bảng 10.19. Rối loạn chức năng phổi ở một số bệnh thường gặp

Bệnh	FVC	FEV ₁	FEV ₁ /FVC	RV	TLC	Khả năng khuếch tán
Hen	↓	↓	↓	↑	N/↑	N
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	N/↓	↓	↓	↑	N/↑	N/↓
Gù vẹo	↓	↓	N/↑	N/↓	↓	N
Xơ kè	↓	↓	N/↑	↓	↓	↓

↓ Giảm

↑ Tăng

N: Bình thường

Bảng 10.20. Rối loạn chính của khí trong máu động mạch

Bình thường	Nhiễm toan chuyển hoá	Nhiễm kiềm chuyển hoá	Nhiễm toan hô hấp	Nhiễm kiềm hô hấp
pH = $7,4 \pm 0,02$	↓	↑	↓	↑
HCO ₃ ⁻	↓	↑↑	↑ đến ↑↑↑	N hoặc ↓
PaCO ₂ = 40mmHg	↓	↑	↑	↓
PaO ₂ = 80 - 110mmHg (SaO ₂ = 96%)	↑ (nếu nhiễm toan do giảm oxy mô thì PaO ₂ thấp)	N*	↓	↑ (nếu giảm oxy mô gây tăng thông khí thì PaO ₂ tăng, ví dụ nghẽn mạch phổi)
Clo máu	↓ hoặc ↑ tùy căn nguyên	↓	↓	N hoặc ↑
Kali máu	↑	↓	↑	↓ vừa phải
Lỗ hổng anion (Na ⁺ + K ⁺) - (Cl ⁻ + HCO ₃ ⁻) N: 12 đến 16	↑ hoặc ↓ tùy căn nguyên	↓	N	N

* N = bình thường

Bảng 10.21. Các huyết tròn đơn độc ở phổi

<i>U ác tính:</i>	<i>U hạt</i>	<i>Nguyên nhân khác</i>
Ung thư phế quản	Bệnh do Histoplasma	Kén phế quản.
U tuyến phế quản	Lao	Dị dạng động - tĩnh mạch
Ung thư di căn	Bệnh do Coccidioidomyces	Phổi biệt lập
<i>U lành tính:</i>	Bệnh do Cryptococcus	U mạch máu xơ hoá
Loạn sản phổi (hamartoma)		Hạch bạch huyết trong phổi.
U xơ		

Bảng 10.22. Nửa vòm hoành cao

Ung thư (ung thư phế quản, ung thư trung thất, tổn thương trong gan) Nhiễm khuẩn (viêm phổi, mũ màng phổi, lao, áp xe dưới cơ hoành, áp xe gan) Xẹp phổi Vô căn Lỗi cơ hoành Rối loạn chức năng dây thần kinh hoành (viêm tuỷ, loạn trương lực cơ, zona).	Chấn thương dây thần kinh hoành hoặc cơ hoành (ví dụ phẫu thuật) Phình động mạch chủ Khối u trong bụng Nhồi máu phổi Tràn dịch màng phổi Điều trị tia xạ Gãy xương sườn
--	---

Bảng 10.23. Trung thất rộng trên phim X quang

U lympho: Bệnh Hodgkin và u lympho không Hodgkin	Bệnh hạch bạch huyết do bệnh phổi nhiễm bụi silic và những bệnh bụi phổi khác.
Bệnh sarcoid	Bệnh bạch cầu
Mạch máu: phình động mạch chủ, động mạch chủ giãn hoặc cong queo.	Nhiễm khuẩn: lao, viêm, bệnh Tularemia
Ung thư: phổi, thực quản	Tuyến giáp sau xương ức
Túi thừa thực quản	U tuyến ức
Thoát vị hoành	U quái
Chấn thương: chảy máu trung thất	Kén phế quản
Tràn khí trung thất	Kén ngoại tâm mạc
	U xơ thần kinh
	Sarcom thần kinh
	U hạch thần kinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A.P.Fishman, R.M.Kotkoff: Pulmonary diseases and disorders. Second edition. Companion handbook. McGraw-Hill, Inc., 1994.
2. B.Bates: A guide to physical examination and history taking. J. B. Lippincott Company Philadelphia. 1987.
3. B.R. Mackenna, R.Callender: Illustrated physiology. Sixth edition, Churchill Livingstone. 1998.
4. D.Gray, P.Toghill: An introduction to the symptoms and signs of clinical medicine. Arnold, London. 2001.
5. G.Robert Fraser, J.A.Peter Pare: Diagnosis of diseases of the chest. Vol.I + II W.B. Saunders Company. 1970.
6. H.L. Greene: Clinical medicine. Second edition. Mosby. 1996.
7. M.J.Ford, A.T.Elder: 1000 MCQs for Davidson's principles and practice of medicine. Churchill Livingstone. 1997.
8. P.P.O.Davies: Clinical tuberculosis. Second edition. Chapman & Hall medical. 1998.
9. R.L.De Gowing: Diagnostic examination. Sixth edition. McGraw-Hill, Inc., 1994.

10. R.Berkow et al: The Merck manual of diagnosis and therapy. Sixteenth edition. Merck & CO, Inc., USA. 1992.
11. S.D. Fihn, D.E. Dewitt: Outpatient medicine. W.B. Saunders Company.
12. S. Cochrane Shanks, Sir Peter Kerley: A text-bok of X-ray diagnosis. Vol. III. Respiratory system. W.B. Saunders Company, 1973.
13. T.Scratchered, J.I. Gillepsie: Aids to physiology. Third edition. Churchill Livingstone. 1997.
14. D. Vincent, D.Bayron et al: Le vade mecum du diagnostic. 2^e-édition. MMP editions. Masson. 2001.
15. D. Sicard, H.Bouchez: Mémento. Les examens complémentaires. 2^{eme}-édition. Maloine. 1995.
16. G.Huchon: Pneumologie pour le praticien. Masson, Paris. 2001.
17. J. Chrétien, J. Marsac: Pneumologie. Masson. 1990.
18. J. Thuillier, J.Duchior: Dictionnaire des médicaments et leur bon usage. Robert Laffont. 1996.
19. M. Leporrier: La petite encyclopédie médicale Hamburger. 18^e édition. Médecine - Sciences. Flammarion. 1994.
20. M.C. Renand: Sémiologie et observation médicale. Editions Estem & Med-line, 1996.

21. Y.Benl mou, S.Perrot: Thérapeutique 1995. Med-Line Edition. 1995.
22. L. Perlemuter, G. Perlemuter: Guide de Thérapeutique. 2^e - édition actualisée. Masson, Paris. 2001.
23. Phạm Gia Cường: Thực hành nội khoa hô hấp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1984.
24. Phạm Gia Cường: Các bài giảng về Phổi học ở Học Viện Quân y và Quân Y viện 103 từ 1962 đến 1984.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

KHÁM VÀ CHỮA CÁC BỆNH PHỔI

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập: BS. HẢI YẾN

Sửa bản in: BS. HẢI YẾN

Trình bày bìa: CHU HÙNG

Kt vi tinh: BÙI THỊ THƯƠNG – THANH TÚ

In 1000 cuốn, khổ 14.5x20.5cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 53-2005/CXB/17-205/YH.

In xong và nộp lưu chiểu quý IV năm 2005.