

PHẪI BIỆT TRÍ

BS TRƯỞNG NGỌC LỄ



CASE REPORT 1

-Họ tên:Lê. A.T,nam,20t

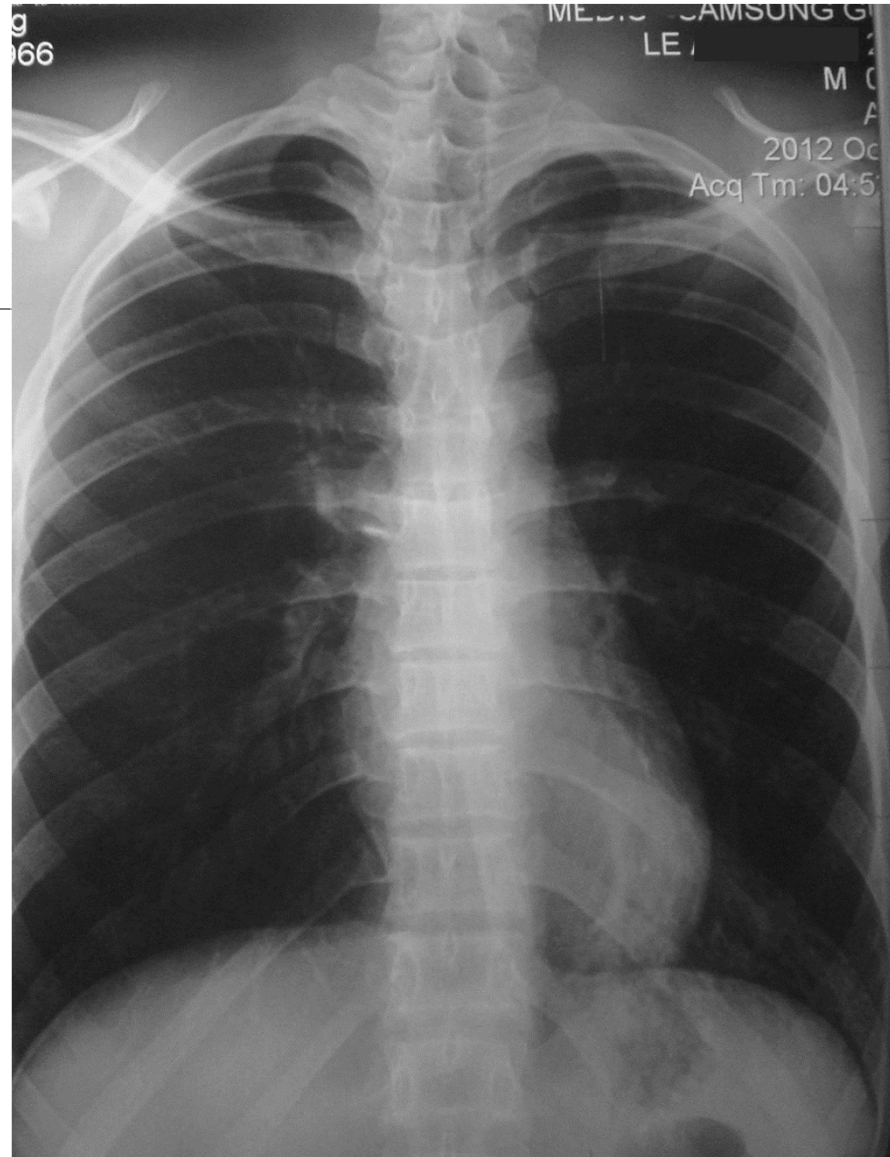
-ĐC:Tiền Giang

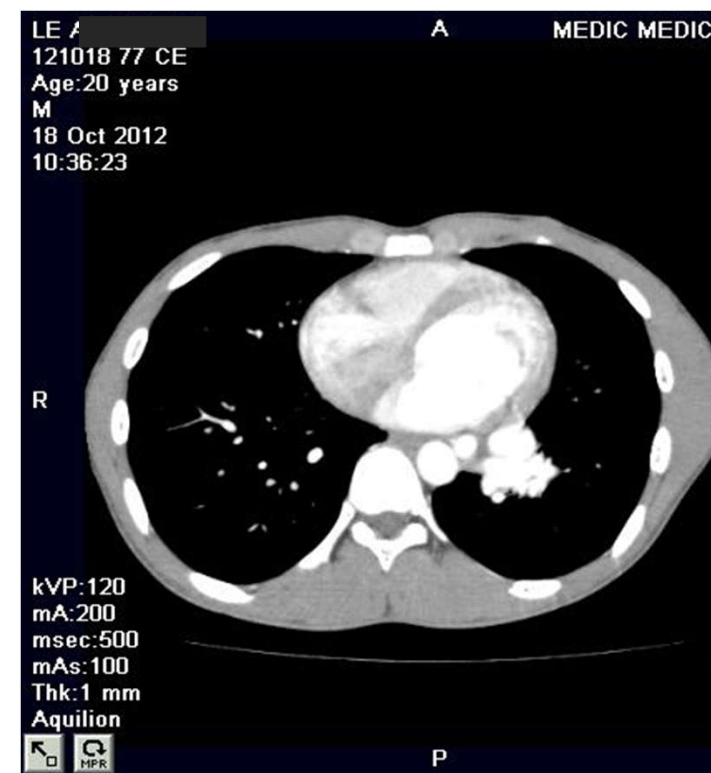
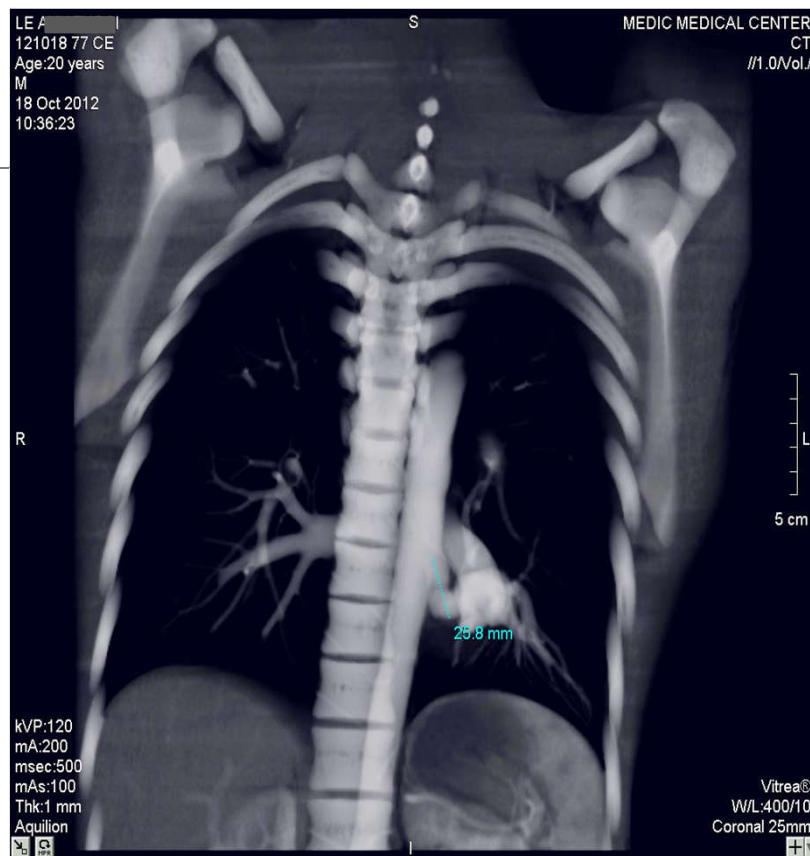
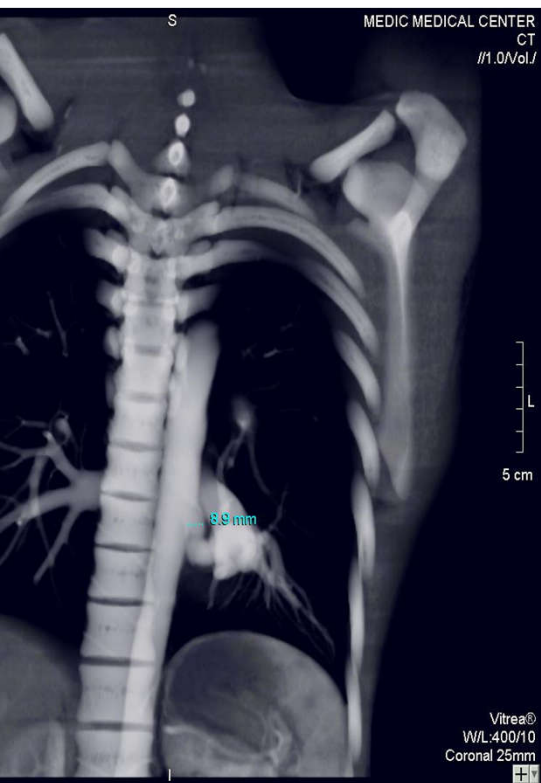
-Ldđk:Khạc đàm máu

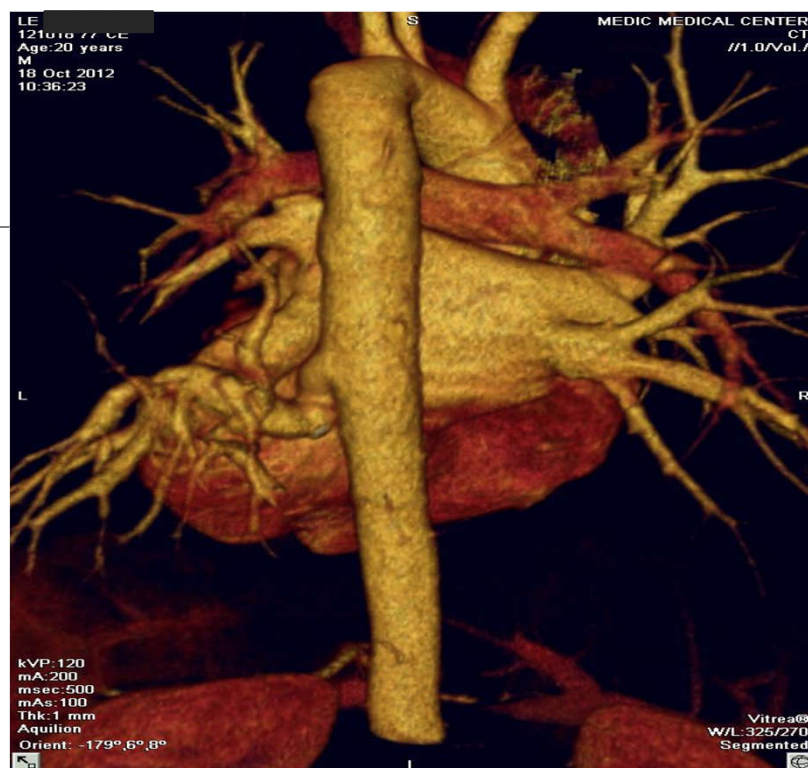
-Bệnh sử:Cách nv 3 tháng,bn khạc ra máu,lượng ít,trong 2 ngày,tự ngưng,không điều trị gì.
Cách nv 3 ngày ,bn khạc đàm máu trở lại ,lượng ít,không tự ngưng ,không sốt,không khó thở,không đau ngực,đến Medic khám.

-Khám:HA:111/69.M:78,tĩnh,tiếp xúc tốt,da niêm hồng,phổi không ran,cq khác chưa phát hiện gì bất thường.

XQ PHỔI THẲNG







TRUNG TÂM Y KHOA MEDIC
Địa chỉ: 254 Hòa Hảo Q.10 Tp. Hồ Chí Minh; ĐT: 39270284; 39271237; Fax: 39272543

MEDIC CTSCAN REPORT

ID	: 121018077	Tuổi	:
Bệnh nhân	: LÊ	Tel	: 0
Địa chỉ	: Ấp	Tiền Giang	
Bác sĩ chỉ định	: BS	Khoa	
Bệnh viện	: MEDIC	Không	
LÂM SÀNG	:		
Máy	: MSCT AQUILION 64 V3.0		
Bác Sĩ	: Bs		
CTSCAN Vùng	: Ngực		
Kết quả	: KỸ THUẬT:		
	Các lát hình 1mm qua 2 phổi, không và có tiêm cản quang, khảo sát ở hai		
	thắt.		
	MÔ TẢ:		
	Ghi nhận hình ảnh một búi mạch máu lớn nằm trong thùy dưới phổi trái, l		
	ĐM bất thường xuất phát từ ĐMC xuống, có đường kính khoảng 10mm v		
	ngắn goe vào trong thùy dưới phổi trái. Búi mạch máu này có TM dẫn l		
	Không tràn dịch màng phổi 2 bên.		
	Khí quản thoáng, không tắc nghẽn.		
	Không thấy hạch trung thất, hạch rốn phổi hai bên.		
	ĐMC ngực không phình, các nhánh ĐM trên cung bình thường.		
	Vách thực quản mỏng, không giãn.		
	Không thấy tổn thương thành ngực.		
	CẢM NGHỊ:		
	PHỔI BIỆT TRÍ TRONG THUY DƯỚI PHỔI TRÁI, THỂ TOÀN MẠC		
	XUẤT PHÁT TỪ ĐMC XUỐNG 1 X 3CM, TM DẪN LƯU LÀ TM PH		

TP. Hồ Chí Minh, Ng

CASE REPORT 2

-Họ tên:Phạm .M.T,nam,19 tuổi

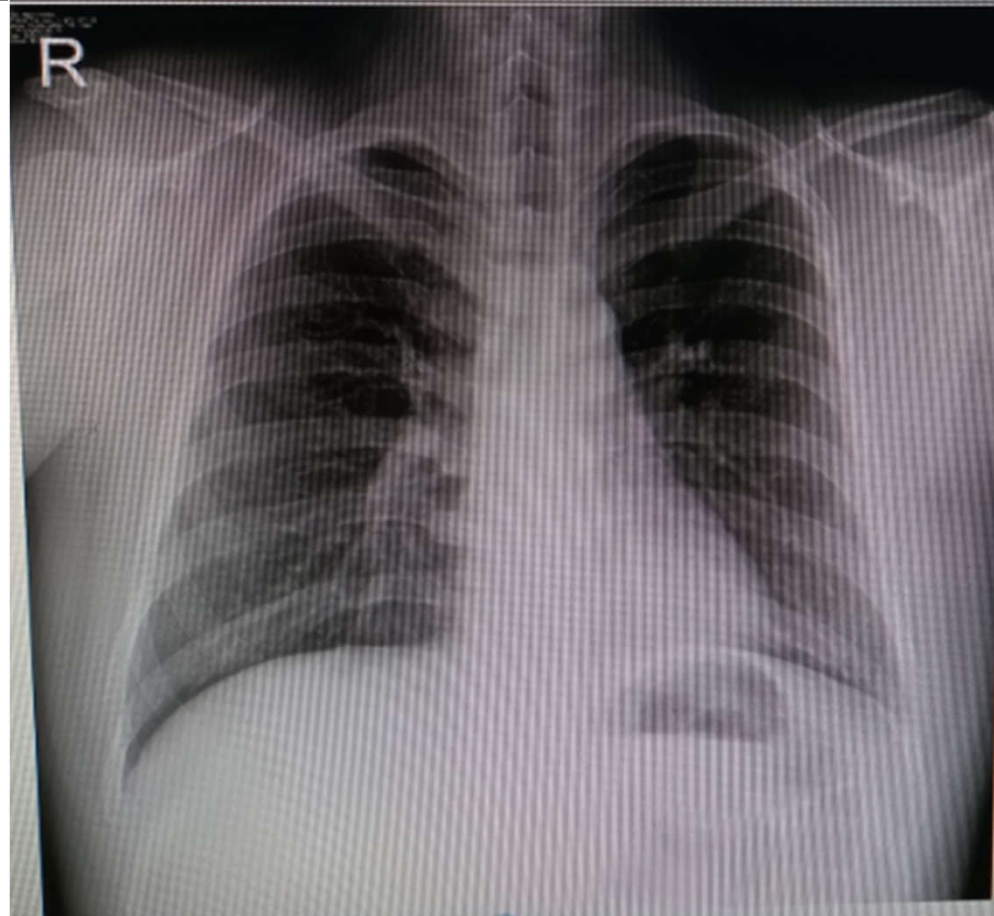
-ĐC:Đồng Nai

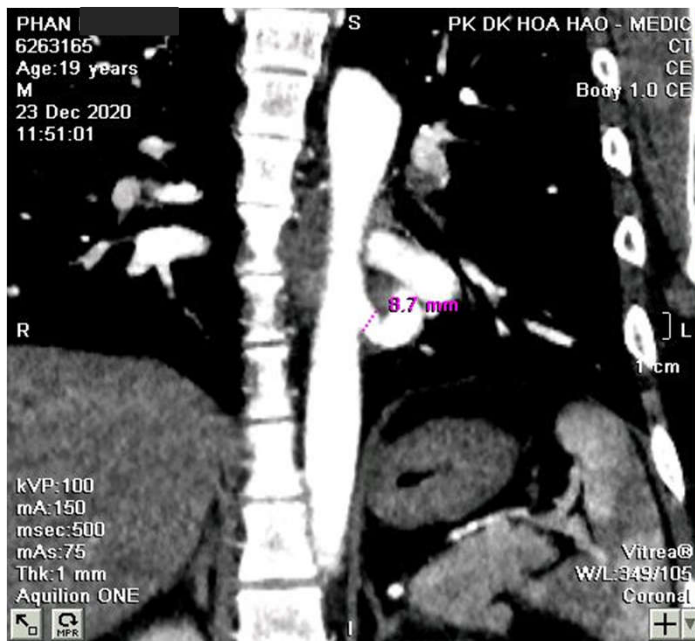
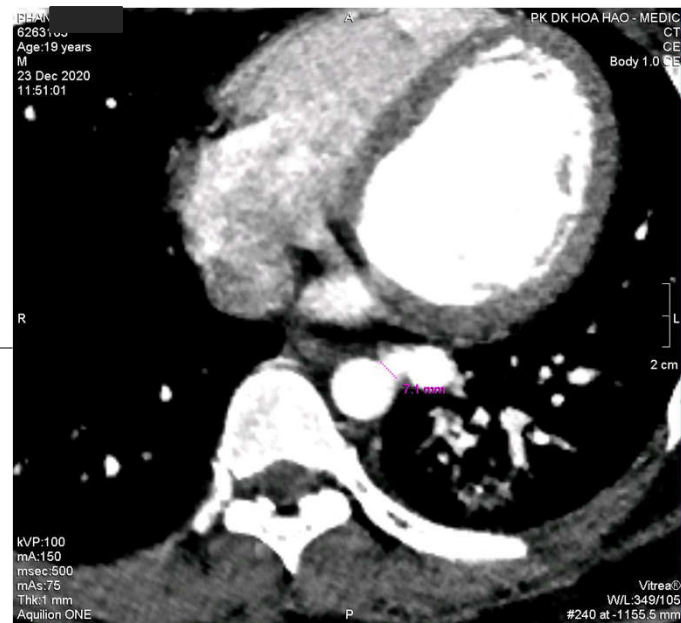
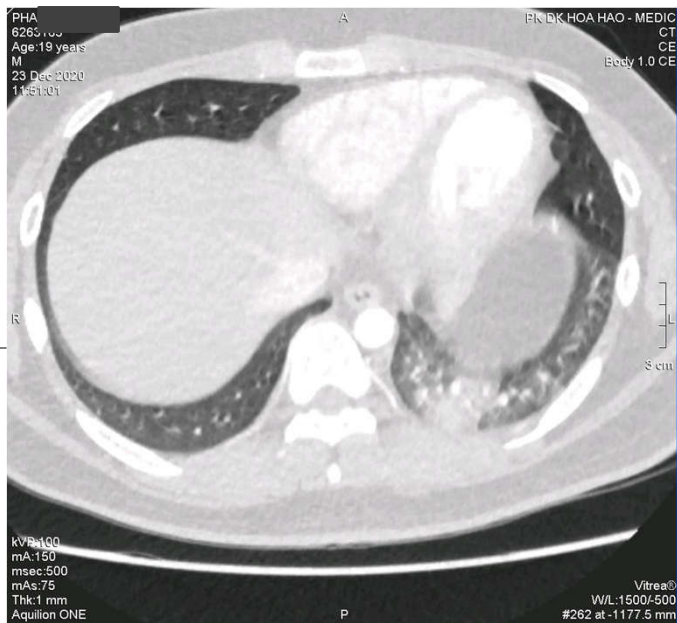
-Ldđk:Khạc ra máu tái diễn

-Bệnh sử:bệnh nhân khạc ra máu,lượng ít,tái diễn trong 3 tháng,không sốt,không khó thở,không đau ngực,điều trị ở nhiều bệnh viện,không hết hẳn ,đến Medic khám.

không tiền căn lao phổi,viêm phổi,viêm loét dạ dày.

-Khám:HA:129/73.M:112,tĩnh,tiếp xúc tốt,da niêm hồng,phổi không ran,cq khác chưa phát hiện gì bất thường.







MEDIC CT SCAN REPORT

STT : 201223121 Ngày ĐK : 23/12/2020 11:25
 Bệnh nhân : PHAN I Tuổi : 19 Nam
 Địa chỉ : Ấp Long Xã Đồng Nai - ĐT : 07
 Bác sĩ chỉ định : BS. TR Khoa : PK
 Bệnh viện : MEDIC
 LÝ DO KHÁM : KHÁC ĐÀM MÁU
 Máy : MSCT 640 _ 1
 Vùng : CT NGỰC
 Kết quả : KỸ THUẬT:

Các lát hình 1mm qua 2 phổi, không và có tiêm cản quang, khảo sát ở hai cửa số:

MÔ TẢ:

Thương tổn phế nang lan tỏa trong S10 thùy dưới phổi trái, từ ĐMC xuống gần đó d # 9mm, đi vào trong vùng thương tổn phổi, thông nối hệ ĐM - TM phổi, dẫn lưu khí quản thoáng, không tắc nghẽn. Không tổn thương nhu mô phổi hai bên.

Không thấy tràn dịch màng phổi hai bên.

Không thấy phì đại hạch trung thất, hạch rốn phổi hai bên.

ĐMC ngực không phình, các nhánh ĐM trên cung bình thường.

Vách thực quản mỏng, không giãn.

Không thấy tổn thương thành ngực.

*** KẾT LUẬN:

PHỔI BIẾT TRÍ TRONG S10 THỤY DƯỚI TRÁI, CÓ ĐM NUÔI 9MM XUẤT PHÁT T LƯU VỀ TM PHỔI DƯỚI TRÁI.

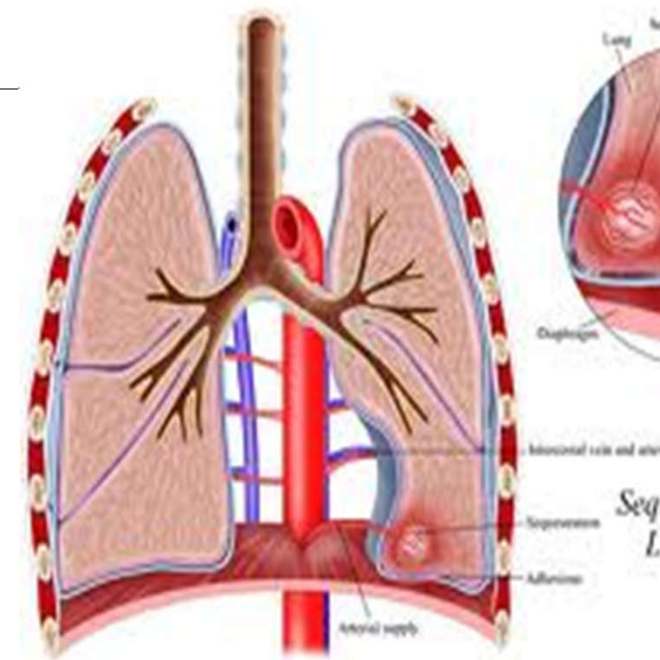
Tp. Hồ Chí Minh, ngày 23/12/2020
 (Bác sĩ đã ký)

PHỔI BIỆT TRÍ

Phổi biệt trí là bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp của phổi, một khối tổ chức phổi dạng đặc hoặc túi không có chức năng, không nối thông với cây khí phế quản và được cấp máu bởi hệ thống ĐM bất thường có nguồn gốc từ ĐMC, chiếm khoảng 6% các bệnh phổi bẩm sinh

75% PBT có ĐM xuất phát trực tiếp từ ĐMC ngực - bụng, 25% từ ĐM dưới đòn, vú trong, liên sườn, thân tạng, lách thận, vị mạc nối

Hệ thống tĩnh mạch thường là hệ thống tĩnh mạch phổi thông thường. Một số trường hợp tĩnh mạch của PBT đổ về các tĩnh mạch của hệ tĩnh mạch chủ



Hầu hết PBT nằm ở đáy phổi

PBT NỘI THUY	PBT NGOẠI THUY
2/3 CASE	1/3 CASE
là khối tổn thương nằm trong nhu mô phổi bình thường, được màng phổi tạng bao phủ chung với thùy phổi bình thường	tổn thương nằm ngoài tổ chức phổi bình thường và có màng phổi bao bọc riêng.
có thể gặp 2 bên phổi, cả nam và nữ,	gặp ở bên trái và 80% ở nam,
thường không phối hợp với các tổn thương bẩm sinh khác.	rất thường có các tổn thương bẩm sinh khác phối hợp như thoát vị cơ hoành, khe hở màng tim...



Biến chứng của PBT hay tiến triển của nó thường dẫn đến tình trạng nhiễm trùng, chảy máu (ra khoang màng phổi hoặc ho máu), suy tim (shunt trong phổi), lao, nấm phổi, ung thư

TCLS

-Ho:ho khan

ho máu tái diễn

ho đàm

-Đau ngực

-Sốt

-Không triệu chứng



CLS

- XQ** :bóng mờ đáy phổi,vòm hoành cao,hay **bình thường**
- MSCT ,MRI** :khối đặc choán chỗ,khoang khí dịch,hoành trái cao,
động mạch nuôi phổi nguồn từ ĐMC
- Nội soi phế quản**: bình thường,chèn ép phế quản từ bên ngoài,chảy máu phế quản,đàm đọng phế quản.

ĐIỀU TRỊ:

- Ngoại khoa: cần phẫu thuật trước khi bệnh có biến chứng bởi có thể có các biến chứng nặng nề dẫn đến tử vong.
- Cắt phần PBT trong thể ngoại thuỳ và thuỳ phổi có PBT trong thể nội thuỳ là phương pháp tốt nhất trong ĐT PBT, cho kết quả điều trị và tiên lượng lâu dài tốt. (tránh được viêm phổi, áp xe phổi kéo dài)
- Thắt ĐM đơn thuần hoặc gây tắc dưới chụp mạch xâm lấn .

Lung Sequestration: A Rare Cause for Pulmonary Symptoms in Adulthood

Gompelmann^a Ralf Eberhardt^a Claus-Peter Heußel^b

Wilmann^c Hendrik Dienemann^c Maren Schuhmann^a Dittmar Böckler^d

J. Schnabel^e Arne Warth^e Ruben Lopez-Benitez^f Felix J.F. Herth^a

Departments of ^aPneumology and Respiratory Care Medicine, ^bRadiology and ^cThoracic Surgery, Thoraxklinik, University of Heidelberg, and Departments of ^dVascular Surgery, ^ePathology and ^fRadiology, University of Heidelberg, Germany

Pulmonary malformation • Lung sequestration •
Congenital pulmonary disorder • Aberrant
blood supply

Background: Lung sequestration is a rare congenital pulmonary malformation and is usually diagnosed in children with recurrent pulmonary infections. Lung sequestrations are not usually found to be a cause of respiratory symptoms in adults. **Objectives:** It was the aim of this study to show that lung sequestration is rare in advanced age and can be associated with severe pulmonary symptoms. **Methods:** We conducted a case series analysis of patient characteristics, diagnosis and treatment of 11 adults with lung sequestration at the Thoraxklinik Heidelberg between 2001 and 2009. **Results:** From 2001 to 2009, intralobar lung sequestration was diagnosed and treated in 11 adults aged 18–65 years with an average age of 39.9 ± 11.3 years and a male distribution of 5:6. In 3 patients (27.3%), the presenting symptom was hemoptysis. Recurrent pulmonary infections occurred in 1 patient (9.1%); pneumonia and abscesses were detected in 2 patients (18.2%). In 3 cases

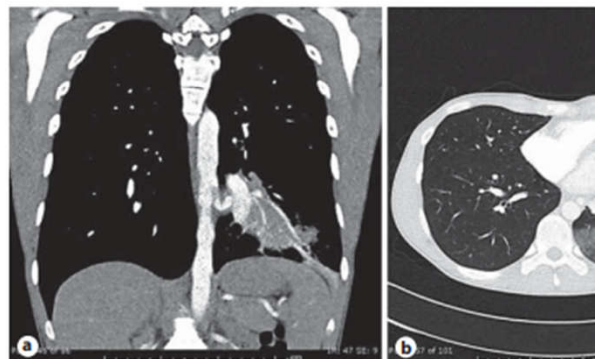
(27.3%), dry cough was the predominant symptom, and in only 2 cases (18.2%), lung sequestration was asymptomatic. Eight patients (72.7%) were diagnosed by imaging techniques prior to surgery. In 3 cases (27.3%), diagnosis was made intraoperatively and by pathological examination. Surgical intervention included 7 lobectomies (63.6%), 3 wedge resections (27.3%) and 1 (9.1%) segmentectomy. **Conclusion:** Lung sequestration in adults is rare, but it can cause severe pulmonary symptoms. In cases of recurrent pulmonary infections of identical localization or recurrent hemoptysis, lung sequestration should be considered in order for the diagnosis to be made rapidly. Surgical resection is the treatment of choice.

Copyright © 2011 S. Karger AG, Basel

Introduction

In 1777, Huber first described the aberrant blood supply to the lung [1]. It is defined as functionless lung parenchyma without connection or with abnormal connection to the tracheobronchial system and has an abnormal blood supply. Lung sequestration is very rare and only represents 0.15–6.4% of congenital pulmonary abnor-

Fig. 1. **a** CT scan with contrast medium. Coronal section. Intrapulmonary lung sequestration in the left lower lobe. Systemic blood supply originating from the aorta thoracica descendens. **b** CT scan with contrast medium. Transverse section. Intrapulmonary lung sequestration in the left lower lobe. The ground-glass opacity in the left lower lobe results from recent hemoptysis.



sequestration: t and literature review

, Dan Liu^{1,2}, Xiaofeng Wu^{1,2}, Zhenxiong Wang⁴, Yijun Tang^{1,2}

ory Medicine, ³Emergency Medicine, ⁴Medical Image Center, Taihe Hospital Affiliated to
ine, Shiyan, China; ²Institute of Respiratory Medicine, Taihe Hospital Affiliated to Hubei
Shiyan, China. *Equal contributors.

2015; Accepted November 6, 2015; Epub November 15, 2015; Published November 30,

monary sequestration (PS) is a rare congenital lung malformation. It is characterized by an
astic lung tissue supplied by an anomalous systemic artery and separated from normal
Misdiagnosis and inadequate treatment can lead to recurrent pneumonia and fatal he-
port a 45 years female was diagnosed PS, and performed a brief review about the clinical
egies, and management options of the PS. Results: Her remarkable symptoms were cough
rast- enhanced computed tomography of the chest revealed a multiloculated cystic solid
ity lesions and a feeding artery from the descending abdominal aorta to the cystic solid
the patient suffered a right lower- lobe resection, and the surgery and pathological exami-
agnosis of intralobar sequestration. Conclusions: Symptomatic patients of the pulmonary
reated by surgery to avoid the risk of death due to massive hemoptysis.

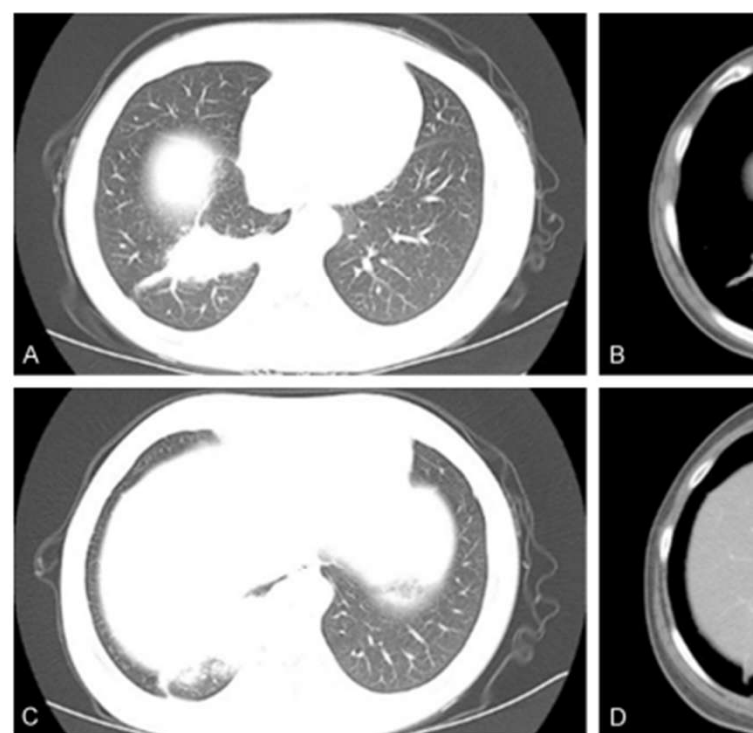


Figure 1. The typical contrast enhanced thoracic computed tomography in intralobar sequestration. A, C. A round high density mass was seen in lung window; B, D. Low density lesions were visualized in mediastinal window; D. A feeding artery from the descending abdominal aorta directly into the cystic solid mass (arrow).

BÀN LUẬN

- Mặc dù là bệnh bẩm sinh, biểu hiện bệnh và bệnh được chẩn đoán khá muộn.

-Các bệnh nhân phổi biệt trí đến bệnh viện với các triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, không đặc hiệu, là các triệu chứng chung (ho, đau ngực) của nhiều bệnh lý hô hấp khác.

-CLS thông thường như X quang phổi, nội soi phế quản, đo chức năng hô hấp... cũng không cho những dấu hiệu đặc hiệu (nguyên nhân có thể làm bỏ qua chẩn đoán trên lâm sàng.)

-Có thể nhầm lẫn CĐ viêm phổi, u phổi,áp xe phổi .

BÀI HỌC:

- Hai ca lâm sàng có ho ra máu tái diễn nhưng XQ phổi bình thường.
- Vì phổi biệt trí thường khu trú ở đáy phổi, đặc biệt phân thùy đáy sau, nên nếu tổn thương nằm ở những vùng này cần nghĩ đến PBT.
- Biến chứng của phổi biệt trí hay tiến triển của nó thường dẫn đến tình trạng nhiễm trùng, chảy máu (ra khoang màng phổi hoặc ho máu), suy tim (shunt trong phổi), lao, nấm phổi ... Để tránh các biến chứng này, việc chẩn đoán và điều trị cần kịp thời, chính xác.
- Cận lâm sàng: dù có thể XQ phổi bình thường, cần nghi ngờ, nghĩ đến phổi biệt trí và chỉ định thêm CT ngực, MRI (chẩn đoán xác định phổi biệt trí với sự hiện diện của ĐM nuôi vùng tổn thương đáy sau phổi có nguồn gốc từ ĐMC.)

REFERENCE

-Pediatric Pulmonary Sequestration , Bruce M Schnapf, DO; Chief Editor: Michael R Bye, MD more...

-Pulmonary Sequestration Imaging , : Ali Nawaz Khan, MBBS, FRCS, FRCP, FRCR; Chief Editor: Eugene C Lin, MD more...

-Pulmonary Sequestration , Dr .Michael Harrison, the Fetal Treatment Center

-Pulmonary sequestration ,Dr Yuranga Weerakkody .

-Treatment of Pulmonary Sequestrations by Means of Endovascular Embolization: Future or Fashion? ,Jeroen Diks, P. Ronald Schutte.

-Pulmonary Sequestration and Surgical Treatment , Onur Genç, MD, Sedat Gürkök, MD, Mehmet Dakak, MD, Alper Gözübüyük, MD, Murat Özkan, MD, Hasan Çaylak, MD

-Phổi biệt lập: nhân hồi cứu 14 trường hợp (Pulmonary Sequestration: a review of 14 cases), Phạm Minh Ánh*, Nguyễn Đức Khuê*, Phan Quốc Hùng*, Nguyễn Đình Long Hải* *Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy, TP Hồ Chí Minh.

CÁM ƠN QUÝ THẦY CÔ VÀ CÁC ANH CHỊ
ĐÃ THEO DÕI

