

# CẤU TRÚC LỒNG NGỰC TRẺ SƠ SINH VÀ MỘT SỐ BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP(tt)

## Thoát Vị Hoành

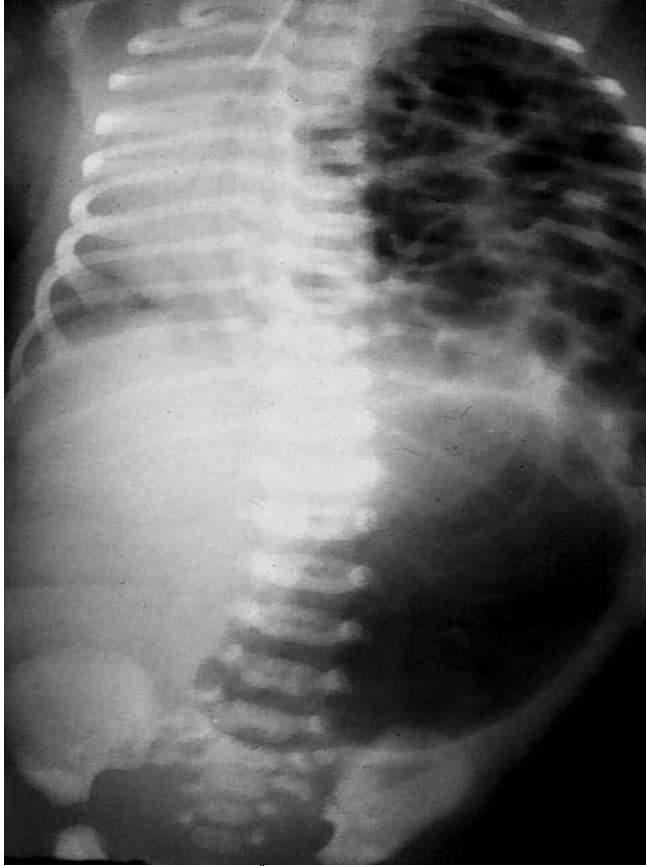
Kiểu thoát vị hoành thường gặp nhất xảy ra khi cơ quan nội tạng thoát qua lỗ Bochdalek (một khiếm khuyết sau bên cơ hoành), do sự phát triển bất thường hay có khiếm khuyết trong sự hợp nhất giữa màng bụng và màng phổi ở giai đoạn phát triển của bào thai.

Thoát vị hoành hướng về phía trước đường giữa sau xương ức qua lỗ Morgagni ít gặp hơn. Thoát vị Bochdalek thường gặp ở bên trái, trong khi thoát vị Morgagni thường ở bên phải. Dạ dày, ruột, và thậm chí lách có thể thoát vị vào nửa lồng ngực trái; nếu ở bên phải, thì một phần của gan cũng có thể qua lỗ thoát vị.

Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc mức độ thoát vị. Những bệnh nhân có khối thoát vị nhỏ thường không có triệu chứng lâm sàng, còn ở những bệnh nhân có khối thoát vị lớn có thể có suy hô hấp nặng sau sinh.

Khối thoát vị Morgagni thường không đủ lớn để gây ra suy hô hấp lúc sinh. Những trẻ thoát vị Bochdalek luôn kèm loạn sản một bên phổi hay đối bên gây nên chứng thoát vị có kèm sự xoay ruột bất toàn.

Những biểu hiện trên XQ ngực và bụng bao gồm nhiều đoạn ruột chứa đầy hơi nên tạo ra hình ảnh nang bóng khí xuất hiện trong thành ngực. Trung thất bị đẩy về phía của bên đối diện. Thành bụng có dạng lõm lòng thuyền, mất nhu động ruột. Nếu thoát vị xảy ra bên phải thì ruột và gan hay một mình gan có thể thoát vào thành ngực phải.



**Figure 1.** Sự di chuyển của trung thất qua bên phải vì nhiều quai ruột trong thành ngực bên trái.

## **Khí phế thũng thùy phổi bẩm sinh**

Những trẻ bị khí phế thũng bẩm sinh thường có hiện diện suy hô hấp trong giai đoạn sơ sinh. Tình trạng này thường xảy ra ở một hay hai thùy phổi, hay gặp nhất ở thùy phổi trên trái, thùy giữa phải, và thùy trên phải.

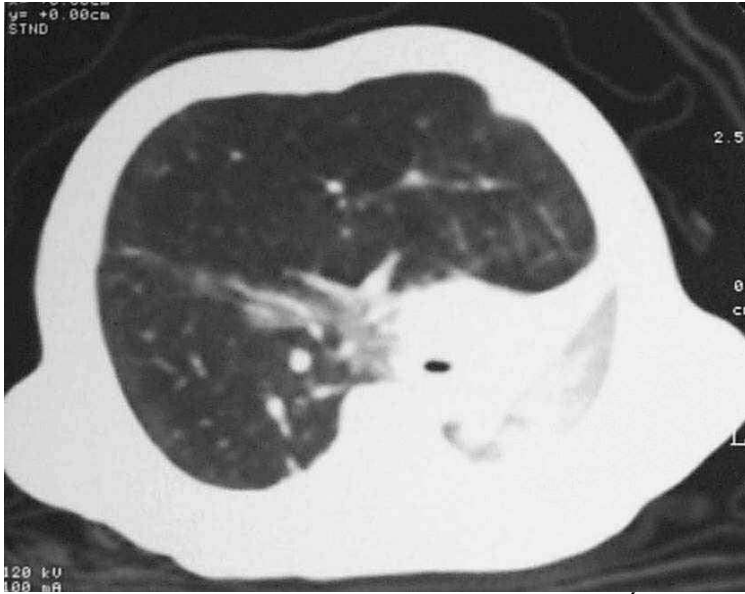
Trong khoảng 50% trường hợp, nguyên nhân còn chưa biết rõ. Trong những trường hợp này, dấu hiệu rõ nhất là sự xẹp phế quản gây ra bởi phần phế quản có sụn chưa phát triển đầy đủ, do vậy nó tạo ra một cái van hình cầu bít tắc đường dẫn khí và gây bẫy khí. Trong những trường hợp khác sự tắc nghẽn của phế quản liên quan đến bất sản phế quản bẩm sinh, nút nhầy làm bít tắc, nang khí quản, nang trung thất gây tắc nghẽn, sự chèn ép của mạch máu, loạn sản phế quản phổi và do u bướu.

Về phương diện XQ, các thùy khiếm khuyết bị căng phồng quá mức và tăng sáng với hệ mạch máu phân tán xa. Nó thường đẩy trung thất đến vị trí đối diện. Nếu khí phế thũng nhiều sẽ gây thoát vị phần phổi khí phế thũng vào trung thất trước trên. Phim

phổi chụp ngay sau sinh có thể cho hình ảnh thùy phổi trong suốt không bắt xạ bởi dịch phổi trong thời kỳ bào thai không được hấp thu. Phim phổi sau đó có thể cho thấy sự căng phồng và tăng sáng, làm đẩy lệch những cấu trúc khác. CT scan cho thấy một thùy lớn giảm đậm độ với nhiều mạch máu phân bố.



**Figure 1.** Khí thũng thùy phổi bẩm sinh của thùy trên phải và thùy giữa phải. sự căng phồng và tăng sáng phổi phải, đẩy lệch trung thất qua trái, thoát vị phổi bị khí phế thũng qua trái, và xẹp thùy trái phổi.



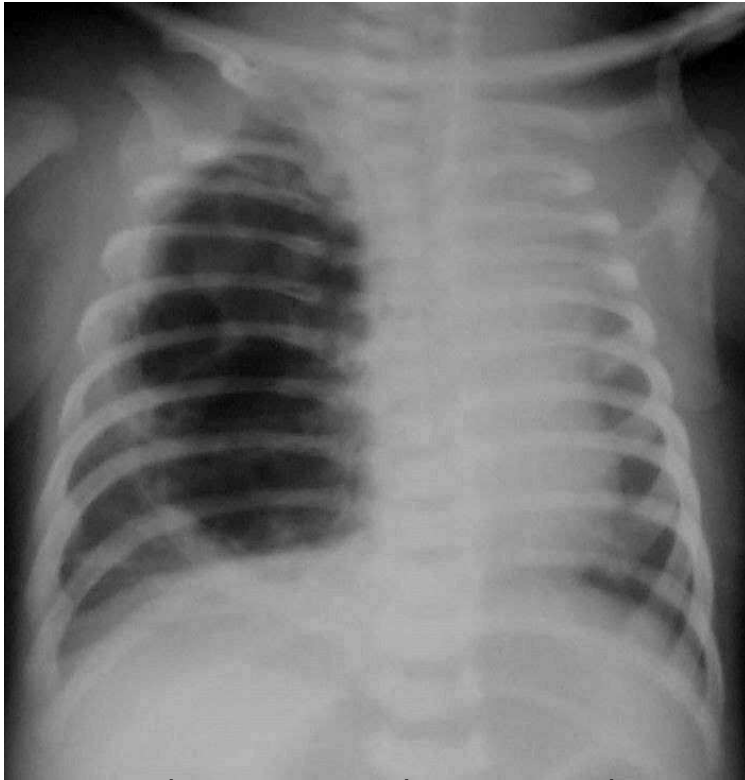
**Figure 2.** Hình ảnh CT Scan cùng bệnh nhân cho thấy thùy trên phải căn phòng với tăng khoảng trống giữa vách kẽ, thoát vị thùy trên phổi phải qua thành ngực trái, và xẹp thùy phổi trái.

## **Bất thường nang tuyến bẩm sinh**

Bất thường nang tuyến bẩm sinh là do sự phát triển bất thường cấu trúc hô hấp ở giai đoạn cuối của bào thai.

Những tổn thương này thường một bên, liên quan đến tất cả hay một phần của phổi. Nó có cả nang và mô đặc và được xếp loại dựa trên lâm sàng, đặc điểm XQ, đặc điểm về mô học. Type I có nhiều nang với kích thước thay đổi, đường kính ít nhất của một nang là 2 cm. Type II bao gồm những nang nhỏ hơn kích thước tương đối đều hơn, với đường kính nhỏ hơn 2 cm. type III gồm những vi nang, có thể xuất hiện dịch đặc. Hầu hết các bệnh nhi đều có tình trạng suy hô hấp trong giai đoạn sơ sinh hay một thời gian ngắn sau sinh.

Tuy nhiên, những trường hợp có tổn thương nhỏ có thể xuất hiện trễ với triệu chứng của nhiễm trùng phổi. Dấu hiệu XQ của bất thường nang tuyến bẩm sinh phụ thuộc vào type, tuổi bệnh nhân, và sự hiện diện của biến chứng như nhiễm trùng. Ngay sau sinh, ta thấy một khối có mật độ như nước đầy trung thất hướng về bên đối diện. Một thời gian ngắn sau, dịch thoát khỏi khối này, sau đó nó có hình mắc lưới hay bong bóng. Tổn thương type I có một hay nhiều nang ác tính hơn với những nang nhỏ hơn, nằm gần kề nhau và chứa những dịch đặc. Type II gồm những nang có kích thước nhỏ, đều hơn. Type III những tổn thương có dạng khối dịch đặc.



**Figure 1.** Khối nang khí không đều có chứa mô mềm bên ngực phải, đẩy lệch trung thất vào bên trái.



**Figure 2.** Phim phổi ngang của cùng bệnh nhân cho thấy khối nang khí không đều có chứa mô mềm.

**Tài liệu tham khảo:**

1. Leonidas JC, Berdon W. The neonatal chest. In: Silverman FN, Kuhn JP, editors. Caffey's pediatric x-ray diagnosis: an integrated imaging approach. 9th ed. Mosby: St. Louis, 1993:2006-7.
2. Hedlund GL, Griscom NT, Cleveland RH, Kirks DR. Respiratory system. In: Kirks DR, Griscom NT, editors. Practical pediatric imaging: diagnostic radiology of infants and children. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998:667-71.
3. Mandell GA. Imaging evaluation of the neonate. In: Goodman LR, Putman CE, editors. Critical care imaging. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1992:443-4.
4. Swischuk LE. Respiratory system. In: Imaging of the newborn, infant, and young child. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997:91-5.
5. Donnelly LF, Frush DP. Localized radiolucent chest lesions in neonates: causes and differentiation. AJR 1999;172:1651-8.