



HỘI NGHỊ KHOA HỌC CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TP.HCM MỞ RỘNG LẦN THỨ XII-2025

Phiên Lồng Ngực



CÁC BẤT THƯỜNG TIM QUAN TRỌNG TRÁNH BỎ SÓT TRÊN CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH NGỰC



BS CKII. NGUYỄN HỒ THỊ NGÀ
Bệnh viện Chợ Rẫy

- ❖ Tổng quan
- ❖ Các bệnh lý phổ biến, ít nguy hiểm
- ❖ Các bệnh lý cần theo dõi và xử trí
- ❖ **Bệnh lý có nguy cơ cao**
- ❖ **Bệnh lý nguy hiểm tức thời**
- ❖ Kết luận

- Phổ biến: CT ngực là kỹ thuật chẩn đoán phổ biến thứ 3 sau CT sọ, CT bụng
- Bệnh nhân thường gặp: Người trung niên/già với bệnh lý tim phổi kèm theo.
- Phát hiện ngẫu nhiên:
 - Tần suất: 61%-78% CT ngực cho thấy bất thường tim mạch (*Choy G. Acta Radiol 2013*).
 - Các bệnh lý chính:
 - Bệnh van tim, bệnh mạch vành.
 - Khối buồng tim, bệnh cơ tim, màng ngoài tim.
- Quản lý:
 - Đánh giá thêm (siêu âm tim, MRI tim).
 - Chuyển chuyên khoa, can thiệp, hoặc theo dõi.

Các bất thường tim trên CT ngực

Các bệnh lý phổ biến, ít nguy hiểm

- Vô hóa động mạch vành
- Vô hóa màng ngoài tim
- U tim lành tính

Các bệnh lý cần theo dõi và xử trí

- Bệnh van động mạch chủ hai lá
- Giãn buồng tim
- Vô hóa van tim

Bệnh lý có nguy cơ cao

- Rò động mạch vành
- Phình xoang Valsalva
- Phình động mạch vành
- Viêm màng ngoài tim co thắt
- Huyết khối buồng tim

Bệnh lý nguy hiểm tức thời

- Giả phình thất trái
- Tràn máu màng ngoài tim
- U tim ác tính
- Bệnh cơ tim phì đại

Bệnh lý phổ biến, ít nguy hiểm

Vôi hóa động mạch vành (Coronary Arterial Calcification - CAC):

- Chỉ dấu của xơ vữa động mạch, không nguy hiểm tức thời.

Vôi hóa màng ngoài tim (Pericardial Calcification):

- Thường không nguy hiểm nhưng liên quan các bệnh lý mạn tính.

U tim lành tính (Myxoma, lipoma):

- U nhầy lành tính nhưng có thể gây tắc nghẽn hoặc thuyên tắc.

Vôi hóa động mạch vành

(Coronary Arterial Calcification-CAC)

•Ý nghĩa:

- CAC thường bị bỏ sót trong báo cáo CT ngực.
- CAC là chỉ dấu sớm của bệnh mạch vành ở người không triệu chứng.

•**Lợi ích của phát hiện sớm:** CAC có độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán âm cao, giúp hướng dẫn biện pháp dự phòng:

- Thay đổi lối sống (chế độ ăn, tập thể dục).
- Điều trị aspirin hoặc statin.

•Ứng dụng lâm sàng:

- Trước phẫu thuật, bác sĩ phẫu thuật và gây mê cần biết mức độ CAC để điều chỉnh cách tiếp cận phẫu thuật hoặc gây mê.
- Bệnh nhân có thể cần đánh giá chức năng hoặc tham vấn tim mạch trước can thiệp.

Vôi hóa động mạch vành

Hecht, H. S.,(2018). CAC-DRS: coronary artery calcium data and reporting system. An expert consensus document of the society of cardiovascular computed tomography (SCCT). Journal of cardiovascular computed tomography

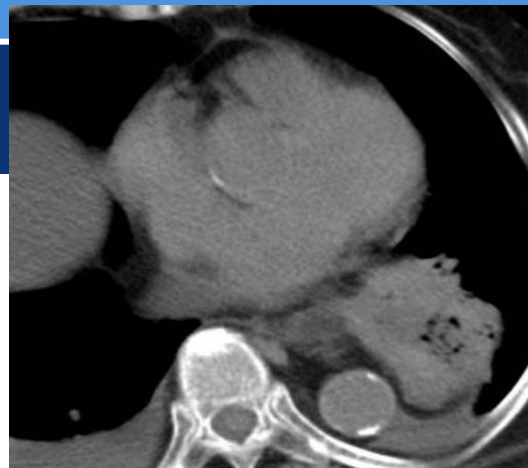
•Bảng tham khảo điểm vôi hóa mạch vành (2)

Điểm vôi hóa mạch vành tuyệt đối (*)	Nguy cơ bệnh mạch vành	Khuyến cáo điều trị
0	Rất thấp	Không(**)
1-99	Thấp	Statins liều trung bình
100 - 299	Trung bình	Statins liều trung bình đến cao + aspirin
>300	Trung bình đến nặng	Statins liều cao + aspirin

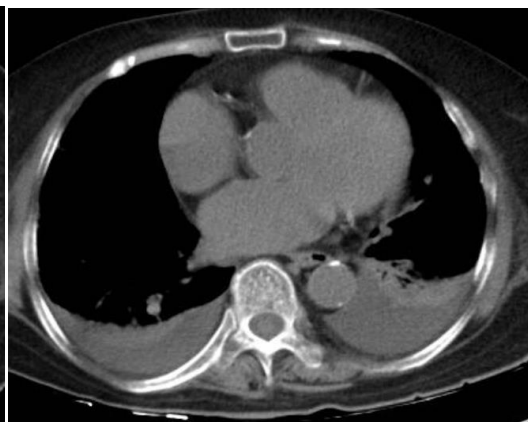
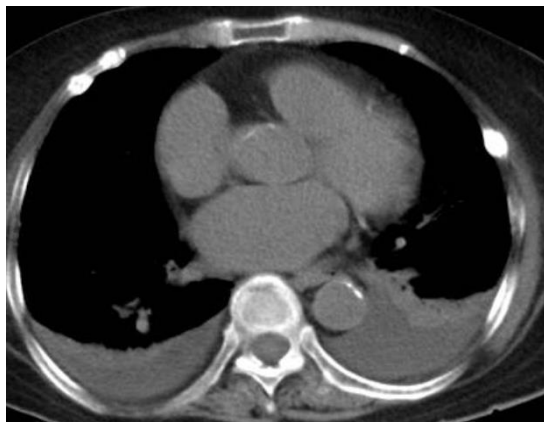
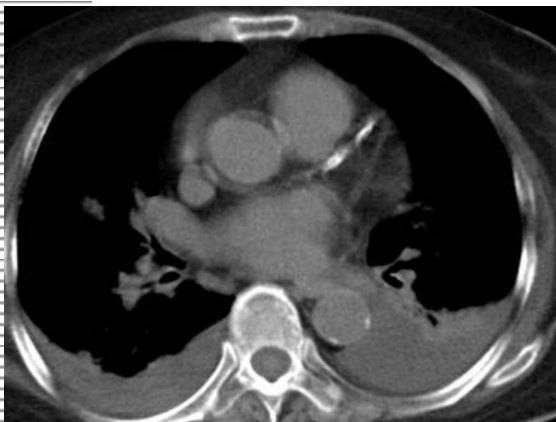
(*) Phương pháp Agatston
(**) Trừ trường hợp tăng cholesterol máu có tính gia đình

Mặc dù CT ngực không thể chính xác như CT mạch vành, vẫn có thể ước lượng dựa trên mức độ và vị trí vôi hóa:

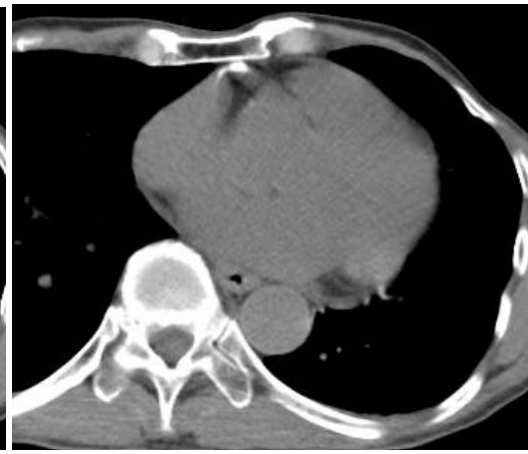
- Nhẹ:** Vôi hóa lốm đốm, diện tích nhỏ, tập trung ở một vài đoạn mạch.
- Vừa:** Vôi hóa lan tỏa ở nhiều đoạn mạch nhưng không tạo mảng lớn.
- Nặng:** Mảng vôi hóa lớn, liên tục hoặc chiếm phần lớn lòng mạch.



- 224013xxxx, BN nữ, 83 tuổi, thoát vị hoành
- Nốt vôi hóa nhỏ nhánh LAD mức độ nhẹ



- 224012xxxx, BN nữ, 72 tuổi, suy tim
- Tràn dịch màng phổi hai bên
- Vôi hóa 03 nhánh mạch vành mức độ vừa



- 324001xxxx, BN nam, 72 tuổi, K dạ dày đã phẫu thuật
- Vôi hóa tạo mảng nhánh LAD, RCA mức độ nặng

Vôi hóa màng ngoài tim (Pericardial Calcification)

- **Nguyên nhân:**

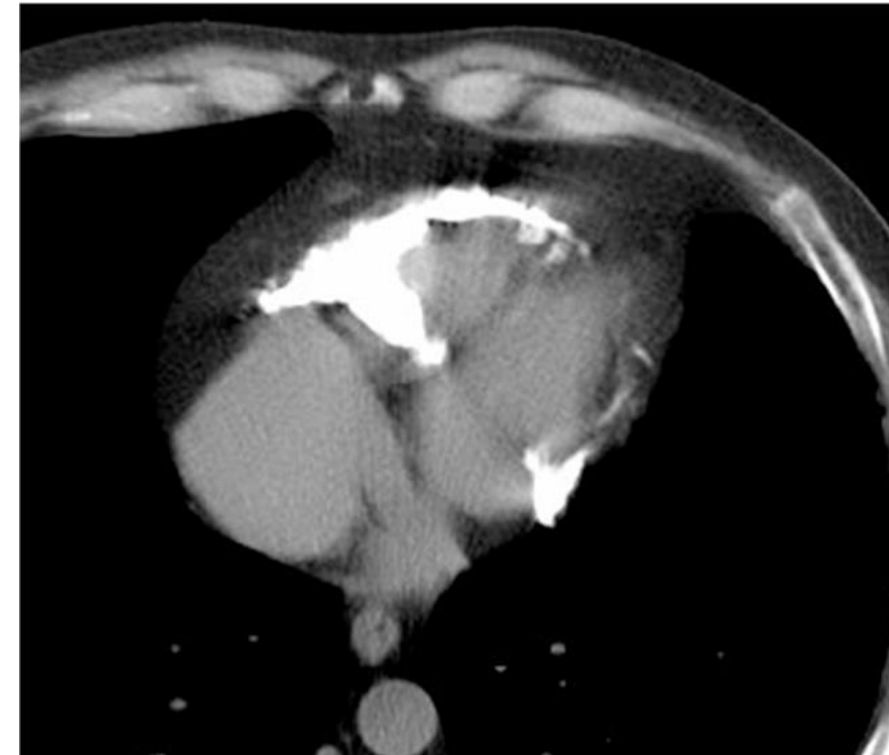
- Chấn thương: Do phẫu thuật tim, đặc biệt là phẫu thuật mở màng ngoài tim
- Nhiễm trùng: Lao, histoplasmosis
- Xuất huyết: Tràn máu màng ngoài tim hoặc biến chứng sau nhồi máu cơ tim.
- Xạ trị: Vôi hóa theo vùng được chiếu xạ.

- **Hình ảnh trên CT:**

- Màng vôi hóa cục bộ hoặc vôi hóa dạng đường cong mỏng, bám theo đường viền tim.

- **Ý nghĩa:**

- Vôi hóa màng ngoài tim thường liên quan đến các nguyên nhân bệnh lý trước đó và có thể giúp gợi ý chẩn đoán nguyên nhân tiềm ẩn.



BN nam 36 tuổi, đau ngực mạn tính
Vôi hóa màng ngoài tim hai bên, rãnh nhĩ thất

U nhầy tim (Cardiac Myxomas)

- **Đặc điểm:**

- U lành tính phổ biến nhất ở tim, chiếm 50%-70% các u tim nguyên phát lành tính.
- Vị trí thường gặp: 75% nhĩ trái, 23% nhĩ phải, 3% thất trái, hiếm gặp thất phải(*)

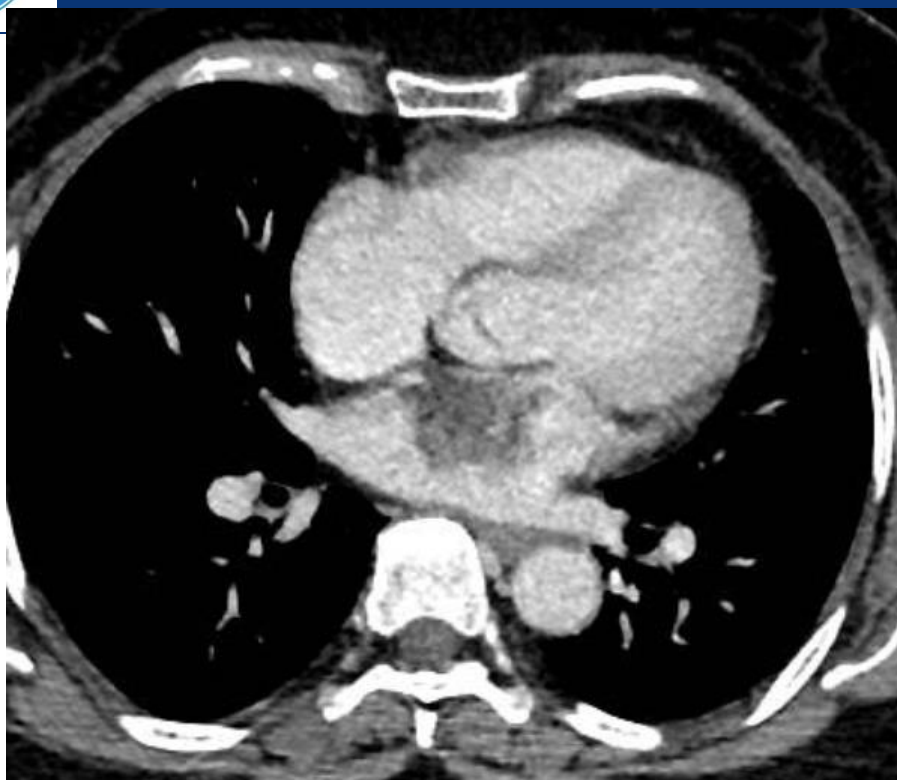
- **Hình ảnh CT:**

- U nhầy thường có đậm độ thấp (đôi khi tương đương cơ tim).
- Vị trí thường gặp nhĩ (T), gắn vách liên nhĩ
- Phân biệt với huyết khối: huyết khối thường ở tiểu nhĩ trái, vùng nhồi máu cơ tim cũ.

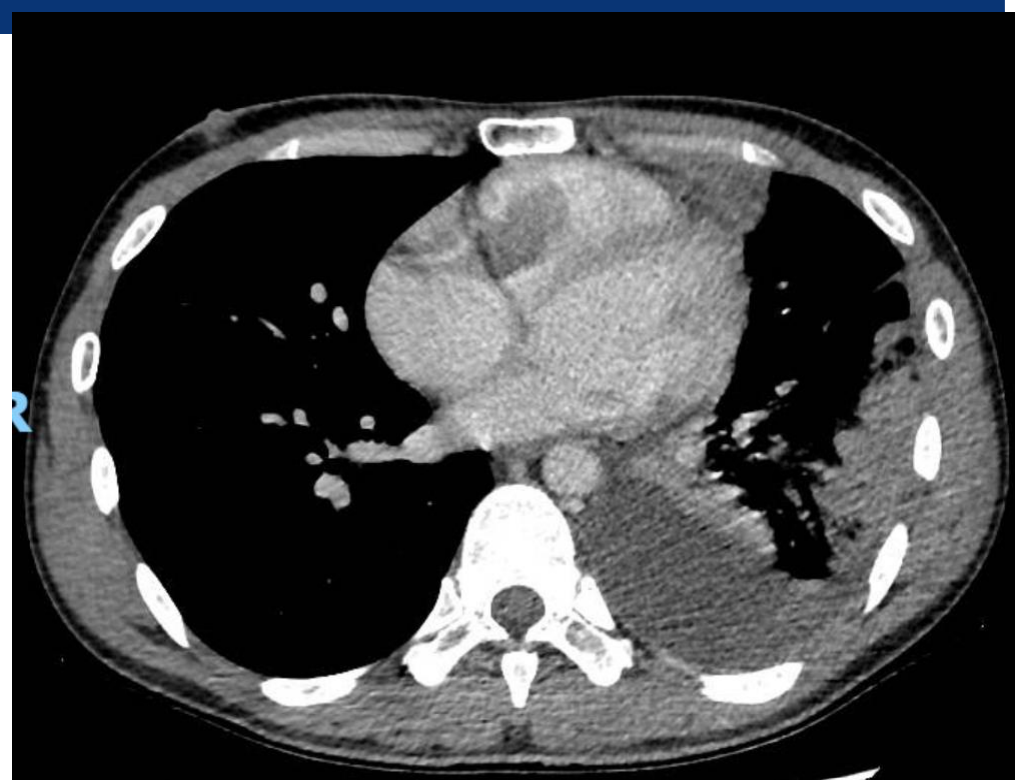
- **Ý nghĩa:**

- U nhầy lành tính nhưng có thể gây tắc nghẽn hoặc thuyên tắc.
- Nhận biết u nhầy tim là cần thiết để phân biệt với các tổn thương khác như huyết khối, từ đó lập kế hoạch điều trị thích hợp.

(*) Jain S, Expert Rev Cardiovasc Ther 2015 --- Xiaodan L, Quant Imaging Med Surg 2020



223009xxxx, BN Nữ, 59 tuổi
SA: U nhầy nhĩ (T)
CT: U nhầy nhĩ (T)



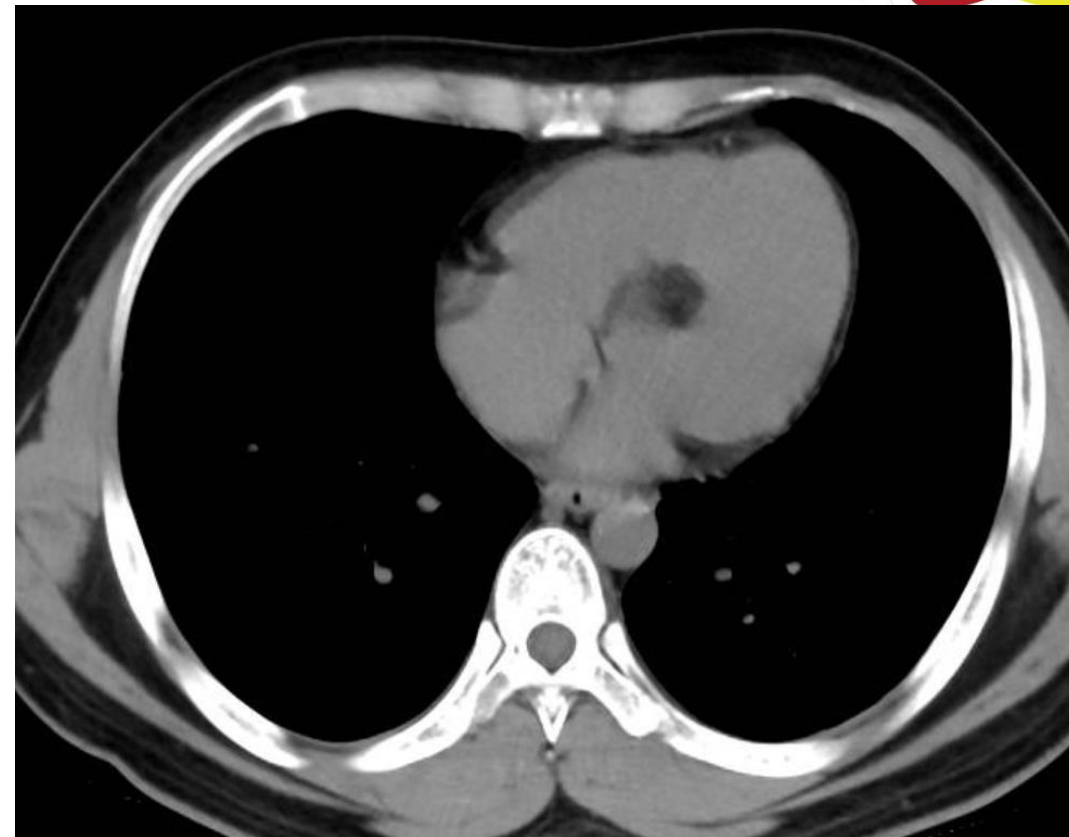
- 223008xxxx, BN nam 24 tuổi
- LS: tdmp, viêm phổi (T)
- CT: U nhầy thất phải

U mỡ tim - Lipoma

•Đặc điểm:

- Lipoma tim thường là u lành tính, không xâm lấn.
- Phần lớn không triệu chứng và phát hiện tình cờ qua hình ảnh học.

•**Nguy cơ:** Ít nguy cơ đe dọa tính mạng trừ khi khối u rất lớn hoặc chèn ép các cấu trúc tim (ví dụ, gây tắc nghẽn dòng máu hoặc rối loạn nhịp). Một số trường hợp gây loạn nhịp tim



- 223009xxxx, BN nam, 22t
- LS: loạn nhịp tim
- CT: U mỡ vách liên thất

Bệnh lý cần theo dõi và xử trí

**Van động mạch chủ hai lá
(Bicuspid Aortic Valve -
BAV):**

- Theo dõi nguy cơ hẹp/hở van động mạch chủ.

**Giãn nhĩ trái/phải
(Atrial Enlargement):**

- Liên quan đến bệnh van tim hoặc tăng áp phổi.

**Giãn thất trái/ thất phải
(Left Ventricular
Enlargement - LVE):**

- Biểu hiện của bệnh cơ tim giãn nở hoặc suy tim.

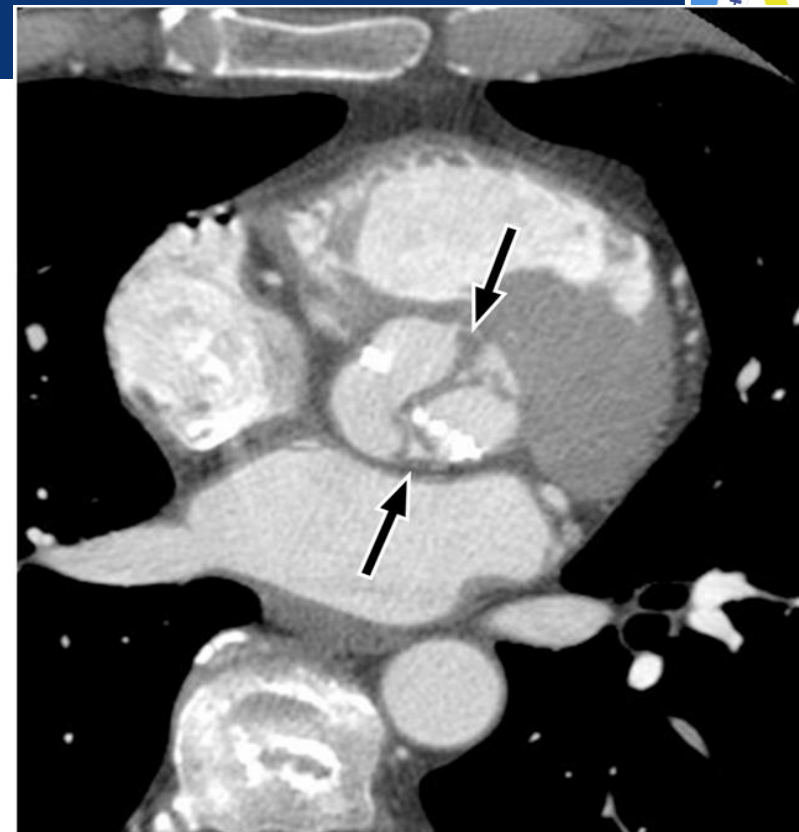
Vôi hóa van tim

- Có thể tiến triển thành hẹp hoặc hở van

Van động mạch chủ hai lá

(Bicuspid Aortic Valve)

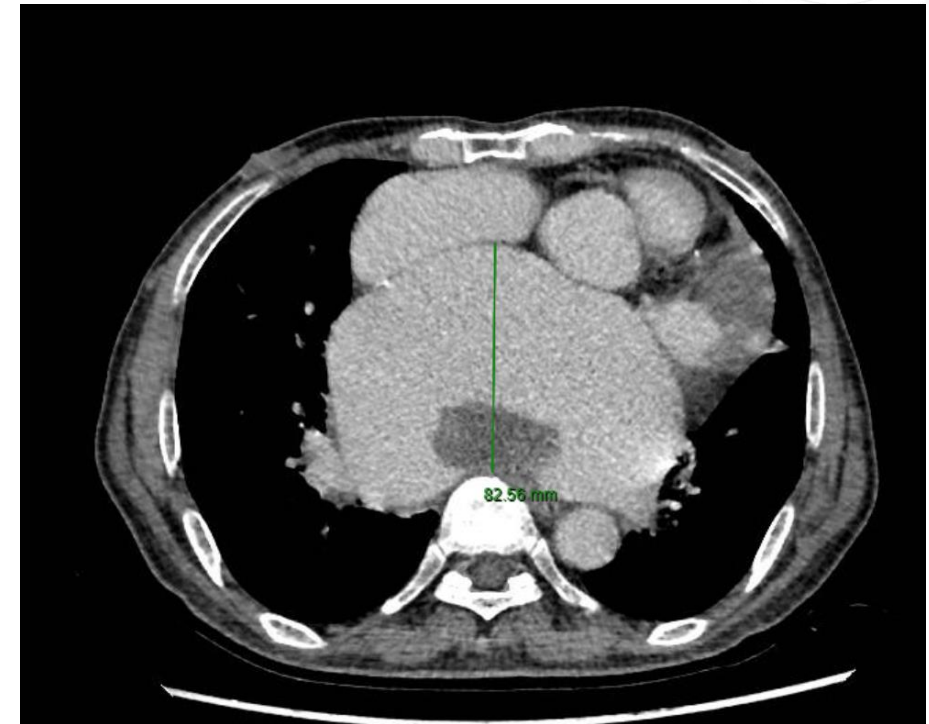
- Tần suất và đặc điểm: Chiếm 0.5–2% dân số. Di truyền trội nhiễm sắc thể thường (10% trường hợp)
- Biến chứng: Hẹp động mạch chủ (50% các trường hợp), hở van động mạch chủ, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
- **Hình ảnh CT:**
 - Giúp xác định đặc điểm van, mức độ vôi hóa và giãn động mạch chủ.
 - Van hai lá có kích thước lá van không đồng đều, có thể thấy vôi hóa ở gốc lá.
- Quản lý:
 - Theo dõi: Nếu đường kính gốc động mạch chủ hoặc động mạch chủ lên >4.5 cm: Kiểm tra hàng năm.
 - Phẫu thuật: Khi đường kính gốc hoặc động mạch chủ lên >5.5 cm. Khi tốc độ giãn tăng >0.5 cm mỗi năm.



- Bệnh nhân nam 62 tuổi đang được đánh giá tình trạng trung thất giãn rộng.
- Van động mạch chủ hai lá (MT đen), các lá van dày và vôi hóa.

Giãn nhĩ trái (Left Atrial Enlargement - LAE)

- Nguyên nhân: Bệnh lý van hai lá (hẹp hoặc hở), Rung nhĩ, Luồng thông trái-phải, Phì đại thất trái (LVH), suy thất trái, Bệnh cơ tim giãn nở (DCM), Bệnh tim thiếu máu cục bộ.
- Khuyến nghị đánh giá:
 - Tìm huyết khối trong nhĩ trái hoặc tiểu nhĩ trái.
 - Kiểm tra van hai lá: Vôi hóa, dày lên.
 - Đánh giá kích thước buồng tim khác, độ dày thành tim, và vôi hóa động mạch vành.
- **CT:** Đường kính trước-sau nhĩ trái >4.5 cm (tại mức van động mạch chủ) có độ đặc hiệu 94%, độ nhạy 53% cho giãn nhĩ trái (*Huckleberry. J Thorac Imaging 2012*)
- Ý nghĩa: Phát hiện và đánh giá chính xác giãn nhĩ trái giúp xác định nguyên nhân cơ bản và định hướng điều trị



324000xxxx – Bn nam 56 tuổi
 LS: u dạ dày
 CT: Dẫn nhĩ trái #82mm. Huyết khối trong nhĩ trái, tiểu nhĩ trái

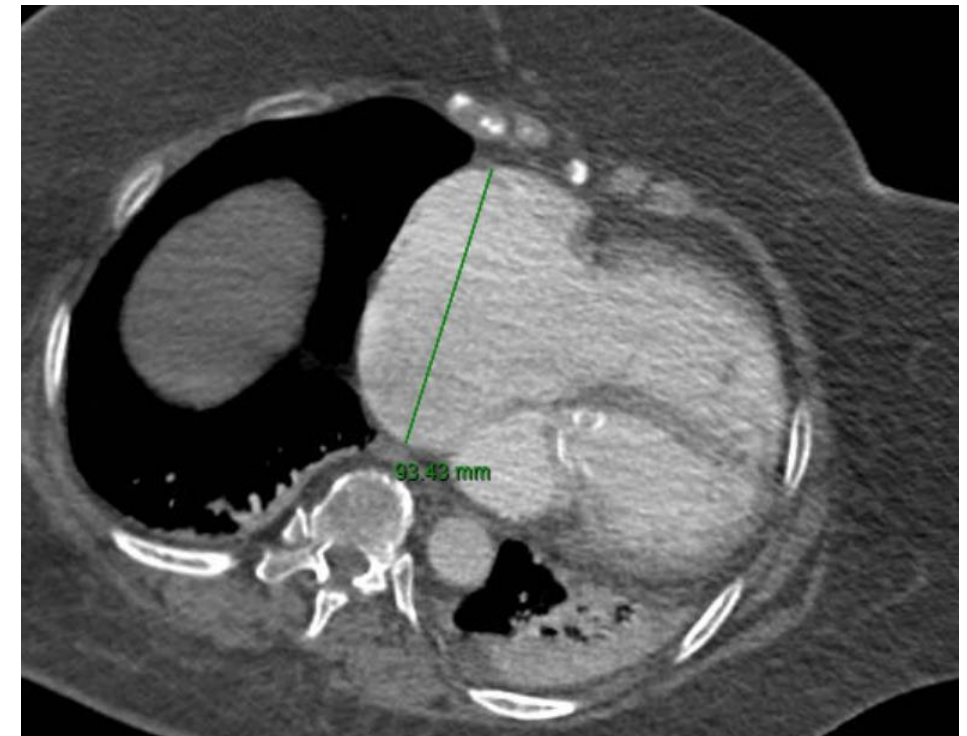
Giãn nhĩ phải

- **Nguyên nhân:** Tăng áp động mạch phổi, Bệnh lý van ba lá (hẹp hoặc hở), Rung nhĩ, Luồng thông trái-phải, Phì đại thất trái (LVH), Bệnh tim thiếu máu cục bộ.
- **CT:** đường kính ngang nhĩ phải > 65mm (mặt cắt 4 buồng)
- **Ý nghĩa:**
 - Đánh giá giãn nhĩ phải giúp phát hiện các bệnh lý nền liên quan để can thiệp và quản lý hiệu quả.

Right Atrium and Ventricle diameters

Chamber	Technique	women Enlargement	men Enlargement
Right atrium	Transverse	≥ 65 mm	≥ 70 mm
Right ventricle	Transverse	≥ 55 mm	≥ 60 mm

<https://radiologyassistant.nl/cardiovascular/pearls/cardiovascular-pearls-on-chest-ct>



224012xxxx. Bn nữ, 72t LS: viêm phổi
CT: dẫn nhĩ phải # 93mm

Giãn thất trái

Nguyên nhân:

- Bệnh cơ tim.
- Bệnh tim thiếu máu cục bộ.
- Rối loạn chức năng van tim.

Đánh giá bằng CT

- Do không chụp vào cuối tâm trương, kích thước buồng thất có thể bị đánh giá thấp.
- Tiêu chí chẩn đoán:
 - Đường kính buồng thất trái > 5.5cm
 - Độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán âm 93%, giá trị dự đoán dương 80% (Kathiria N. . J Comput Assist Tomogr 2015)

Ý nghĩa:

- Sử dụng kích thước buồng thất từ CT để gợi ý chẩn đoán (rule in), không dùng để loại trừ giãn thất trái (rule out).
- Chẩn đoán chính xác giúp phát hiện nguyên nhân và lập kế hoạch điều trị phù hợp.

Left Atrium and Ventricle diameter

Chamber	Normal	women Enlargement	men Enlargement
Left atrium	AP diam.	≥ 45 mm	≥ 50 mm
Left ventricle	Transverse	≥ 55 mm	≥ 60 mm

<https://radiologyassistant.nl/cardiovascular/pearls/cardiovascular-pearls-on-chest-ct>



124010xxxx. Bn nam 38 tuổi, LS: Viêm ruột thừa cấp
CT: giãn thất (T) # 71mm
SA tim: hở van hai lá

Giãn thất phải

• Nguyên nhân:

- Tăng áp động mạch phổi.
- Hẹp hoặc hở van động mạch phổi.
- Luồng thông trái-phải (thông liên thất - VSD).
- Bệnh cơ tim.

❖ CT: Đường kính buồng thất phải > 5.5cm

• Ý nghĩa:

- Việc đánh giá giãn thất phải giúp xác định các bệnh lý nền và lập kế hoạch điều trị phù hợp.

Right Atrium and Ventricle diameters

Chamber	Technique	women Enlargement	men Enlargement
Right atrium	Transverse	≥ 65 mm	≥ 70 mm
Right ventricle	Transverse	≥ 55 mm	≥ 60 mm

<https://radiologyassistant.nl/cardiovascular/pearls/cardiovascular-pearls-on-chest-ct>



124010xxxx. Bn nam 33 tuổi, LS: Viêm túi mật cấp
CT: dẫn thất (P) # 62mm

Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy

Vôi hóa nặng van hai lá

❖ Nguyên nhân:

- **Thoái hóa van:** Thường gặp ở người lớn tuổi.
- **Hậu thấp tim:** Biểu hiện muộn, liên quan đến bệnh lý thấp tim.
- **Rối loạn chuyển hóa:** Suy thận mạn, cường cận giáp.

CT: Dễ dàng phát hiện vôi hóa van

Xử trí:

- Theo dõi định kỳ nếu không triệu chứng.
- Can thiệp sửa hoặc thay van khi nặng.
- Đánh giá kỹ nguy cơ phẫu thuật trong trường hợp vôi hóa nặng.



224012xxxx. BN nam 61 tuổi

CT: vôi hóa van động hai lá

Vôi hóa van động mạch chủ

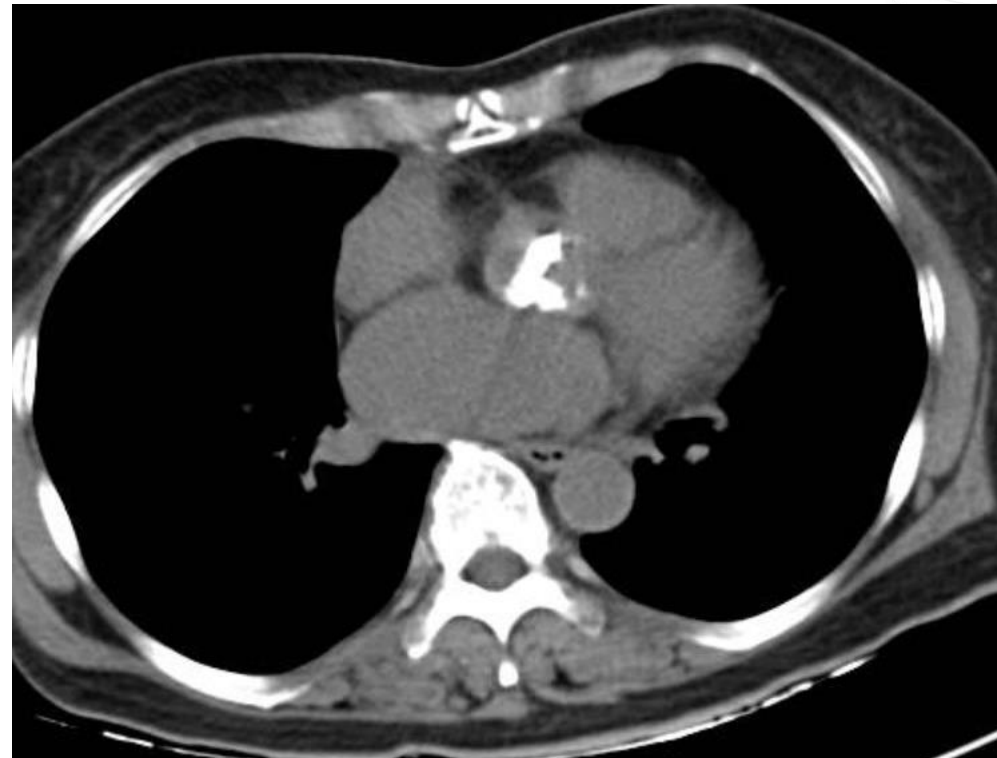
Nguyên nhân:

- Thoái hóa van:** Phổ biến nhất, do tuổi cao.
- Hậu thấp tim:** Liên quan viêm mạn tính, ít gặp hơn.
- Rối loạn chuyển hóa:** Suy thận mạn, cường cận giáp, tăng canxi máu.

CT: dễ dàng đánh giá vôi hóa van động mạch chủ

Xử trí:

- Theo dõi định kỳ ở giai đoạn nhẹ.
- Can thiệp thay van qua da (TAVI) hoặc phẫu thuật khi hẹp/hở nặng.
- Điều trị hỗ trợ suy tim nếu có triệu chứng.



- ❖ 224012xxxx. BN nữ 61 tuổi
- ❖ CT: vôi hóa van động mạch chủ

Bệnh lý có nguy cơ cao

(tiềm tàng nguy hiểm nếu không điều trị)

Rò động mạch vành
(Coronary Artery Fistula):

- Có thể gây suy tim phải hoặc tắc mạch nếu không can thiệp.

Phình xoang Valsalva (Sinus
of Valsalva Aneurysm):

- Nguy cơ vỡ cao nếu kích thước lớn hoặc không được theo dõi.

Phình động mạch vành:

- Nguy cơ biến chứng tăng theo kích thước.

Viêm màng ngoài tim co thắt
(Constrictive Pericarditis):

- Gây suy tim tâm trương nếu không được điều trị phẫu thuật.

Huyết khối buồng tim
(Thrombi):

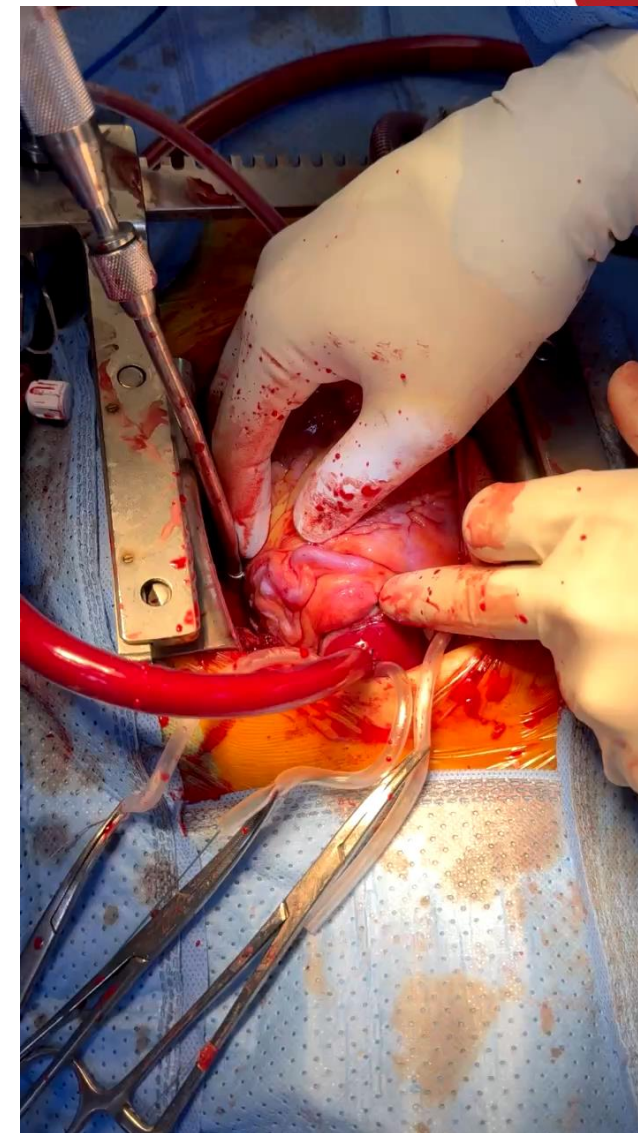
- Nguy cơ thuyên tắc mạch (20% trường hợp).

Rò động mạch vành

(Coronary Artery Fistula - CAF)

- **Định nghĩa:** Rò động mạch vành là kết nối trực tiếp giữa nhánh của động mạch vành vào buồng tim hoặc cấu trúc động/tĩnh mạch
- ❖ **Tần suất:** Hiếm gặp, chiếm 0.2–0.4% bệnh tim bẩm sinh và 14% bất thường mạch vành (*)
- **Vị trí phổ biến:**
 - **Nguồn:** Động mạch vành phải (RCA) 50–60%, nhánh liên thất trước (LAD) 25–42%, nhánh mũ (LCX) 18%.
 - **Thoát lưu:** Thường thoát vào tim phải (60–90%), hoặc động mạch phổi, tĩnh mạch phổi, xoang vành.
- **CT:** Dẫn các nhánh mạch vành
- **Điều trị:**
 - **CAF có triệu chứng:** Phẫu thuật hoặc can thiệp qua da.
 - **CAF không triệu chứng:** Cân nhắc điều trị nếu đường kính ≥ 2 lần đường kính động mạch tham chiếu.
 - Chuyển khám chuyên khoa tim mạch để đánh giá thêm (ECG-gated CT hoặc MRI).

(*) Abdelmoneim SS, (2007), *J Interv Cardiol* 20:265–274)



- 124011xxxx, bệnh nhân nữ, 69 tuổi
- LS: nhồi máu cơ tim
- Rò động mạch vành vào động mạch phổi
- Phẫu thuật: rò mạch vành vào động mạch phổi

Phình xoang Valsalva

Sinus of Valsalva Aneurysm - SOVA)

- **Tần suất và đặc điểm:**
 - Hiếm gặp, tỉ lệ 0.09% dân số.
 - Chiếm 0.1–3.5% dị tật tim bẩm sinh, thường không có triệu chứng.
 - Thường gặp ở nam giới (4:1) và người châu Á.
- **Nguyên nhân:**
 - **Bẩm sinh:** Liên quan đến hội chứng Marfan, Ehlers-Danlos, hoặc van động mạch chủ hai lá.
 - **Mắc phải:** Bệnh lý mô liên kết, xơ vữa động mạch, nhiễm trùng (viêm nội tâm mạc, giang mai, lao) hoặc chấn thương.
- **Vị trí phổ biến:** Xoang vành phải (75–90%), xoang không vành (10–25%), ít gặp ở xoang vành trái (thường mắc phải).
- **CT:** Giúp xác định vị trí, kích thước, và mối liên hệ với gốc động mạch chủ.
- **Điều trị:**
 - **Phình vỡ hoặc có biến chứng:** Phẫu thuật bắt buộc.
 - **Phình lớn nhưng chưa vỡ:** Cần nhắc can thiệp sớm để ngăn ngừa biến chứng



- 1250011565, Bệnh nhân nam 39 tuổi đang được đánh giá đau ngực cấp
- Phình xoang Valsalva tại xoang không vành

Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy



- Bệnh nhân nam 59 tuổi đang được đánh giá khối u lồng ngực.
- Phình xoang Valsalva tại xoang không vành

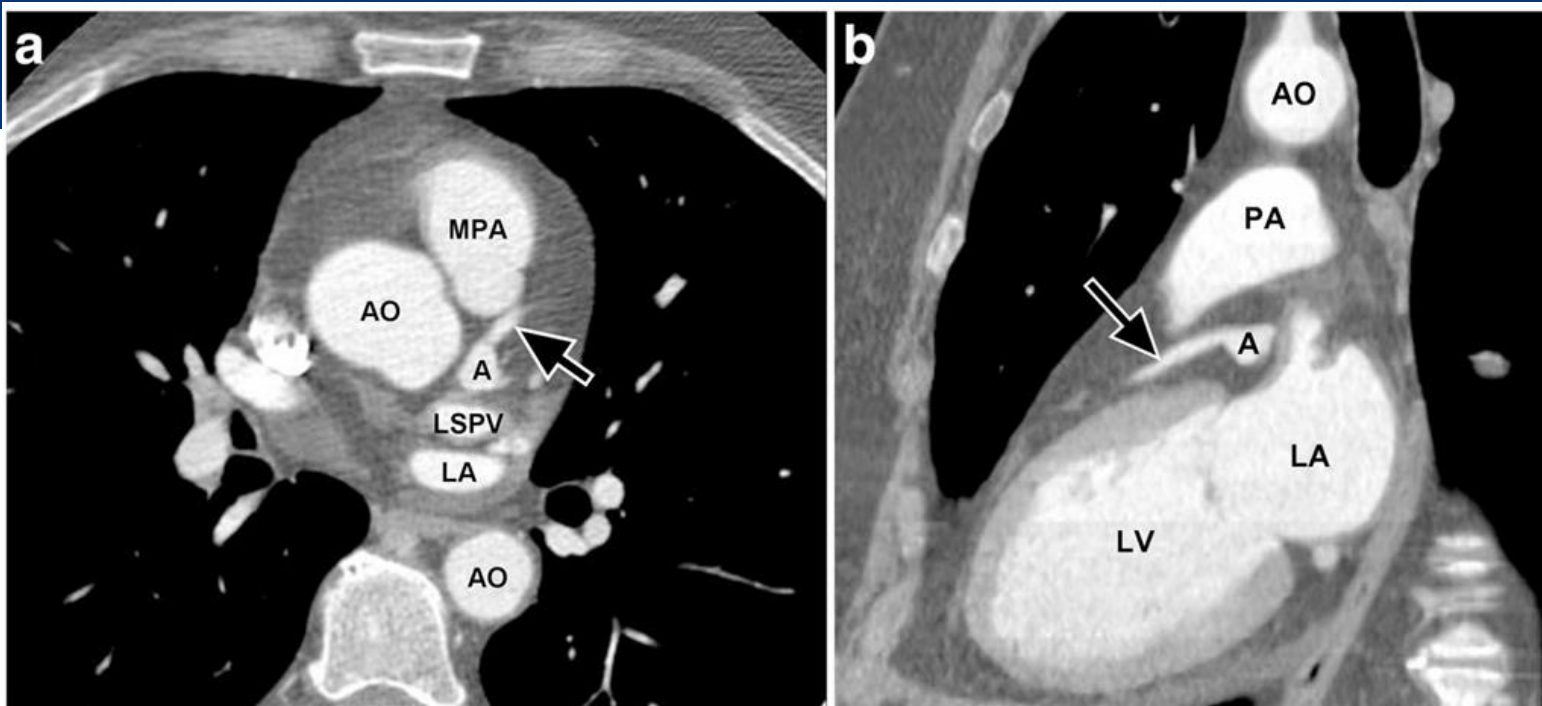
Krueger et al. Insights into Imaging (2019)

Giãn và phình động mạch vành

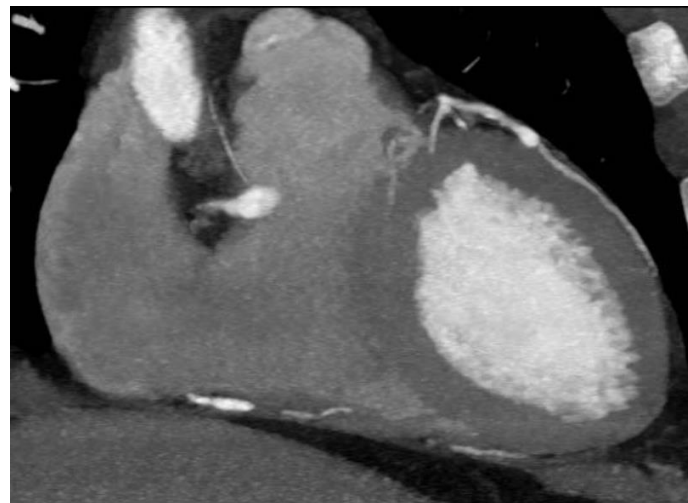
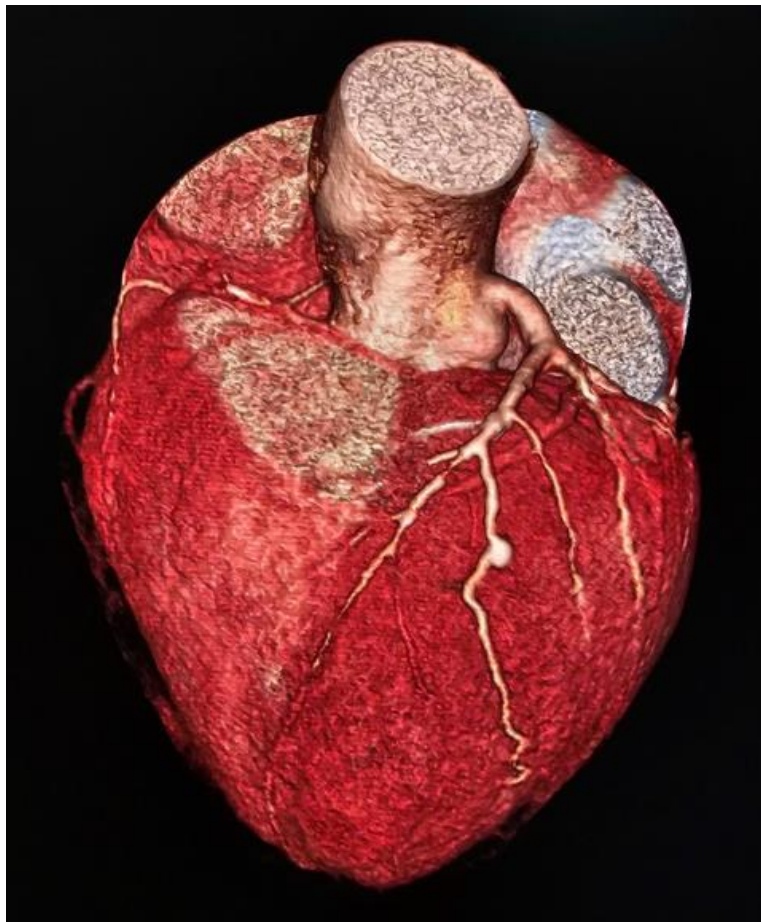
(Coronary Artery Ectasia and Aneurysm)

- **Định nghĩa:**
 - **Phình động mạch vành:** Tăng đường kính $> 1,5$ lần tại một đoạn so với đoạn kế cận.
 - **Giãn động mạch vành:** tăng đường kính $< 1,5$ lần
 - Phình động mạch lớn có thể đạt kích thước vài cm.
- **Vị trí phổ biến:** 40% Động mạch vành phải (RCA), 32% Nhánh liên thất trước (LAD), 23% nhánh mũ (LCX) (*)
- **Triệu chứng:**
 - Không triệu chứng hoặc đau thắt ngực, suy tim do huyết khối hoặc tắc nghẽn.
 - Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ.
- **CT:** tăng kích thước mạch vành
- **Điều trị:**
 - **Phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch:** Điều trị hẹp kèm theo (do xơ vữa).
 - **Bảo tồn:** Sử dụng thuốc chống đông và kháng tiểu cầu

(*) Gowda RM, (2005) Int J Cardiol 105:115–116



- **bệnh nhân nữ 56 tuổi đang được đánh giá bệnh lý động mạch chủ.**
 - **a: phình động mạch vành (a) tại nhánh liên thất trước của động mạch vành trái**
 - **b:** Hình ảnh tái tạo đa mặt phẳng trên mặt phẳng nghiêng dọc cũng cho thấy phình (a) của nhánh liên thất trước động mạch vành trái (mũi tên đen).
- A:** phình động mạch, **AO:** động mạch chủ, **PA:** động mạch phổi, **LA:** tâm nhĩ trái, **LSPV:** tĩnh mạch phổi trên trái.
- Lưu ý rằng đây là chụp CT động mạch chủ có đồng bộ điện tâm đồ (ECG-gated), nhưng hình ảnh được đưa vào vì đây là ví dụ điển hình về phình động mạch vành.



Bn nam, 72 tuổi, CTA động mạch vành
Túi phình động mạch vành nhánh D2

Viêm màng ngoài tim co thắt (Constrictive Pericarditis)

- ❖ **Nguyên nhân:** Nhiễm trùng (bao gồm lao). Bệnh mô liên kết. U, chấn thương.
- **Dấu hiệu trên CT:**
 - **Hình thái:**
 - Thắt phải dạng hình nón kéo dài.
 - Vách liên thắt dạng sigma.
 - **Phân biệt với bệnh cơ tim hạn chế (restrictive cardiomyopathy):**
 - **Viêm màng ngoài tim co thắt:** Màng ngoài tim dày bất thường.
 - **Bệnh cơ tim hạn chế:** Màng ngoài tim độ dày bình thường.
- **Chẩn đoán và xử trí:**
 - Nếu nghi ngờ viêm màng ngoài tim co thắt:
 - Tiến hành thêm ECHO và MRI tim.
 - Tham khảo chuyên khoa tim mạch.
 - Điều trị có thể bao gồm phẫu thuật cắt màng ngoài tim

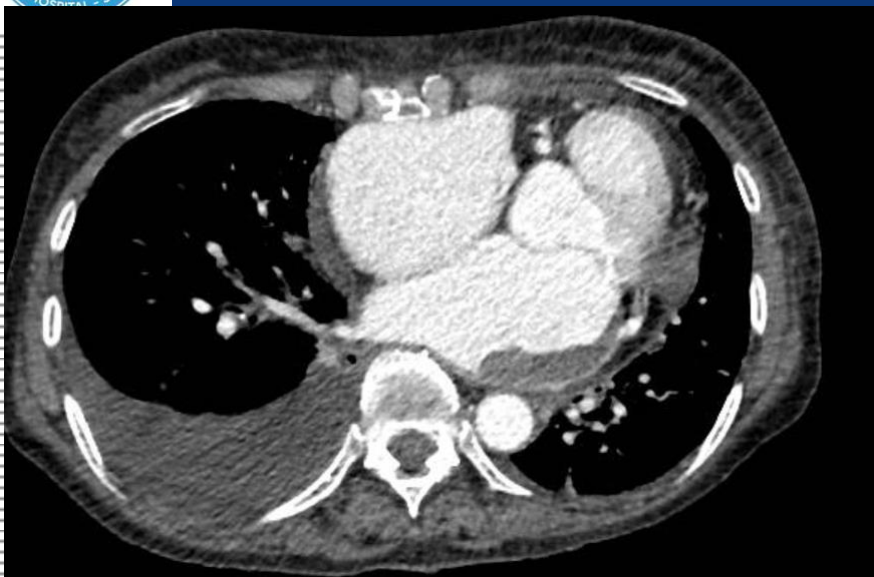


1250018468

- Bệnh nhân nam 73 tuổi đang được điều tra tràn dịch màng phổi khu trú
- Sự dày lên của lá tạng và lá thành màng ngoài tim, kèm theo dịch giữa các lá màng ngoài tim trên một.
- Sự dày màng ngoài tim và dịch này gây ra sinh lý chèn ép bờ thất phải → viêm màng ngoài tim co thắt

Huyết khối trong tim (Thrombi)

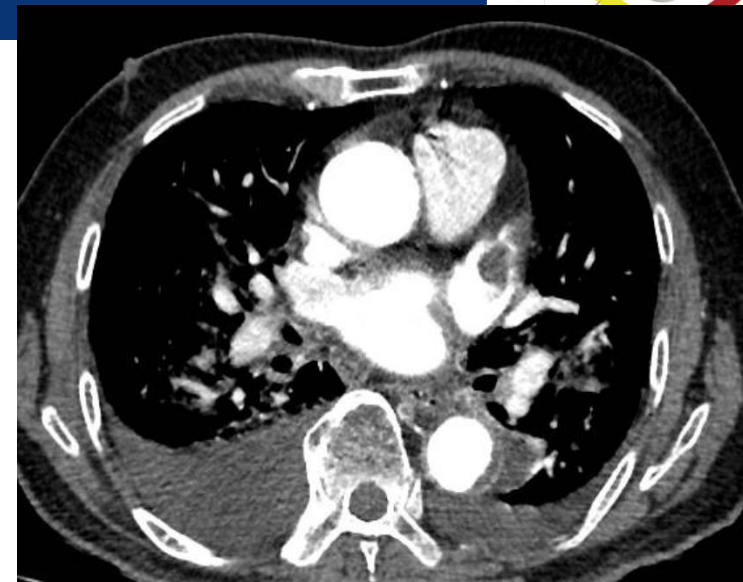
- **Vị trí thường gặp:**
 - **Nhĩ trái và tiểu nhĩ trái:** Gặp trong bệnh lý van hai lá hoặc rung nhĩ.
 - **Đỉnh thất trái:** Thường xảy ra ở bệnh nhân có bất thường vận động thành hoặc phình thất trái.
 - **Nhĩ phải:** Liên quan đến ống thông tĩnh mạch trung tâm.
- **Yếu tố nguy cơ:** Bệnh van tim, đặc biệt là van hai lá. Rung nhĩ. Van tim nhân tạo, máy tạo nhịp tim. Phình thất trái hoặc bất thường vận động thành tim.
- **Biến chứng:** Gây thuyên tắc động mạch trong **20% trường hợp**.
- **CT:** Huyết khối cấp tính: Không tăng quang.
Huyết khối mạn tính: Có thể không đồng nhất, có vỏ sợi ở ngoại vi hoặc bị vôi hóa.
- **Ý nghĩa:** Phát hiện sớm huyết khối trong tim rất quan trọng để ngăn ngừa thuyên tắc động mạch và điều trị kịp thời.



- 124009xxxx. BN nữ 74 tuổi. LS viêm phổi
- Huyết khối trong nhĩ trái



- 224010xxxx, BN nữ, 46 tuổi.
- LS: viêm ruột thừa cấp
- Huyết khối thất trái



- 124010xxxx, BN nam, 66 tuổi.
- LS: TDMP
- Huyết khối tiểu nhĩ (T)

Bệnh lý nguy hiểm tức thời

(đe dọa tính mạng hoặc cần can thiệp khẩn cấp)

**Giả phình thất trái
(Left Ventricular
Pseudoaneurysm):**

- Nguy cơ vỡ cao, gây tử vong nhanh chóng nếu không được can thiệp.

**Tràn máu màng ngoài tim
(Hemopericardium):**

- Có thể gây chèn ép tim cấp (tamponade), đòi hỏi xử trí cấp cứu.

**U tim ác tính
(di căn, sarcoma):**

- U ác tính nguy hiểm, thời gian sống trung bình dưới 1 năm.

**Bệnh cơ tim phì đại
(Hypertrophic
Cardiomyopathy - HCM):**

- Nguyên nhân phổ biến gây đột tử ở người trẻ và vận động viên.

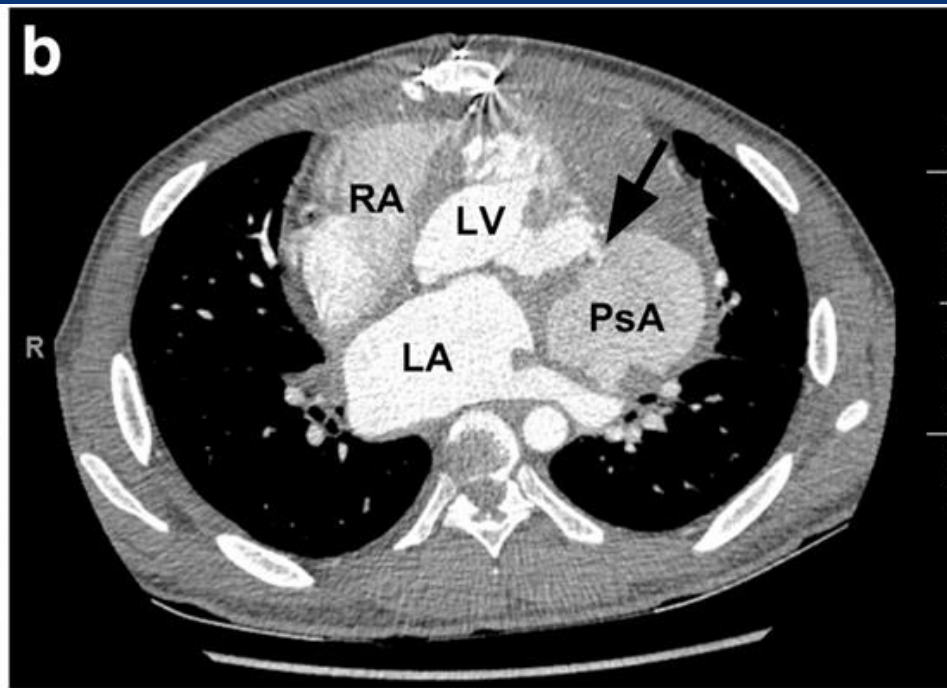
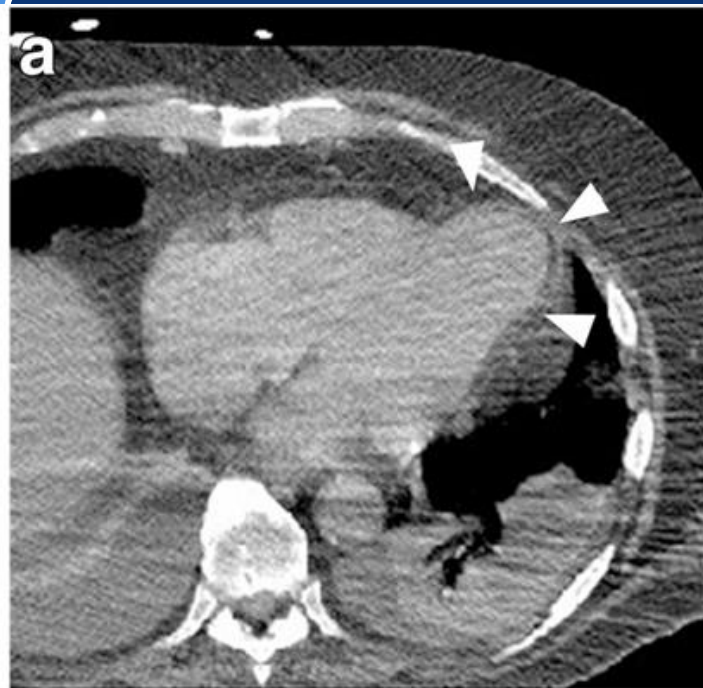
Giả phình thất trái

(Left Ventricular Pseudoaneurysms)

- **Vị trí:** Thường nằm ở vùng sau dưới
- **Nguyên nhân:**
 - Do thiếu máu cục bộ, nhồi máu cơ tim, hoặc chấn thương.
 - Xảy ra khi thành tự do thất trái bị vỡ, được màng ngoài tim dính bao bọc lại.
- **Nguy cơ:**
 - **Nguy cơ vỡ cao:** Thường gây tử vong cao
 - **Biến chứng nếu bệnh nhân sống sót:**
 - Suy tim sung huyết.
 - Tắc mạch do huyết khối trong khoang giả phình (do dòng máu chảy chậm, khoang không co bóp rối loạn vận động)

Chẩn đoán phân biệt

- ❖ **Giả phình:** Nguy cơ vỡ cao, cần phẫu thuật
- ❖ **Phình thật:** Mỏng thành do sẹo cơ tim, thường xảy ra sau nhồi máu cơ tim.
- ❖ **Túi thừa:** Bẩm sinh, thường không nguy hiểm và quản lý bằng thuốc.
- ❖ **Tiêu chí phân biệt:**
 - **Vị trí:** Phình thật thường ở đỉnh hoặc thành trước bên. Giả phình thường thành sau dưới
 - **Đường kính cổ (ostium):** Giả phình có cổ hẹp hơn.



a: Phình thật thất trái ở bệnh nhân nam 71 tuổi đang được đánh giá tràn mủ màng phổi. Bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim.

b: Giả phình thất trái với cổ hẹp (mũi tên đen) ở bệnh nhân nam trẻ tuổi đang được đánh giá sốt và đau ngực. **LA**: tâm nhĩ trái, **RA**: tâm nhĩ phải, **LV**: thất trái, **PsA**: giả phình.

c: Túi thừa nhỏ ở mỏm thất trái (dấu hoa thị) ở bệnh nhân nam 55 tuổi đang được đánh giá khối u lồng ngực. **LLL**: thùy gan trái, **RV**: thất phải.

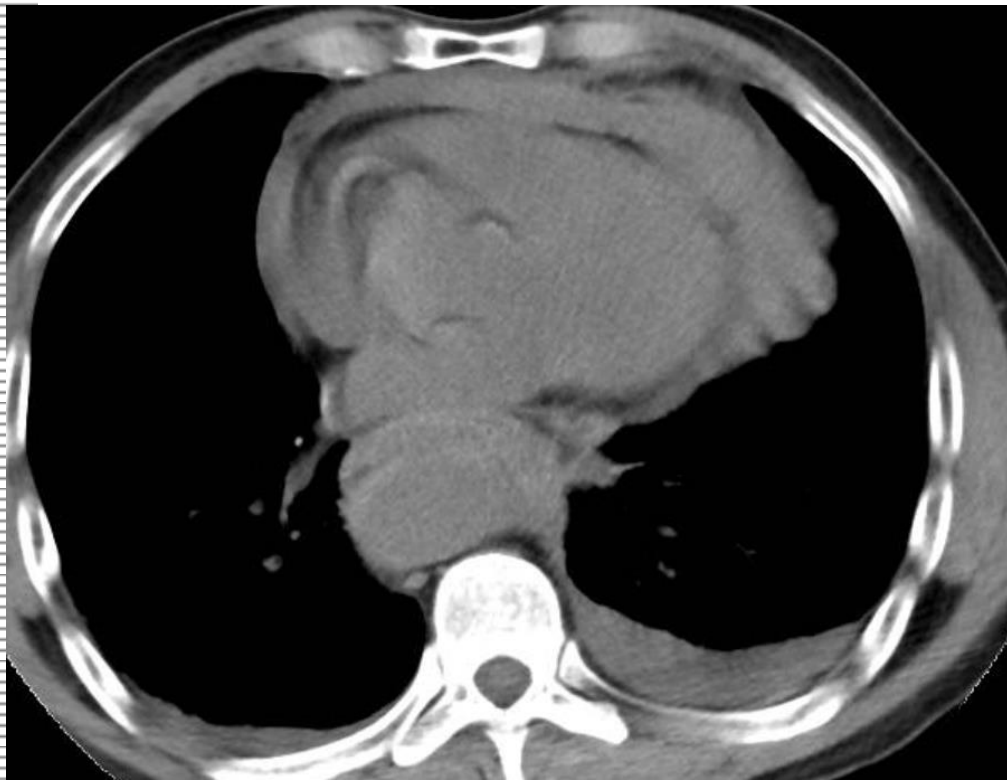
Tràn máu màng ngoài tim (Hemopericardium)

- **Đặc điểm:** Xảy ra khi lượng dịch trong túi màng ngoài tim vượt quá 60 mL.
- **CT không cản quang:**
 - Tràn máu màng ngoài tim: 40–60 HU
 - Dịch đơn thuần/transudates: <10 HU.
 - Dịch tiết/exudates: 10–20 HU.
- **Nguyên nhân:**
 - Vỡ thành tự do thất trái sau nhồi máu cơ tim.
 - Vỡ phình thất hoặc phình động mạch vành.
 - Biến chứng sau phẫu thuật.
 - Chấn thương.
 - Bệnh ác tính.
- **Ý nghĩa:**
 - Phân biệt loại dịch và nguyên nhân trên CT giúp hướng dẫn điều trị hiệu quả, đặc biệt trong các trường hợp nguy hiểm như vỡ thành tim hoặc biến chứng ác tính.

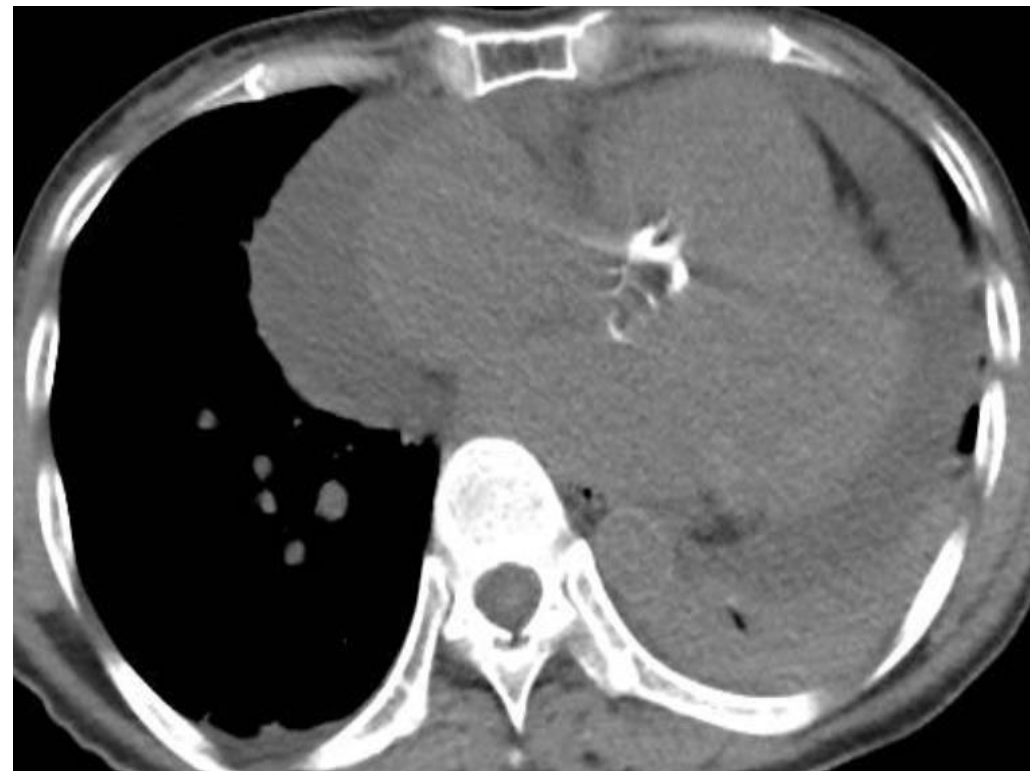


2250022622

Bn nam, 39 tuổi, đau ngực cấp
Tràn máu màng ngoài tim, đe dọa
sụp thất (P)



- ❖ 224011xxxx. BN nam, 55 tuổi
- ❖ LS Bóc tách động mạch chủ
- ❖ CT: tràn máu màng ngoài tim



- 224011xxxx. BN nam 50 tuổi.
- LS: viêm phổi
- Tràn dịch màng ngoài tim

Chèn ép tim

Định nghĩa

- Hội chứng chèn ép tim là một cấp cứu y khoa cần được điều trị tại bệnh viện.
- Hội chứng chèn ép tim cấp gây cản trở đổ đầy nhĩ, sự giãn nở của tâm thất. Khi đó, tim không thể bơm máu đầy đủ đến các cơ quan còn lại trong cơ thể; **dẫn đến suy các cơ quan, sốc và thậm chí là tử vong.**
- Nguyên nhân: Chấn thương, Sau phẫu thuật, Vỡ tim, vỡ túi phình, Khác....

Điều trị nhằm hai mục đích:

- Giảm sự đè ép lên tim: dẫn lưu dịch ở khoang ngoài tim hoặc mở ngực để dẫn lưu máu hoặc lấy các cục máu đông, hoặc cắt bỏ một phần màng ngoài tim để làm giảm áp lực lên tim
- Điều trị nguyên nhân.

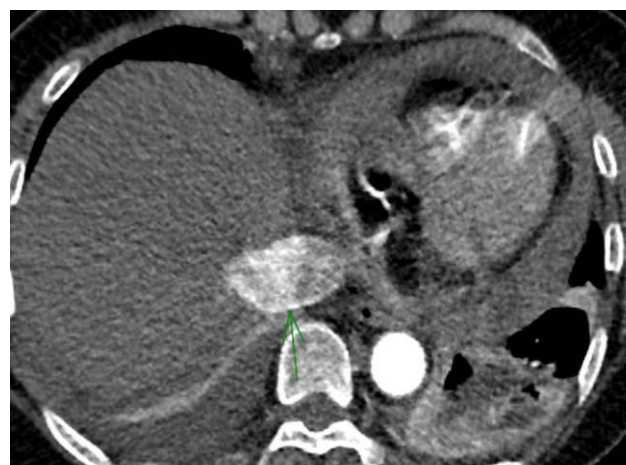
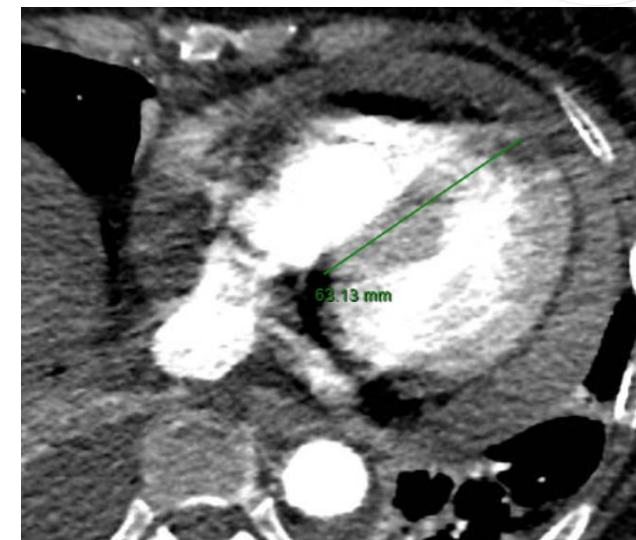
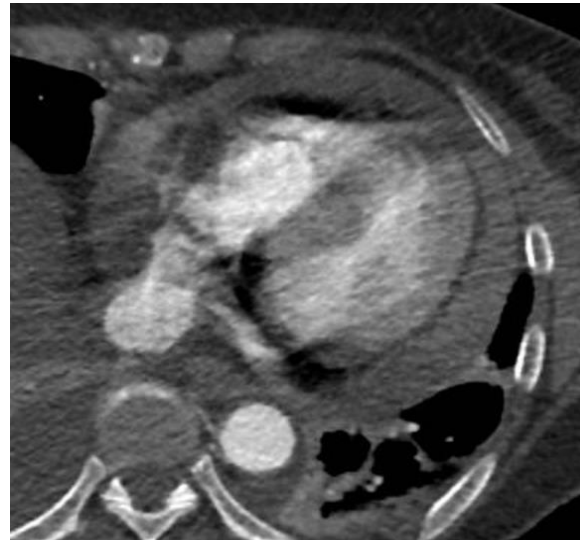
Các dấu hiệu chèn ép tim trên CT

Dấu hiệu tại tim:

- Lòi vách ngăn liên thất
- Chèn ép của xoang vành
- Dấu phẳng thành tim
- Đè sụn tâm thất phải
- Chèn ép các buồng tim

Dấu hiệu ngoài tim:

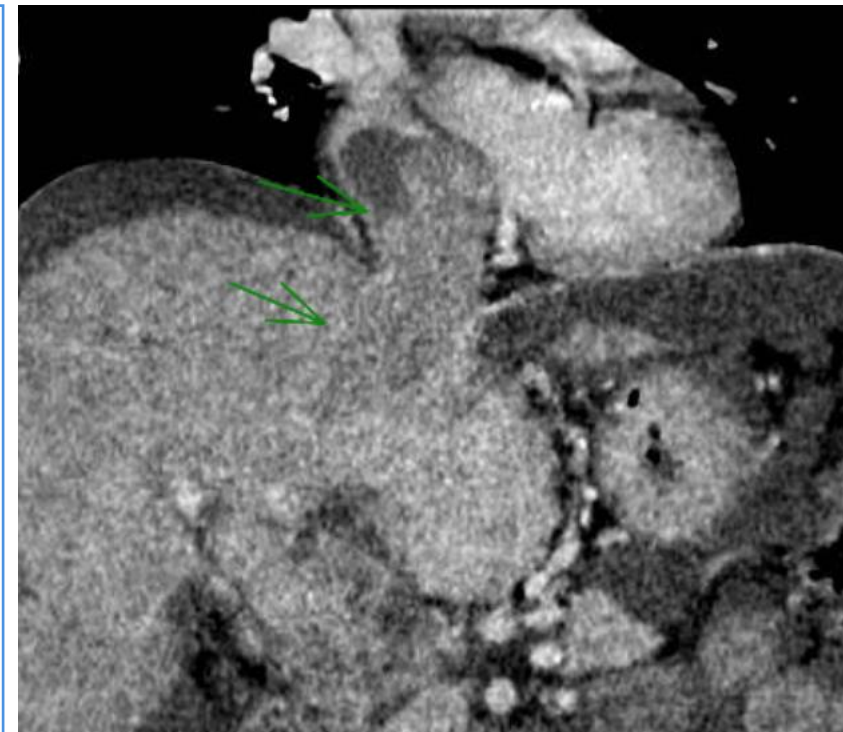
- Dẫn tĩnh mạch chủ trên ($\geq$ ĐMC)
- Dẫn tĩnh mạch chủ dưới (> 2 lần ĐMC)
- Trào ngược chất tương phản vào IVC, tĩnh mạch gan, tĩnh mạch azygos
- Phù quanh cửa



Di căn tim và màng ngoài tim

(Cardiac and Pericardial Metastases)

- **Tần suất:**
 - Phổ biến hơn u ác tính nguyên phát ở tim, gấp 20–40 lần.
 - Tỷ lệ gặp ở bệnh nhân có u ác tính: 1.5–25%. (*)
- **Nguồn gốc:**
 - Phổ biến nhất từ **ung thư phổi** và **ung thư vú** (do gần tim).
 - Melanoma có xu hướng di căn vào tim nhiều hơn các loại ung thư khác.
- **Cơ chế di căn:**
 - **Lan trực tiếp:** Từ khối u phổi, vú, thực quản, gan
 - **Lan máu (hematogenous):** Gây khối u cơ tim.
 - **Qua đường tĩnh mạch (transvenous):** Từ khối trung tâm lan vào nhĩ trái.
 - **Qua đường bạch huyết ngược dòng (retrograde lymphatic):** Gây tràn dịch hoặc nốt màng ngoài tim.
- **Ý nghĩa:**
 - Di căn tim/màng ngoài tim thường tiên lượng xấu, cần nhận diện sớm để hỗ trợ quản lý triệu chứng và chăm sóc giảm nhẹ.



- 24858xxxx, BN nam 74t
- LS: u gan
- U gan phải xâm lấn TMCD và nhĩ phải

U tim nguyên phát

(Primary Cardiac Tumors)

- **Tần suất:** Rất hiếm, chiếm $<0.02-0.056\%$.

U nguyên phát ác tính chiếm 25% u tim nguyên phát.

Angiosarcoma thường gặp nhất (*)

❖ Hình ảnh trên CT:

- Khối rõ ràng lồi vào buồng tim hoặc dạng thâm nhiễm lan tỏa, có vùng hoại tử.
- Thường bắt thuốc cản quang, kèm tràn dịch màng ngoài tim

• Ý nghĩa:

- CT giúp phát hiện và mô tả đặc điểm u nguyên phát tại tim giúp định hướng chẩn đoán, quản lý và điều trị.



2230085252. BN nam 58 tuổi
U nhĩ (P) bắt thuốc mạnh không đồng nhất.
Tràn dịch màng ngoài tim

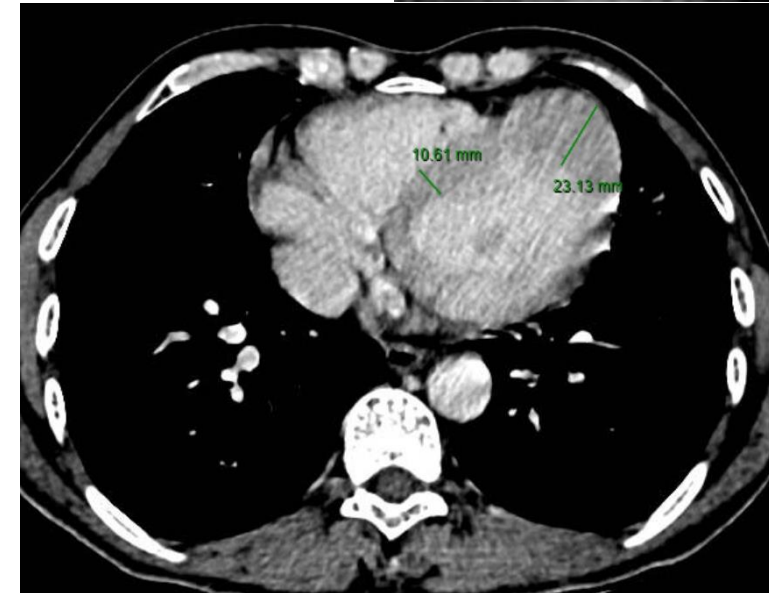
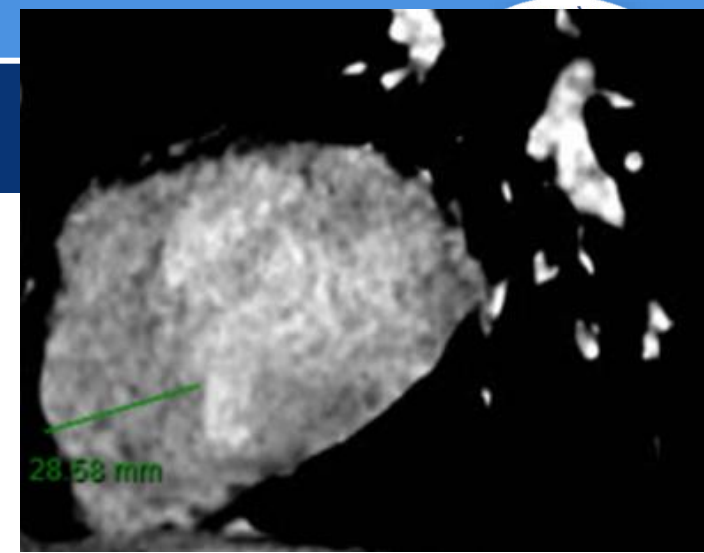
(*) Chen Y, Diagnostics (Basel). 2020

Bệnh cơ tim phì đại

(Hypertrophic Cardiomyopathy - HCM)

- **BCTPĐ** là nguyên nhân phổ biến nhất gây đột tử ở người trẻ và vận động viên (*)
- **Biến chứng thường gặp:** Hẹp đường thoát thất trái (LVOT), loạn nhịp tim
- ❖ Ý nghĩa: giúp định hướng chẩn đoán tiếp theo bằng siêu âm tim, MRI tim, cũng như cảnh báo quản lý và điều trị **BCTPĐ**

(*) Maron BJ. *Journal of the American College of Cardiology*. 2022



- 324000xxxx. Bn nam 57t.
- LS: u gan
- Bệnh cơ tim phì đại vùng mỏng

Các bất thường tim trên CT ngực

Các bệnh lý phổ biến, ít nguy hiểm

- Vô hình động mạch vành
- Vô hình màng ngoài tim
- U tim lành tính

Các bệnh lý cần theo dõi và xử trí

- Bệnh van động mạch chủ hai lá
- Giãn buồng tim
- Vô hình van tim

Bệnh lý có nguy cơ cao

- Rò động mạch vành
- Phình xoang Valsalva
- Phình động mạch vành
- Viêm màng ngoài tim co thắt
- Huyết khối buồng tim

Bệnh lý nguy hiểm tức thời

- Giả phình thất trái
- Tràn máu màng ngoài tim
- U tim ác tính
- Bệnh cơ tim phì đại

KẾT LUẬN

- ❖ CT ngực có thể phát hiện các bệnh lý tim mạch quan trọng như tràn máu màng ngoài tim, chèn ép tim, huyết khối buồng tim, u tim...
- ❖ Một số bệnh lý có thể không triệu chứng ngay nhưng cần được theo dõi và điều trị kịp thời như bệnh xơ vữa mạch vành, bệnh cơ tim phì đại...
- ❖ BS CĐHA cần nhận diện và đánh giá đúng các bệnh lý tim mạch, điều này giúp chỉ dẫn bước tiếp theo trong quản lý bệnh nhân.



HỘI NGHỊ KHOA HỌC CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TP.HCM MỞ RỘNG LẦN THỨ XII-2025



Cảm ơn đã theo dõi!