

BMJ Best Practice

Đánh giá ho mạn tính

Thông tin lâm sàng chính xác ngay nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: Jun 21, 2018

Mục Lục

Tóm tắt	3
Tổng quan	4
Bệnh căn học	4
Trường hợp khẩn cấp	6
Những cân nhắc khẩn cấp	6
Những dấu hiệu cần chú ý	7
Chẩn đoán	8
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	8
Tổng quan về chẩn đoán khác biệt	12
Chẩn đoán khác biệt	14
Hướng dẫn chẩn đoán	24
Tài liệu tham khảo	26
Hình ảnh	30
Tuyên bố miễn trách nhiệm	49

Tóm tắt

- ◊ Ho là triệu chứng thường gặp nhất tại các cơ sở chăm sóc ban đầu.[1] Ho bán cấp được định nghĩa là ho kéo dài từ 3 đến 8 tuần, và ho mạn tính là ho kéo dài trên 8 tuần.[2] Ho bán cấp thường tự khỏi, nhưng ho mạn tính có thể khó đánh giá và điều trị hiệu quả. Điều trị thuốc giảm ho không trúng đích hiếm khi hiệu quả đối với ho mạn tính. Tuy nhiên, điều khó khăn là xác định nguyên nhân ho, vì một số 'căn nguyên' là các hội chứng không có xét nghiệm chẩn đoán chính xác. Thay vào đó, nguyên nhân được xác định bằng các đặc điểm tiền sử điển hình, loại trừ các nguyên nhân khác, và đáp ứng với điều trị trúng đích (thử nghiệm điều trị đóng vai trò là xét nghiệm). Tuy nhiên, hỏi tiền sử chi tiết, cùng với chọn lọc các thử nghiệm điều trị và/hoặc thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán một cách hệ thống và dựa trên thông tin đáng tin cậy, có thể dẫn đến thuyên giảm ho khá tốt, với hơn 90% ca bệnh.
-

Bệnh cần học

Tất cả cơn ho mạn tính bắt đầu là bán cấp, và chẩn đoán phân biệt bao gồm tất cả các nguyên nhân gây ra ho bán cấp. Ho sau nhiễm trùng là căn nguyên thường gặp nhất của ho bán cấp.[3] Hầu hết các ca bệnh sẽ tự khỏi. Một khi thời gian ho kéo dài quá 8 tuần, cần tiếp cận một cách có hệ thống để làm sáng tỏ nguyên nhân và cần điều trị tốt nhất.

Các căn nguyên thường gặp

Ở hầu hết những người lớn không hút thuốc có kết quả chụp X-quang ngực bình thường và không dùng thuốc ức chế ACE, ho mạn tính do một hoặc nhiều tình trạng trong 4 tình trạng sau đây gây ra:[2] [4] [5] [6]

- Hội chứng ho đường thở trên (trước đây là hội chứng chảy dịch mũi sau): 34%
- Hen suyễn: 25%
- Bệnh trào ngược dạ dày thực quản: 20%
- Viêm phế quản tăng bạch cầu ái toan không phải hen suyễn: 13%.

Thường xuất hiện hơn một nguyên nhân gây ra ho mạn tính. Ho vô căn thực sự rất hiếm gặp và là chẩn đoán loại trừ.[5] [7] [8]

Ho là triệu chứng duy nhất của hen suyễn, còn gọi là hen suyễn dạng ho, xuất hiện trong số ít các bệnh nhân.[9]

Các nguyên nhân thường gặp nhất này xảy ra ở hầu hết các bệnh nhân đến phòng khám chuyên khoa có biểu hiện ho mạn tính và thường nên xem xét trước tiên nếu không có các dấu hiệu hay triệu chứng chỉ ra các chẩn đoán khác.

Các nguyên nhân thường gặp khác bao gồm:

- Thuốc ức chế ACE: ho khan, thường kèm theo cảm giác ngứa hoặc trầy xước trong cổ họng, xuất hiện trong 5% đến 35% người dùng thuốc ức chế ACE. Ho do thuốc ức chế ACE thường gặp hơn ở phụ nữ, người không hút thuốc và những người gốc Trung Hoa.[10] [11]
- Ho sau nhiễm trùng: căn nguyên thường gặp nhất của ho bán cấp.[3] Với bệnh cảnh điển hình của ho sau nhiễm trùng nên chờ đợi theo dõi sát và điều trị triệu chứng nếu cần thiết.
- Viêm phế quản: có thể nghĩ tới viêm phế quản mạn tính khi một người lớn có tiền sử ho có đờm mạn tính kéo dài hơn 3 tháng và trong ít nhất 2 năm liên tiếp khi các chẩn đoán khác đã bị loại trừ. Viêm phế quản mạn tính là một trong những biểu hiện của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Các yếu tố nguy cơ có thể bao gồm hút nicotine và cần sa, tiếp xúc thụ động với khói thuốc nicotine và phơi nhiễm với các độc tố trong môi trường.[4] [12]
- Bordetella pertussis: nếu dịch tễ học tại địa phương cho thấy tỷ lệ nhiễm ho gà cao, khuyến cáo xét nghiệm Bordetella pertussis. Nếu các xét nghiệm ủng hộ ho gà, chỉ định điều trị kháng khuẩn đặc hiệu.

Các căn nguyên ít gặp hơn

Các chẩn đoán cần cân nhắc là các nguyên nhân gây ho thông qua kích thích thụ thể cơ học và hóa học ở đường thở gây tác động đến dây thần kinh phế vị, bao gồm các dây thần kinh hướng tâm nằm ở thành ngực, cơ hoành, thực quản, thành bụng và ống tai ngoài.[13] Do đó, các nguyên nhân tiềm ẩn khác là:

- Các rối loạn làm biến dạng hoặc kích ứng đường thở (ví dụ: giãn phế quản, bệnh phổi mưng mủ mạn tính, khối u nội phế quản, bệnh u hạt, dị vật)
- Rối loạn nhu mô phổi (ví dụ như bệnh phổi kẽ do viêm phổi quá mẫn, phơi nhiễm nghề nghiệp/môi trường, hoặc bệnh tự miễn như lupus ban đỏ hệ thống)
- Các bệnh khác liên quan đến quá trình biểu hiện toàn thân (viêm khớp dạng thấp, bệnh sarcoid), bệnh tự miễn như lupus ban đỏ hệ thống, hoặc bệnh kích thích các thần kinh hướng tâm ở trên

- Kích ứng ống tai ngoài do nhiễm trùng, rầy tai, hoặc máy trợ thính có thể gây ra ho, thông qua phản xạ qua trung gian thần kinh Arnold.

Chứng khó nuốt do cấu trúc miệng - hầu dẫn đến tái diễn hít phải thức ăn và dịch cũng có thể gây ra ho. Nên đánh giá sâu hơn bệnh nhân bị ho có mô tả tình trạng khó nuốt để biết được căn nguyên này.[4]

Túi thừa Zenker có thể gây ra ho mạn tính, kèm theo chứng khó nuốt, trào ngược, hít sặc và giảm cân.[14]

Viêm phế quản cũng nên được xem xét, và có thể do nhiễm trùng hoặc có thể do thuốc/độc tố. Cần cân nhắc nguyên nhân viêm toàn bộ tiểu phế quản lan tỏa ở bệnh nhân gần đây sống tại Nhật Bản, Hàn Quốc hoặc Trung Quốc.[4]

Ở các vùng lưu hành dịch nhiễm nấm hoặc ký sinh trùng, cần thực hiện xét nghiệm chẩn đoán cho những bệnh nhân này khi đã loại trừ các nguyên nhân gây ho thường gặp.[4] Phình các mạch máu trong lồng ngực tiến triển chậm, như phình động mạch chủ, có thể gây ra ho mạn tính.[15]

Có thể chẩn đoán hội chứng ho xôma (ho do tâm lý) sau khi đánh giá toàn diện để loại trừ tất cả các nguyên nhân khác.[16]

Những người sử dụng giọng nói trong công việc (ví dụ như giáo viên, nhân viên tổng đài, diễn viên, ca sĩ, huấn luyện viên) có thể bị khàn giọng và ho mạn tính.[12]

Những cân nhắc khẩn cấp

(Xem [Chẩn đoán khác biệt](#) để biết thêm chi tiết)

Ho mạn tính là triệu chứng đơn độc thường kéo dài trong nhiều tháng hoặc nhiều năm trước khi đến khám và thường không biểu hiện tình trạng y tế cấp tính. Cần thực hiện đánh giá nhanh và toàn diện hơn (hơn là điều trị theo kinh nghiệm) nếu xuất hiện các triệu chứng khác (như khó thở, ho ra máu, giảm cân, sốt hoặc đau ngực) hoặc nếu bệnh nhân đồng thời bị suy giảm các thành phần của hệ thống miễn dịch tại chỗ, thể dịch hoặc tế bào do giảm bạch cầu trung tính, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, hoặc sử dụng glucocorticoid, hóa trị liệu hoặc thuốc chống thải ghép.

Ung thư biểu mô phổi

Ho là triệu chứng thường gặp nhất của ung thư phổi. Đưa ra chẩn đoán phân biệt ung thư phổi đặc biệt khi ho kèm theo giảm cân, ho ra máu, đau ngực, khó thở hoặc khàn tiếng, và thường xảy ra ở người đang hoặc đã từng hút thuốc. Chẩn đoán xác định qua chụp X-quang và giải phẫu bệnh, và điều trị có thể bao gồm phẫu thuật, hóa trị và xạ trị.

Hen suyễn

Ho mạn tính kèm theo thở khò khè và khó thở từng cơn, tăng lên về đêm, khi tiếp xúc với dị nguyên, lạnh hoặc khói, có thể do hen suyễn. Chẩn đoán được đưa ra sau khi đánh giá lâm sàng có hệ thống, có thể cho thấy các triệu chứng nêu trên và sự thay đổi triệu chứng đã ghi nhận trước đó, phát hiện lâm sàng tình trạng co thắt phế quản, và biểu hiện tắc nghẽn dòng khí và khả năng phục hồi.^[17] Hướng dẫn của Viện Y tế và Chăm sóc Quốc gia (NICE) năm 2017 về hen suyễn cũng khuyến cáo rằng những người được chẩn đoán có khả năng bị hen suyễn từ 17 tuổi trở lên cần được làm xét nghiệm phân suất nồng độ oxit nitric trong khí thở ra (FeNO), và nếu phân suất nồng độ oxit nitric trong khí thở ra cao (>40 phần tỷ [ppb]) cần được cân nhắc là xét nghiệm dương tính.^[18] Hướng dẫn NICE khuyến cáo cân nhắc xét nghiệm FeNO cho trẻ em từ 5 đến 16 tuổi chẩn đoán có khả năng bị hen suyễn, và nồng độ >35 ppb cho thấy xét nghiệm dương tính trong nhóm tuổi này.^[18] Điều trị dựa trên việc sử dụng thuốc giãn phế quản và thuốc kháng viêm.

Viêm phổi

Có thể xảy ra sau tiền triệu ho mạn tính và, trong trường hợp đó, thường có biểu hiện bằng thay đổi tính chất ho, xuất hiện mủ trong đờm và sốt. Có thể xuất hiện các triệu chứng ít gặp hơn là ho ra máu, đau ngực hoặc khó thở. Chẩn đoán dựa trên khám lâm sàng có tình trạng đông đặc phổi, kèm theo thâm nhiễm trên phim chụp X-quang. Điều trị sử dụng kháng sinh.

Lao phổi

Ho mạn tính kèm theo đổ mồ hôi đêm và giảm cân có thể gợi ý bệnh lao, đặc biệt ở bệnh nhân sống hoặc đến vùng có tỷ suất hiện mắc bệnh này cao. Bệnh lao thường đi kèm theo những thay đổi dạng thâm nhiễm, xơ hóa hay tạo hang trên phim chụp X-quang và xác nhận khi có mặt trực khuẩn lao trong đờm.

Nhiễm Bordetella pertussis

Ho kịch phát, ho khi hít vào và nôn sau khi ho có thể có khả năng nhiễm B pertussis. Nghi ngờ chẩn đoán khi có tiếp xúc tại gia đình với bệnh ho gà và được xác nhận qua xét nghiệm vi sinh hoặc huyết thanh. Điều trị nhiễm khuẩn B pertussis bằng các thuốc kháng sinh nhóm beta-lactam, fluoroquinolone hoặc macrolide.

Chứng xơ hóa phổi kẽ

Ho kèm theo khó thở tiến triển có thể cho thấy sự xuất hiện tình trạng xơ hóa phổi kẽ. Nghi ngờ chẩn đoán này hơn khi có dấu hiệu rale nổ và ngón tay dùi trống và được xác nhận về mặt lâm sàng hoặc bệnh lý. Chụp X-quang chỉ ra nhiều

thay đổi về mô kẽ, và xét nghiệm chức năng phổi thường cho thấy rối loạn kiểu hạn chế. Điều trị tùy thuộc tổn thương lâm sàng và bệnh lý đặc hiệu của bệnh.

Những dấu hiệu cần chú ý

- Hen suyễn
- Ung thư phổi
- Chứng xơ hóa phổi kẽ
- Viêm phổi
- Bệnh lao (TB)
- Nhiễm Bordetella pertussis
- Phình động mạch chủ ngực (TAA)
- Dị vật
- Hít sặc tái phát

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Bệnh nhân có thể có biểu hiện ho bán cấp, thường gặp nhất là sau nhiễm trùng; tuy nhiên, hầu hết các ca bệnh sẽ tự khỏi.[3] Tất cả những gì có thể cần thực hiện trong những ca bệnh này là quan sát và nếu cần, điều trị triệu chứng. Nếu ho kéo dài dai dẳng hơn 8 tuần, thì cần đánh giá thêm.[19] Hiện có một số phương pháp có giá trị để đánh giá ho, tuy nhiên những phương pháp này hầu hết chỉ được dùng cho mục đích nghiên cứu.[20]

Việc tìm hiểu nguyên nhân và cải thiện ho mạn tính cần sự hợp tác lâu dài với bệnh nhân. Tiếp cận với mỗi bệnh nhân bị ho mạn tính có thể thay đổi từ xét nghiệm chẩn đoán ban đầu đầy đủ về các bệnh liên quan thường gặp, đến điều trị theo kinh nghiệm nhưng trúng đích đối với các tình trạng thường gây ra ho mạn tính, mà những tình trạng này ít hoặc không cần cố gắng chẩn đoán.[8] [21] Lựa chọn biện pháp tiếp cận cụ thể có thể được điều chỉnh theo từng cá nhân, và tùy thuộc vào loại và thời gian triệu chứng, ưu tiên của bệnh nhân và nguồn lực sẵn có. Hạn chế làm xét nghiệm chẩn đoán, điều trị các căn nguyên giả định và lần lượt điều trị thử theo kinh nghiệm là tiết kiệm chi phí nhất, nhưng lâu hết ho nhất và có thể làm cho bệnh nhân lo âu nhiều hơn.[8] [22] [23] Thực tế, các quy trình chẩn đoán và trị liệu thường được áp dụng đồng thời. Tốt nhất là khuyến khích bệnh nhân tham gia vào việc lựa chọn biện pháp tiếp cận tốt nhất và giải thích thời gian dự kiến và tiến trình thử nghiệm chẩn đoán và trị liệu.

Tiền sử và khám lâm sàng

Cần hỏi chi tiết tiền sử, có chú ý đến thời gian và hoàn cảnh khởi phát lâm sàng; các yếu tố trở nặng; các triệu chứng kết hợp; tiền sử trước đó gợi ý bệnh dị ứng cơ địa; tiền sử đầy đủ về y tế, hút thuốc, thuốc và phơi nhiễm; tiền sử gia đình và phơi nhiễm nghề nghiệp; và chú ý đến những biện pháp đã được thử nghiệm, và có hiệu quả như thế nào. Tiền sử có ảnh hưởng mạnh đến phán đoán của bác sĩ lâm sàng về căn nguyên nào (nếu có) có khả năng xảy ra cao nhất trong số 4 căn nguyên thường gặp nhất (hội chứng ho do bệnh trạng ở đường thở trên [UACS], hen suyễn, bệnh trào ngược dạ dày thực quản [GORD], hoặc viêm phế quản do tăng bạch cầu ái toan không phải hen suyễn [NAEB]).

Đáng tiếc là việc khám kỹ lưỡng không thể cho bác sĩ lâm sàng biết về các nguyên nhân thường gặp nhất gây ra ho mạn tính, nhưng cần thiết để phát hiện sớm các căn nguyên ít gặp hơn, như giãn phế quản, bệnh phổi kẽ, rối loạn tâm sinh hoặc bệnh nhiễm trùng phổi mạn tính.

Xét nghiệm đánh giá đờm là yếu tố chính để đưa ra chẩn đoán phân biệt, vì xét nghiệm này có thể chỉ ra sự có mặt của căn nguyên nhiễm trùng. Mặc dù không có kết quả khám lâm sàng hay tiền sử đặc biệt nào có liên quan rõ ràng với căn nguyên cụ thể của ho mạn tính, chúng có thể hướng dẫn xét nghiệm hoặc thử nghiệm trị liệu sau đó.

Các triệu chứng và kết quả có liên quan đến các nguyên nhân thường gặp (hen suyễn, UACS, GORD hoặc NAEB) có thể hướng tới xét nghiệm chẩn đoán sau đó nhằm xác nhận nguyên nhân đó.

Hen suyễn có thể có biểu hiện thở khò khè, đau thắt ngực hoặc khó thở ngoài cơn ho kịch phát, hoặc ho trở nặng do phơi nhiễm dị nguyên theo mùa, các yếu tố kích ứng đặc hiệu hoặc các yếu tố kích ứng hô hấp không đặc hiệu như không khí lạnh, mùi thơm hoặc môi trường nhiều bụi. Cần xem xét nguyên nhân khác ở những bệnh nhân chưa từng thở khò khè.[8] Các triệu chứng có thể thay đổi, ho trở nặng vào ban đêm hoặc tiền sử gia đình bị hen suyễn hoặc bệnh dị ứng cơ địa rõ ràng.[24] Hen suyễn dạng ho, trong đó ho là triệu chứng duy nhất, xuất hiện ở một nhóm nhỏ bệnh nhân.[9]

UACS là một hội chứng lâm sàng và chẩn đoán dựa trên bức tranh toàn cảnh lâm sàng (bao gồm thường xuyên ho khạc, chảy dịch mũi sau, ngạt mũi và hắt xì) và đáp ứng với điều trị.[25] Các nguyên nhân tiềm ẩn của UACS bao gồm viêm mũi dị ứng, viêm mũi nhiều năm không do dị ứng, viêm mũi sau nhiễm trùng, viêm xoang do vi khuẩn, viêm xoang dị ứng do nấm, viêm mũi do các bất thường về cấu trúc, bệnh polyp mũi, viêm mũi do các yếu tố vật lý hoặc hóa học kích ứng, viêm mũi do phơi nhiễm nghề nghiệp, viêm mũi do thuốc và viêm mũi thai kỳ.[25]

GORD có thể có biểu hiện ợ nóng, khó nuốt, trào ngược axit và ho khi khom lưng. Triệu chứng gợi ý có thể bao gồm ho khi phát âm, ho khi ngồi dậy khỏi giường, hoặc liên quan đến các thức ăn cụ thể hoặc khi ăn nói chung.[8] Bệnh trào ngược có diễn biến lâm sàng thầm lặng tới 75% ca bệnh.[26]

NAEB có biểu hiện ho mạn tính, thường ít đờm hoặc không có đờm, mà không có các đặc trưng rõ nét của hen suyễn hoặc các yếu tố khởi phát ho chắc chắn, mặc dù bệnh nhân đôi khi có thể có biểu hiện thở khò khè.

Ngưng dùng thuốc ức chế men chuyển

Ho do dùng thuốc ức chế men chuyển có thể bắt đầu trong nhiều ngày hoặc nhiều tháng kể từ khi bắt đầu điều trị thuốc ức chế men chuyển. Nếu nghi ngờ nguyên nhân sử dụng thuốc ức chế men chuyển, cần ngưng dùng thuốc nếu có thể. Sau đó, xác nhận chẩn đoán dựa vào tình trạng cải thiện của ho, thường trong vòng 1 đến 4 tuần (mặc dù có thể kéo dài lên đến 3 tháng).[27] Có vẻ như thuốc chẹn thụ thể angiotensin không có liên quan đáng kể đến các triệu chứng ho mạn tính.

Chụp X quang ngực (CXR)

Cần chụp XQ ngực thẳng sớm trong quá trình đánh giá ho mạn tính. Mặc dù xét nghiệm này không chẩn đoán được các nguyên nhân thường gặp nhất, các kết quả có thể nhanh chóng hướng tới các nguyên nhân nghiêm trọng hơn. Các nguyên nhân này bao gồm ung thư phổi, chứng xơ hóa phổi, bệnh lao, giãn phế quản, viêm phổi, hít sặc và bệnh sarcoidosis.

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-5]

[Fig-6]

[Fig-7]

[Fig-8]

[Fig-9]

[Fig-10]

[Fig-11]

[Fig-12]

[Fig-13]

[Fig-14]

[Fig-15]

Lựa chọn xét nghiệm chẩn đoán hoặc điều trị thử

Sau XQ ngực thẳng, lựa chọn xét nghiệm chẩn đoán hoặc điều trị thử tùy thuộc vào khả năng đánh giá của bác sĩ lâm sàng về căn nguyên cụ thể và biện pháp tiếp cận ưu tiên cho bệnh nhân. Trừ khi tiền sử, khám lâm sàng và XQ ngực thẳng cho thấy một nguyên nhân khác, cần tập trung nỗ lực vào một hoặc nhiều nguyên nhân trong 4 nguyên nhân thường

gặp (hen suyễn, UACS, GORD, NAEB). Ví dụ, nếu tiền sử gợi ý nguyên nhân hen suyễn nhất, thì đo phế dung kế (xét nghiệm để phát hiện tắc nghẽn đường thở) và xét nghiệm đánh giá đáp ứng với thuốc giãn phế quản sẽ là các xét nghiệm phù hợp trước tiên.[17] Hướng dẫn của Viện Y tế và Chăm sóc Quốc gia (NICE) năm 2017 về hen suyễn cũng khuyến cáo rằng người lớn (từ 17 tuổi trở lên) được chẩn đoán có khả năng bị hen suyễn cần được làm xét nghiệm phân suất nồng độ oxit nitric trong khí thở ra (FeNO) đầu tiên trước khi đo phế dung kế, và nồng độ >40 phần tỷ cần được cân nhắc là xét nghiệm dương tính.[18] Các xét nghiệm khác bao gồm thử nghiệm kích thích phế quản. Nếu xét nghiệm này âm tính, cần xem xét nguyên nhân NAEB. Nếu nghi ngờ UACS, chỉ định điều trị thử để làm giảm viêm mũi xoang và giảm bài tiết quá mức sẽ được chỉ định. Nếu nghi ngờ GORD, có thể điều trị thử hoặc làm xét nghiệm chẩn đoán (cân nhắc ưu tiên của cả bác sĩ lâm sàng và bệnh nhân).[28]

Điều trị thử

Việc điều trị thử được lựa chọn dựa trên ấn tượng lâm sàng, đôi khi dựa vào xét nghiệm chẩn đoán. Phải đánh giá đáp ứng với việc điều trị thử của bệnh nhân và giảm ho trước khi có thể đưa ra một căn nguyên rõ ràng. Đáp ứng một phần có thể cho thấy có nhiều hơn một căn nguyên gây ra. Trong trường hợp này, có thể chỉ định thêm xét nghiệm và/hoặc điều trị thử bổ sung, trong khi cần tiếp tục liệu pháp đã thành công một phần. Nếu không đáp ứng thì cần đánh giá lại cả căn nguyên nghi ngờ và sự tuân thủ cũng như hiệu quả của điều trị. Đã có báo cáo về hiệu quả giả được cao trong các thử nghiệm theo kinh nghiệm những trường hợp ho mạn tính.[29]

Có thể thực hiện thử nghiệm trị liệu theo kinh nghiệm một cách tuần tự (bắt đầu với căn nguyên có khả năng xảy ra nhất), với các lựa chọn sau đó dựa theo đáp ứng của bệnh nhân. Ngoài ra, có thể thực hiện đồng thời các thử nghiệm khi nghi ngờ nhiều căn nguyên ngay từ ban đầu, và sau đó lần lượt ngừng các liệu pháp khi đã kiểm soát được cơn ho. Các căn nguyên sau được cân nhắc:

1. UACS: nếu không đáp ứng các thử nghiệm trị liệu phù hợp thì cần tiến hành chụp cắt lớp vi tính (CT) xoang và chuyển khám tai mũi họng (ENT), đặc biệt nếu các căn nguyên khác đã được cân nhắc và được coi là rất khó xảy ra.
2. Hen suyễn hoặc NAEB: nếu không đáp ứng với điều trị phù hợp thì cần nhanh chóng đánh giá kỹ lưỡng việc tuân thủ điều trị, hiệu quả kháng viêm (được đo lường theo sự thay đổi của lưu lượng đỉnh và FeNO, khi cần) và các tình trạng làm hen khó kiểm soát liên tục như GORD, bệnh xoang hoặc thường xuyên phơi nhiễm với dị nguyên.

[VIDEO: Peak flow measurement animated demonstration]

3. GORD: nếu điều trị thử thích hợp trong 8 đến 12 tuần thất bại thì cần nhanh chóng làm xét nghiệm để xác định (nếu chưa được tiến hành), và đánh giá kỹ lưỡng hiệu quả của việc giảm a xít và/hoặc các yếu tố khác góp phần gây ra tình trạng trào ngược không phải a xít tiếp diễn.

Xét nghiệm chẩn đoán bổ sung

Sau khi đánh giá kỹ lưỡng, nếu không nguyên nhân nào trong số 4 nguyên nhân thường gặp nhất có khả năng gây bệnh thì cần cân nhắc các xét nghiệm khác, bao gồm:

1. Chụp hình ảnh CT ngực có độ phân giải cao để tìm ra nguyên nhân giãn phế quản (không phải lúc nào cũng gây ho đờm) hoặc bệnh phổi cấu trúc khác (có thể không thể hiện rõ trên hình ảnh XQ ngực thẳng). Bệnh phổi mưng mủ mạn tính được chẩn đoán ở những bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng của giãn phế quản nhưng không có bằng chứng giãn phế quản qua hình ảnh chụp X-quang.[32] Chụp hình ảnh CT cũng có thể cho thấy tình trạng phình động mạch chủ hoặc túi thừa Zenker.
2. Soi phế quản để tìm bệnh lý nội phế quản.
3. Chụp CT xoang hoặc nội soi mũi.
4. Theo dõi pH thực quản và/hoặc trở kháng trong 24 giờ để loại trừ GORD tiến triển thầm lặng.

5. Thiếu hụt sắt và ferritin huyết thanh có liên quan đến ho mạn tính.[33]

Ngoài ra, cần cân nhắc hội chẩn chuyên khoa phổi và/hoặc ENT. Trong các trường hợp bệnh nhân cũng có các đặc điểm thở rít, co thắt thanh quản hoặc dây thanh âm chuyển động nghịch thường, cần có sự can thiệp sớm của chuyên gia âm ngữ trị liệu vì điều trị nhắm đến các nguyên nhân tiềm ẩn cũng có thể giúp cải thiện nhanh ho mạn tính.[34]

[Fig-16]

[Fig-17]

[Fig-18]

[Fig-19]

[Fig-20]

[Fig-21]

Tổng quan về chẩn đoán khác biệt

Thường gặp

Hội chứng ho do đường thở trên (UACS; chảy dịch mũi sau)

Hen suyễn

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GORD)

Viêm phế quản do tăng bạch cầu ái toan không phải hen (NAEB)

Viêm phế quản/COPD mạn tính

Thuốc ức chế enzym chuyển hóa angiotensin (thuốc ức chế men chuyển)

Viêm phổi

Ho sau nhiễm trùng

Nhiễm Bordetella pertussis

Không thường gặp

Ung thư phổi

Giãn phế quản và bệnh phổi mưng mủ mạn tính

Chứng xơ hóa phổi kẽ

Bệnh sarcoid

Bệnh lao (TB)

Túi thừa Zenker

Phình động mạch chủ ngực (TAA)

Dị vật

Viêm phổi quá mẫn

Viêm tiểu phế quản

Hít sặc tái phát

Không thường gặp

Bệnh phổi tăng bạch cầu ái toan vùng nhiệt đới do nhiễm giun chỉ

Hội chứng ho xôma (ho do tâm lý)

Chẩn đoán khác biệt

Thường gặp

♦ Hội chứng ho do đường thở trên (UACS; chảy dịch mũi sau)

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
thường xuyên khạc nhổ, chảy dịch mũi sau, tiết dịch mũi, ngạt mũi hoặc hắt xì điển hình, hôi miệng	bài tiết nhầy mủ ở mũi hầu và họng miệng hoặc xuất hiện các hạt ở phần sau của họng miệng	» thử nghiệm điều trị: đáp ứng điều trị theo kinh nghiệm Không có xét nghiệm cụ thể nào có thể chứng minh hoặc bác bỏ sự xuất hiện của UACS; cần kết hợp các triệu chứng, biểu hiện tại lần khám lâm sàng và đáp ứng điều trị để đưa ra chẩn đoán. ^[25] Khi nghi ngờ một nguyên nhân đặc biệt của UACS, như viêm mũi dị ứng hoặc polyp mũi dựa trên tiền sử và khám lâm sàng, trước tiên cần điều trị theo hướng căn nguyên này.	

♦ Hen suyễn

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
thở khò khè, đau thắt ngực, khó thở, triệu chứng thay đổi, FHx (tiền sử gia đình) bệnh hen suyễn/dị ứng cơ địa nặng nề, ho, kịch phát, trở nặng do các yếu tố kích ứng hoặc phơi nhiễm với yếu tố dị ứng theo mùa; đôi khi ho có thể là triệu chứng duy nhất (hen suyễn dạng ho) ^[9]	thở khò khè và kỳ thở ra kéo dài trong khi khám phổi	» đo phế dung kế có dùng thuốc giãn phế quản: suy giảm thông khí do tắc nghẽn có thể hồi phục; tăng FEV1 khi dùng thuốc giãn phế quản 12% trở lên so với lần khám ban đầu hoặc 10% trở lên so với FEV1 dự đoán; FEV1/dung tích sống gắng sức (FVC) <80% ^[27] Kết quả đo phế dung kế có thể bình thường ở một số bệnh nhân. Nếu cho kết quả bình thường, khuyến cáo xét nghiệm thêm kích thích phế quản.	» đo lưu lượng đỉnh khi thở ra (PEF) vào buổi sáng so với buổi trưa: độ biến thiên >20% Cần đo PEF ở những bệnh nhân có kết quả phế dung kế bình thường. Có thể sử dụng độ biến thiên của tắc nghẽn đường thở để hỗ trợ chẩn đoán hen suyễn. ^[27] » phân suất nồng độ oxit nitric trong khí thở ra (FeNO): cao (>40 phần tỷ) FeNO cao không đủ đặc hiệu để chẩn đoán hen suyễn mà không làm xét

Thường gặp

♦ Hen suyễn

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
		[Fig-22]	nghiệm khác; tuy nhiên, ở bệnh nhân chưa được điều trị, FeNO không cao sẽ không có khả năng là hen suyễn.[35] »xét nghiệm kích thích phế quản: nồng độ methacholine khi kích thích dẫn đến giảm 20% FEV1 (PC20) <4 mg/mL Tăng đáp ứng đường thở là đặc điểm nhạy nhưng không đặc hiệu của hen suyễn. Xét nghiệm kích thích phế quản bằng methacholine âm tính khi không dùng corticosteroid dạng hít cần thiết để loại trừ hen.[36] »Công thức máu: bạch cầu trung tính và/hoặc bạch cầu ái toan bình thường hoặc cao »kháng thể IgE trong huyết thanh: kháng thể IgE đặc hiệu với kháng nguyên cao Đối với hen nghi ngờ do phơi nhiễm nghề nghiệp, thực hiện xét nghiệm trước và sau khi phơi nhiễm, ví dụ, khi kết thúc một tuần làm việc thông thường và sau kỳ nghỉ.[12] »xét nghiệm dị nguyên nẩy da: có thể dương tính với dị nguyên Có thể được thực hiện để hỗ trợ chẩn đoán và xác định điều trị.

Thường gặp

♦ Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GORD)

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
Ợ nóng, khó nuốt, trào ngược a xít, ho khi khom lưng, khi phát âm, khi ngồi dậy khỏi giường hoặc khi ăn gợi ý bệnh trào ngược; có thể thâm lặn[26] [37]	không có đặc điểm phân biệt khi khám	» điều trị thử thuốc ức chế bơm proton (PPI) với nồng độ gấp đôi trong 8 tuần: để thuyên giảm các triệu chứng có thể cần thực hiện điều trị PPI có nồng độ gấp đôi trong 8 tuần, vì thế không nên coi kết quả của thử nghiệm này là 'âm tính' trước 8 tuần; trong các ca bệnh hiếm gặp, có thể cần đến 3 tháng để có được sự cải thiện này[38] Vì bệnh trào ngược có diễn biến lâm sàng thềm lặn ở 75% ca bệnh, cần tiến hành điều trị theo kinh nghiệm với PPI trước xét nghiệm chính thức.[26] [37] Các thuốc khác để điều trị thử là thuốc chẹn H2, thuốc hỗ trợ nhu động ruột và baclofen.[8]	» theo dõi pH thực quản trong 24 giờ: pH <4 trong 4% thời gian theo dõi trở lên và xuất hiện cùng lúc với ho phù hợp với phôi nhiễm a xít bệnh lý Độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất đối với ho do trào ngược. Có thể coi là xét nghiệm đầu tiên thay thế cho thử nghiệm PPI. Vẫn còn tranh cãi về vấn đề này.[37] Cần thực hiện xét nghiệm nếu thử nghiệm PPI không khiến triệu chứng thuyên giảm nhưng GORD vẫn xem xét có thể là nguyên nhân. Đánh giá chi tiết về sự liên quan giữa triệu chứng với bệnh trào ngược giúp hỗ trợ chẩn đoán nhất.[37] » Chụp X-quang thực quản có barium: trào ngược Không nhạy.

♦ Viêm phế quản do tăng bạch cầu ái toan không phải hen (NAEB)

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
ho không có đờm mạn tính; tiền sử không có đặc điểm phân biệt	không có đặc điểm phân biệt khi khám	» Khác biệt về đếm tế bào trong đờm hoặc mẫu rửa phế quản-phế nang (BAL): Tăng bạch cầu ái toan Tăng bạch cầu ái toan trong đờm hoặc BAL mà không có tắc nghẽn đường thở khi đo phế dung kế, không có sự thay đổi về lưu lượng đỉnh hoặc phản ứng quá mức khi	» FeNO: Tăng Nhạy ở bệnh nhân không được điều trị bằng corticosteroid dạng hít.[40] » đáp ứng trị liệu với steroid dạng hít: biểu hiện Ho do NAEB thuyên giảm sau một tiến trình điều trị

Thường gặp

♦ Viêm phế quản do tăng bạch cầu ái toan không phải hen (NAEB)

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
		xét nghiệm kích thích phế quản, gợi ý NAEB.[39]	bằng steroid dạng hít trong 4-6 tuần.

♦ Viêm phế quản/COPD mạn tính

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
có thể có tiền sử hút thuốc; ho có thể có đờm; khó thở, đặc biệt khi gắng sức, có thể kèm theo ho	ca bệnh nhẹ: hầu hết các lần khám hô hấp cho kết quả bình thường, có thể thấy rì rào phế nang im lặng, kỳ thở ra kéo dài, ran hoặc thở khò khè; trường hợp muộn: xanh tím, ngực hình thùng, sử dụng cơ hô hấp phụ khi hít vào, tăng S2 dọc bên bờ ức trái hoặc phù nề ngoại vi	»PFT (xét nghiệm chức năng phổi): giảm FEV1, FEV1/FVC <70%, dung tích khí cặn >120%, dung tích toàn phổi >120%, khả năng khuếch tán khí CO <80% Hướng dẫn của Sáng kiến toàn cầu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (GOLD) năm 2018 khuyến cáo lặp lại xét nghiệm đo phế dung kể nếu tỷ lệ FEV1/FVC từ 0,6 đến 0,8.[41] Có thể đo phế dung kế, thể tích phổi và khả năng khuếch tán theo các kết hợp khác nhau tùy thuộc vào biểu hiện lâm sàng. [Fig-22]	»CXR: căng phổi quá mức, nhưng có thể không xuất hiện trong một số ca bệnh Không hữu ích trong chẩn đoán, nhưng có thể hữu ích để loại trừ các bệnh khác hoặc để chẩn đoán các bệnh đồng mắc.[41]

♦ Thuốc ức chế enzym chuyển hóa angiotensin (thuốc ức chế men chuyển)

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
ho khan, thường kèm theo cảm giác ngứa hoặc trầy xước trong cổ họng; ho có thể bắt đầu trong nhiều ngày hoặc nhiều tháng kể từ khi bắt đầu dùng liệu pháp bằng thuốc ức chế men chuyển	không phát hiện được điều gì cụ thể trong lần khám	»ngừng dùng thuốc ức chế men chuyển: cải thiện tình trạng ho Ngừng dùng thuốc ức chế men chuyển giúp thuyên giảm ho trong vòng 1-12 tuần, thường là 1-4 tuần.[42]	

Thường gặp

♦ Viêm phổi

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
sốt, tình trạng khó chịu, thường sinh đờm, đau ngực	gõ đục, rì rào phế nang giảm và xuất hiện ran	» CXR : thâm nhiễm gợi ý viêm phổi	» WCC (số lượng bạch cầu) (máu) : thường cao nhưng không đặc hiệu » nuộm Gram và nuôi cấy đờm : xuất hiện vi sinh vật và bạch cầu trong mẫu đờm có chất lượng tốt (<25 tế bào biểu mô vảy mỗi trường) ủng hộ chẩn đoán nhiễm trùng đường hô hấp

♦ Ho sau nhiễm trùng

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
ho kéo dài từ 3 đến 8 tuần sau khi có các triệu chứng viêm đường hô hấp cấp tính; xung huyết mũi/ xoang, dịch tiết mũi không có mủ, đau họng[44]	kết quả XQ ngực thẳng bình thường; chẩn đoán dựa trên lâm sàng và là một yếu tố loại trừ	» CXR : cho kết quả bình thường, loại trừ viêm phổi	» WCC (số lượng bạch cầu) (máu) : thường cao nhưng không đặc hiệu » nuộm Gram và nuôi cấy đờm : xuất hiện vi sinh vật và bạch cầu trong mẫu đờm có chất lượng tốt (<25 tế bào biểu mô vảy mỗi trường) ủng hộ chẩn đoán nhiễm trùng đường hô hấp

♦ Nhiễm *Bordetella pertussis*

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
ho kịch phát, nôn sau ho, hoặc âm ho có tiếng rít vào; có khả năng xảy ra hơn nếu dịch tễ học địa phương gợi ý tỷ suất hiện mắc cao	chấm xuất huyết và xuất huyết kết mạc có thể do ho kịch phát; khám phổi thường bình thường	» nuôi cấy mẫu từ mũi họng (nếu các triệu chứng <2 tuần) : dương tính Khi xuất hiện các triệu chứng, cần sử dụng các xét nghiệm phù hợp để chẩn đoán ho gà nếu sẵn có, trừ khi đã chứng minh được chẩn đoán khác.[44] Cần cách ly bệnh nhân trong 5 ngày và báo cáo ca bệnh cho các cơ quan	» phản ứng chuỗi polymerase nhanh và/ hoặc xét nghiệm huyết thanh (nếu các triệu chứng xuất hiện >4 tuần) : dương tính

Thường gặp

♦ Nhiễm *Bordetella pertussis*

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
		y tế công cộng. Cần môi trường tăng sinh cho nuôi cấy.	

Không thường gặp

♦ Ung thư phổi

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
tiền sử hút thuốc lá, thay đổi về tính chất ho mạn tính, ho ra máu, khàn giọng, đau ngực, giảm cân, hội chứng tĩnh mạch chủ trên (phù nề khu trú ở mặt và tay, mặt ửng đỏ, nổi tĩnh mạch cổ và ngực), các triệu chứng liên quan di căn xa và các giai đoạn muộn của ung thư	ung thư phổi ở trung tâm có thể gây ra thở khò khè khu trú ở một bên phổi; hội chứng tĩnh mạch chủ trên; suy mòn và các triệu chứng liên quan đến di căn xa (ví dụ như đau xương) là các triệu chứng biểu hiện muộn	» CXR : xuất hiện tổn thương Có tới 26% nhu mô phổi có thể không được hiển thị đầy đủ trên ảnh XQ ngực thẳng.[43]	» Chụp CT ngực : xuất hiện tổn thương và bệnh khu trú ở một vùng nhất định » xét nghiệm tế bào trong đờm : có thể ghi nhận sự xuất hiện của tế bào ác tính » soi phế quản : có mặt u Cho phép quan sát độ lan rộng của khối u và lấy mẫu để sinh thiết.

♦ Giãn phế quản và bệnh phổi mưng mủ mạn tính

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
ho có nhiều đờm nhầy mủ, thay đổi trong ngày (ví dụ như nặng hơn vào buổi sáng), nặng hơn theo tư thế; khó thở, thở khò khè, ho ra máu; ho kịch phát không có đờm đôi khi có thể xuất hiện	rale nổ và rít, chủ yếu ở các thùy dưới; ngón tay dùi trống ở một số ít bệnh nhân	» CXR : dấu hiệu tăng các mạch máu phế quản Dấu hiệu nhậy nhưng không đặc hiệu. Nên chỉ định đầu tiên nếu không sẵn có chụp CT có độ phân giải cao. » chụp CT ngực có độ phân giải cao : giãn phế quản, kích thước phế quản vượt quá kích thước động mạch đi kèm Nên chỉ định đầu tiên nếu sẵn có.	» PFT : thương tổn tắc nghẽn không thể hồi phục, với FEV1/FVC <70% Lưu lượng đỉnh khi thở ra có thể bình thường, nhưng quan sát thấy đường cong lõm sau điểm lưu lượng đỉnh do lưu lượng thấp tương ứng với thể tích phổi. [Fig-22]

Không thường gặp

♦ Chứng xơ hóa phổi kẽ

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
khó thở khởi phát bán cấp là đặc điểm lâm sàng nổi bật; thường ho khan	rales nổ, dính, thường xuất hiện trên đáy phổi; có thể có ngón tay dùi trống	»CXR: tăng mờ mô kẽ Xét nghiệm đầu tiên nếu không sẵn có chụp CT có độ phân giải cao. »chụp CT ngực có độ phân giải cao: viêm phổi kẽ: những thay đổi dạng lưới loang lỗ chủ yếu ở đáy phổi và dưới màng phổi, với hình dạng tổ ong và giãn phế quản do co kéo ở các giai đoạn sau của bệnh Chẩn đoán xác định, nhạy và đặc hiệu. Hình ảnh tùy thuộc vào bệnh lý mô kẽ cụ thể. Viêm phổi kẽ là biểu hiện thường gặp nhất.	»PFT: Rối loạn kiểu hạn chế với dung tích toàn phổi <80%, dung tích cặn chức năng <80%, và dung tích sống <80%, và khả năng khuếch tán CO <80% Đồ thị lưu lượng-thể tích (phế dung đồ) trong trường hợp bệnh phổi hạn chế (ví dụ như chứng xơ hóa phổi kẽ). [Fig-23] »Sinh thiết: dạng viêm phổi kẽ thông thường

♦ Bệnh sarcoid

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng; bệnh nhân có triệu chứng: khó thở, khó thở khi gắng sức và đau ngực xuất hiện ở một số ít bệnh nhân; sốt nhẹ; các triệu chứng khác cho thấy ảnh hưởng đến nhiều cơ quan	thường cho kết quả bình thường; tổn thương da (ban đỏ nốt và tổn thương da dạng ban sần), phì đại tuyến lệ, hạch to ở các vùng cổ, trên xương đòn hoặc nách; đỏ mắt, chảy nước mắt và chứng sợ ánh sáng có thể cho thấy viêm màng bồ đào	»CXR: nhiều tổn thương khác nhau, hạch to ở trung thất và rốn phổi hai bên, thâm nhiễm dạng lưới; chứng xơ hóa kèm theo thể tích phổi giảm trong bệnh sarcoid giai đoạn muộn Mức độ nghiêm trọng trên phim chụp X-quang phổi có thể không tương ứng với mức độ nghiêm trọng của khiếm khuyết sinh lý.	»chụp CT ngực với các lát cắt có độ phân giải cao: hạch to ở trung thất và rốn phổi hai bên, thâm nhiễm dạng lưới »PFT (phế dung kế, thể tích phổi, khả năng khuếch tán): thường bình thường, nhưng có thể cho thấy tình trạng giảm khả năng khuếch tán không đặc hiệu, tắc nghẽn, hạn chế hoặc bức tranh toàn cảnh hỗn hợp Không nhạy hoặc đặc hiệu đối với rối loạn này, nhưng kết quả có thể ảnh hưởng đến các lựa chọn trị liệu sau khi kết hợp với

Không thường gặp

♦ Bệnh sarcoid

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
			dữ liệu lâm sàng và chụp X-quang. »soi phế quản với sinh thiết: u hạt không có hoại tử hỗ trợ chẩn đoán, nhưng cần loại trừ hợp lý các rối loạn u hạt khác bằng các phương pháp nhuộm đặc biệt và đánh giá lâm sàng Khi có liên quan đến phổi, xét nghiệm cho độ nhạy cao.

♦ Bệnh lao (TB)

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
cư trú/đi đến vùng có tỉ suất hiện mắc cao, tiếp xúc gần gũi với người đang bị TB; tiền sử bao gồm chứng biếng ăn, tình trạng khó chịu, giảm cân, sốt hoặc đổ mồ hôi đêm; ho mạn tính có đờm, thường kèm theo ho ra máu; tình trạng suy giảm miễn dịch, đặc biệt là AIDS	sốt, suy mòn; di động thành ngực mất đối xứng và gõ đục do tràn dịch màng phổi, tiếng thở phế quản, rales nổ, ran do thâm nhiễm hoặc ran khi có nhiều mủ ở phế quản; hiếm gặp hạch to ngoài lồng ngực có thể sờ thấy	»CXR: TB nguyên phát: thâm nhiễm trung tâm phổi; TB thứ phát: chủ yếu thâm nhiễm thùy trên có khuynh hướng xơ hóa và giảm thể tích rõ rệt U hạt dạng hạch bạch huyết ở rốn phổi và nhu mô bị vôi hóa có thể hỗ trợ chẩn đoán; tràn dịch màng phổi có thể đi kèm cả TB nguyên phát và thứ phát.	»nuộm Gram và nuôi cấy đờm: xuất hiện trực khuẩn kháng a xít (nuộm Ziehl-Neelsen) ở mẫu đờm hoặc rửa phế quản-phế nang (BAL) Nuôi cấy trực khuẩn lao thường cần đến vài tuần (tối đa 8 tuần); thường ra quyết định điều trị trước khi có kết quả nuôi cấy rõ ràng. »test da tuberculin: dương tính Phản ứng khi tiêm vào da tuberculin chủ yếu được dùng để phát hiện TB tiềm ẩn, nhưng có thể được sử dụng để hỗ trợ chẩn đoán TB đang hoạt động. »QuantiFERON®: dương tính Phát hiện tế bào lympho phản ứng với tuberculin trong ống nghiệm chủ yếu

Không thường gặp

♦ Bệnh lao (TB)

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
			được dùng để phát hiện TB tiềm ẩn, nhưng có thể được dùng để hỗ trợ chẩn đoán TB đang hoạt động.

♦ Túi thừa Zenker

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
chứng khó nuốt xuất hiện ở 98% bệnh nhân; trào ngược thức ăn chưa tiêu hóa; thường xuyên hít sặc; nuốt ậm ạch (óc ách); hôi miệng; thay đổi về giọng nói	hôi miệng, thay đổi về giọng nói	» Chụp X-quang thực quản có barium: chất cản quang dương tính trong cấu trúc nối với thành sau thực quản tương ứng với túi thừa	» nội soi: nhìn thấy túi thừa

♦ Phình động mạch chủ ngực (TAA)

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
hầu hết các bệnh nhân không có các triệu chứng gợi ý TAA tại thời điểm chẩn đoán; triệu chứng ban đầu thường gặp nhất là đau mơ hồ, có thể xảy ra ở ngực, lưng, hông hoặc vùng bụng; khàn giọng do giãn căng hoặc chèn ép dây thần kinh thanh quản trái tái phát; lệch khí quản, hoặc các triệu chứng hô hấp khác như khó thở hoặc đau ngực; chứng khó nuốt (ít gặp) do phình mạch gây đè vào thực quản; ho ra máu hoặc nôn ra máu đột ngột và nguy kịch; khiếm khuyết thần kinh bao gồm liệt hai chân	các triệu chứng thực thể thường không rõ ràng ở vùng ngực trừ khi xuất hiện tình trạng lệch khí quản; bệnh nhân có các cơ quan trong bụng tạo khối rung vùng bụng tương tự như phình động mạch chủ bụng đơn thuần; các dấu hiệu không tương hợp của tưới máu động mạch ở cả chân và tay; bằng chứng của thiếu máu nội tạng cục bộ; khiếm khuyết thần kinh khu trú; tiếng thổi do trào ngược động mạch chủ; âm thổi	» chụp X-quang ngực: trung thất rộng, nổi rõ hình quai động mạch chủ hoặc lệch khí quản	» chụp CT xoắn ốc ngực tái tạo hình ảnh ba chiều: nhìn thấy phình mạch, biểu hiện dưới dạng một đoạn động mạch chủ tăng kích thước » MRI và chụp cộng hưởng từ mạch máu: nhìn thấy phình mạch, biểu hiện dưới dạng một đoạn động mạch chủ tăng kích thước

Không thường gặp

♦ Dị vật

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
khởi phát đột ngột, thường gặp ở trẻ nhỏ	có thể không có triệu chứng hoặc có thể chỉ ra các dấu hiệu tắc nghẽn đường thở, bao gồm ho, thở khò khè, rì rào phế nang giảm, khó thở hoặc sốt	» soi thanh quản/soi phế quản: nhìn thấy dị vật » CXR: nhìn thấy dị vật (nếu dị vật cản quang)	» Chụp CT ngực: nhìn thấy dị vật

♦ Viêm phổi quá mẫn

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
phơi nhiễm dị nguyên do nghề nghiệp/môi trường (ví dụ như nông dân, người nuôi chim), khó thở tiến triển, mệt mỏi và giảm cân	ngón tay dùi trống, tăng nhịp thở, rales nổ hít vào ở vùng thấp của phổi	» CXR: thay đổi dạng xơ hóa; giảm thể tích phổi đặc biệt ảnh hưởng đến thùy trên	» Chụp CT ngực: các đặc điểm của chứng xơ hóa » xét nghiệm IgG: chuẩn độ với các kháng thể đặc hiệu với dị nguyên cao

♦ Viêm tiểu phế quản

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
<1 tuổi, ho, thở khò khè và khó thở, tiền sử sinh non, bệnh tim phổi tiềm ẩn hoặc suy giảm miễn dịch	nhịp thở nhanh, sử dụng cơ hô hấp phụ, co kéo, thở khò khè, rales nổ, chất tiết mủ khi soi phế quản	» CXR: đông đặc và xẹp phổi trong trường hợp bệnh nặng	» xét nghiệm vi-rút: có thể dương tính đối với siêu vi hợp bào hô hấp Hiếm khi hữu ích trong việc đưa ra các quyết định điều trị. » chụp CT có độ phân giải cao: các dấu hiệu của bệnh đường thở nhỏ

♦ Hít sặc tái phát

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
chứng khó nuốt, kèm theo ho khi ăn/uống, sặc mắc nghẹn khi ăn/uống; có thể có tiền sử mắc bệnh thần kinh bao gồm đột quỵ, đa xơ cứng, bệnh Parkinson	các dấu hiệu của bệnh thần kinh như đột quỵ, đa xơ cứng, bệnh Parkinson	» CXR: thâm nhiễm thùy dưới dai dẳng » đánh giá tình trạng nuốt: hút dịch Cần giới thiệu bệnh nhân đến bác sĩ bệnh lý ngữ	

Không thường gặp**♦ Hít sắc tái phát**

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
		âm-ngôn ngữ để thực hiện đánh giá này.	

♦ Bệnh phổi tăng bạch cầu ái toan vùng nhiệt đới do nhiễm giun chỉ

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
đến vùng lưu hành dịch (Châu Phi cận Sahara, tiểu lục địa Ấn Độ, đông nam Á, Châu Đại Dương); ho khan, kịch phát, thường vào ban đêm	thường cho kết quả bình thường; thở khò khè, ran rít, ran nổ có thể xuất hiện khi khám phổi; một số bệnh nhân bị chứng gan lách to	» công thức máu có đếm thành phần bạch cầu: Tăng bạch cầu ái toan » CXR: tăng mờ mô kẽ	» nồng độ kháng thể giun chỉ: Tăng » Nồng độ IgE huyết thanh: Tăng

♦ Hội chứng ho xôma (ho do tâm lý)

Tiền sử	Khám	Xét nghiệm 1	Các xét nghiệm khác
đánh giá mở rộng khi đã loại trừ các nguyên nhân khác	ho thuyên giảm sau khi đã điều chỉnh hành vi hoặc áp dụng liệu pháp tâm thần	» Không có: đánh giá mở rộng đã loại trừ các nguyên nhân khác	

Hướng dẫn chẩn đoán**Châu Âu****Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management**

Nhà xuất bản: National Institute for Health and Care Excellence

Xuất bản lần cuối: 2017

British guideline on the management of asthma

Nhà xuất bản: British Thoracic Society; Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Xuất bản lần cuối: 2016

Quốc tế

Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2018 report

Nhà xuất bản: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

Xuất bản lần cuối: 2018

Global strategy for asthma management and prevention: 2018 GINA report

Nhà xuất bản: Global Initiative for Asthma

Xuất bản lần cuối: 2018

Bắc Mỹ

Classification of cough as a symptom in adults and management algorithms

Nhà xuất bản: American College of Chest Physicians

Xuất bản lần cuối: 2018

Chronic cough due to gastroesophageal reflux in adults

Nhà xuất bản: American College of Chest Physicians

Xuất bản lần cuối: 2016

Somatic cough syndrome (previously referred to as psychogenic cough) and tic cough (previously referred to as habit cough) in adults and children

Nhà xuất bản: American College of Chest Physicians

Xuất bản lần cuối: 2015

Guidelines for the diagnosis and management of asthma

Nhà xuất bản: National Institutes of Health

Xuất bản lần cuối: 2007

Các bài báo chủ yếu

- Kwon NH, Oh MJ, Min TH, et al. Causes and clinical features of subacute cough. *Chest*. 2006 May;129(5):1142-7. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006 Jan;129(1 suppl):1S-23S. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Morice AH, Fontana GA, Sovijarvi AR, et al. The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir J*. 2004 Sep;24(3):481-92. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Gibson P, Wang G, McGarvey L, et al. Treatment of unexplained chronic cough: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2016 Jan;149(1):27-44. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- McGarvey LP, Heaney LG, Lawson JT, et al. Evaluation and outcome of patients with chronic non-productive cough using a comprehensive diagnostic protocol. *Thorax*. 1998 Sep;53(9):738-43. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Kahrilas PJ, Altman KW, Chang AB, et al. Chronic cough due to gastroesophageal reflux in adults: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2016 Dec;150(6):1341-60. [Tóm lược](#)

Tài liệu tham khảo

1. Schappert SM, Burt CW. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-02. *Vital Health Stat* 13. 2006 Feb;(159):1-66. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
2. Irwin RS, French CL, Chang AB, et al. Classification of cough as a symptom in adults and management algorithms: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2018 Jan;153(1):196-209. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
3. Kwon NH, Oh MJ, Min TH, et al. Causes and clinical features of subacute cough. *Chest*. 2006 May;129(5):1142-7. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
4. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006 Jan;129(1 suppl):1S-23S. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
5. Morice AH, Fontana GA, Sovijarvi AR, et al. The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir J*. 2004 Sep;24(3):481-92. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
6. Gonlugur U, Gonlugur TE. Eosinophilic bronchitis without asthma. *Int Arch Allergy Immunol*. 2008;147(1):1-5. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
7. Ramanuja S, Kelkar P. Habit cough. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2009 Feb;102(2):91-5. [Tóm lược](#)
8. Ojoo JC, Everett CF, Mulrennan SA, et al. Management of patients with chronic cough using a clinical protocol: a prospective observational study. *Cough*. 2013 Jan 24;9(1):2. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

9. Corrao WM, Braman SS, Irwin RS. Chronic cough as the sole presenting manifestation of bronchial asthma. *N Engl J Med*. 1979 Mar 22;300(12):633-7. [Tóm lược](#)
10. Os I, Bratland B, Dahlof B, et al. Female preponderance for lisinopril-induced cough in hypertension. *Am J Hypertens*. 1994 Nov;7(11):1012-5. [Tóm lược](#)
11. Woo KS, Nicholls MG. High prevalence of persistent cough with angiotensin converting enzyme inhibitors in Chinese. *Br J Clin Pharmacol*. 1995 Aug;40(2):141-4. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
12. Tarlo SM, Altman KW, Oppenheimer J, et al. Occupational and environmental contributions to chronic cough in adults: chest expert panel report. *Chest*. 2016 Oct;150(4):894-907. [Tóm lược](#)
13. Canning BJ. Anatomy and neurophysiology of the cough reflex: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006 Jan;129(1 suppl):33S-47. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
14. Siddiq MA, Sood S, Strachan D. Pharyngeal pouch (Zenker's diverticulum). *Postgrad Med J*. 2001 Aug;77(910):506-11. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
15. Miller CP, Firoozan S, Woo EK, et al. Chronic cough: a herald symptom of thoracic aortic aneurysm in a patient with a bicuspid aortic valve. *BMJ Case Rep*. 2014 Sep 1;2014. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
16. Vertigan AE, Murad MH, Pringsheim T, et al. Somatic cough syndrome (previously referred to as psychogenic cough) and tic cough (previously referred to as habit cough) in adults and children: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2015 Jul;148(1):24-31. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
17. British Thoracic Society; Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guideline on the management of asthma: a national clinical guideline. September 2016 [internet publication]. [Toàn văn](#)
18. National Institute for Health and Care Excellence. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. November 2017 [internet publication]. [Toàn văn](#)
19. Gibson P, Wang G, McGarvey L, et al. Treatment of unexplained chronic cough: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2016 Jan;149(1):27-44. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
20. Leconte S, Ferrant D, Dory V, et al. Validated methods of cough assessment: a systematic review of the literature. *Respiration*. 2011;81(2):161-74. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
21. Pratter MR, Bartter T, Akers S, et al. An algorithmic approach to chronic cough. *Ann Intern Med*. 1993 Nov 15;119(10):977-83. [Tóm lược](#)
22. Lin L, Poh KL, Lim TK. Empirical treatment of chronic cough: a cost-effectiveness analysis. *Proc AMIA Symp*. 2001:383-7. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
23. Kuzniar TJ, Morgenthaler TI, Afessa B, et al. Chronic cough from the patient's perspective. *Mayo Clin Proc*. 2007 Jan;82(1):56-60. [Tóm lược](#)
24. McGarvey LP, Heaney LG, Lawson JT, et al. Evaluation and outcome of patients with chronic non-productive cough using a comprehensive diagnostic protocol. *Thorax*. 1998 Sep;53(9):738-43. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

25. Pratter MR. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus diseases (previously referred to as postnasal drip syndrome): ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006 Jan;129(1 suppl):63S-71. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
26. Irwin RS, French CL, Curley FJ, et al. Chronic cough due to gastroesophageal reflux. Clinical, diagnostic, and pathogenetic aspects. *Chest*. 1993 Nov;104(5):1511-7. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
27. National Asthma Education and Prevention Program. Expert panel report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma: full report 2007. August 2007 [internet publication]. [Toàn văn](#)
28. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2013 Mar;108(3):308-28. [Tóm lược](#)
29. Faruqi S, Molyneux ID, Fathi H, et al. Chronic cough and esomeprazole: a double-blind placebo-controlled parallel study. *Respirology*. 2011 Oct;16(7):1150-6. [Tóm lược](#)
30. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2018 global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. 2018 [internet publication]. [Toàn văn](#)
31. Jackson H, Hubbard R. Detecting chronic obstructive pulmonary disease using peak flow rate: cross sectional survey. *BMJ*. 2003 Sep 20;327(7416):653-4. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
32. Chang AB, Bell SC, Byrnes CA, et al. Chronic suppurative lung disease and bronchiectasis in children and adults in Australia and New Zealand: a position statement from the Thoracic Society of Australia and New Zealand and the Australian Lung Foundation. *Med J Aust*. 2010 Sep 20;193(6):356-65. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
33. Bucca C, Culla B, Brussino L, et al. Effect of iron supplementation in women with chronic cough and iron deficiency. *Int J Clin Pract*. 2012 Nov;66(11):1095-100. [Tóm lược](#)
34. Murry T, Sapienza C. The role of voice therapy in the management of paradoxical vocal fold motion, chronic cough, and laryngospasm. *Otolaryngol Clin North Am*. 2010 Feb;43(1):73-83. [Tóm lược](#)
35. Chatkin JM, Ansarin K, Silkoff PE, et al. Exhaled nitric oxide as a noninvasive assessment of chronic cough. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999 Jun;159(6):1810-3. [Toàn văn](#)
36. Cockcroft DW. Direct challenge tests: airway hyperresponsiveness in asthma: its measurement and clinical significance. *Chest*. 2010 Aug;138(2 suppl):18S-24. [Tóm lược](#)
37. Kahrilas PJ, Altman KW, Chang AB, et al. Chronic cough due to gastroesophageal reflux in adults: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2016 Dec;150(6):1341-60. [Tóm lược](#)
38. Irwin RS, Madison JM. Diagnosis and treatment of chronic cough due to gastro-esophageal reflux disease and postnasal drip syndrome. *Pulm Pharmacol Ther*. 2002;15(3):261-6. [Tóm lược](#)
39. Brightling CE. Chronic cough due to nonasthmatic eosinophilic bronchitis: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006 Jan;129(1 suppl):116S-21. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
40. Berlyne GS, Parameswaran K, Kamada D, et al. A comparison of exhaled nitric oxide and induced sputum as markers of airway inflammation. *J Allergy Clin Immunol*. 2000 Oct;106(4):638-44. [Tóm lược](#)

41. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2018 [internet publication]. [Toàn văn](#)
42. Diczpinigaitis PV. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006 Jan;129(1 suppl):169S-73. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
43. Chotas HG, Ravin CE. Chest radiography: estimated lung volume and projected area obscured by heart, mediastinum and diaphragm. Radiology. 1994 Nov;193(2):403-4. [Tóm lược](#)
44. Braman SS. Postinfectious cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006 Jan;129(1 suppl):138S-46. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

Hình ảnh

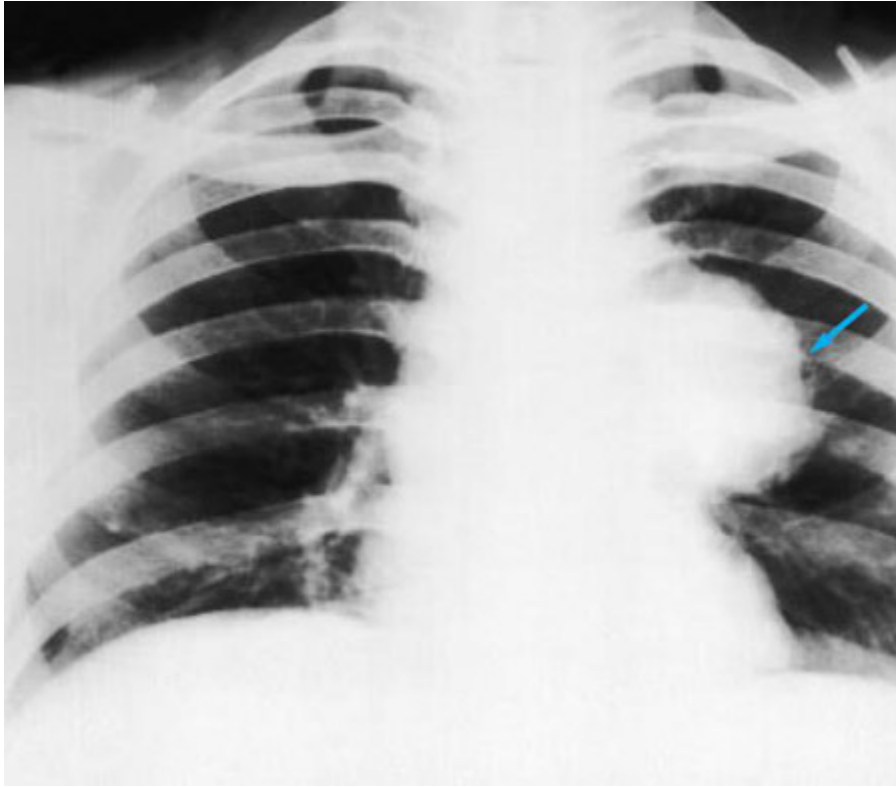


Hình 1: XQ ngực thẳng cho thấy phổi giãn nở quá mức ở bệnh nhân bị COPD. Phổi giãn nở quá mức gây ra do tình trạng khí phế thũng của COPD, hơn là do viêm phế quản mạn tính vốn là nguyên nhân tiềm ẩn của các triệu chứng ho

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ M. A. Sharifabadand, SUNY tại Trường Y của Đại học Stony Brook, Khoa Bệnh Phổi và Chăm sóc Tích cực, Mineola, New York và Tiến sĩ J. P. Parsons, Trung tâm Y khoa Đại học Tiểu bang Ohio, Columbus; đã được cho phép sử dụng

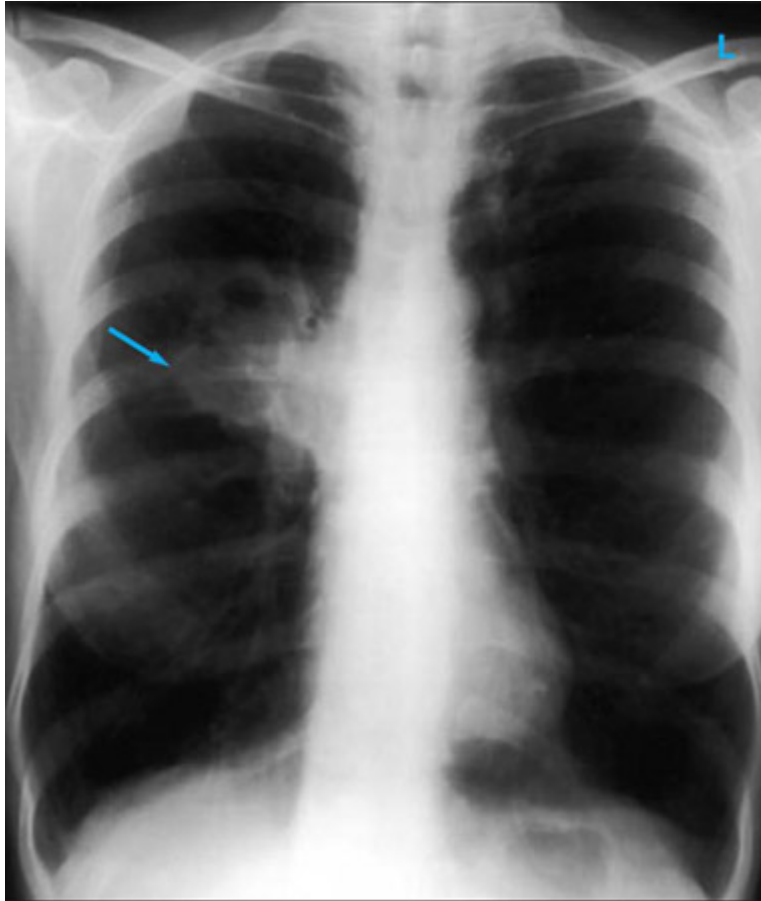


Hình 2: XQ ngực thẳng chỉ ra di căn phổi dạng nốt hạt kê (mũi tên). Khối u nguyên phát là ung thư biểu mô tuyến giáp
E. Dick, Student BMJ. 2001;9:10-12



Hình 3: XQ ngực thẳng chỉ ra ung thư biểu mô rốn phổi trái (mũi tên)

Từ: E. Dick, Student BMJ. 2000;8:358-360



Hình 4: XQ ngực thẳng chỉ ra ung thư biểu mô rốn phải tạo hang (mũi tên)

E. Dick, Student BMJ. 2001;9:10-12



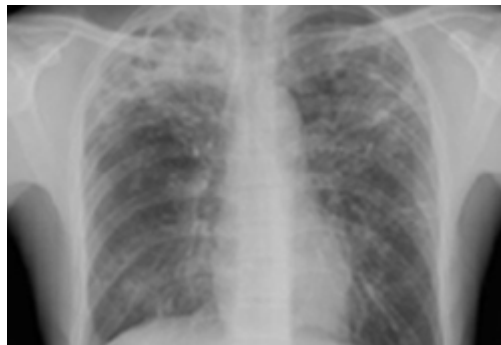
Hình 5: XQ ngực thẳng ở bệnh nhân bị ung thư biểu mô phát sinh từ phế quản cho thấy tràn dịch màng phổi trái

Từ: R. Thakkar, Student BMJ. 2001;9:458



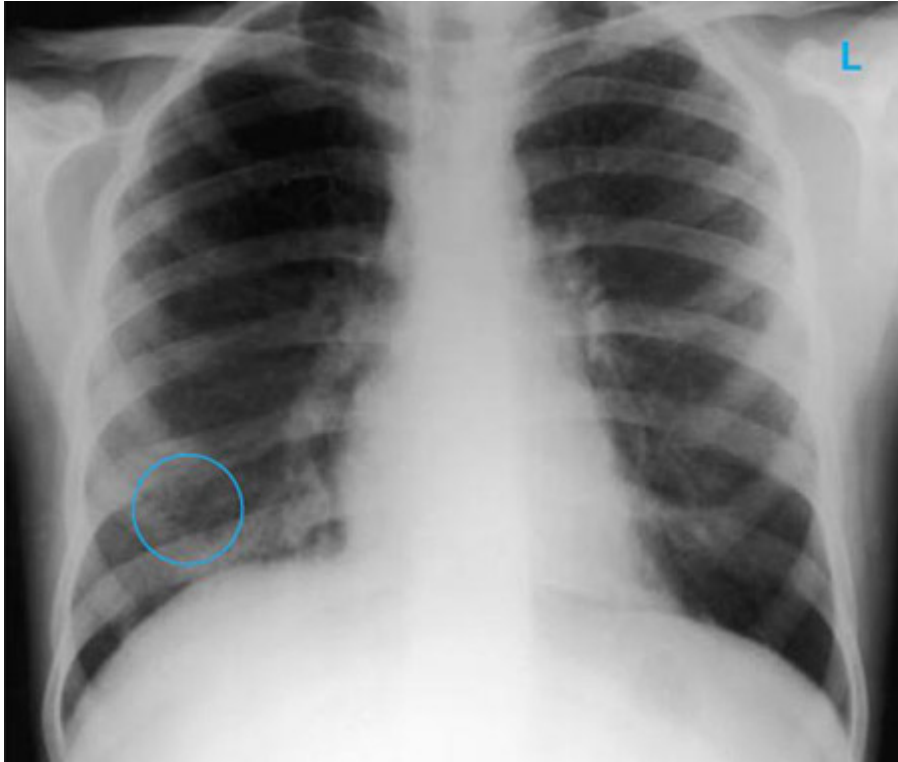
Hình 6: XQ ngực thẳng cho thấy tình trạng xơ hóa mô kẽ ở bệnh nhân bị ngộ độc phổi do amiodarone

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ A. Pataka và Giáo sư P. Argyropoulou, Đại học Aristotle, Thessaloniki, Hy Lạp; đã được phép sử dụng



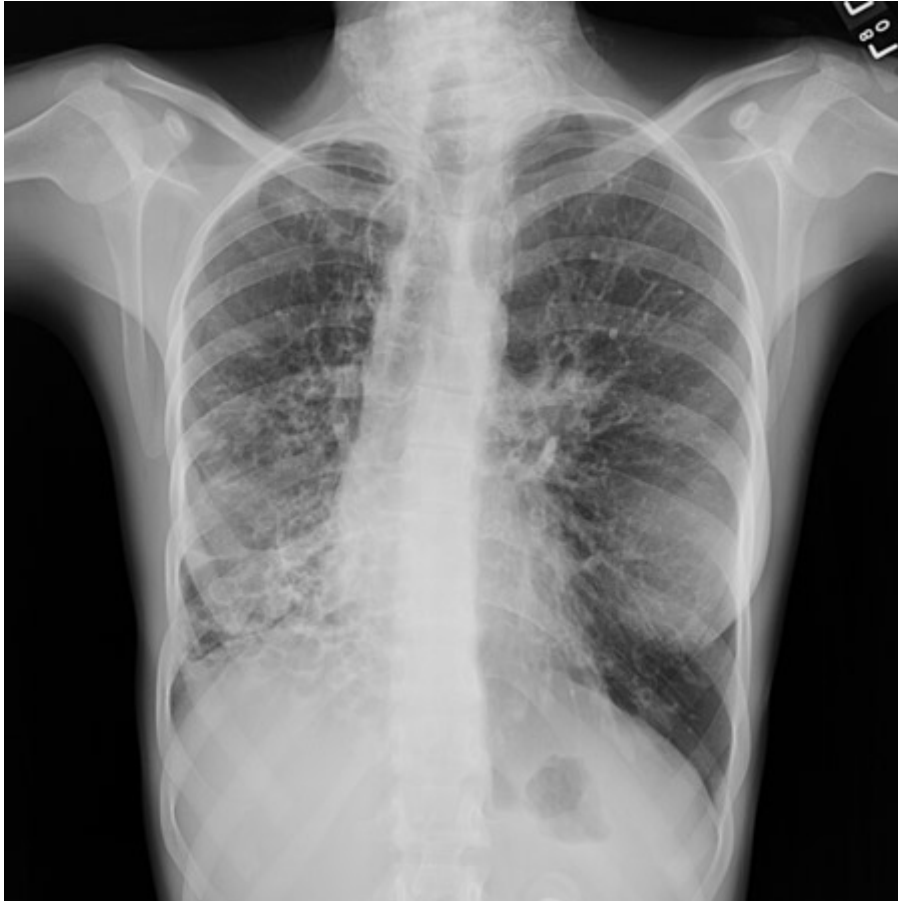
Hình 7: XQ ngực thẳng cho thấy bệnh lao phổi có tạo hang

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ M. Narita, Khoa Bệnh phổi và Chăm sóc Tích cực, Đại học Washington



Hình 8: XQ ngực thẳng cho thấy nhiều nốt rải rác khắp hai phổi (một trong số đó được khoanh tròn) ở bệnh nhân bị bệnh lao kê

E. Dick, Student BMJ. 2001;9:10-12



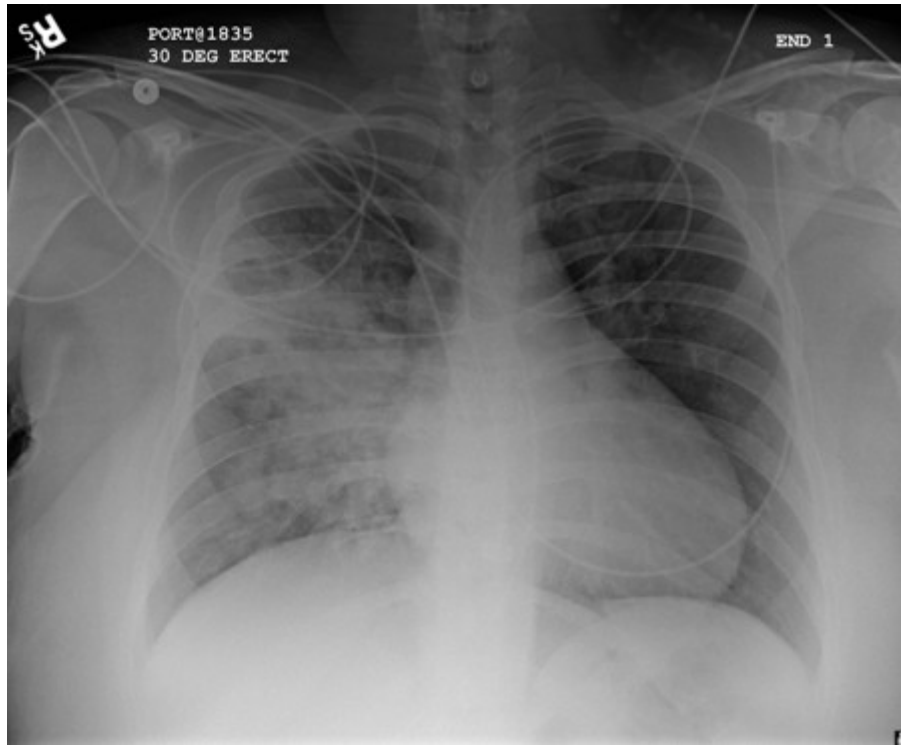
Hình 9: XQ ngực thẳng mất đi hình thoi xuống bình thường tạo ra hình bậc thang ở bệnh nhân bị giãn phế quản

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ S.M. Bhorade, Trung tâm Y khoa Đại học Chicago; đã được phép sử dụng



Hình 10: XQ ngực thẳng thấy giãn và dày đường thở ở bệnh nhân bị giãn phế quản

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ S.M. Bhorade, Trung tâm Y khoa Đại học Chicago; đã được phép sử dụng



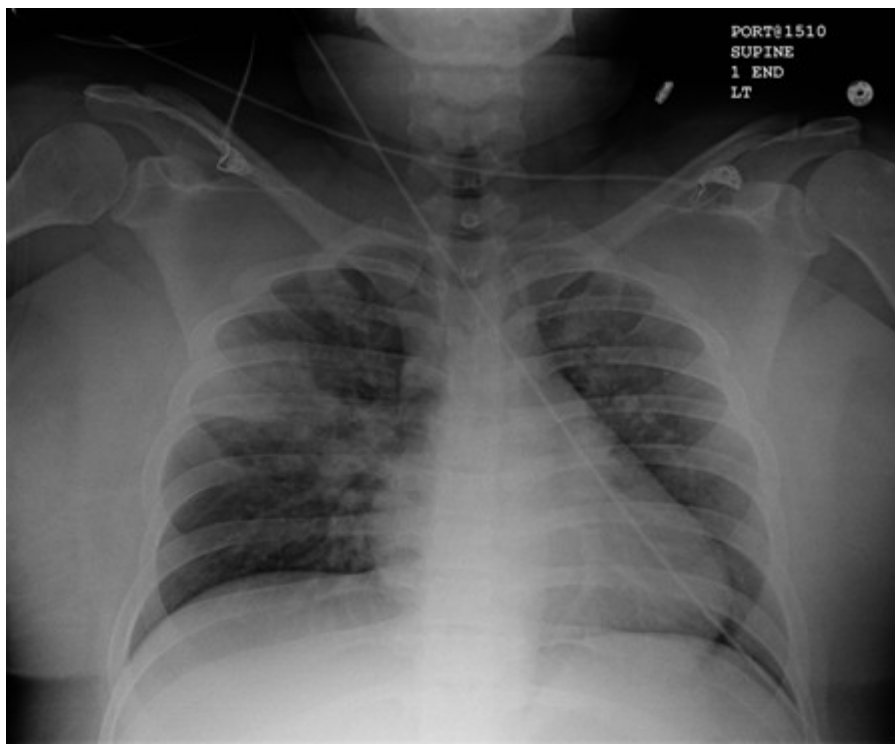
Hình 11: XQ ngực thẳng thấy tăng đậm vùng quanh rốn phổi và phân thùy trên của thùy trên và dưới phổi phải tương ứng với tình trạng viêm phổi hít nặng hơn

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ R. Kanner, Trường Y Đại học Utah



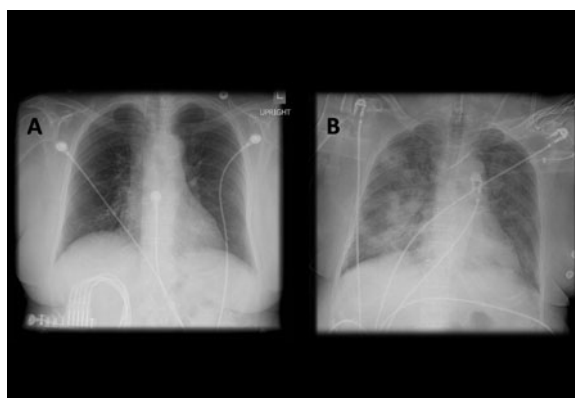
Hình 12: XQ ngực thẳng di động thấy mờ đục ở hai đáy phổi, bên phải nặng hơn bên trái, ở bệnh nhân bị viêm phổi mắc phải tại bệnh viện

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ F. W. Arnold, Bộ phận Bệnh Truyền nhiễm, Khoa Y, Trường Y Đại học Louisville



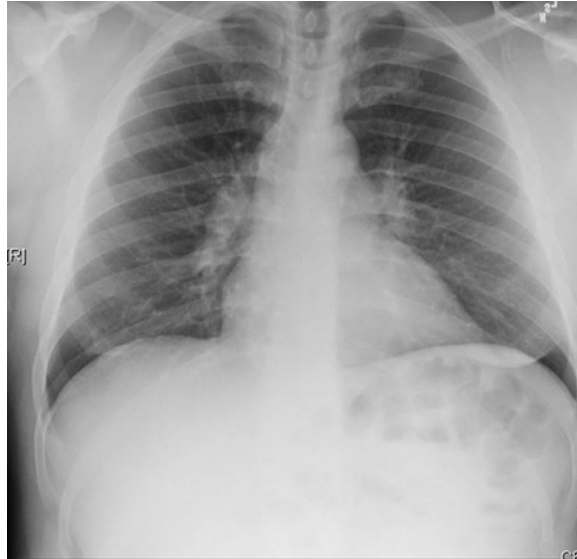
Hình 13: XQ ngực thẳng cho thấy các vùng mờ đục không rõ ranh giới ở thùy trên bên phải trên rãnh nhỏ phù hợp với những thay đổi sớm của bệnh viêm phổi hít

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ R. Kanner, Trường Y Đại học Utah



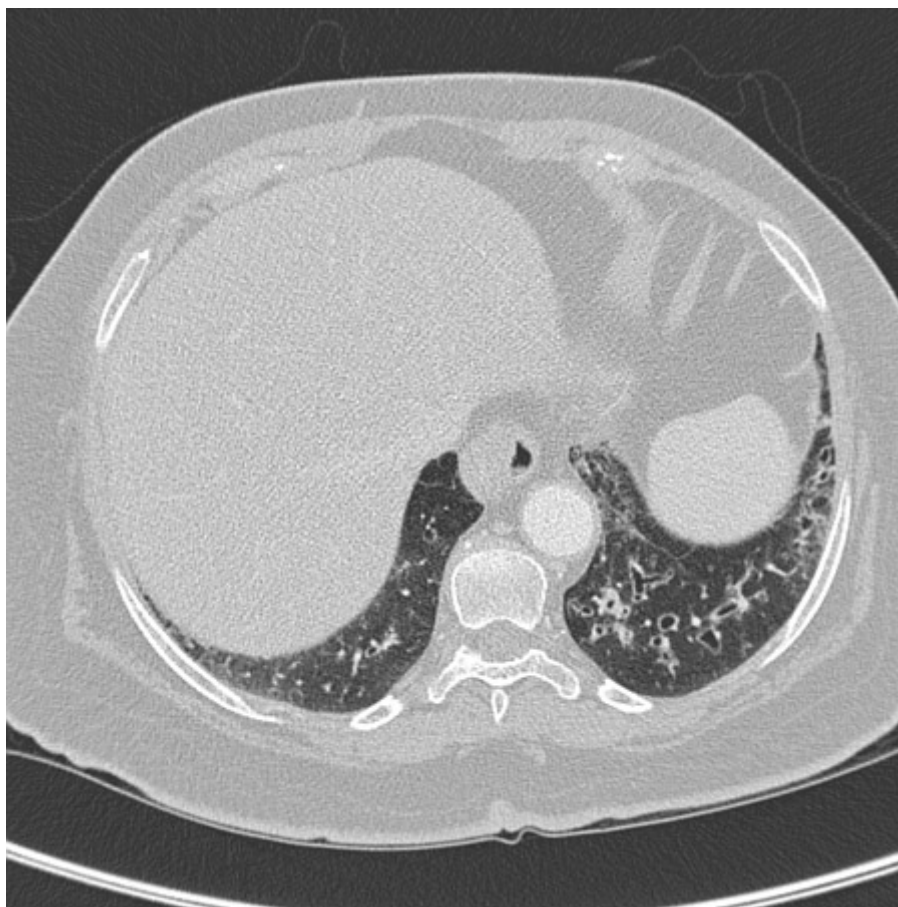
Hình 14: A. XQ ngực thẳng ở tư thế ngồi thẳng, di động trước khi hít phải; B. XQ ngực thẳng 1 giờ sau khi hít phải, cho thấy thâm nhiễm phế nang khuếch tán hai bên, nặng hơn ở phần đáy phổi phải

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ S. Murgu và Tiến sĩ H. Colt, Đại học California tại Trung tâm Y khoa Irvine



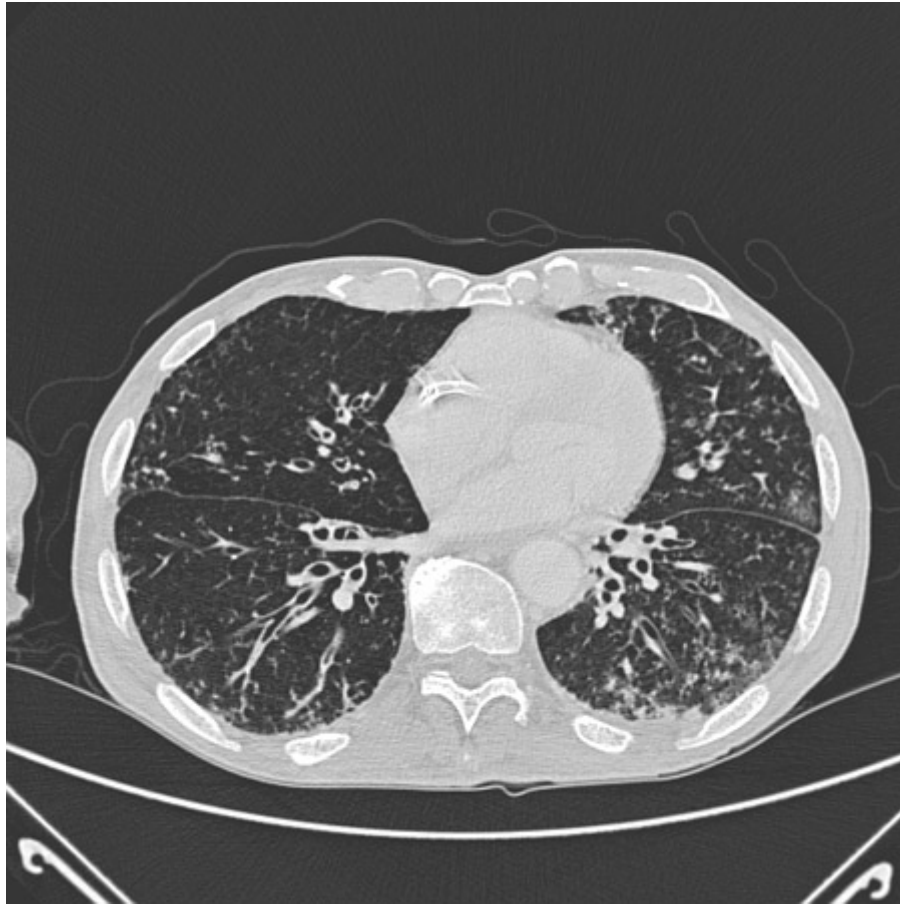
Hình 15: XQ ngực thẳng cho thấy hạch bạch huyết ở rốn phổi hai bên ở bệnh nhân bị bệnh sarcoid

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ M.P. Muthiah, Khoa Bệnh phổi, Chăm sóc Tích cực và Giấc ngủ, Đại học Tennessee



Hình 16: Chụp CT cho thấy hình ảnh vòng nhẫn bên trái của bệnh nhân bị giãn phế quản

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ S.M. S.M. Bhorade, Trung tâm Y khoa Đại học Chicago

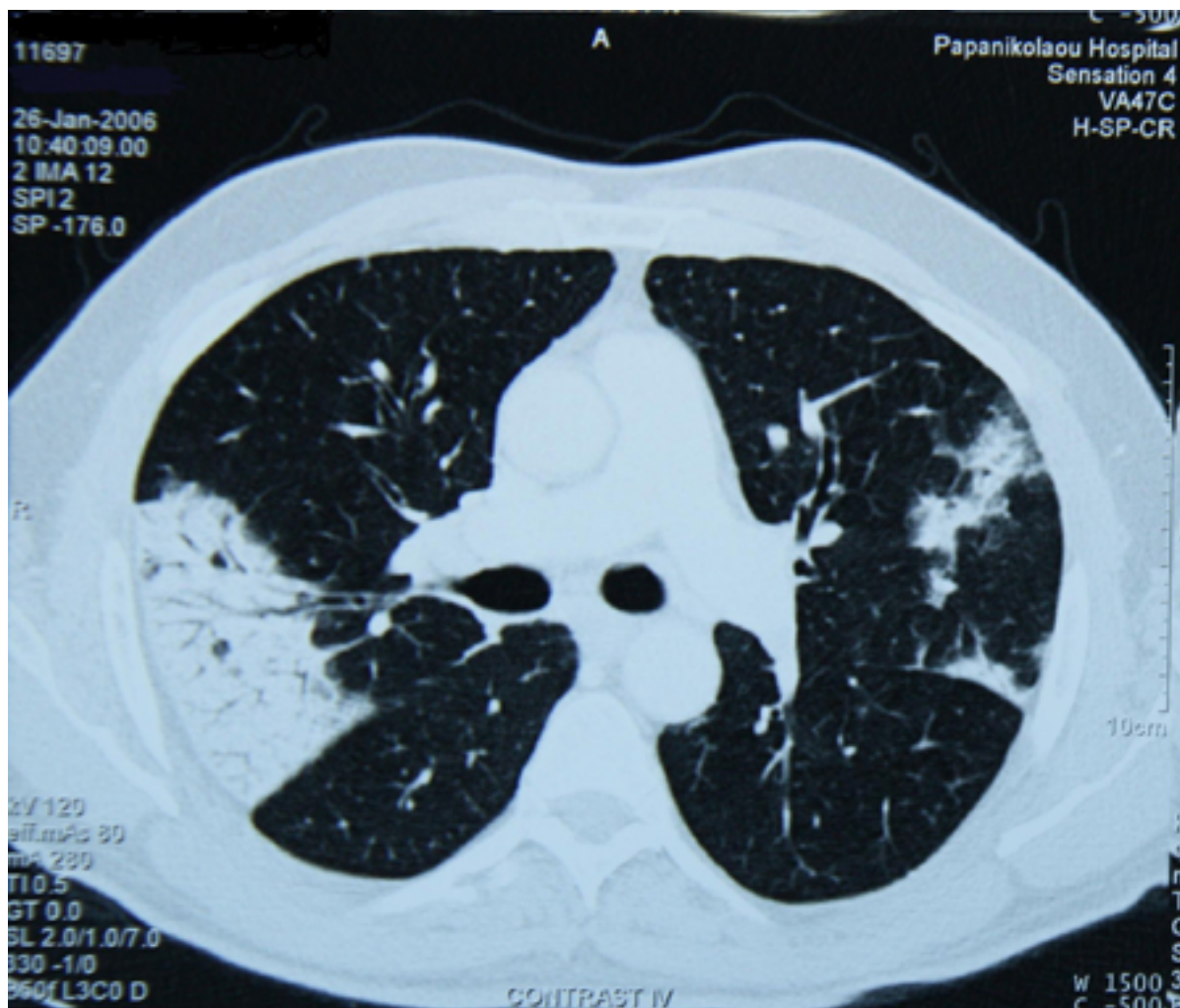


Hình 17: Chụp CT ngực thấy đường thở giãn và dày và hình ảnh chồi cây ở ngoại biên trên bệnh nhân bị giãn phế quản
Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ S.M. Bhorade, Trung tâm Y khoa Đại học Chicago; đã được phép sử dụng



Hình 18: Chụp CT thấy tình trạng xơ hóa phổi vô căn

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ J.C. Munson, Trung tâm Sinh thống kê học và Dịch tễ học Lâm sàng, Trường Y Đại học Pennsylvania



Hình 19: Chụp CT ngực một bệnh nhân bị ngộ độc phổi do amiodarone, thấy các đám mờ không cân xứng, ưu thế phân bố vùng ngoại vi

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ A. Pataka và Giáo sư P. Argyropoulou, Đại học Aristotle, Thessaloniki, Hy Lạp



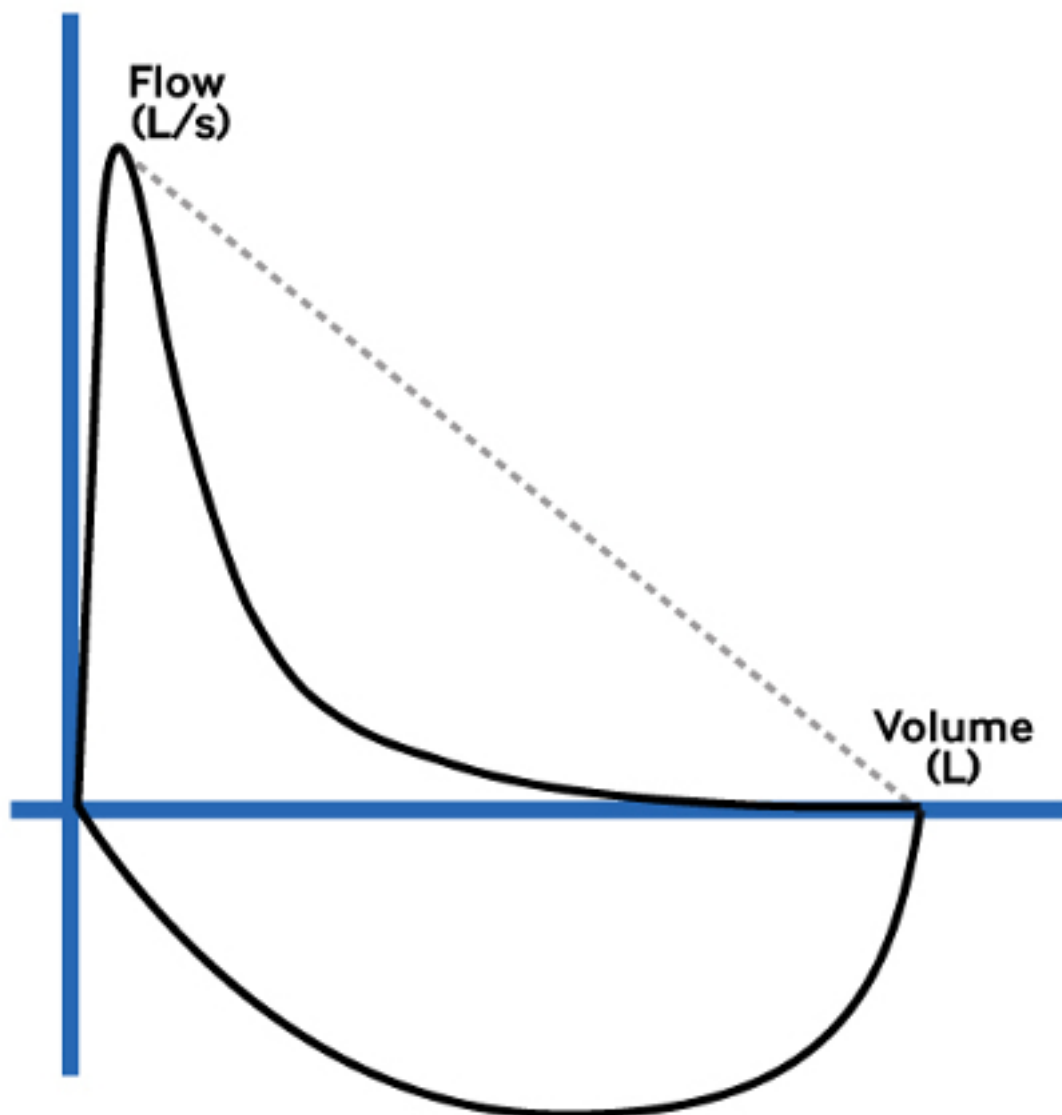
Hình 20: Chụp CT có tiêm chất cản quang qua đường tĩnh mạch thấy xẹp hoàn toàn thùy dưới trái với dị vật cản quang trong phế quản chính thùy dưới trái, bao quanh là quầng sáng halo

Báo cáo ca bệnh của BMJ 2008 (doi:10.1136/bcr.06.2008.0013). Bản quyền 2008 BMJ Publishing Group Ltd



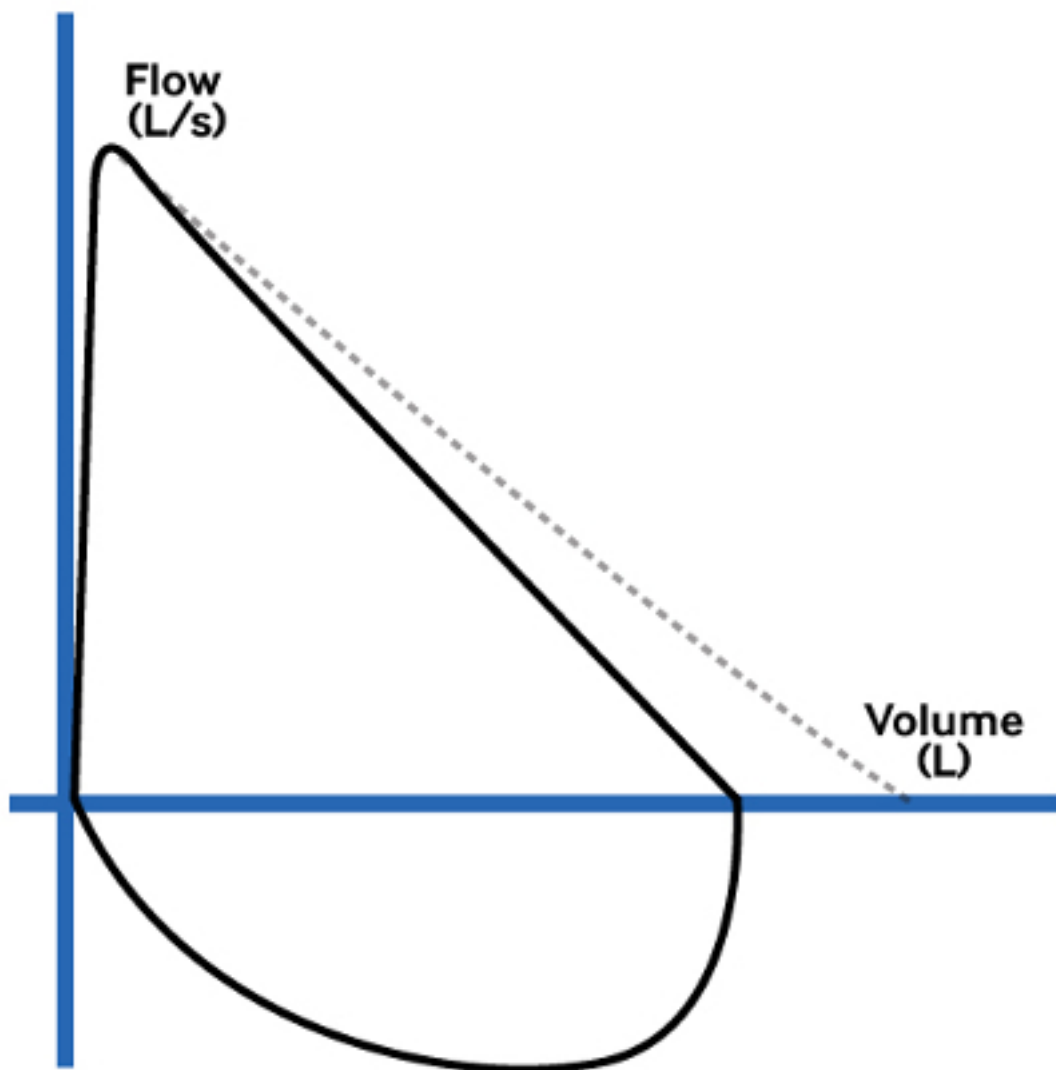
Hình 21: Soi phế quản thấy hình ảnh giống hạt sắn trà che hoàn toàn phế quản trung gian

Từ thông tin thu thập cá nhân của Tiến sĩ S. Murgu và Tiến sĩ H. Colt, Đại học California tại Trung tâm Y khoa Irvine



Hình 22: Đồ thị lưu lượng-thể tích (phế dung đồ) trong trường hợp bệnh phổi tắc nghẽn, như hen suyễn hoặc COPD: lưu lượng đỉnh khi thở ra có thể bình thường, nhưng quan sát thấy hình dạng lõm sau điểm lưu lượng đỉnh do lưu lượng thấp tương ứng với thể tích phổi

Do BMJ Knowledge Center xây dựng



Hình 23: Đồ thị lưu lượng-thể tích (phế dung đồ) trong trường hợp bệnh phổi hạn chế (ví dụ như chứng xơ hóa phổi kẽ): lưu lượng đỉnh khi thở ra có thể bình thường hoặc thấp. Hình dạng đường cong thường bình thường, nhưng hình dạng đồ thị hẹp và dung tích sống gắng sức thấp vì thể tích phổi giảm.

Do BMJ Knowledge Center xây dựng

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Tomasz J. Kuzniar, MD, PhD

Clinical Assistant Professor of Medicine

University of Chicago, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, North Shore University Health System, Evanston, IL

CÔNG KHAI THÔNG TIN: TJK declares that he has no competing interests.

// Lời cảm ơn:

Dr Tomasz J. Kuzniar would like to gratefully acknowledge Dr Timothy I. Morgenthaller, a previous contributor to this topic. TIM declares that he has no competing interests.

// Những Người Bình duyệt:

Nawal Lutfiyya, MD

Director of Research

Assistant Professor, Family and Community Medicine, University of Illinois at Chicago, IL

CÔNG KHAI THÔNG TIN: NL declares that she has no competing interests.

Graeme Currie, MD

Consultant Chest Physician

Aberdeen Royal Infirmary, Aberdeen, Scotland

CÔNG KHAI THÔNG TIN: GC declares that he has no competing interests.