1. Bệnh nhân nam 30 tuổi bị tai nạn sinh hoạt, té từ trên cao xuống nền đất, vào viện với tình trạng xây xát da vùng ngực phải, đau ngực nhiều, khó thở vừa, ho đàm vướng máu. Tiền căn: không rõ bệnh lý phổi trước đây. Khám lâm sàng có hội chứng 2 giảm 1 tăng vùng đáy phổi phải. X quang ngực thẳng có hình ảnh mờ đáy phổi phải, thâm nhiễm thùy dưới phổi phải. Chẩn đoán nào được nghĩ đến trước tiên?
   1. Viêm phổi thùy.
   2. Tràn dịch màng phổi.
   3. Nấm phổi.
   4. Dập phổi.
   5. Lao phổi.

GIẢI

* Bệnh nhân đến với bệnh cảnh chấn thương nên loại đáp án A, B, C, E. Khám thấy hội chứng 2 giảm 1 tăng nên nghi ngờ dập phổi 🡪 chọn D. Nếu khám thấy hội chứng 3 giảm trong bệnh cảnh chấn thương thì chẩn đoán “tràn máu màng phổi”.

1. Bệnh nhân nữ 32 tuổi, bị tai nạn giao thông, vật sắc nhọn cắt vào cánh tay phải vùng 1/3 dưới, mặt trong, vết thương khoảng 5cm chảy rất nhiều máu đã được sơ cứu ban đầu tại phòng y tế cơ quan, sau đó được chuyển đến bệnh viện. Khám tại bệnh viện: tỉnh, vẻ mặt lo lắng, da niêm hồng, mạch 80 lần/phút, huyết áp 120/80 mmHg, vết thương cánh tay phải đang được băng chặt, hiện tại không chảy máu. Mạch quay phải không sờ thấy. Thái độ xử trí đúng?
   1. Mở băng đánh giá vết thương tại phòng khám.
   2. Siêu âm mạch máu tay phải.
   3. Chụp X quang khảo sát xương cánh tay phải.
   4. Chụp CT mạch máu tay phải.
   5. Thám sát vết thương tại phòng mổ.

GIẢI

* Theo giải thích của bộ môn: trong thực hành lâm sàng, trước bệnh nhân nhập viện có vết thương cánh tay phải vùng 1/3 dưới mặt trong (khả năng tổn thương mạch máu), chảy nhiều máu đã được xác định trong bệnh sử và sơ cứu ban đầu tại phòng y tế cơ quan sau đó chuyển đến viện. Việc cần làm tiếp theo là khám lâm sàng để xác định tình trạng vết thương và các cấu trúc bị tổn thương: gân cơ, thần kinh, mạch máu… Tuy nhiên vết thương đã được xác định chảy nhiều máu và đang được xử trí ban đầu đã cầm máu, chỉ nên thám sát vết thương khi đã chuẩn bị kĩ, tránh tình huống khám vết thương làm mất máu thêm nữa, tại phòng khám đôi khi không đủ các dụng cụ cần thiết để cầm máu lại vết thương. Do vậy, thám sát vết thương tại phòng mổ là xử trí tốt nhất.
* Thế giới nói gì về chấn thương mạch máu hở: Tiếp cận điều trị dựa trên vị trí giải phẫu và độ rộng của tổn thương:
  + Nếu không có tổn thương mạch máu lớn ở vùng vết thương hở: điều trị bảo tồn (làm sạch vết thương, tiêm ngừa uốn ván).
  + Nếu bệnh nhân ổn định và có vết thương hở và triệu chứng tại chỗ (đau/ấn đau), không có triệu chứng toàn thân (giảm thể tích máu), nên thực hiện các xét nghiệm để chẩn đoán rõ ràng:
    - X quang: đánh giá độ rộng tổn thương xương.
    - CTA: đánh giá tổn thương mạch máu.
    - Siêu âm Doppler: đánh giá tổn thương mạch máu trong trường hợp suy giảm chức năng thận (do CTA bị chống chỉ định trong trường hợp này).
  + Nếu bệnh nhân có tổn thương mạch máu nặng: mổ thám sát cấp cứu, kiểm soát chảy máu, sửa chữa các tổn thương mạch máu.
  + Nếu có tổn thương mạch máu, thần kinh, xương phối hợp: ưu tiên theo trình tự sau: ổn định gãy xương 🡪 sửa chữa tổn thương mạch máu 🡪 sửa chữa tổn thương thần kinh.
* Tài liệu tham khảo:
  + Cannon JW, Rasmussen TE, Bulger EM, Eidt JF, Mills JL, Collins KA. Severe Extremity Injury in the Adult Patient. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/severe-extremity-injury-in-the-adult-patient>
  + Pestana C. Dr. Pestana's Surgery Notes: Top 180 Vignettes for the Surgical Wards. Kaplan; 2015: p. 18.
  + Vassiliu P, Baker J, Henderson S, Alo K, Velmahos G, Demetriades D. Aerodigestive injuries of the neck. Am Surg. 2001; 67(1): pp. 75–79. pmid: 11206903.
  + Alterman DM. Penetrating Neck Trauma. In: Penetrating Neck Trauma. New York, NY: WebMD. http://emedicine.medscape.com/article/433306-overview. Updated March 6, 2015. Accessed March 6, 2017.
  + Brohi K. Penetrating Neck Injury. http://www.trauma.org/archive/vascular/neckmanage.html. Updated June 1, 2002. Accessed March 6, 2017.
  + Newton K. Penetrating neck injuries: Initial evaluation and management. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. http://www.uptodate.com/contents/penetrating-neck-injuries-initial-evaluation-and-management. Last updated June 16, 2016. Accessed March 6, 2017.
  + Ball CG. Penetrating nontorso trauma: the extremities. Can J Surg. 2015; 58(4): pp. 286–288. doi: 10.1503/cjs.005815.

1. Bệnh nhân nam 55 tuổi đến khám bệnh vì đau, nặng chân, khám lâm sàng thấy tĩnh mạch nông ngoài da dãn to vùng mặt sau cẳng chân, không phù, không thay đổi màu sắc da, không vết loét. Điều trị được chọn ưu tiên cho bệnh nhân này?
   1. Thay đổi lối sống: thói quen sinh hoạt, thể dục, chế độ ăn uống.
   2. Thuốc trợ tĩnh mạch, thuốc chống đông máu.
   3. Phẫu thuật Muller.
   4. Mang vớ áp lực.
   5. Đốt tĩnh mạch hiển bằng laser và phẫu thuật lấy bỏ tĩnh mạch dãn.

GIẢI

* Theo giải thích của bộ môn: thay đổi lối sống và mang vớ áp lực được khuyến cáo xuyên suốt từ suy tĩnh mạch chi dưới độ 1 đến độ 6. Tuy nhiên, với suy tĩnh mạch độ 2 trở lên (có tĩnh mạch nông dãn to ngoài da) thì việc đốt tĩnh mạch hiển bằng laser và phẫu thuật lấy bỏ tĩnh mạch dãn được chỉ định. Bệnh nhân được phân độ suy tĩnh mạch C2s (CEAP) nên lựa chọn điều trị đầu tiên là đốt tĩnh mạch hiển bằng laser và phẫu thuật lấy bỏ tĩnh mạch dãn. Sau đó, khuyên bệnh nhân thay đổi lối sống và mang vớ áp lực như là biện pháp điều trị dự phòng được khuyến cáo cho mọi trường hợp sau phẫu thuật, thủ thuật.
* Phân độ suy tĩnh mạch CEAP đầy đủ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C: clinical | E: etiology | A: anatomy | P pathology |
| C0 không triệu chứng  C1 dãn tĩnh mạch dạng lưới  C2 dãn tĩnh mạch  C3 phù  C4 thay đổi màu sắc da và mô dưới da gồm  C4A nhiễm sắc tố hoặc eczema  C4B lipodermasclerosis hoặc teo da  C5 loét đã lành  C6 loét không lành  S: symptomatic  A: asymptomatic | Ec congenital (bẩm sinh)  Ep primary (nguyên phát)  Es secondary (thứ phát)  En no identified (không xác định được) | As superficial (nông)  Ad deep (sâu)  Ap perforator (xuyên)  An no identified (không xác định được) | Pr reflux (trào ngược)  Po obstruction thrombosis (tắc nghẽn do huyết khối)  Pro cả 2  Pn no identified (không xác định được) |

* Tóm tắt điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới (không đề cập đến điều trị tĩnh mạch xuyên, sâu): gồm biện pháp dự phòng, thuốc tăng cường trương lực tĩnh mạch, vớ áp lực/băng cuốn áp lực, chích xơ, điều trị ngoại khoa (phẫu thuật Stripping, phẫu thuật CHIVA, phẫu thuật Muller), điều trị nhiệt nội tĩnh mạch.
* Biện pháp dự phòng:
  + Tăng cường sử dụng chức năng bơm của cơ: Tránh đứng bất động trong thời gian dài, tư thế ngồi bắt chéo chân, hoặc tình trạng tĩnh tại lâu. Khuyến khích hoạt động thể chất phù hợp.
  + Tạo điều kiện thuận lợi cho hồi lưu tĩnh mạch: nâng cao phía cuối giường ngủ khoảng 10 cm, hoặc tập vận động chân giống như đạp xe trong không khí trước khi ngủ.
  + Tránh tiếp xúc trực tiếp với nhiệt độ cao.
  + Chế độ dinh dưỡng phù hợp: Giảm chất béo, tăng cường chất xơ, tránh tình trạng táo bón.
* Thuốc tăng trương lực tĩnh mạch:
  + BN STM mạn tính có thể được chỉ định thuốc trợ tĩnh mạch để cải thiện triệu chứng và giảm phù (mức độ khuyến cáo IIa, mức độ chứng cứ B).
  + Bệnh nhân loét tĩnh mạch lớn, và kéo dài được chỉ định flavonoid dạng siêu mịn hoặc pentoxifilline phối hợp với điều trị áp lực (mức độ khuyến cáo I, mức độ chứng cứ B).
  + Diosmin hoặc hesperidin có thể được chỉ định để điều trị chuột rút và phù do nguyên nhân tĩnh mạch. Rutosides được chỉ định điều trị phù (mức độ khuyến cáo IIa, mức độ chứng cứ B).
* Vớ áp lực/băng cuốn áp lực:
  + Chỉ định:
    - Dự phòng tiến triển nặng lên của suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính trong những nghề nghiệp buộc phải đứng nhiều.
    - Dự phòng suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính trong thời gian mang thai.
    - Giảm các dấu hiệu cơ năng của suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính.
    - Chống chỉ định hoặc không có khả năng phẫu thuật hay tiêm xơ điều trị suy tĩnh mạch.
    - Điều trị hỗ trợ trong các trường hợp loạn dưỡng nguyên nhân tĩnh mạch, phù bạch mạch.
  + Chọn lựa vớ:
    - Độ 1: 10 – 15 mmHg.
    - Độ 2: 15 – 20 mmHg.
    - Độ 3: 20 – 36 mmHg.
    - Độ 4: > 36 mmHg.
  + Khuyến cáo:
    - Vớ áp lực/băng chun áp lực là chỉ định hàng đầu để điều trị loét do nguyên nhân tĩnh mạch (mức độ khuyến cáo I, mức độ chứng cứ B).
    - Điều trị áp lực không phải là chỉ định ưu tiên cho BN suy TM hiển có chỉ định can thiệp điều trị (mức độ khuyến cáo I, mức độ chứng cứ B).
    - Vớ áp lực/băng chun áp lực được chỉ định phối hợp với can thiệp/phẫu thuật TM nông đề phòng loét tái phát (mức độ khuyến cáo I, mức độ chứng cứ A).
* Chích xơ:
  + Nguyên lý: Tiêm một chất gây xơ vào trong tĩnh mạch nông. Chất này gây tổn thương nội mạc và thành phần lân cận của lớp trung mạc, dẫn đến hình thành huyết khối làm tắc lòng tĩnh mạch bị suy.
  + Chỉ định:
    - Suy thân tĩnh mạch hiển, với điều kiện tĩnh mạch giãn không quá 1 cm.
    - Suy các tĩnh mạch xuyên, có thể gây giãn tĩnh mạch tái phát nếu không điều trị.
    - Giãn các tĩnh mạch bàng hệ của hệ tĩnh mạch hiển, với điều kiện đã điều trị tình trạng giãn và suy của hệ tĩnh mạch hiển đó.
  + Chống chỉ định
    - Dị ứng với thuốc gây xơ
    - Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới cấp
    - Rối loạn đông máu hoặc đang điều trị chống đông
    - Bệnh ĐM chi dưới
    - Có thai
  + Biến chứng
    - Tiêm vào động mạch, gây tắc động mạch cấp, có nguy cơ phải cắt cụt chi.
    - Máu tụ tại vị trí tiêm xơ.
    - Viêm tĩnh mạch hay quanh tĩnh mạch (do tiêm quá nhiều chất gây xơ).
    - Đám rối loạn sắc tố da, viêm mô dưới da, hoại tử da.
  + Khuyến cáo:
    - Bệnh nhân có giãn TM mạng nhện hoặc dạng lưới được chỉ định điều trị tiêm xơ dưới dạng dung dịch, hoặc bọt (mức độ khuyến cáo I, mức độ chứng cứ B).
    - Tiêm xơ dạng bọt có thể được chỉ định cho BN có dòng trào ngược TM hiển gây ra triệu chứng, giãn TM từ C2 – C6, giãn TM tái phát (mức độ khuyến cáo IIa, mức độ chứng cứ B).
    - Tiêm xơ bằng bọt có thể được chỉ định điều trị suy TM hiển, TM bàng hệ, TM xuyên ở các BN có loét, viêm da sắc tố, dị dạng tĩnh mạch (mức độ khuyến cáo IIa, mức độ chứng cứ B).
* Điều trị ngoại khoa:
  + Phẫu thuật Stripping: Lấy bỏ toàn bộ tĩnh mạch hiển bị suy (tĩnh mạch hiển lớn hoặc hiển nhỏ), kèm theo cắt bỏ quai tĩnh mạch hiển, có thể phối hợp thắt hoặc cắt các tĩnh mạch xuyên bị suy.
  + Phẫu thuật CHIVA: Dựa vào bản đồ tĩnh mạch chi dưới với đánh dấu tỉ mỉ vị trí tĩnh mạch có dòng trào ngược, (bằng siêu âm Doppler), thắt hoặc cắt bỏ những vị trí tĩnh mạch là nguyên nhân gây ra sự trào ngược, trong khi bảo tồn tối đa tĩnh mạch hiển.
  + Phẫu thuật Muller: Được chỉ định trong những trường hợp giãn các nhánh tĩnh mạch nông bàng hệ thuộc hệ tĩnh mạch hiển hoặc không, với điều kiện đã điều trị triệt để suy tĩnh mạch hiển.
  + Biến chứng:
    - Tụ máu vùng Scarpa hoặc dọc theo đường đi của tĩnh mạch được lấy bỏ.
    - Dị cảm chi dưới, do tổn thương thần kinh hiển trong, hoặc hiển ngoài.
    - Huyết khối tĩnh mạch
    - Tái phát suy, và giãn tĩnh mạch.
  + Khuyến cáo:
    - BN suy tĩnh mạch hiển lớn có triệu chứng có thể được chỉ định lấy bỏ quai TM hiển lớn và phẫu thuật stripping (mức độ khuyến cáo IIa, mức độ chứng cứ B).
    - BN suy tĩnh mạch hiển nhỏ có triệu chứng được chỉ định lấy bỏ quai TM hiển lớn và phẫu thuật stripping (mức độ khuyến cáo I, mức độ chứng cứ B).
    - Bệnh nhân sau phẫu thuật được chỉ định băng ép để tránh nguy cơ tụ máu (mức độ khuyến cáo I, mức độ chứng cứ B).
* Điều trị nhiệt nội tĩnh mạch:
  + Nguyên lý: Phóng thích một năng lượng nhiệt vừa đủ vào trong lòng tĩnh mạch để phá hủy tĩnh mạch bằng những phản ứng sinh lý không thể đảo ngược.
  + Phương pháp:
    - Điều trị nhiệt nội tĩnh mạch bằng sóng radio cao tần
    - Điều trị nhiệt nội tĩnh mạch bằng laser
    - Phương pháp can thiệp: luồn sợi đốt laser/RF qua da vào lòng TM dưới hướng dẫn của siêu âm.
  + Chống chỉ định:
    - Dị dạng động tĩnh mạch
    - Tắc nghẽn tĩnh mạch sâu
    - Bệnh nhân không thể vận động
    - Rối loạn đông máu hoặc đang điều trị chống đông
    - Máy tạo nhịp tim (với RF)
  + Ưu điểm
    - Can thiệp tối thiểu: BN không cần nằm viện
    - Gây tê tại chỗ, không để lại sẹo
    - Thời gian phục hồi nhanh
  + Khuyến cáo:
    - **Điều trị nhiệt nội TM là chỉ định an toàn và hiệu quả để điều trị suy tĩnh mạch hiển (mức độ khuyến cáo I, mức độ chứng cứ B).**
    - **Nên lựa chọn phương pháp điều trị nhiệt nội tĩnh mạch hơn là phẫu thuật do ít đau hơn, thời gian hồi phục nhanh hơn (mức độ khuyến cáo I, mức độ chứng cứ B).**
* Với các khuyến cáo đã trích dẫn thì chọn đáp án E là hợp lý nhất.
* Tài liệu tham khảo:
  + Handbook of venous disorder, guideline of the American Venous Forum 3rd edition, PART 4, chap 29 – chap 52.

1. Người đàn ông 57 tuổi, được phát hiện nốt đơn độc ở rìa S2 thùy trên phổi phải, cách màng phổi 20 mm, kích thước 15 mm, tăng hấp thu FDG trên PET – CT, hướng xử trí tiếp theo?
   1. Thử điều trị lao phổi trong 2 tháng.
   2. Theo dõi bằng CT sau 3 tháng.
   3. Nội soi phế quản kèm sinh thiết.
   4. Can thiệp ngoại khoa.
   5. Đốt u phổi bằng vi sóng.

GIẢI

* Bệnh nhân nam 57 tuổi, có phát hiện nốt thùy trên phổi phải 🡪 hình ảnh này chắc là SPN (solitary pulmonary nodules).
* Theo uptodate, xử trí nốt phổi như sau:
  + Chụp CT ngực nếu nốt phổi được phát hiện bằng các hình ảnh học khác. Sau đó dựa vào kết quả CT ngực trên, nếu có đặc điểm lành tính như có mỡ (hamartoma) hoặc vôi hóa (granuloma, hamartoma) thì xác định đây là tổn thương lành tính và không theo dõi. Ngược lại thì theo dõi như bảng dưới. Nguy cơ cao, trung bình, thấp dựa vào công thức Brock University cancer prediction equation (lên google tìm sẽ ra).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kích thước nốt  (mm) | Nguy cơ thấp | Nguy cơ trung bình (5 – 65%)  và nguy cơ cao (>65%) |
| **Đơn độc** | | |
| <6 | Không cần theo dõi thường qui | Chụp CT tối ưu lúc 12 tháng |
| 6 – 8 | Chụp CT lúc 6 – 12 tháng rồi ***cân nhắc*** chụp CT lúc 18 – 24 tháng | Chụp CT lúc 6 – 12 tháng rồi chụp CT lúc 18 – 24 tháng |
| >8 | Chụp CT lúc 3 tháng rồi chụp lúc 9 tháng, 24 tháng | Chụp FDG PET/CT, sinh thiết hoặc cắt u |
| **Nhiều nốt (đánh giá dựa trên nốt lớn nhất)** | | |
| <6 | Không cần theo dõi thường qui | Chụp CT tối ưu lúc 12 tháng |
| ≥6 | Chụp CT lúc 3 – 6 tháng rồi ***cân nhắc*** chụp CT lúc 18 – 24 tháng | Chụp CT lúc 3 – 6 tháng rồi chụp CT lúc 18 – 24 tháng |

* Bệnh nhân có chụp PET và có tăng hấp thu nên nghĩ là tổn thương ác tính, lựa chọn điều trị ngoại 🡪 đáp án D.

1. Bệnh nhân nam 60 tuổi, chẩn đoán bệnh van tim do thấp. Siêu âm tim: van 2 lá hở 4/4, hẹp vừa; van động mạch chủ hở ¼; dãn nhĩ trái và thất trái. Điều trị thích hợp nhất cho bệnh nhân là?
   1. Thay van 2 lá và van động mạch chủ.
   2. Sửa van 2 lá và van động mạch chủ.
   3. Sửa van 2 lá và thay van động mạch chủ.
   4. Thay hoặc sửa van van 2 lá.
   5. Thay hoặc sửa van động mạch chủ.

GIẢI

* Theo giải thích của bộ môn: bệnh nhân này hẹp hai lá mức độ nặng và hở mức độ trung bình. Van động mạch chủ chỉ hở cơ năng. Vì vậy chỉ cần thay hoặc sửa van 2 lá là thích hợp.
* Điều trị bệnh van tim gồm: điều trị triệu chứng (suy tim, dự phòng viêm nội tâm mạc, phòng ngừa huyết khối khi cần), điều trị nguyên nhân (phẫu thuật, can thiệp qua catheter)
  + Phẫu thuật: chọn lựa kỹ thuật dựa trên đánh giá nguy cơ và lợi ích của từng bệnh nhân.
    - Sửa van: là kỹ thuật dùng 1 thiết bị hình vòng nhẫn gắn vào bên ngoài van để tái lập hình dạng và chức năng van. Nguy cơ huyết khối thấp hơn so với thay van tim cơ học nhưng nguy cơ tái hẹp cao. Tỷ lệ tử vong thấp hơn, mặc dù thay van có thời gian sử dụng lâu hơn.
    - Thay van: không dùng với bệnh nhân suy giảm miễn dịch.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thay van | | |
|  | Van cơ học | Van sinh học |
| Lợi ích | Thời gian dùng lâu | Chỉ cần dùng kháng đông trong 3 tháng đầu hậu phẫu |
| Bất lợi | Dùng kháng đông dài hạn | Tuổi thọ của van ngắn do thoái hóa van. Có thể cần thay van mỗi 10 năm |
| Chỉ định | Bệnh nhân trẻ (<65 tuổi)  Đã dùng kháng đông trước đó (ví dụ: bệnh nhân có rung nhĩ) | Bệnh nhân già  Bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao  Bệnh nhân nữ muốn có con |

* Tài liệu tham khảo:
  + Acker MA, Parides MK, Perrault LP, et al. Mitral-valve repair versus replacement for severe ischemic mitral regurgitation. N Engl J Med. 2014; 370(1): pp. 23–32. doi: 10.1056/NEJMoa1312808.
  + Kardon EM. Prosthetic Heart Valves. In: Prosthetic Heart Valves. New York, NY: WebMD. http://emedicine.medscape.com/article/780702-overview#showall. Updated February 18, 2015. Accessed February 13, 2017.

1. Bệnh nhân nam 40 tuổi, huyết áp 130/80 mmHg, nhập viện vì phù mặt – cổ - ngực. Khám: không sốt, không khó thở, tĩnh mạch cổ nổi và nhiều tuần hoàn bàng hệ vùng cổ - ngực. Tim đều rõ, không âm thổi, phổi không ran. Chẩn đoán lâm sàng nào phù hợp nhất?
   1. Tràn khí màng phổi.
   2. Tràn dịch màng phổi.
   3. Suy tim.
   4. Tràn dịch màng tim.
   5. U trung thất.

GIẢI

* Tràn khí màng phổi: triệu chứng thay đổi từ không triệu chứng đến rối loạn chức năng tim phổi:
  + Đau ngực/khó thở: khởi phát đột ngột, nặng/ổn định, ở 1 bên ngực.
  + Giảm/mất âm phổi, gõ vang, rung thanh giảm 1 bên ngực.
  + Có thể kèm tràn khí dưới da.
  + Nếu tràn khí màng phổi áp lực thì có thể có thêm:
    - Suy hô hấp cấp nặng: tím tái, vã mồ hôi.
    - Giảm nở 1 bên phổi.
    - Tĩnh mạch cổ nổi, rối loạn huyết động (mạch nhanh, mạch nghịch, huyết áp tụt).
    - Tổn thương thứ phát (ví dụ: vết thương ngực hở, chấn thương ngực kín).
* Tràn dịch màng phổi:
  + Bệnh nhân tràn dịch lượng ít (< 300 mL) thường không triệu chứng.
  + Triệu chứng: khó thở (do dịch đè nén cơ hoành), đau ngực kiểu màng phổi (cho thấy màng phổi đang bị viêm), ho khan (nếu ho đàm thì nghi ngờ có tràn dịch màng phổi cận viêm phổi), triệu chứng bệnh nguyên nhân (sốt trong viêm mủ màng phổi, suy mòn trong bệnh lý ác tính, triệu chứng suy tim trái).
  + Khám lâm sàng:
    - Nhìn và sờ: phổi bên bệnh nở chậm hơn so với bên lành. Giảm dẫn truyền do dịch trong khoang màng phổi.
    - Nghe: âm thở giảm hoặc mất vùng tràn dịch, tiếng cọ màng phổi.
    - Gõ: đục ở vùng tràn dịch.
* Suy tim:

|  |  |
| --- | --- |
| Triệu chứng tổng quát | |
| * Tiểu đêm: bệnh nhân cần thức dậy vào ban đêm 1 hoặc nhiều lần để đi tiểu. Về lượng nước tiểu, tiểu đêm nhiều được định nghĩa là tiểu đêm > 1/3 tổng lượng nước tiểu trong 24 giờ. * Mệt mỏi. * Nhịp tim nhanh, rối loạn nhịp do tăng hoạt động giao cảm. * Nghe tim: gallop T3, T4. Gallop T3 biểu hiện đổ đầy thất nhanh, gallop T4 biểu hiện thất to làm giảm độ đàn hồi. Tiếng tim biểu hiện bệnh van tim (là nguyên nhân gây suy tim). * Mạch so le: | |
| Triệu chứng suy tim trái | Triệu chứng suy tim phải |
| **Triệu chứng phổi ưu thế** | **Triệu chứng hệ thống ưu thế** |
| * Khó thở, khó thở khi nằm. * Phù phổi: trong trường hợp nặng hoặc suy tim mất bù cấp. * Khó thở kịch phát về đêm. * Cơn hen tim: do tăng áp lực của động mạch phế quản gây chèn ép đường thở, dẫn đến co thắt phế quản. * Mỏm tim ngoài đường trung đòn do tim to. * Chi lạnh, rối loạn chức năng não và thận, đổ mồ hôi. | * Phù mềm ấn lõm. * Triệu chứng tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm: tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan – tĩnh mạch cảnh. * Sung huyết tĩnh mạch gan: gan lách to, đau bụng do căng bao gan, vàng da, cổ chướng. * Sung huyết các cơ quan khác: viêm dạ dày do sung huyết (buồn nôn, chán ăn), sung huyết thận. |

* Tràn dịch màng tim:
  + Thường không triệu chứng.
  + Khó thở khi nằm.
  + Tam chứng Beck: huyết áp hạ (< 90/60 mmHg), tiếng tim mờ, tĩnh mạch cổ nổi.
  + Nhịp tim nhanh, mạch nghịch (gặp mạch nghịch trong chèn ép tim, viêm màng ngoài tim co thắt, thuyên tắc phổi lớn, sốc mất máu, ngưng thở khi ngủ, bệnh phổi tắc nghẽn).
  + Đau sau xương ức.
  + Mỏm tim đập yếu/không sờ được.
  + Tái nhợt, vã mồ hôi.
  + Triệu chứng suy tim trái và phải.
  + Sốc tim, vô tâm thu.
* U trung thất:
  + Có thể thay đổi từ không triệu chứng đến có triệu chứng, tùy thuộc vào vị trí của khối u.
  + Hội chứng trung thất: ho khan, đau ngực, khó thở.
  + Hội chứng tĩnh mạch chủ trên: phù mặt, cổ to ra, tuần hoàn phụ ở cổ mặt (phù áo khoác).
  + Khàn tiếng do u xâm lấn/chèn ép thần kinh quặt ngược thanh quản.
  + Hội chứng Cushing: do u carcinoid gây tăng tiết ACTH.
  + Độc giáp: u giáp trung thất.
  + Tăng Calci máu: u cận giáp trung thất.
  + Giảm Calci máu: u quái, u thần kinh, fibrosarcoma.
  + Tăng huyết áp: u nguyên bào thần kinh.
  + Tiêu chảy: u nguyên bào thần kinh, u sợi thần kinh.
  + Phì đại tuyến vú: u tế bào mầm
* Tài liệu tham khảo:
  + Daley BJ, Mancini MC. Pneumothorax. In: Pneumothorax. New York, NY: WebMD. http://emedicine.medscape.com/article/424547-overview#a5. Updated July 20, 2016. Accessed December 7, 2016.
  + Shankar PS. Subcutaneous Emphysema From Bronchocavitary Subcutaneous Fistula. Lung India. 2008; 25(2): pp. 73–74. doi: 10.4103/0970-2113.44123.
  + Dweik RA. Pleural Disease. http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/pulmonary/pleural-disease/. Updated August 1, 2010. Accessed February 19, 2017.
  + Rubins J. Pleural Effusion. In: Pleural Effusion. New York, NY: WebMD. http://emedicine.medscape.com/article/299959-workup. Updated June 30, 2016. Accessed February 14, 2017.
  + Walker HK, Hall WD, Hurst JW. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd edition. Chapter 183: Nocturia. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK293/. Accessed June 19, 2019.
  + Kasper DL, Fauci AS, Hauser S, Longo D, Jameson LJ, Loscalzo J. Harrisons Principles of Internal Medicine. New York, NY: McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2016.
  + Agabegi SS, Agabegi ED. Step-Up To Medicine. Baltimore, MD, USA: Wolters Kluwer Health; 2015: pp. 17–18.
  + Le T, Bhushan V. First Aid for the USMLE Step 1 2015. McGraw-Hill Education; 2014.
  + Le T, Bhushan V, Bagga HS. First Aid for the USMLE Step 2 CK. McGraw-Hill Medical; 2009: p. 49.
  + Colucci WS. Evaluation of the patient with suspected heart failure. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-suspected-heart-failure?source=search\_result&search=congestive%20heart%20failure%20diagnosis&selectedTitle=1∼150. Last updated October 19, 2015. Accessed February 15, 2017.
  + Gersh BJ. Auscultation of heart sounds. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/auscultation-of-heart-sounds. Last updated December 18, 2015. Accessed February 24, 2017.
  + Morris MJ. Asthma. In: Mosenifar Z. Asthma. New York, NY: WebMD. http://emedicine.medscape.com/article/296301. Updated June 16, 2016. Accessed February 24, 2017.
  + Maisch B, Seferović PM, Ristić AD, et al. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary. European Heart Journal. 2004; 25(7): pp. 587–610. doi: 10.1016/j.ehj.2004.02.002.
  + Hoit BD. Cardiac tamponade. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/cardiac-tamponade. Last updated May 4, 2016. Accessed December 27, 2016.
  + Strimel WJ. Pericardial Effusion. In: Lange RA. Pericardial Effusion. New York, NY: WebMD. http://emedicine.medscape.com/article/157325. Updated September 25, 2016. Accessed December 27, 2016.
  + Hoit BD. Diagnosis and treatment of pericardial effusion. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-treatment-of-pericardial-effusion. Last updated November 25, 2015. Accessed December 27, 2016.