

Bệnh án nhi khoa tim mạch

I. Hành chánh:

1. Họ và tên: V.M.H
2. Giới tính: Nữ
3. Tuổi: 3 tháng
4. Địa chỉ: Tân Lộc, xã Tân Lộc, huyện Bình Tân, tỉnh Vĩnh Long
5. Họ tên cha: Võ Minh Hiếu Tuổi: 38 Nghề nghiệp: Làm vườn
6. Họ tên mẹ: Nguyễn Thị Kim Trinh Tuổi: 37 Nghề nghiệp: Làm vườn
7. Ngày vào viện: 13 giờ 43 phút, ngày 20 tháng 10 năm 2018

8. Chuyên môn:

1. **Lí do vào viện:** Thở mệt, tiêu lỏng

2. **Bệnh sử:**

- Cách 12 giờ trước nhập viện, mẹ khai bé lừ đừ, ủ rũ, quấy khóc vô cớ, bú được nhưng sau bú thì khóc liên tục, dễ không nín, mẹ khai bé thở nhanh hơn bình thường, thở đều, không khò khè, không vã mồ hôi, kèm ho khan, không sốt, không tím tái. Bé tiêu phân lỏng 3 lần sau đó, mỗi lần đi tiêu không khóc, phân nhiều nước, vàng, không sống, không đàm máu. Sáng cùng ngày nhập viện, bé thở nhanh hơn, vã mồ hôi, khóc nhiều hơn, người nhà không xử trí gì và đưa bé đến nhập viện tại Trung tâm y tế Bình Tân.
- Tại Trung tâm y tế Bình Tân, tình trạng trẻ (Lúc 11h30' 22/10)
 - + Bé lừ đừ, tay chân lạnh
 - + Ho khan ít
 - + Tiêu lỏng 1 lần
 - + Tím tái
 - + Thở rút lõm lồng ngực
 - + Dấu hiệu sinh tồn:
 - . Mạch: 154l/ph .Huyết áp: 80/50mmHg
 - . Nhiệt độ: 38,5°C .Nhịp thở: 25l/phút???
 - . SpO₂: 89% (khí phòng)
 - + Xử trí:
 - . Thở oxy 2 lít/phút
 - . Cefixim 50mg 1/3 gói (u)
 - . Paracetamol 150mg ¼ gói (u)
 - . Biosubtyl 1/3 gói (u)
- Sau đó bé được chuyển lên Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ, tình trạng lúc nhập viện

- + Sau sinh:
 - . Trẻ khóc ngay
 - . Cân nặng lúc sanh: 2400 gram
 - . Không đánh giá được chỉ số Apgar
 - . Vàng da sơ sinh: Khoảng ngày thứ 4 sau sanh. Được người nhà đưa đi khám ở bệnh viện Bình Tân, uống thuốc theo toa không rõ loại sau 1 tuần không giảm, người nhà khai tự ý đem trẻ đi phơi nắng mỗi sáng 30 phút và hết sau 2 tuần
 - . Sau sanh trẻ bú mẹ ngay
 - Dinh dưỡng:
 - + Mẹ đã cho bé bú sữa bình (Sữa Dielac) xen kẽ với sữa mẹ ngay từ tháng đầu sau sinh
 - + Hiện tại: Đang bú sữa mẹ, đã ngưng sữa bình. Bé bú
 - Chung ngừa: Bé sau sanh được chủng ngừa 4 mũi ở Bệnh viện Bình Tân (người nhà không rõ)
 - Bệnh tật:
 - + Cách nhập viện 1 tháng, bé được chẩn đoán và điều trị Viêm phổi/ thông liên thất tại bệnh viện tuyến dưới (không rõ), tác nhân không rõ, điều trị kháng sinh không rõ
 - + Cách nhập viện 15 ngày, bé được chẩn đoán Viêm phổi nặng/ Thông liên nhĩ & Còn ống động mạch và nằm viện 11 ngày tại khoa hồi sức tích cực, vừa xuất viện 3 ngày trước, tác nhân không rõ, điều trị kháng sinh không rõ
 - + Tiền sử ho khan hơn khoảng 1 tháng nay. Trước đó bé ăn không sặc, không tiêu lỏng. Bú mỗi lần kéo dài khoảng 30 phút, phải ngắt quãng
 - Phát triển:
 - + Thể chất: Cân nặng 3kg Chiều dài khi nằm: 45cm
 - + Vận động: Nhìn theo vật di chuyển trước mắt
 - + Tinh thần: Biết nhận biết lạ quen
 - b. Gia đình: Chưa ghi nhận bất thường
 - c. Xã hội: Xung quanh không có người bệnh hô hấp tiếp xúc với bé
- 4. Tình trạng hiện tại**
 Bé tỉnh, bú tốt, chi ấm, không sốt, giảm ho khan nhiều, không tiêu lỏng, môi hồng (khí trời), thở rút lõm lồng ngực 70l/p, phổi thô không rale
- 5. Khám lâm sàng:** (Khám lúc 7h15, 2/11/2018)
- a. Khám tổng trạng
 - Bé tỉnh, môi hồng (khí trời), chi ấm, lòng bàn tay nhợt

- Không tím, không phù, đầu chi không dùi trống, không xuất huyết dưới da, lợi, miệng không vết loét, mắt không chảy mủ, không nổi hồng ban, mắt không sưng, véo da bụng mất nhanh.
- Không vàng da, không vàng củng mạc
- Lông tóc không dễ gãy rụng, tĩnh mạch cổ không nổi
- Tuyến giáp không to, hạch ngoại vi sờ không chạm
- Dấu hiệu sinh tồn:

+ Mạch quay rõ: 162l/ph

+ Huyết áp: 80/50mmHg

+ Nhiệt độ: 37⁰C

+ Nhịp thở: 70l/phút

+ SpO₂: 94% (khí phòng)

- Cân nặng: 3kg – chiều dài 45cm
- Đánh giá dinh dưỡng theo WHO:
CN/T <-3SD, CC/T <-3SD, CN/CC ~2SD

b. Khám phổi:

- Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở
- Thở đều tần số 70l/p, thở rút lõm lồng ngực, thở không rít, không khò khè
- Phổi không rale (Trẻ dưới 2 tuổi nên không làm rung thanh và gõ)

c. Khám tim:

- Lồng ngực không biến dạng vùng trước tim, không ổ đập bất thường, không tuần hoàn bàng hệ, nhìn không thấy mỏm tim
- Rung miu (+) liên sườn III trung đòn trái, Hazer (-), tim tăng động
- Tim đều tần số 162l/p, T2 mạnh ở LS II cạnh ức trái, âm thổi toàn tâm thu 4/6 ở LS III cạnh ức trái, lan tỏa hình nan hoa

d. Khám bụng:

- Bụng cân đối, di động theo nhịp thở
- Gõ trong
- Bụng mềm, không chướng, gan lách sờ không chạm

e. Khám thần kinh:

- Thóp phẳng, cổ mềm, đồng tử 2 bên PXAS (+)
- Không dấu thần kinh khu trú

f. Khám cơ quan khác: Chưa ghi nhận bất thường

6. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhi nữ, 3 tháng tuổi vào viện vì lí do thở mệt, tiêu lỏng. Qua hỏi bệnh sử, tiền sử và thăm khám lâm sàng ghi nhận:

- Hội chứng suy hô hấp cấp mức độ nặng: Bé lừ đừ, thở rút lõm lồng ngực nhiều 70l/p, tím tái (sau thở oxy giảm)
- Hội chứng tăng áp phổi: Ho khan, rale ẩm 2 đáy phổi

- Hội chứng nhiễm trùng: Sốt, lừ đừ, bú kém
- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS): nhịp tim >160 lần/phút, thở >70 lần/phút, sốt >38°C
- Triệu chứng tim mạch: Bú mỗi lần kéo dài 45 phút phải ngắt quãng, nhịp tim nhanh, đều 162 lần/phút, âm thổi toàn tâm thu 4/6 liên sườn III đường trung đòn trái, lan tỏa hình nan hoa
- Triệu chứng tiêu hóa: Tiêu phân lỏng 11 ngày, không liên tục, mỗi ngày ~ 2-3 lần, phân không đàm, máu
- Triệu chứng huyết học: Lòng bàn tay nhợt

7. Chẩn đoán sơ bộ:

Tim bẩm sinh không tím, có tăng tuần hoàn phổi nghĩ là thông liên thất biến chứng tăng áp phổi mức độ vừa, viêm phổi tái diễn suy hô hấp cấp mức độ nặng, suy tim độ III theo ROSS, suy dinh dưỡng nặng – Tiêu chảy cấp không mất nước do Loạn khuẩn đường ruột do dùng kháng sinh kéo dài – TD nhiễm trùng huyết – TD thiếu máu tan huyết do thiếu men G6PD

8. Chẩn đoán phân biệt:

Tim bẩm sinh không tím, có tăng tuần hoàn phổi nghĩ là thông liên nhĩ lỗ lớn biến chứng tăng áp phổi mức độ vừa, viêm phổi tái diễn suy hô hấp cấp mức độ nặng, suy tim độ III theo ROSS, suy dinh dưỡng nặng – Tiêu chảy cấp không mất nước do loạn khuẩn đường ruột – TD nhiễm trùng huyết – TD thiếu máu tan huyết do thiếu men G6PD

Tim bẩm sinh không tím, có tăng tuần hoàn phổi nghĩ là còn ống động mạch biến chứng tăng áp phổi mức độ vừa, viêm phổi tái diễn suy hô hấp cấp mức độ nặng, suy tim độ III theo ROSS, suy dinh dưỡng nặng – Tiêu chảy cấp không mất nước do loạn khuẩn đường ruột – TD nhiễm trùng huyết – TD thiếu máu tan huyết do thiếu men G6PD

9. Biện luận chẩn đoán:

- Nghĩ tim bẩm sinh do trẻ nhỏ hơn 5 tuổi, có tiền sử chẩn đoán tim bẩm sinh, tiếp cận:
 - + T1: Nghĩ bệnh nhi có bệnh tim bẩm sinh không tím do khám lâm sàng da niêm không tím, lúc nhập viện có ghi nhận bệnh nhân tím tái nhưng giảm sau khi thở oxy, tiền sử không tím nên nghĩ tím là do suy hô hấp
 - + T2: Nghĩ tăng tuần hoàn phổi do ho khan, rale ẩm 2 đáy phổi
 - + T3: Nghĩ biến chứng tăng áp phổi mức độ vừa do có hội chứng tăng áp phổi
 - + T2 mạnh ở LS II đường trung đòn trái (vị trí ổ van ĐMP) và chưa có hội chứng Eisenmenger (dấu hiệu tím của đảo shunt)
 - + T4: Có âm thổi toàn tâm thu 4/6 liên sườn III cạnh ức trái, lan hình nan hoa.

- + T5: Nghĩ ảnh hưởng thất trái do bệnh nhân có khó thở, ho khan, rale ẩm (Hậu quả của sự ứ máu ngược dòng trong suy tim trái gây tăng áp phổi), chưa nghĩ đến suy tim phải do trẻ không phù, Hazer (-), gan không to, tĩnh mạch cổ không nổi, không có dấu hiệu đảo shunt (tím)
- + Chẩn đoán là thông liên thất do có đầy đủ các tính chất của T1, T2, T3, T4, T5 và đã được chẩn đoán thông liên thất cách đây 1 tháng
- + Nghĩ đến thông liên nhĩ lớn có thể có đầy đủ các tính chất của T1, T2, T3, nhưng T4 âm thổi thường ở ở liên sườn II đường trung đòn trái, T5 thường ảnh hưởng thất phải trước và sau đó ảnh hưởng cả 2 thất. Bệnh nhân đã được chẩn đoán thông liên nhĩ cách đây 15 ngày
- + Nghĩ đến còn ống động mạch do có thể có đầy đủ các tính chất của T1, T2, T3, T5, nhưng T4 âm thổi phải liên tục, hiệu số huyết áp thường xa nhau. Bệnh nhân đã được chẩn đoán còn ống động mạch cách đây 15 ngày.
- => Cần đề nghị siêu âm tim lại để chẩn đoán xác định
- Biện chứng suy tim độ III theo ROSS: Nghĩ có suy tim do bệnh nhi có tiền sử bú kém mỗi lần >30 phút, phải ngắt quãng, khó thở (thở co lõm lồng ngực tần số >60 lần/phút), lúc nhập viện ghi nhận tay chân lạnh nên nghĩ các triệu chứng trên do giảm cung lượng tim + hội chứng tăng áp phổi: ho khan, phổi ran ẩm là hậu quả của suy tim trái, ngoài ra còn có nhịp tim nhanh >160 lần/phút và các triệu chứng trên vẫn còn tồn tại sau khi trẻ đã hết dấu hiệu nhiễm trùng, khám còn ghi nhận tim tăng động. Nghĩ độ III theo ROSS do có kéo dài thời gian mỗi lần bú, phải ngắt quãng, kèm chậm phát triển thể chất, đã được chẩn đoán tim bẩm sinh trước đó.
- Nghĩ bệnh nhi có thể viêm phổi tái diễn do có hội chứng nhiễm trùng: sốt, lừ đừ, bú kém và có ho, phổi rale ẩm đã được chẩn đoán tim bẩm sinh nên có thể viêm phổi tái đi tái lại, tiền sử vừa điều trị viêm phổi xuất viện cách nhập viện 3 ngày và bị lại. Nghĩ do biến chứng của tim bẩm sinh (hậu quả của tăng áp phổi + suy dinh dưỡng gây suy giảm miễn dịch) và ít nghĩ đến viêm phổi đơn thuần do dịch tể xung quanh không có người mắc bệnh hô hấp tiếp xúc với bé
- Suy hô hấp cấp mức độ nặng do trẻ lừ đừ, tím tái, thở rút lõm lồng ngực nhiều tần số >60l/ph, vã mồ hôi, SpO₂ <90% (khí phòng) lúc vào viện
- Suy dinh dưỡng nặng do:
 - CN/T <-3SD -> Suy dinh dưỡng nhẹ cân mức độ nặng
 - CC/T <-3SD -> Suy dinh dưỡng thấp còi mức độ nặng
 - CN/CC ~2SD -> Suy dinh dưỡng mạn (Do CN/T và CC/T thấp)
- Bệnh nhi tiêu chảy cấp do tiêu chảy mới 11 ngày (<14 ngày), phân lỏng nhiều nước không có máu. Không mất nước do trên lâm sàng khám dấu hiệu mất

trũng (-), véo da mất nhanh, không có dấu hiệu li bì khó đánh thức, không vật vã kích thích. Bệnh nhi có tiền sử phải dùng kháng sinh liên tục điều trị viêm phổi trước đó, không nôn ói, không khóc sau mỗi lần bú gợi ý trẻ không đau bụng, sau khi được xử trí với Biosubtyl (men vi sinh sống) ở tuyến dưới bé không tiêu lỏng trong 1 vài ngày tiếp theo và tái phát khi ngưng nên nghĩ nhiều đến loạn khuẩn đường ruột do dùng kháng sinh kéo dài hơn các nguyên nhân nhiễm trùng khác.

- TD nhiễm trùng huyết do bệnh nhi có Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân: Nhịp tim nhanh >160 lần/phút, nhịp thở >70 lần/phút (thở rút lõm lồng ngực), sốt >38°C
- TD thiếu máu tan huyết do thiếu men G6PD do bệnh nhi có tiền sử vàng da sơ sinh, khám lâm sàng lòng bàn tay nhợt nghi thiếu máu => Đề nghị thêm Công thức máu + Định lượng men G6PD

10. Chỉ định cận lâm sàng:

- **Khí máu động mạch** (Do trẻ có suy hô hấp)
- **X quang phổi** (Để đánh giá tăng tưới máu phổi + tăng áp phổi + kích thước bóng tim + Ảnh hưởng tim nào + thâm nhiễm mới trong viêm phổi)
- Đánh giá tình trạng nhiễm trùng: **Pro-calcitonin** (đặc hiệu cho nhiễm khuẩn và đánh giá nhiễm khuẩn huyết tốt), **công thức máu, hút dịch khí quản (NTA) cấy định danh + làm kháng sinh đồ** (do trẻ không khạc đàm)
- Đánh giá suy dinh dưỡng:
- **Công thức máu** → Đánh giá thiếu máu
- **Protein_{huyết thanh}** → Đánh giá tình trạng thiếu đạm
- **Ion đồ (Na⁺, K⁺, Cl⁻) , Calci ion hóa** (Do nghi ngờ trẻ có giảm protein máu nên không chỉ định Calci toàn phần) → Đánh giá rối loạn điện giải
- **Triglycerid_{máu}** → Đánh giá rối loạn lipid máu (thiếu chất béo)
- **AST/ALT** → Đánh giá tình trạng tổn thương gan
- **CMV IgM, CMV IgG miễn dịch tự động** → Đánh giá sự tái hoạt Cytomeglovirus do tình trạng suy giảm miễn dịch, bé lại có tiền sử sinh tại nhà không có nhân viên y tế.
- **Định lượng G6PD**
- Theo dõi nhiễm trùng huyết: **cấy máu định danh + nhuộm gram vi khuẩn**
- Tiêu chảy cấp: **Soi phân, cấy phân** để tìm nguyên nhân do nhiễm, ion đồ
- **ECG**: Đánh giá lớn nhĩ, tăng gánh thất, rối loạn điện giải
- **Siêu âm tim**: Đánh giá T1+T2+T3+T4+T5 và chẩn đoán xác định thể bệnh tim bẩm sinh
- **Ure, creatinin**

11. Kết quả cận lâm sàng đã có:

- Khí máu động mạch (14h ngày 20/10/2018):

- + pH: 7,422
- + pCO₂: 46,1 mmHg
- + pO₂: 186,3 mmHg
- + FiO₂: 25%
- + BP: 755.0 mmHg
- + HCO₃-act: 29,5 mmol/l
- + HCO₃-std: 28,5 mmol/l
- + BE (ecf): 5,0 mmol/l
- + BE (B): 4,5 mmol/l
- + BB: 50,1 mmol/l
- + ctCO₂ (P): 30,9 mmol/l
- + ctO₂(a): 13,4 VOL%

- Công thức máu (15h ngày 20/10/2018):

Công thức máu	15 giờ, 20/10/2018	12 giờ 57 phút, 30/10/2018
Số lượng hồng cầu	3,18 x10¹²/l	3,31 x10¹²/l
Hb	93 g/l	96g/l
Hct	0,276 l/l	0,292 l/l
MCV	86,9 fl	88,2 fl
MCH	29,3 pg	28,9 pg
MCHC	337 g/l	328 g/l
Tiểu cầu	564 x10⁹/l	503x10⁹/l
MPV	8,3 fL	8,8 fL
PCT	0,47 fL	0,44 fL
PDW	35,9%	35,9%
Bạch cầu	10,75 x 1G/l	9,47 x 1G/l
Neutrophil	57,8%	56,9%
Eosinophil	0,3%	1,5%
Basophil	0,3%	0,1%
Monocyte	5,7%	6,8%
Lymphocyte	32,9%	32,3%

- Sinh hóa máu (15h07 ngày 20/10/2018)

- + Ure: 5,9 mmol/l
- + Creatinin_{ht}: 63,3 mcmol/l
- + Na⁺: **133,6 mmol/l** (bình thường: 135-145 mmol/L)

- + K⁺: 4,05 mmol/l
- + Cl⁻: **97,0 mmol/l** (bình thường: 98-106 mmol/L)
- + Calci ion hóa: 1,23 mmol/l
- + AST: **71 U/L** & ALT: **45,3 U/L**
- Định lượng G6PD (14h49 ngày 30/10/2018): **222 MU/ERY** (giảm)
- CMV IgM: Non-reactive 0,43S/CO
- CMV IgG: **Reactive 19,7 AU/ml**
- Kết quả kháng sinh đồ (22/12/2018)
 - + Vi khuẩn nuôi cấy và định danh: Streptococcus Mitis
 - + Kháng sinh đồ: Còn nhạy với Vancomycin (MIC: 0,5), Imipenem, Levofloxacin (MIC: 1), Linezolid (MIC: ≤ 2)
- Đường máu mao mạch tại giường (13h48' ngày 20/10/2018): 7,4 mmol/l
- Pro-calcitonin máu: **0,74 ng/mL** (giá trị bình thường: 0,05 ng/ml)
- X quang phổi (20/10/2018)



- + Bóng tim to
- + Hình ảnh tăng tưới máu phổi đến 1/3 ngoài, thâm nhiễm mới rải rác
- X quang phổi (30/10)



- + Bóng tim to
- + Hình ảnh tăng tưới máu phổi đến 1/3 ngoài và 1/3 trên 2 bên phế trường, thâm nhiễm mới rải rác

- Siêu âm tim (cách nhập viện 30 ngày):
 - + Hở van 3 lá $\frac{1}{4}$
 - + Thông liên thất
- Siêu âm tim (cách nhập viện 15 ngày)
 - + Dẫn nhẹ buồng tim trái
 - + Hở van 3 lá $\frac{1}{4}$, Tăng áp phổi (PAPs = 40mmHg)
 - + Hở nhẹ van ĐMP
 - + Chức năng co bóp thất trái tốt, EF=77%
 - + Thông liên nhĩ lỗ thứ phát,
 - + Còn ống động mạch
 - + Vách liên thất nguyên vẹn
- => Đề nghị siêu âm lại
- Siêu âm bụng: Chưa ghi nhận bất thường

12. Biện luận kết quả cận lâm sàng:

- Khí máu động mạch: Kiểm chuyển hóa, kiểm toan hô hấp, thừa oxy máu. Có bất thường nhưng bù trừ đủ
- Công thức máu: Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nhẹ, bạch cầu tăng ưu thế dòng Neutro (>45% ở trẻ 3 tháng tuổi) gợi ý nhiễm khuẩn cấp, tiểu cầu và PDW tăng nghĩ tăng phản ứng do bệnh nhi có nhiễm trùng gây viêm cấp, sau 10 ngày dấu hiệu nhiễm trùng đã giảm thì số lượng tiểu cầu cũng giảm theo.
- Na⁺ và Cl⁻ giảm nhẹ nghĩ do trẻ tiêu chảy, ăn uống kém
- AST, ALT tăng nhẹ nghĩ do dùng kháng sinh kéo dài ở trẻ. Đề nghị thêm GGT để chẩn đoán
- Thiếu hụt men G6PD nghĩ là nguyên nhân gây thiếu máu đẳng sắc đẳng bào
- Procalcitonin tăng (0,75ng/ml) => Chỉ định dùng kháng sinh bắt buộc + không có nhiễm khuẩn huyết (<2ng/ml)
- CMV IgM (-), CMV IgG (+) cho biết trẻ có tiền sử bị mắc CMV nhưng hiện tại thì không
- X quang phổi có bóng tim to, tăng tưới máu phổi, thâm nhiễm mới rải rác giúp chẩn đoán suy tim và viêm phổi
- Kết quả siêu âm tim cách đây 1 tháng và 15 ngày có sự mâu thuẫn, khám lâm sàng phù hợp kết quả siêu âm cách đây 1 tháng giúp chẩn đoán thông liên thất. Tuy nhiên cần siêu âm lại để xác định chẩn đoán
- Kết quả cấy vi khuẩn & kháng sinh đồ giúp chẩn đoán xác định viêm phổi do Streptococcus mitis và gợi ý chọn kháng sinh còn nhạy để điều trị

13. Chẩn đoán hiện tại:

Tim bẩm sinh không tím, có tăng tuần hoàn phổi nghĩ là thông liên thất biến chứng tăng áp phổi, viêm phổi tái diễn do streptococcus mitis suy hô hấp cấp mức độ nặng hiện tại ổn, suy tim độ III theo ROSS, suy dinh dưỡng nặng – Tiêu chảy cấp không mất nước do Loạn khuẩn đường ruột do dùng kháng sinh kéo dài, hiện tại ổn – Thiếu máu tan huyết mức độ nhẹ do thiếu men G6PD

14. Điều trị

a. Lúc mới vào viện:

*Hướng điều trị:

- Cung cấp oxy
- Kháng sinh
- Hạ sốt
- Tăng co bóp cơ tim
- Giảm ứ đọng tuần hoàn phổi và hệ thống
- Giảm sức cản ngoại biên
- Dùng thuốc chống mất nước, điện giải mỗi lần tiêu lỏng. Bổ sung kẽm để giảm thời gian tiêu chảy, tăng miễn dịch và mau lành niêm mạc ruột

*Điều trị cụ thể:

- Nằm đầu cao 30°, thở oxy qua canule 1l/p
- Kháng sinh ban đầu: Imetoxim 1g 0,15g x2 (TMC)
- Diễn tiến bệnh phòng dùng kháng sinh Imetoxim không hiệu quả, sau khi có kết quả kháng sinh đồ chuyển sang điều trị kết hợp Vancomycin và Imipenem + Vagonxin 0,5g + glucose 5% đủ 100 ml TTM 8ml/h (40mg/h) trong 1 giờ x 3 cử (8h-16h-0h)
+ Imipenem Cilastatin Kabi 0,5g + Nacl 9%% đủ 100ml TTM 6ml/h (30mg/h) trong 2 giờ x 3 cử (9h-17h-1h)
- Paracetamol 150mg 1/3 gói (u)
- Vinzix 40mg 1/10A (TMC)
- Digoxin 0,25mg 1v pha 10ml nước lấy 2ml (u), liều tiếp theo lấy 1ml x2 (u) cách mỗi 8h
- Zinc 10mg=5ml 5ml x 1/ngày (u) dùng trong 14 ngày
- Oremutes 1 gói pha 200ml, uống 50ml mỗi lần tiêu lỏng (Sau khi pha 4h dùng không hết phải bỏ)

b. Điều trị hiện tại

*Hướng điều trị

- Hạn chế dịch bằng $\frac{3}{4}$ nhu cầu hàng ngày
- Tăng lực co bóp cơ tim
- Giảm ứ đọng tuần hoàn phổi và hệ thống
- Giảm sức cản ngoại biên
- Điều trị suy dinh dưỡng:
 - + Bổ sung đủ năng lượng cho trẻ: Trẻ có CN/T <-2SD nên lấy nhu cầu năng lượng theo cân nặng chuẩn theo tuổi (cân nặng chuẩn theo tuổi là 6kg): 600Kcal/ngày. Sữa mẹ 1ml có 0,65Kcal ~900ml/ngày.
 - + Bổ sung vitamin A, vitamin D
- Dùng thuốc chống mất nước, điện giải mỗi lần tiêu lỏng. Bổ sung kẽm để giảm thời gian tiêu chảy, tăng miễn dịch và mau lành niêm mạc ruột
- *Điều trị cụ thể:
 - Digoxin 0,25mg 1v pha 50ml nước lấy 2ml x2 (u) mỗi 12h
 - Vinzix 40mg 1/10v (u)
 - Vitamin A 50kUI (u)/ngày dùng 2 ngày liên tiếp rồi ngưng.
 - Mumcal 3ml x2 (u)/ngày
 - Zinc 10mg=5ml 5ml x1/ngày (u) dùng ngày cuối (Đủ 14 ngày)
 - Oremutes 1 gói pha 200ml, uống 50ml mỗi lần tiêu lỏng (Sau khi pha 4h dùng không hết phải bỏ)

15. Tiên lượng

- Gần: Trung bình
 - + Bệnh nhi đáp ứng khá với điều trị nội khoa tích cực, vấn đề chính là viêm phổi nặng đã được kiểm soát sau điều trị với kháng sinh đồ, bé không còn các triệu chứng suy hô hấp, hiện tại nhịp thở và nhịp tim còn nhanh là do biểu hiện của suy tim liên quan đến bệnh tim bẩm sinh (nghĩ là thông liên thất).
 - + Bé đã ngưng kháng sinh nên vấn đề loạn sản vi khuẩn đường ruột sẽ dần được cải thiện kết hợp với việc bù nước và điện giải (oresol) mỗi lần tiêu lỏng, hiện tại trên lâm sàng ghi nhận bé đã hết tiêu lỏng.
 - + Các biểu hiện của suy tim giảm: chi ấm, bé bú tốt, không còn quấy khóc vô cớ, phổi không còn rale, ho khan vài lần trong ngày.
 - + Tình trạng suy dinh dưỡng chưa được cải thiện dẫn đến hệ miễn dịch ở bé bị suy giảm dễ làm tái phát và nặng nề hơn các vấn đề ở trên.
 - + Thiếu máu do thiếu men G6PD mức độ trung bình, trên lâm sàng chưa ghi nhận các biểu hiện nguy hiểm, chưa cần truyền máu.

- **Xa: Nặng**
 - + Bé chỉ mới 3 tháng tuổi đã được chẩn đoán có bệnh tim bẩm sinh, nhưng đã ghi nhận có biến chứng viêm phổi tái diễn, suy dinh dưỡng, suy tim và tăng áp động mạch phổi. Đây đều là những biến chứng nặng dễ gây tử vong ở trẻ nếu như không được phát hiện sớm và điều trị nội khoa tích cực.
 - + Hiện tại tình trạng viêm phổi đã ổn nhưng sẽ còn những đợt tái phát (lần viêm phổi này là lần thứ ba) nếu như bệnh tim bẩm sinh chưa được giải quyết triệt để. Bé sẽ còn đối mặt với những đợt suy hô hấp cấp mức độ nặng đe dọa tính mạng. Dù bé đáp ứng tốt với kháng sinh, tuy vậy, nếu viêm phổi cứ tiếp tục tái diễn thì nguy cơ nhiễm khuẩn đặc biệt càng cao, và điều trị kháng sinh lâu dài quả thực là một gánh nặng đối với bé, nguy cơ dung nạp thuốc và nguy hiểm hơn là kháng kháng sinh.
 - + Suy dinh dưỡng ở bé được đánh giá là mức độ nặng, hiện tại chưa được cải thiện, cần được theo dõi và bổ sung dinh dưỡng nghiêm ngặt theo điều trị đã đề ra. Tuy nhiên qua tìm hiểu, chúng tôi thấy khó có thể đáp ứng đúng và đủ yêu cầu đã đặt ra. Thứ nhất, để làm được như vậy bé cần thường xuyên được các nhân viên y tế kiểm tra và tính toán chế độ dinh dưỡng, đồng nghĩa nếu bé nằm tại nhà sẽ rất khó cho chúng ta trong việc điều trị. Thứ hai, điều kiện của gia đình (cha, mẹ đều đi làm mướn; nhà đông con; tư tưởng bảo thủ) là một vấn đề cần bàn luận kỹ, cần tư vấn đầy đủ cho cha, mẹ bé hiểu rõ để việc điều trị được hiệu quả.
 - + Các biểu hiện của suy tim và tăng áp động mạch phổi đã giảm, nhưng bé cần điều trị tiếp tục theo phác đồ ít nhất trong vòng 2 tháng tới nhằm cải thiện thể chất cho bé và hạn chế tiến triển của suy tim tăng và áp động mạch phổi. Hiện tại, biến chứng tăng áp động mạch phổi theo đánh giá là ở mức độ nhẹ chưa tiến triển đến nặng hay đảo chiều shunt (hội chứng Eisemenger). Mục tiêu là phẫu thuật sửa chữa hay thông tim can thiệp trong vòng 6 tháng đầu, vì nếu để càng lâu tiên lượng càng nặng và biến chứng càng nguy hiểm (theo thống kê có 60% trẻ bị tim bẩm sinh cần mổ tử vong trong khi đợi lịch mổ tim bẩm sinh). Tuy là một phẫu thuật kín nhưng chăm sóc hậu phẫu sẽ khá nặng nề và có 2% trường hợp tử vong ngay sau mổ do cơn tắc áp phổi.

16. Dự phòng

- Giải thích rõ cho người nhà hiểu về bệnh tim bẩm sinh và các biến chứng có thể xảy ra với bé để tránh các yếu tố nguy cơ làm xuất hiện hoặc nặng thêm
- Uống thuốc theo toa, động viên gia đình tuân thủ chặt chẽ

- Dinh dưỡng đầy đủ, cung cấp đủ nhu cầu năng lượng cho bé theo hướng dẫn của bác sĩ, giúp trẻ tăng cân đạt đủ tiêu chuẩn phẫu thuật tim
- Chủng ngừa đầy đủ theo lịch, vệ sinh sạch sẽ cho bé, vệ sinh răng miệng, vệ sinh bình sữa đúng cách, không tự ý dùng kháng sinh, kiểm soát nhiễm trùng chặt chẽ để phòng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng và những bệnh nhiễm khuẩn khác cho bé
- Tránh tiếp xúc với những người mắc bệnh hô hấp, tránh sử dụng các thuốc và thực phẩm có thể gây tán huyết