

# KHÁM LÂM SÀNG TIM MẠCH

**NHÓM TIM MẠCH**



# CA LÂM SÀNG 1

Bệnh nhi nữ 17 tháng tuổi vào viện vì ho nặng tiếng tăng dần giờ thứ 1 của bệnh

# BỆNH SỬ

3 ngày trước vào viện xuất hiện ho thúng thảng

- Ho từng cơn, ho nhiều về chiều tối và đêm, không có đờm kèm theo ít nước mũi màu trong
- 1 ngày trước khi vào viện trẻ ho tăng lên, sau đó ho nặng tiếng, không vỗ được đờm, chảy nhiều nước mũi, trong cơn ho trẻ không tím môi, không khó thở
- Kèm theo trẻ có sốt  $38^{\circ}\text{C}$ , sốt nóng từng cơn 2-3 cơn/ngày trong cơn sốt trẻ không co giật, không rét run, trẻ mệt nhiều ăn uống kém.
- Ngoài ra trẻ không nôn, không đau đầu, đại tiểu tiện bình thường. Ở nhà chưa xử trí gì

=> Vào viện

# Tiền sử

## \*Bản thân:

- TS sản khoa: con thứ 2, đẻ thường, đủ tháng, cân nặng lúc sinh 2,8 kg, khóc ngay sau sinh. Không xảy ra bất kì tai biến hay bệnh lý nào trong quá trình mang thai của bà mẹ.(Khi mang thai mẹ 29 tuổi)
- TS dinh dưỡng: Được nuôi bằng sữa mẹ và sữa công thức, ăn dặm từ tháng thứ 6.
- TS phát triển tinh thần vận động: chậm phát triển vận động
- TS tiêm chủng: được tiêm đầy đủ các mũi theo lịch tiêm chủng mở rộng.
- TS bệnh tật: Hở van 2 lá, van 3 lá nhẹ. Sau mổ thông sán nhĩ thất toàn bộ (mổ 2 lần: lần 1: 9/2018, lần 2: 7/2019). Chưa từng có tiền sử dị ứng thuốc.

## \*Gia đình:

- Gia đình: khỏe mạnh.
- Xung quanh: không phát hiện ai mắc bệnh lý tương tự.

# Khám bệnh

\*Toàn thân:

- Trẻ tỉnh, không sốt.
- Tự thở, môi chi hồng
- Bộ mặt Down.
- Không phù, không xuất huyết dưới da
- Hạch ngoại vi không sờ thấy.
- Nhiệt độ: 36.8°C

\*Tuần hoàn:

- Sẹo mổ cũ 5 cm đường cạnh ức trái, vết sẹo liền, không đỏ, không phù nề, không thấm dịch
- Mỏm tim đập ở khoang liên sườn IV đường giữa đòn T
- Tim nhịp đều, T1,T2 rõ
- Tần số: 100 ck/phút
- Tiếng thổi tâm thu 3/6 nghe rõ ở mỏm tim, không lan.

\*Hô hấp:

- Lồng ngực 2 bên cân đối di động đều theo nhịp thở
- Rì rào phế nang rõ, RLLN (-)
- TST: 48 lần/phút
- Ít ran ẩm nhỏ hạt, ran ngáy rải rác 2 bên phổi.



\*Tiêu hóa:

- Bụng mềm không chướng
- Gan, lách không sờ thấy

\*Thận-tiết niệu-sinh dục:

- Hố thận 2 bên không đầy
- Chạm thận (-), bập bênh thận (-)

\*Thần kinh:

- Không có dấu hiệu liệt thần kinh khu trú
- Hội chứng màng não (-)

\*Các cơ quan khác: chưa phát hiện dấu hiệu bệnh lý

# Cận lâm sàng

\*Công thức máu:

–RBC: 4.3 T/l

–Hb: 120 g/l

–Hct: 32%

–WBC: 13.1 G/L    %NEU: 71.3%    %LYM: 18%

\*CRP (+)

\*X-Quang: Hình ảnh nghĩ đến viêm phế quản phổi.

\*Test Influenza A,B: Âm tính



# Chẩn đoán

Các bạn chẩn đoán ca này là gì????

01

HỎI BỆNH

?

KHÁM BỆNH

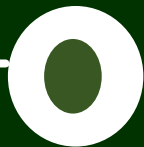
02

03

CẬN LÂM SÀNG



# 01 HỎI BỆNH



- Lý do vào viện?
- Bệnh sử
- Tiền sử

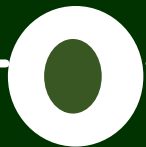
# 01 HỎI BỆNH



## -Lý do vào viện?

- Quấy khóc
- Ho
- Khó thở
- Tím tái
- Ít hoạt động hơn so với trẻ cùng lứa
- ....

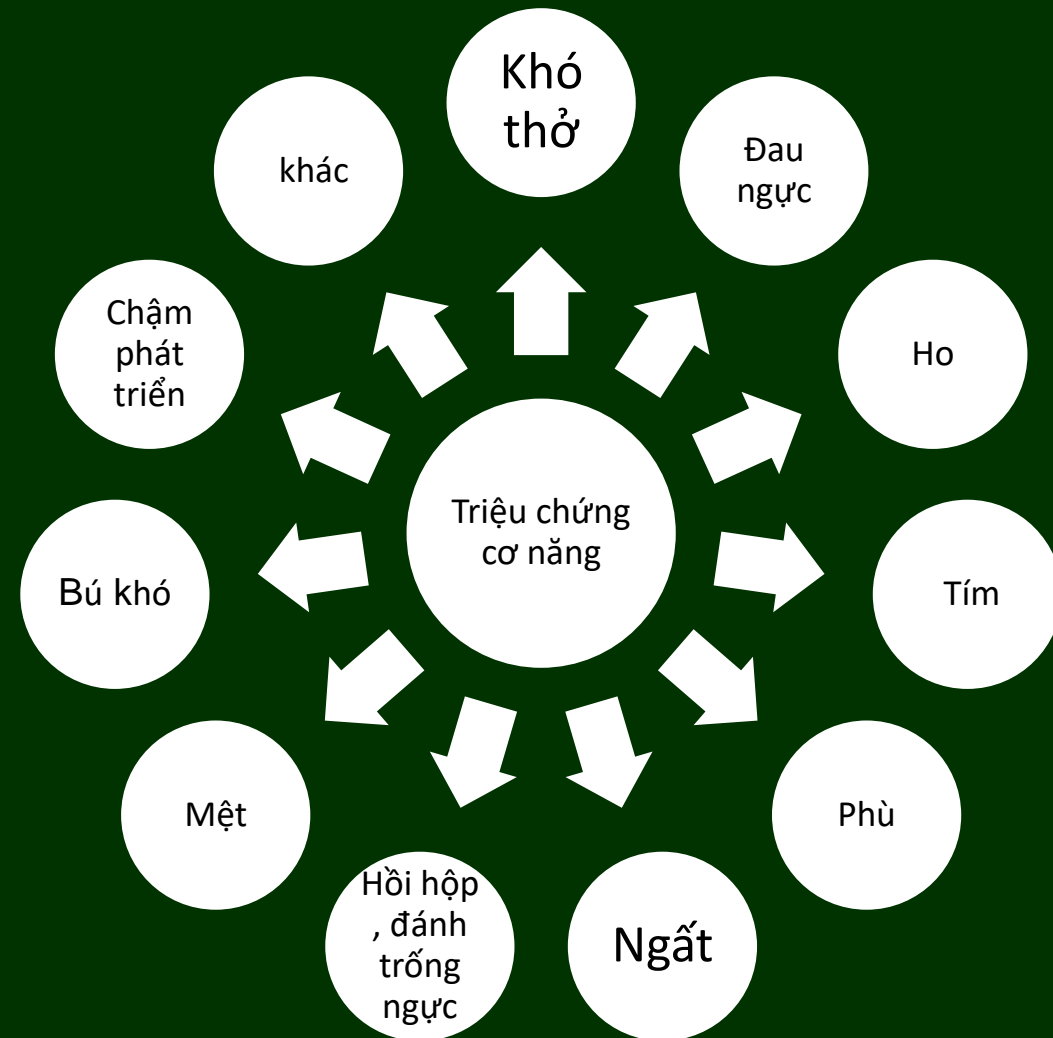
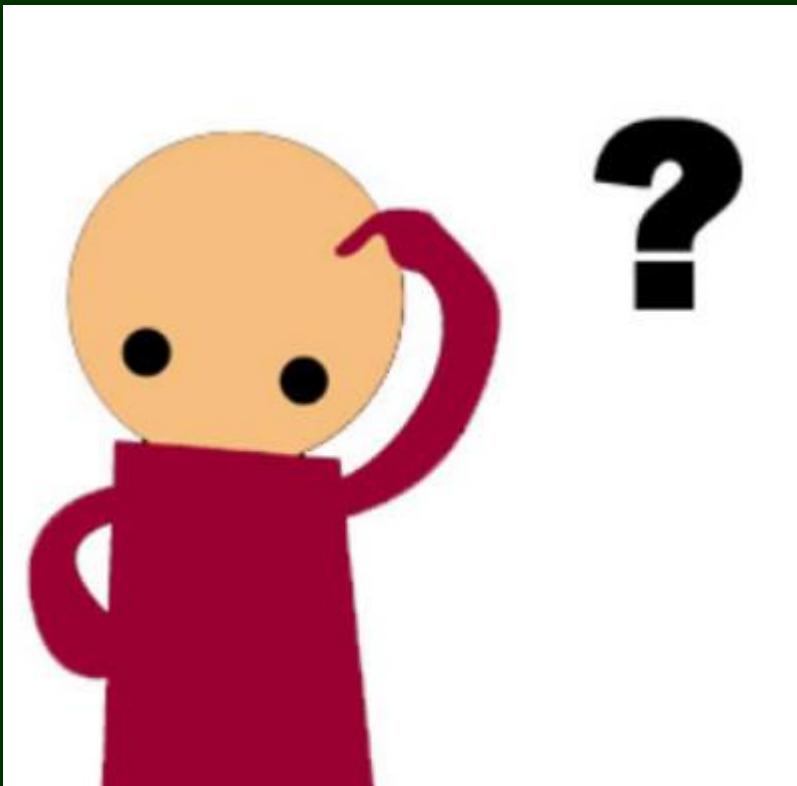
# 01 HỎI BỆNH



## -Bệnh sử

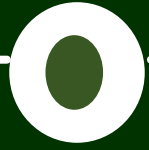
- Bắt đầu từ bao giờ?
- Bắt đầu bằng triệu chứng gì?
- Diễn biến ra sao?
- Triệu chứng kèm theo?
- Điều trị gì? Dùng thuốc gì?
- Kết quả?
- Hiện tại như nào?

# 01 HỎI BỆNH



# 01

# Khó thở



-Khó thở là cảm giác thở không dễ , bất thường . Bệnh nhân thường mô tả bằng những từ ngữ như hụt hơi , không thể hít sâu , ngạt thở , thở hổn hển , thở dồn dập , thở nhanh , thở mệt .



## Nguyên nhân

- Bệnh lý hệ tim mạch : mạch vành , van tim , cơ tim , màng ngoài tim , tuần hoàn ngoại biên .
- Bệnh lý ngoài tim , phổi , thành ngực , thiếu máu , thần kinh - tâm lý . béo phì , bệnh ác tính



- Cấp tính: viêm phổi, suy hô hấp cấp, cơn cao áp phổi, thuyên tắc phổi
- Mạn tính: suy tim, hen, béo phì

## HÌNH THỨC KHỞI PHÁT

## YẾU TỐ THÚC ĐẨY

- Gắng sức: đi lại nhiều, khóc, bú, ăn nhiều, táo bón
- Thay đổi tư thế: ngồi – nằm

### Thì hô hấp

- Hít vào, thở ra, hay cả 2 thì

Khó thở trong bệnh tim thường là khó thở liên tục cả 2 thì

## THÌ HÔ HẤP

- Khó thở khi gắng sức: khóc, bú, nuốt, đi tiểu ở trẻ nhỏ)
- Khó thở khi nằm (trẻ nhỏ thường quấy khóc về đêm, đòi ẵm bồng trên tay)
- Cơn khó thở kịch phát về đêm hoặc khó thở cả khi nghỉ ngơi

## CÁC YẾU TỐ GIẢM KHÓ THỞ

ho, khò khè, ho máu, đau ngực, hồi hộp, vã mồ hôi

## MỨC ĐỘ KHÓ THỞ

- Tư thế: ngồi xổm trong tứ chứng Fallot
- Thuốc: + Giãn phế quản (hen)  
+ Thuốc lợi tiểu, thuốc trợ tim (suy tim)

## TRIỆU CHỨNG KÈM THEO

## \* Đặc điểm của khó thở do suy tim

---

- Khó thở khi gắng sức , ở trẻ nhỏ những hoạt động gắng sức gây khó thở là khóc , bú hoặc ăn nhiều , đi tiểu nhất là táo bón .
- Khó thở khi nằm đầu thấp , phải ngồi dậy hoặc kê gối cao . Trẻ nhỏ triệu chứng này biểu hiện bằng luôn quấy khóc về đêm , chỉ ngủ khi được ẵm vác trên vai . Khi đặt nằm xuống trẻ sẽ thức dậy , quấy khóc và mệt .
- Khó thở khi nằm nghiêng . Bệnh nhân không thể nằm nghiêng sang trái vì cảm giác khó thở , hồi hộp . Triệu chứng này thường gặp , nhưng bệnh nhân ít chú ý .
- Khó thở kịch phát về đêm , với cảm giác ngạt thở hoặc bị bóp nghẹt , kèm theo các triệu chứng ho , khò khè , vã mồ hôi , lo sợ hoặc ho khạc đàm bọt hồng .

# 02

## ĐAU NGỰC

đau ngực hay cảm giác khó chịu vùng trước tim là triệu chứng thường gặp , là triệu chứng quan trọng trong bệnh tim , nhưng cũng rất không đặc hiệu

Nguyên nhân :

-Bệnh lý của hệ tim mạch : mạch vành ( bệnh mạch vành bẩm sinh , Kawasaki ) ; van tim ( sa van 2 lá ) ; cơ tim ( thiếu máu cơ tim , nhồi máu cơ tim ) ; màng ngoài tim ( viêm màng ngoài tim ) ; hệ dẫn truyền ( rối loạn nhịp nhanh / chậm ) .

-Bệnh lý ngoài tim :

+ Lồng ngực : thành ngực , thần kinh liên sườn , cột sống , cơ | hoành , phổi , động mạch phổi , động mạch chủ , thực quản .

+ Ngoài lồng ngực : dạ dày - tá tràng , tụy , túi mật , thần kinh - tâm lý ( đau ngực tâm lý hay đau ngực chức năng )



Cấp tính (nhồi máu cơ tim, thuyên tắc phổi) hay  
mạn tính (viêm màng ngoài tim co thắt mạn,  
thấp tim)

## HÌNH THỨC KHỞI PHÁT

## YẾU TỐ TĂNG, GIẢM ĐAU

Tăng khi gắng sức, thay đổi tư thế, gió lạnh,  
stress, giảm khi nghỉ ngơi, dùng thuốc (Nitrate)

Nông/sâu, cụ thể: mơ hồ, vùng giữa ngực / lưng  
/ thượng vị / cổ / tay

## VỊ TRÍ

Lan đến vùng dưới vú trái / cổ / hàm / tay

HƯƠNG LAN

## TÍNH CHẤT ĐAU

Cảm giác đè nặng, co thắt, bóp nghẹn, nhói, rát bỏng, khó chịu, mơ hồ - dữ dội (Cơn đau thắt ngực điển hình ở người lớn rất hiếm gặp ở trẻ em)

Nhanh (vài giây < 10 phút), kéo dài (> 30 phút hoặc vài giờ)

## THỜI GIAN ĐAU

## TRIỆU CHỨNG KÈM THEO

khó thở, hồi hộp, chóng mặt, buồn nôn, vã mồ hôi

# 03 HO

-Ho là phản xạ thở ra mạnh, đột ngột, xảy ra ngay sau động tác đóng nắp thanh môn, nhằm phóng thích các chất tiết, ngoại vật ra khỏi thanh môn

## Nguyên nhân

- Bệnh lý tim mạch, suy tim trái, hẹp van hai lá, tăng áp tĩnh mạch phổi. Ho thường xảy ra về đêm, ho khan, ho kích thích, co thắt, tăng lên khi gắng sức, khi nằm, giảm khi ngồi dậy. Ho thường kèm khàn tiếng mà không có bệnh lý của đường hô hấp trên.
- Bệnh lý ngoài tim: hô hấp (bệnh nhu mô phổi, mạch máu phổi, màng phổi, đường dẫn khí), phản xạ thần kinh.





- Cấp tính: Suy hô hấp cấp, cơn cao áp phổi, suy tim cấp
- Mạn tính: bệnh tim bẩm sinh tím

## HÌNH THỨC KHỞI PHÁT

## DIỄN BIẾN

Diễn biến ho, thời điểm trong ngày gây ho nhiều

- Ho khi nằm
- Ho về đêm trong suy tim mạn

- Tăng ho khi gắng sức, thay đổi tư thế,
- Giảm ho sau dùng thuốc dẫn phế quản, thuốc dẫn mạch máu phổi

## YẾU TỐ TĂNG, GIẢM HO

- Trắng trong, xanh, mủ, bọt hồng,  
màu ....

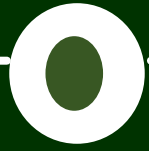
## TÍNH CHẤT CỦA ĐỜM

## TRIỆU CHỨNG KÈM THEO

- Khàn giọng, khó thở, khô khè

# 04

# TÍM



Da và niêm mạc có màu tím là do:

- Tăng nồng độ Hemoglobin khử ( $> 5\text{g/dL}$ )
- Những sắc tố Hemoglobin bất thường trong máu



	Tím trung ương	Tím ngoại biên	Tím chuyên biệt
Đặc điểm	Tím cả da và niêm mạc (miệng lưỡi, hầu họng, giường móng)	Tím da thường thấy ở đầu chi, môi, chóp mũi, vành tai	Tím có thể thấy ở cá da và niêm mạc nhưng không đối xứng (chi trên/ chi dưới)
Nguyên nhân	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tim bẩm sinh shunt phải- trái: khi shunt &gt;25% cung lượng thất trái, hẹp đường thoát thất phải.</li> <li>- Bệnh phổi nặng làm giảm oxy máu, shunt phải trái trong phổi</li> <li>- Bệnh lý ức chế thần kinh trung ương</li> <li>- Bệnh lý hemoglobin (methemoglobin)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giảm tưới máu ngoại biên: suy tim, shock Raynaud, lạnh, viêm tắc mạch máu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tím chi dưới không tím chi trên: còn ống động mạch đảo shunt, hẹp eo ĐMC kèm còn ống động mạch.</li> <li>- Tím chi trên nhiều hơn chi dưới: chuyển vị động mạch kèm còn ống động mạch</li> </ul>

- Cấp tính: Suy hô hấp cấp, cơn cao áp phổi, suy tim cấp
- Mạn tính: bệnh tim bẩm sinh

## THỜI ĐIỂM XUẤT HIỆN TÍM

## HÌNH THỨC KHỞI PHÁT

- Tím từ lúc sơ sinh gợi ý thông liên nhĩ với shunt phải – trái tạm thời
- Tím từ 1 - 3 tháng tuổi gợi ý đóng ống động mạch trên trẻ có tắc nghẽn đường ra thất phải
- Tím xuất hiện ở trẻ > 6 tháng tuổi gợi ý tắc nghẽn đường ra thất phải kèm thông liên thất
- Tím muộn từ 5 - 20 tuổi gợi ý hội chứng Eisenmenger

- Gắng sức: quấy khóc, bú, tiểu rặn, lạnh, tư thế ngồi xõm

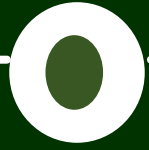
YẾU TỔ TĂNG, GIẢM TÍM

TRIỆU CHỨNG KÈM THEO

-Lạnh , ho, khó thở

# 05

# PHÙ



- Là sự tích tụ dịch bất thường ở khoảng gian bào

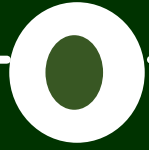
Nguyên nhân

- Bệnh lý tim mạch: Suy tim, tràn dịch màng tim, viêm tắc tĩnh mạch
- Bệnh lý ngoài hệ tim mạch: bệnh thận (hội chứng thận hư, viêm cầu thận cấp), gan (xơ gan), nội tiết (suy giáp), suy dinh dưỡng, tắc mạch bạch huyết, huyết khối tĩnh mạch, thần kinh mạch máu, dị ứng . . .



# 05

# PHÙ



Các tính chất cần khai thác

( 1 ) Hình thức khởi phát: cấp tính (Suy tim, viêm cầu thận cấp, hội chứng thận hư), hay mạn tính (suy dinh dưỡng, viêm màng ngoài tim co thắt mạn, bệnh nội tiết)

( 2 ) Các yếu tố làm tăng, giảm phù: ăn mặn, lợi tiểu

( 3 ) Thời điểm xuất hiện phù: sáng/chiều, nằm/đi lại nhiều

( 4 ) Vị trí xuất hiện đầu tiên, mí mắt, mu chân, bụng, toàn thân

( 5 ) Tính chất của phù: khu trú/toàn thân, đối xứng, cứng/mềm, màu sắc da xung quanh.

( 6 ) Các triệu chứng đi kèm: khó thở, tiểu ít, tiểu đêm, tiểu đạm, tiểu máu, đau chi, ngứa đỏ da xung quanh . . .

# 06

# NGẤT



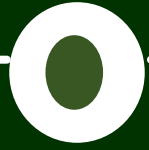
- là tình trạng mất tri giác thoáng qua, chủ yếu là do giảm tưới máu não, phục hồi tự nhiên sau đó

Nguyên nhân

- Bệnh lý tim mạch: bệnh tim làm giảm cung lượng tim, rối loạn nhịp tim, hẹp hoặc tắc ĐM cảnh, hạ huyết áp (tự thể hoặc do thuốc).
- Bệnh lý ngoài hệ tim mạch: chuyển hóa (hạ đường huyết), thần kinh (động kinh, suy yếu hệ thần kinh tự chủ, tổn thương não).

# 06

# NGẤT



Các tính chất cần khai thác

- ( 1 ) Hình thức khởi phát ngất: cấp tính (Cơn Adam Stokes, động kinh), hay từ từ (hạ đường huyết, suy yếu hệ thần kinh tự chủ)
- ( 2 ) Yếu tố thúc đẩy: gắng sức, đói, lạnh.
- ( 3 ) Tiền triệu: đau, xúc động, mệt, tim đập nhanh, nhức đầu, buồn nôn, mờ mắt . . .
- ( 4 ) Tư thế lúc ngất: đang nằm ngồi dậy, đứng lâu, hoặc không phụ thuộc tư thế
- ( 5 ) Hồi phục tri giác sau ngất: nhanh/chậm
- ( 6 ) Tuổi lúc khởi phát ngất lần đầu và tiền sử gia đình bị ngất, động kinh, hội chứng QT dài.
- ( 7 ) Những triệu chứng đi kèm: chóng mặt, nhức đầu, co giật, tiểu tiện không tự chủ.

# 07

# HỒI HỘP TRỐNG NGỰC

là tình trạng bệnh nhân cảm nhận được hoạt động của tim mình (nhanh, mạnh, chậm, không đều, mất nhịp . . .).

Nguyên nhân

- Bệnh lý tim mạch, rối loạn nhịp tim (nhanh/chậm), những bệnh lý làm tăng lưu lượng tim (bệnh van tim, còn ống động mạch, dò động - tĩnh mạch)
  - Bệnh lý ngoài tim: thiếu máu, cường giáp, do thuốc (digitalis, thuốc dẫn mạch).
- Một số ít trường hợp không tìm được nguyên nhân.

# 07

# HỒI HỘP TRỒNG NGỰC

Các tính chất cần khai thác

- ( 1 ) Hình thức khởi phát cấp tính (Cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất), hay mạn tính (cường giáp, bệnh tim bẩm sinh).
- ( 2 ) Yếu tố thúc đẩy: gắng sức, sau giấc ngủ đêm, suy tim.
- ( 3 ) Yếu tố làm tăng, giảm: tăng (lo lắng, gắng sức); giảm (tư thế, thuốc, thủ thuật)
- ( 4 ) Bắt đầu và kết thúc đột ngột hay từ từ? Kéo dài trong bao lâu?
- ( 5 ) Tiền sử bản thân và gia đình bị rối loạn nhịp tim, ngất, bệnh tim mạch, bệnh tuyến giáp.
- ( 6 ) Các triệu chứng đi kèm: đau ngực, mệt, chóng mặt, ngất, mờ mắt, vã mồ hôi.

# 08

# MỆT



là triệu chứng thường gặp ở các bệnh nhân có rối loạn chức năng tim mạch nhưng lại không đặc hiệu

Nguyên nhân gây mệt ở trẻ có bệnh lý tim mạch có thể

- Do suy tim với cung lượng tim thấp;
- Dùng thuốc ức chế beta, thuốc hạ áp mạnh, hoặc thuốc lợi tiểu mạnh gây hại kali, natri máu, nhồi máu cơ tim cấp (ít gặp ở trẻ em).

# 09

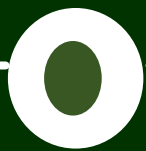
## TRIỆU CHỨNG KHÁC



- Bú khó và chậm tăng trưởng ở trẻ em
- Vã mồ hôi và xanh xao
- Chán ăn, đầy bụng, buồn nôn, ói mửa, đau hạ sườn phải, sụt cân, gầy mòn: đây là những triệu chứng thường gặp khi suy tim tiến triển.



# 01 HỎI BỆNH



-Tiền sử



# 02

# KHÁM LÂM SÀNG



**Cần làm gì?**



# I. Đánh giá ban đầu

- Tình trạng tri giác
- ABC

Airways

- Có thông thoáng không?

Breathing

- Có gắng sức không: tiếng thở, kiểu thở, tần số?

Circulation

- Hệ tim mạch: nhịp tim, mạch trung ương-ngoại vi, dấu hiệu đồ đầy mao mạch?
- Cơ quan đích: tưới máu não, thận, da...

# Nhịp thở theo độ tuổi của trẻ



Độ tuổi	Sơ sinh	<6 tháng	7-12 tháng	2-3 tuổi	6 tuổi	7-15 tuổi
Nhịp thở (lần/phút)	40-60	35-40	30-35	25-30	20-25	18-20


# I. Đánh giá ban đầu

---



# II KHÁM TOÀN THỂ



- 
- Da, niêm mạc
  - Dinh dưỡng
  - Phù
  - Hình dạng, dáng vẻ, tư thế
  - Cử động bất thường
  - Chỉ số sinh tồn

# 01 DA NIÊM MẠC

- Màu sắc: Da nổi bông, xanh tái, tím, xanh xám, màu đồng, vàng...?
- Ấm lạnh, ra mồ hôi?



# 01. DA NIÊM MẠC

	Tím trung ương	Tím ngoại biên
Cơ chế	Có shunt P-T trong/ngoài tim	Tưới máu ngoại biên giảm
Triệu chứng	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tím da, niêm mạc rõ khi <math>SaO_2 &lt; 80\%</math></li><li>• Móng khum, đầu chi dùi trống</li><li>• <math>SaO_2</math>, <math>PaO_2</math> giảm</li><li>• Hct tăng</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tím da, đầu chi</li><li>• <math>SaO_2</math>, <math>PaO_2</math> bình thường</li></ul>
Nguyên nhân	<ul style="list-style-type: none"><li>• Suy hô hấp, bệnh phổi</li><li>• TBS có shunt P-T không đáp ứng thở <math>O_2</math></li><li>• Methemoglobin bẩm sinh, mắc phải</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lạnh, bệnh Raynaud</li><li>• Hạ đường huyết</li><li>• Suy tim</li><li>• Sốc</li></ul>



- Quan sát trẻ bú mẹ.
- CN/T, CC/T, CN/CC.

## 03 PHÙ

lùn, cao, dị tật ngoài đi kèm...

## 05 CỬ ĐỘNG BẤT THƯỜNG

## 02 DINH DƯỠNG

- Có phù không?
- Vị trí: toàn thân, bộ phận?
- Tính chất?

## 04 HÌNH DẠNG, DÁNG VẼ, TƯ THẾ

múa vờn, giảm trương lực cơ tứ chi,  
đầu gật gù theo nhịp tim...

mạch, nhiệt độ, huyết áp

## 06 CHỈ SỐ SINH TỒN

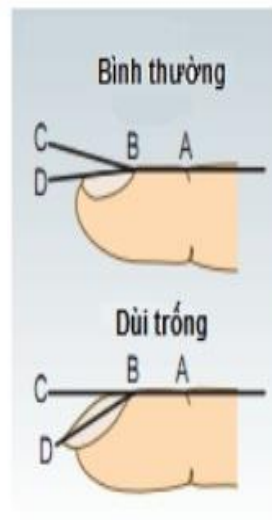
## 07 CLUBBING

ngón tay dùi trống

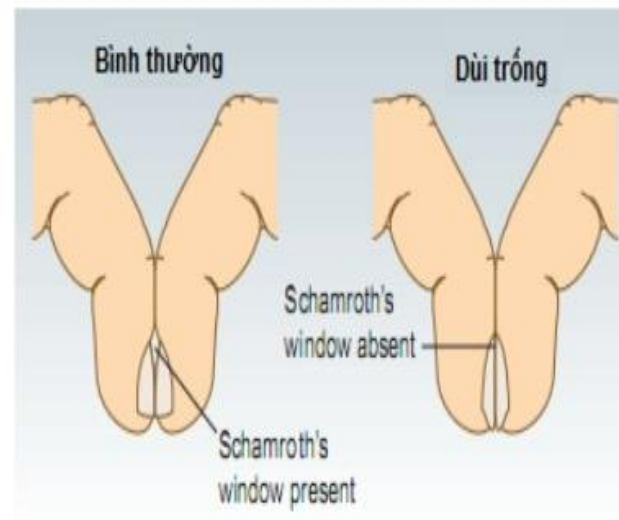
# 07 CLUBBING



## Ngón tay dùi trống



Góc nếp da và móng



Dấu cửa sổ Schamroth

# III KHÁM CƠ QUAN



## 1. Khám mạch

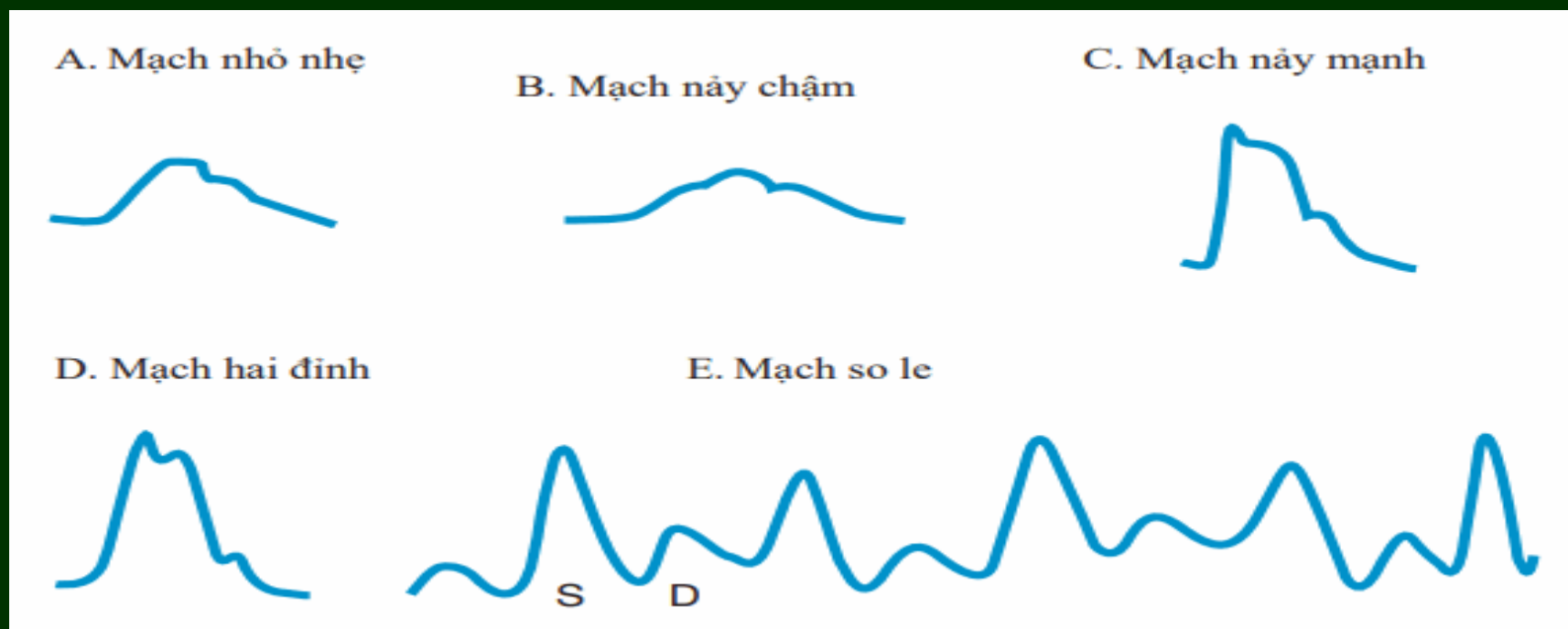
### a) Khám tĩnh mạch

- Dấu hiệu tĩnh mạch cổ nổi
- Dấu hiệu Kussmaul
- Phản hồi gan-tĩnh mạch cảnh
- Khám tĩnh mạch ngoại biên

### b) Khám động mạch


+ Bắt mạch tứ chi:

- Tần số mạch
- Kích thước mạch
- Loại mạch
- Nhịp
- Độ căng mạch



Tuổi	Giới hạn	Giới hạn trên
Sơ sinh	70-120	170
1-12 tháng	80-120	160
2 tuổi	80-110	130
4 tuổi	80-100	120
6 tuổi	75-100	110

# III KHÁM CƠ QUAN



## 1. Khám mạch

c, Nghe, thao tác

+ Nghe mạch: Có âm thổi không?

+ Đo huyết áp động mạch

# III KHÁM CƠ QUAN

## 2. Khám tim

a) Nhìn

- Da vùng thành ngực



# III KHÁM CƠ QUAN

## 2. Khám tim

a) Nhìn

- Sẹo mổ cũ



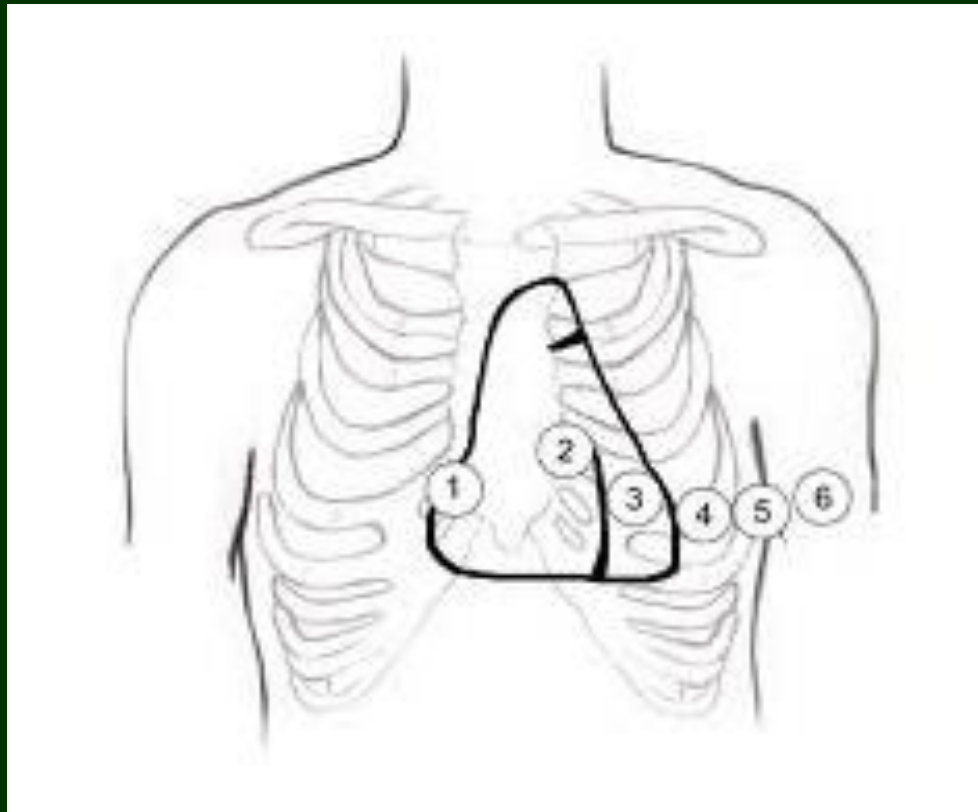


# III KHÁM CƠ QUAN

## 2. Khám tim

a) Nhìn

- Hình dạng chung của lồng ngực



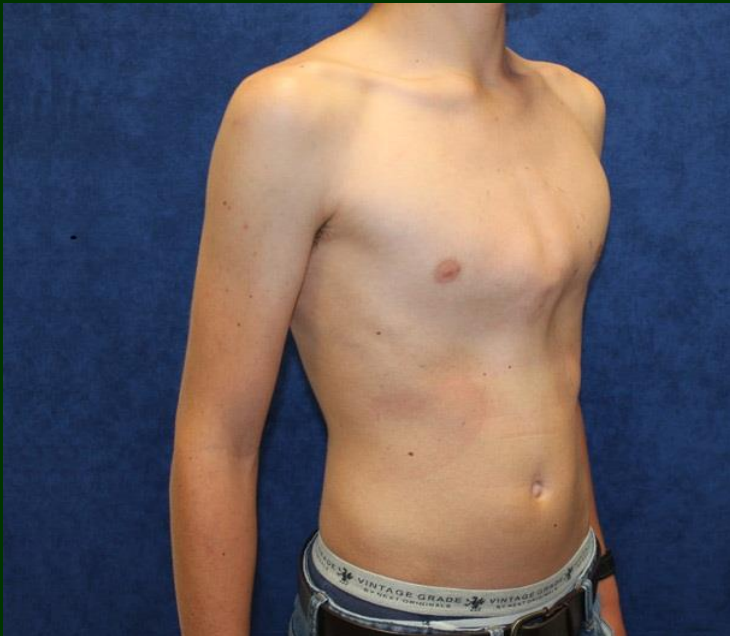


# III KHÁM CƠ QUAN

## 2. Khám tim

### a) Nhìn

- Cong vẹo cột sống, Lồng ngực ức gà

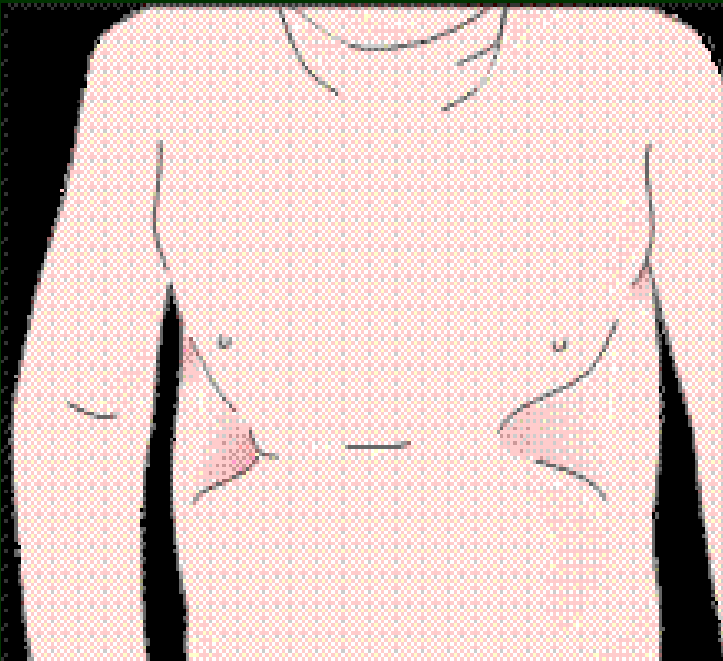


# III KHÁM CƠ QUAN

## 2. Khám tim

a) Nhìn

- Những xung động vùng trước tim, Rãnh Harrison



# III KHÁM CƠ QUAN

## 2. Khám tim

b, sờ

+ Xác định mỏm tim:

- Vị trí
  - Diện đập mỏm tim
- + Các ổ đập bất thường  
+ Rung miu (thrill)  
+ Dấu hiệu Harzer



*Sờ phát hiện mỏm tim.*



*Sờ phát hiện rung miu cạnh xương ức.*

### Mạch đập ở các vị trí khác nhau

#### Trên xương ức

Động mạch đập rõ, ví dụ trong Hở van động mạch chủ (mạch Corrigan - mạch đập nảy nhanh mạnh, chìm sâu)

#### Mỏm tim

Điểm xung lực tối đa xa nhất, thấp nhất có thể nhìn và sờ thấy.

Vị trí: **Bình thường**

<4 tuổi: KLS 4  
ngay phía ngoài đường giữa đòn  
> 4 tuổi: KLS 5  
tại đường giữa đòn

#### Bất thường

- Mỏm tim lệch ra ngoài:  
phì đại tâm thất phải
- Mỏm tim lệch ra ngoài và xuống dưới:  
phì đại tâm thất trái

#### Vùng động mạch chủ (KLS 2 phải)

- Tăng huyết áp hệ thống

#### Vùng động mạch phổi (KLS 2 trái)

- Tăng huyết áp động mạch phổi:  
tiếng dội tâm trương

#### Đường cạnh ức phải

- Phì đại tâm nhĩ phải

#### Đường cạnh ức trái

- Phì đại tâm thất phải

#### Thượng vị

- Phì đại tâm thất phải
- Động mạch chủ (nổi rõ trong hở van động mạch chủ)
- Gan (sung huyết)

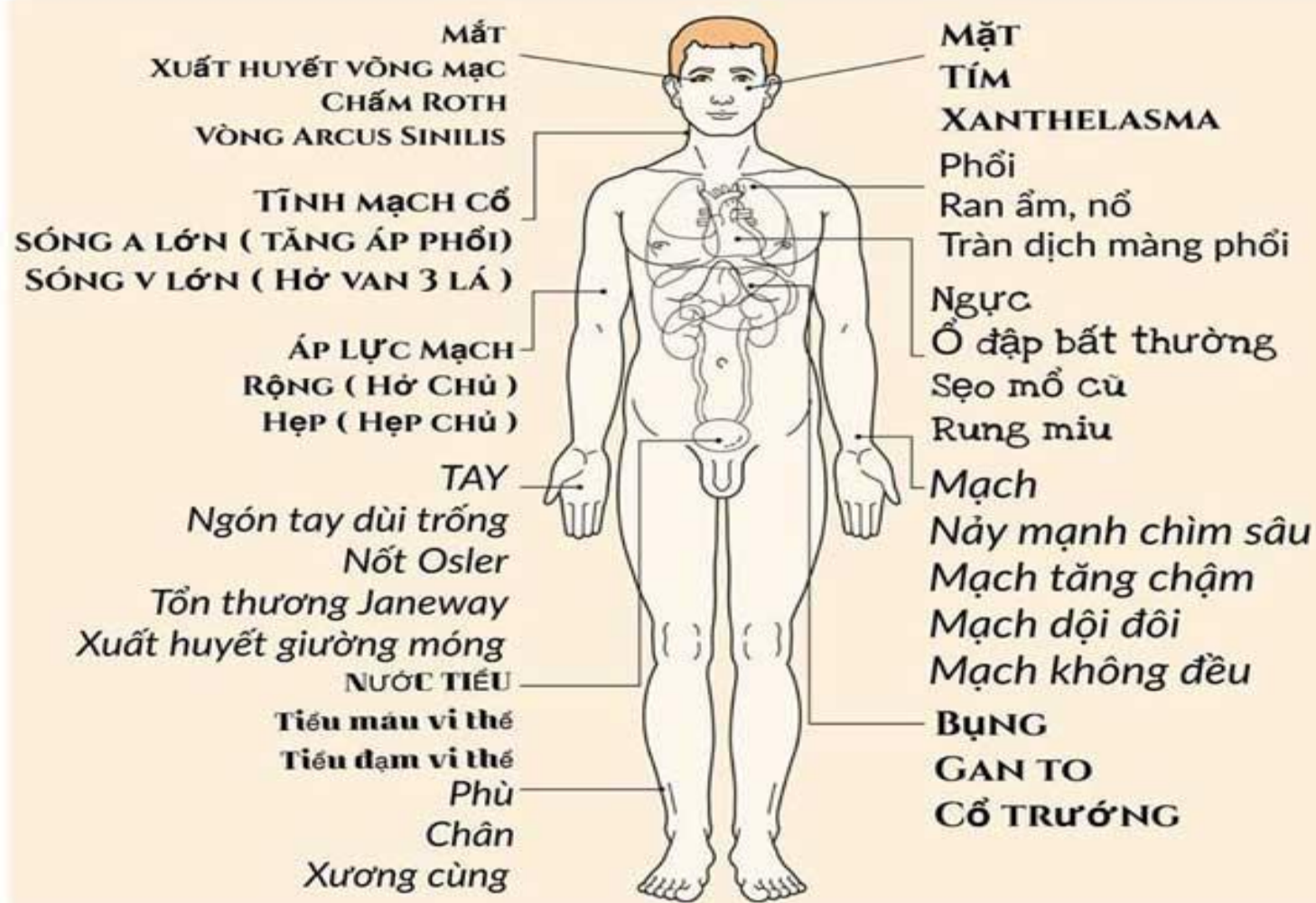
Trả lời:

## Buồng tim nào bị phì đại?

Phì đại tâm thất phải	Phì đại tâm thất trái
<ul style="list-style-type: none"><li>- Phồng vùng trước tim</li><li>- Mạch đập tại đường cạnh ức trái</li><li>- Mỏm tim lệch ra ngoài</li><li>- Mỏm tim lan rộng (&gt;1 KLS)</li><li>- Mỏm tim đập mạnh</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mạch đập mạnh hay tăng động</li><li>- Mỏm tim lệch ra ngoài và xuống dưới</li><li>- Mỏm tim khu trú (&lt;1 KLS)</li></ul>



# THĂM KHÁM TOÀN DIỆN HỆ TIM MẠCH



NGUỒN: CRASH COURSE CARDIOLOGY  
EDIT: GẤU CTUMP



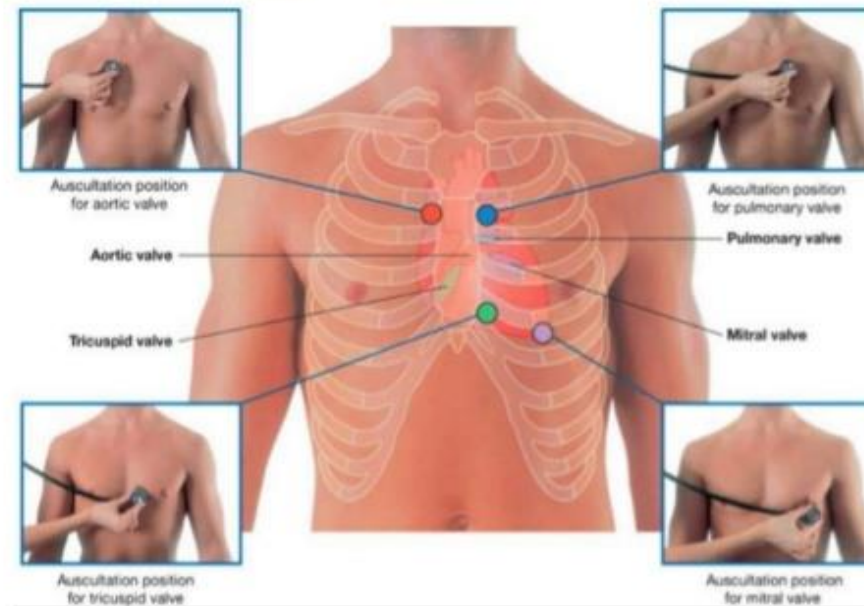
# III KHÁM CƠ QUAN

## 2. Khám tim

c, Nghe:

- Tư thế của trẻ: ngồi, nằm ngửa, nghiêng trái.
- Vị trí nghe:

- Vị trí nghe tim (theo Luisada):



## c) Nghe

---

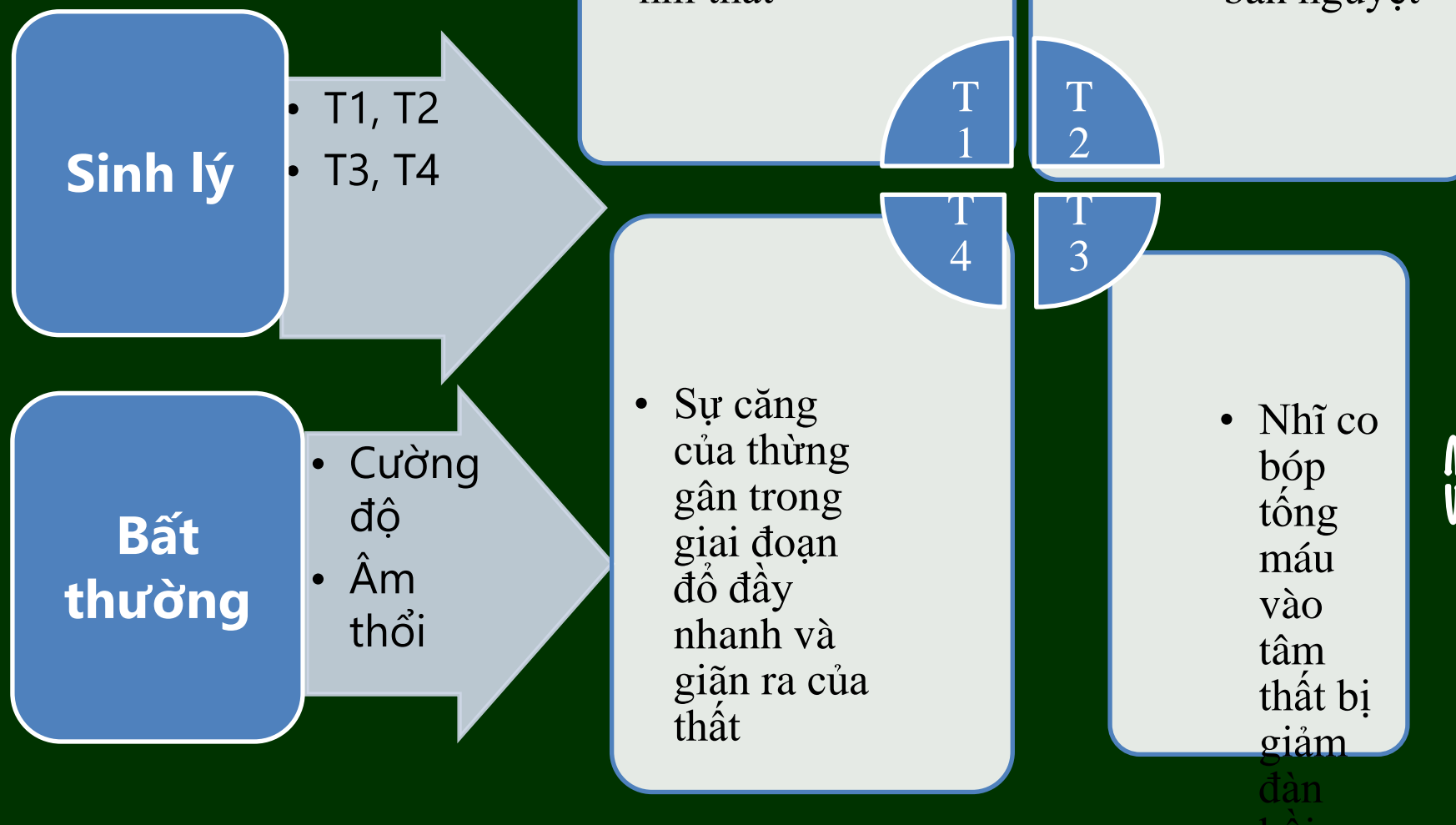
❖ Cần xác định:

- Nhịp tim: đều hay không, tần số?

Tuổi	Giới hạn dưới	Trung bình	Giới hạn trên
Bào thai	120	140	160
Sơ sinh	70	120	170
1-12 tháng	80	120	160
2 tuổi	80	110	130
4 tuổi	80	100	120
6 tuổi	75	100	115
8-17 tuổi	70	90	110
> 18 tuổi	50	75	95

# C) Nghe

## • Tiếng tim



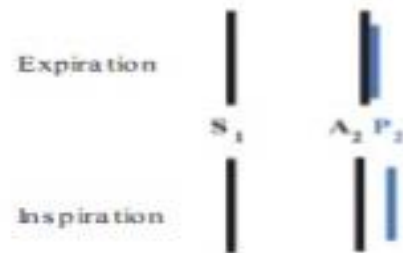
# Tiếng tim bình thường

## Tiếng tim bình thường

	Tiếng thứ nhất T1		Tiếng thứ hai T2			
Nguyên nhân	Đóng van 2 lá & van 3 lá		Đóng van ĐM chủ & van ĐM phổi			
Nghe rõ nhất tại	Vùng van 2 lá & van 3 lá		Vùng ĐM chủ & ĐM phổi			
	Tăng (↑T1)	Giảm (↓T2)	Tăng (↑T2)		Giảm (↓T2)	
	Hẹp van 2 lá Hẹp van 3 lá	Hở van 2 lá Hở van 3 lá	ĐM chủ	ĐM phổi	ĐM chủ	ĐM phổi
			Tăng HA	- Hở ĐM phổi - Tăng HA ĐM phổi	Hẹp & hở ĐM chủ	Hẹp ĐM phổi



# T2 tách đôi sinh lý



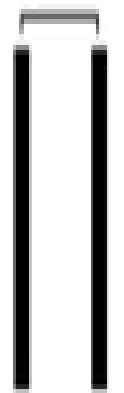
- Cơ chế:

1. Khi hít vào → áp lực âm trong ngực → giảm kháng lực dòng mạch phổi → van ĐMP đóng trễ → P2 ra sau
2. Khi hít vào → tăng dung tích tĩnh mạch phổi → giảm hồi lưu máu về nhĩ trái, thất trái → rút ngắn thời gian thất trái tổng máu → A2 ra trước

# Tiếng tim bình thường

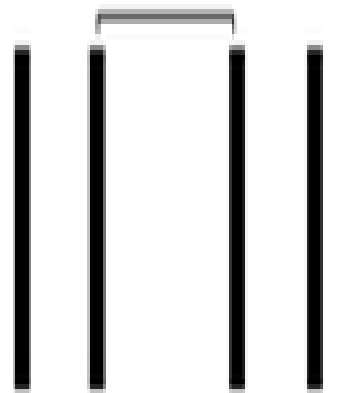
## Chu kỳ tim bình thường

Tâm thu



T1

Tâm trương



T1

T2

T1

T2

## T2 tách đôi sinh lý



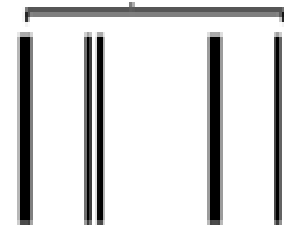
Thở ra



T1

T2

Hít vào



T1

A2

P2

P2

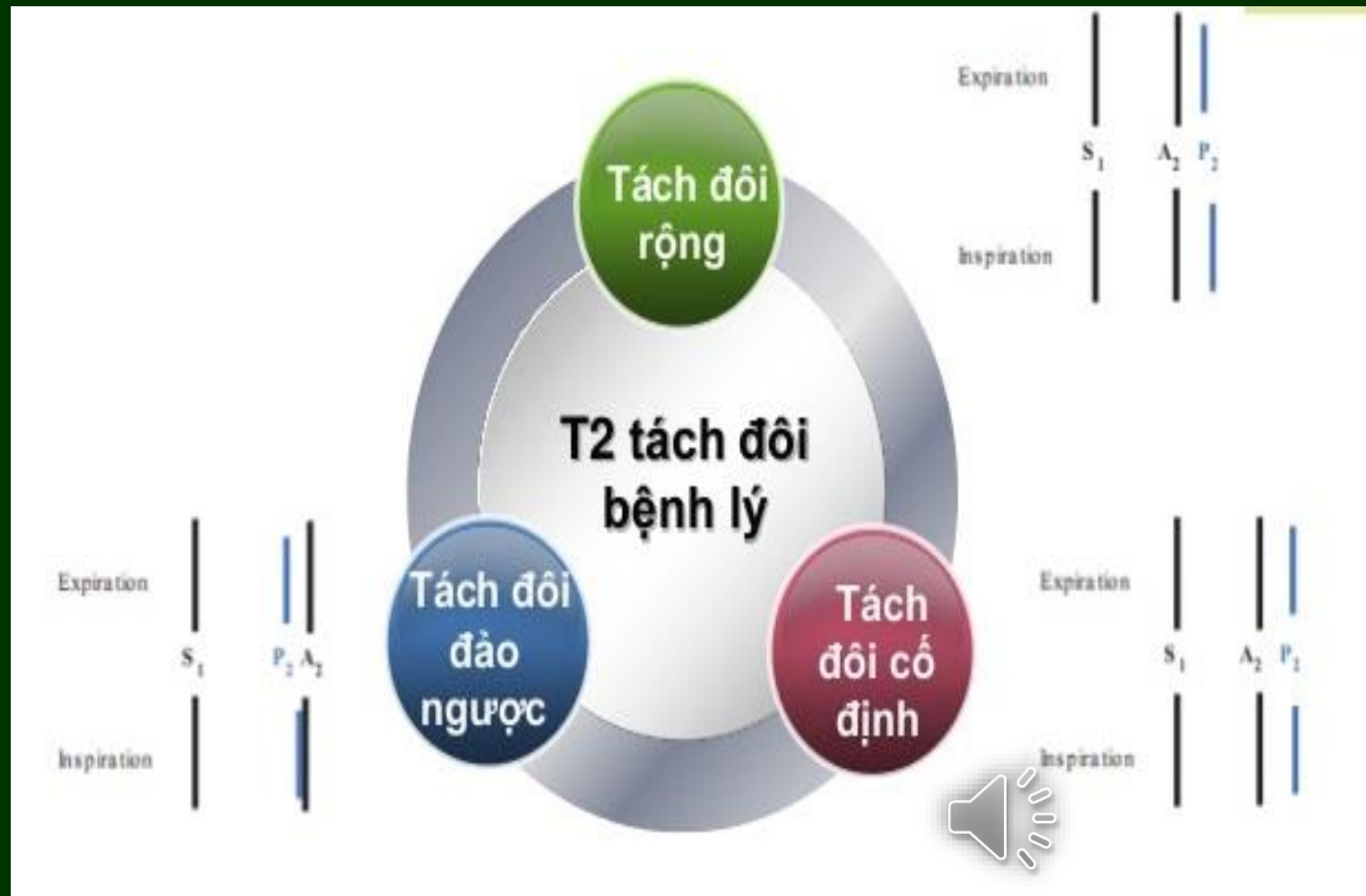
Thở ra



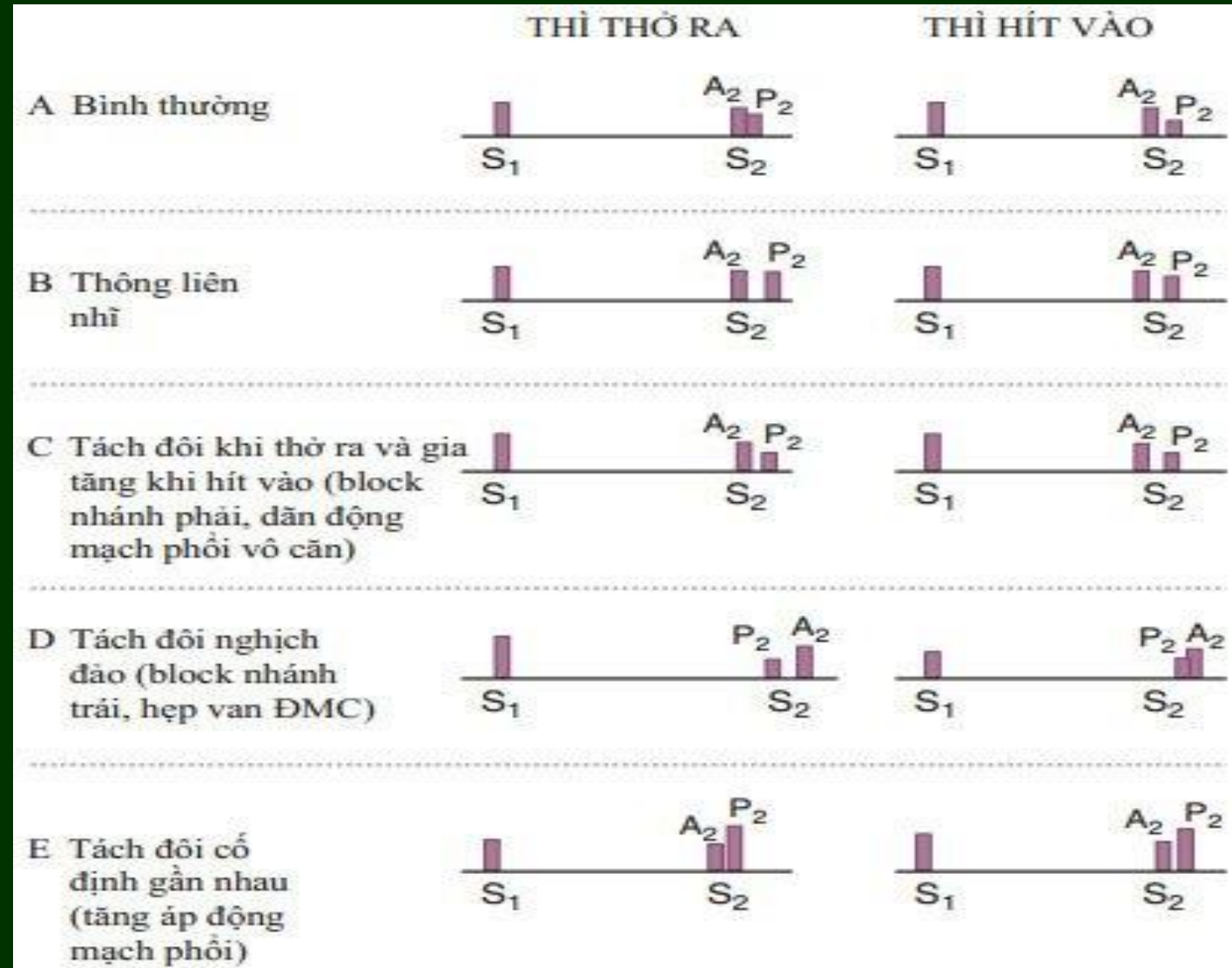
T1

T2

# T2 tách đôi bệnh lý

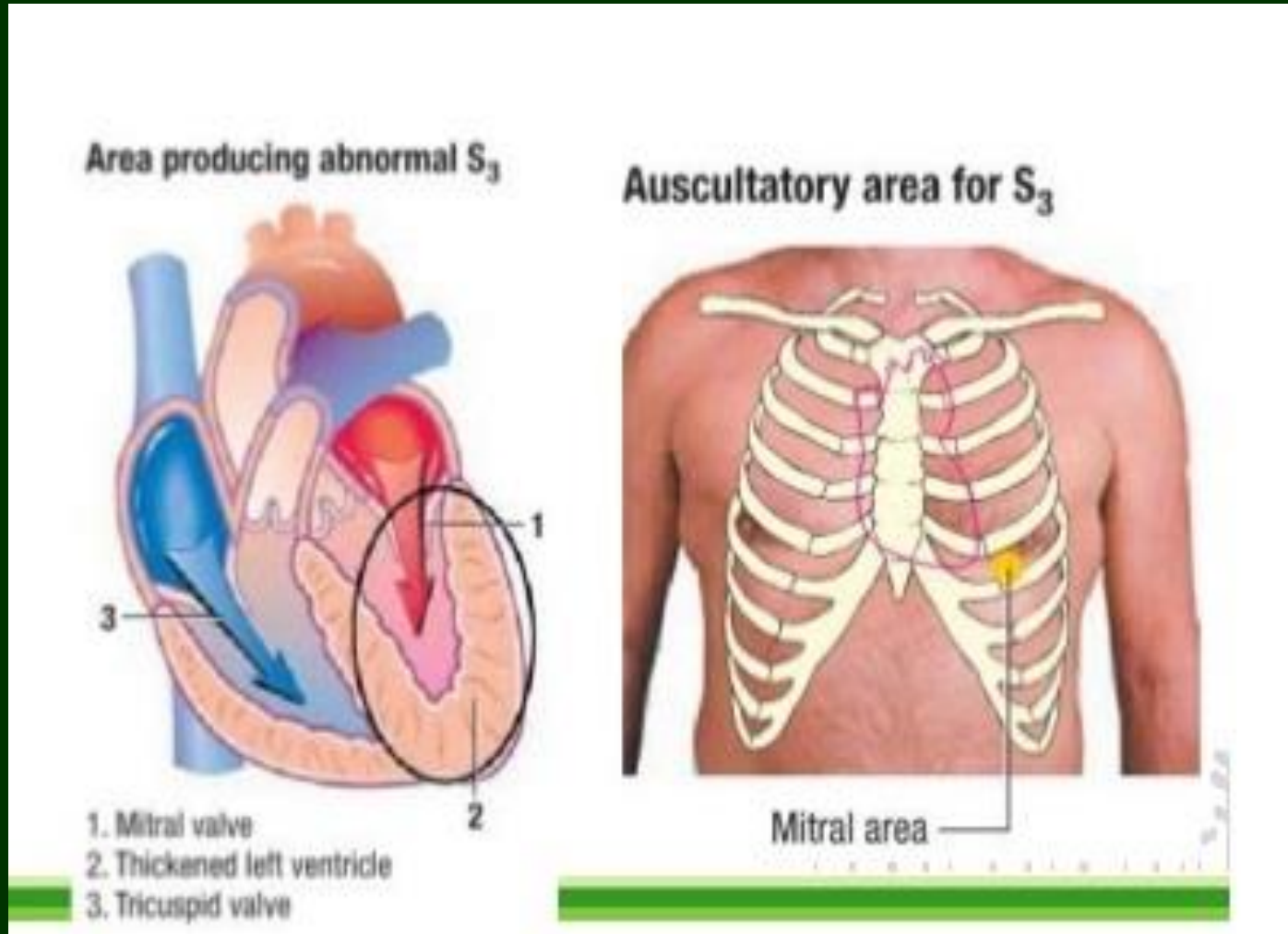


# Tiếng T2

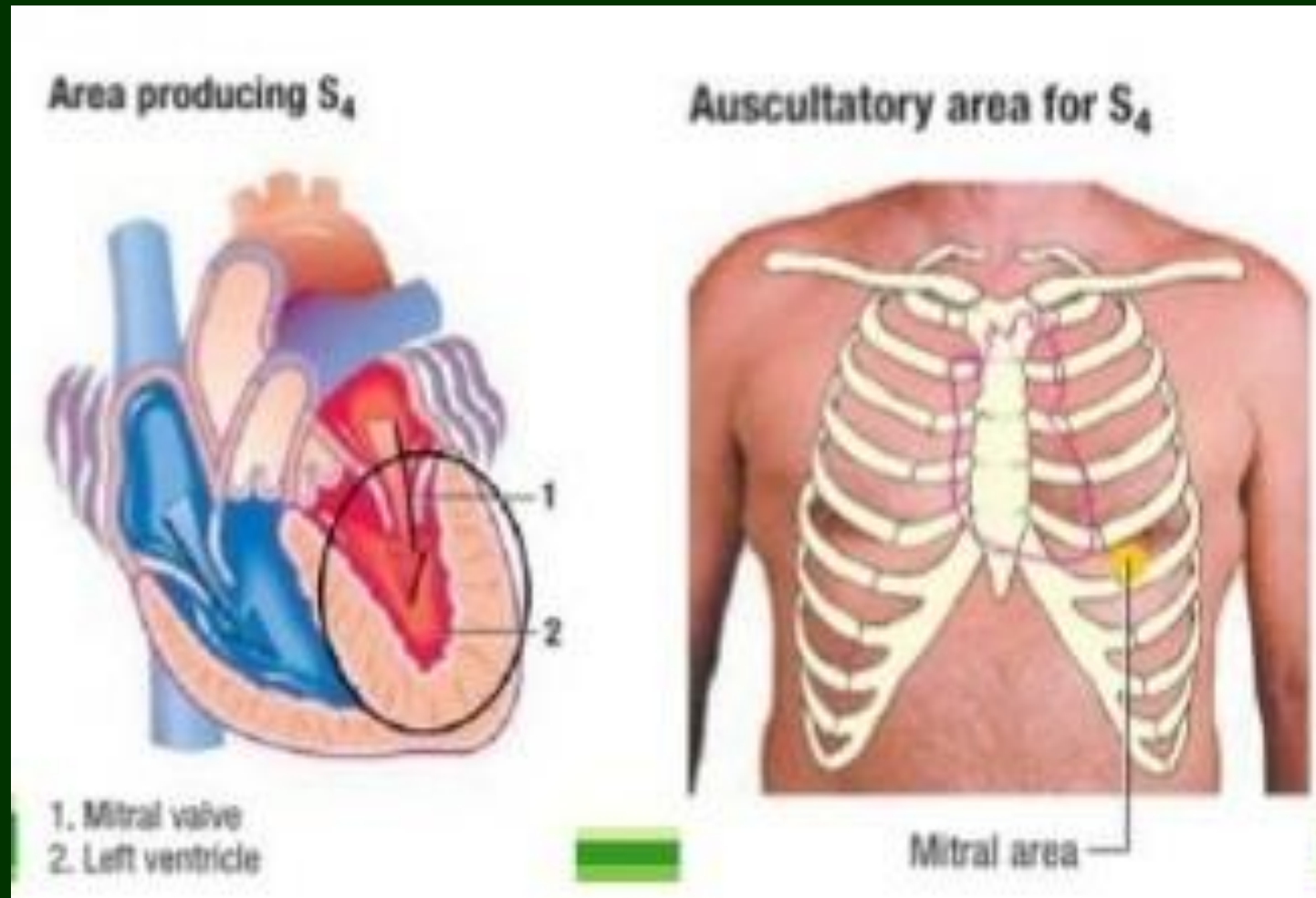




# Tiếng T3



# Tiếng T4



### Tiếng tim thứ ba T3



### Tiếng tim thứ tư T4



### T3 & T4



### Nhịp ngựa phi Gallop

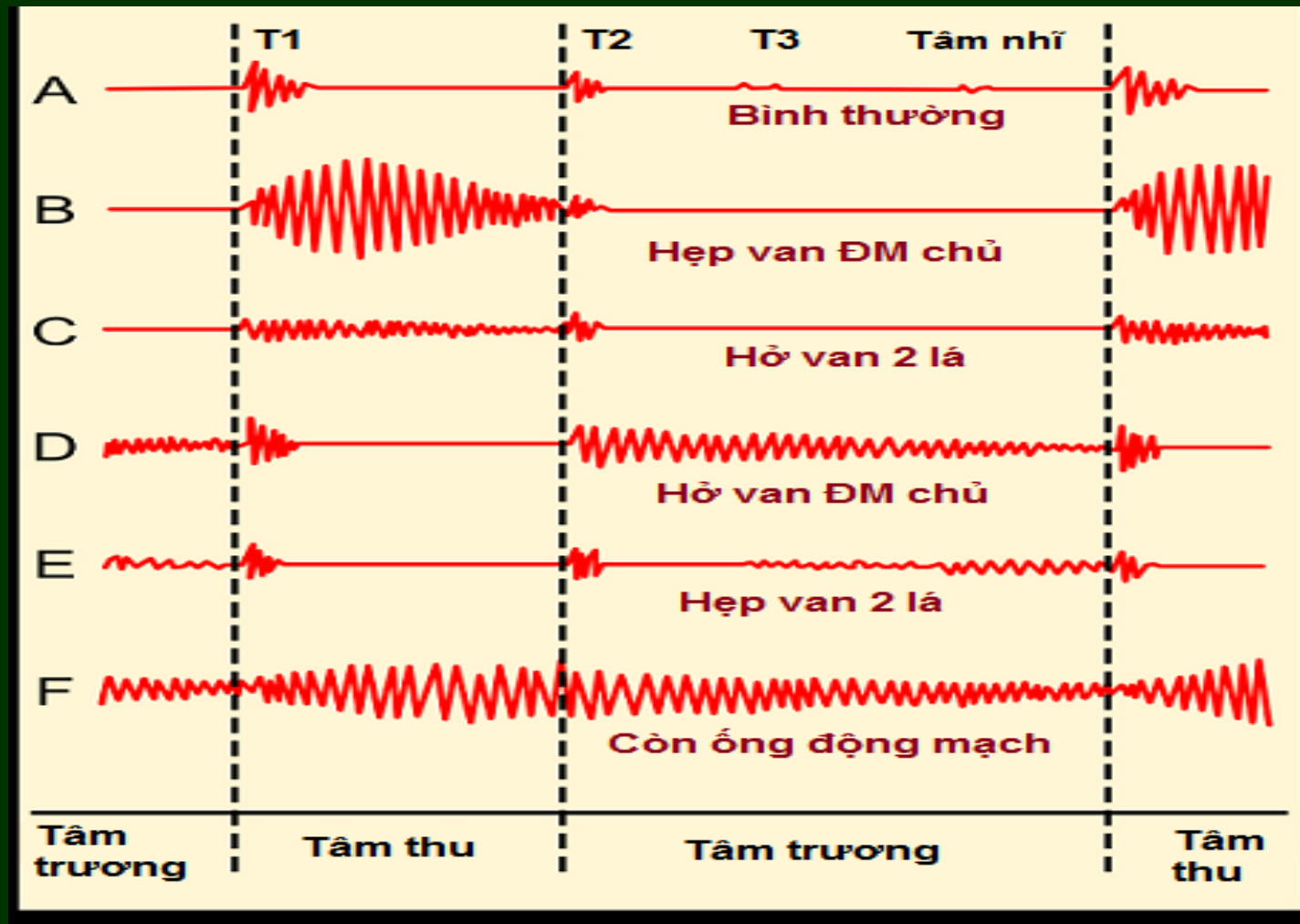


= Tiếng tim bổ sung (T3 hoặc T4, hoặc cả hai) + nhịp tim nhanh

# Bất thường do thêm vào

	Tâm thu	Tâm trương
Đầu thì	Click phun đầu tâm thu ĐMC, ĐMP	Clắc mở van 2 lá, 3 lá Tiếng cọ màng ngoài tim Tiếng gõ đầu tâm trương
Giữa và cuối thì	Click giữa và cuối tâm thu (sa van 2 lá, 3 lá)	

# Tiếng tim trong 1 số bệnh lý



# Phân biệt cọ màng tim và cọ màng phổi

	Cọ màng tim	Cọ màng phổi
Âm sắc	Cao	Cao
Tính chất	Scratching, grating, squeaking	Grating, creaking
Nghe bằng	Màng	Màng
Thời gian	1 tiếng thì tâm thu, 2 tiếng thì tâm trương. Thoáng qua	1 tiếng thì hít vào, 1 tiếng thì thở ra. Thoáng qua nhưng ít đột ngột.
Vị trí	Khắp vùng trước tim (ngực trái)	Vùng ngực trước, bên (phải/trái)
Thay đổi theo hô hấp	Lớn hơn khi hít vào	Giảm khi giảm nhịp thở
Nghe từ bề mặt lồng ngực	Xa bề mặt hơn	Gần bề mặt hơn

# Âm thổi

## ❖ Cơ chế:

- Dòng chảy đi qua chỗ tắc nghẽn 1 phần
- Sự tăng dòng chảy qua 1 cấu trúc bình thường
- Dòng máu được tổng vào 1 khoang bị giãn rộng
- Dòng máu phụt ngược qua van hở
- Shunt bất thường từ nơi có áp lực cao sang nơi có áp lực thấp

# Âm thổi

❖ Mô tả:

- Thời gian xuất hiện
- Vị trí nghe rõ nhất
- Âm sắc
- Cường độ
- Hướng lan
- Hình dạng
- Đáp ứng với các nghiệm pháp



# Âm thổi

## Phân loại cường độ tiếng thổi

	Cường độ	Nghe	Lan tỏa	Rung miu
<b>Độ 1</b>	Nhẹ	Cố gắng mới nghe được tại một số vùng khu trú	(-)	(-)
<b>Độ 2</b>	Nhẹ	Nghe thấy ngay khi đặt ống nghe lên vị trí khu trú của điểm cường độ tối đa	(-)	(-)
<b>Độ 3</b>	Trung bình	Nghe rõ	(+)	(-)
<b>Độ 4</b>	Mạnh vừa	Nghe rõ	(++)	(-)
<b>Độ 5</b>	Mạnh	Nghe rất rõ	(+++)	(+)
<b>Độ 6</b>	Rất mạnh	Nghe rõ cả khi ống nghe chỉ đặt hờ trên lồng ngực	(+++)	(+)

# Phân loại

Thổi tâm  
thu

- Đầu tâm thu
- Giữa tâm thu
- Cuối tâm thu
- Toàn tâm thu

Thổi tâm  
trương

- Đầu tâm trương
- Cuối tâm trương và tiền tâm thu

Thổi liên tục

Thổi 2 thì

# Tiếng thổi cơ năng

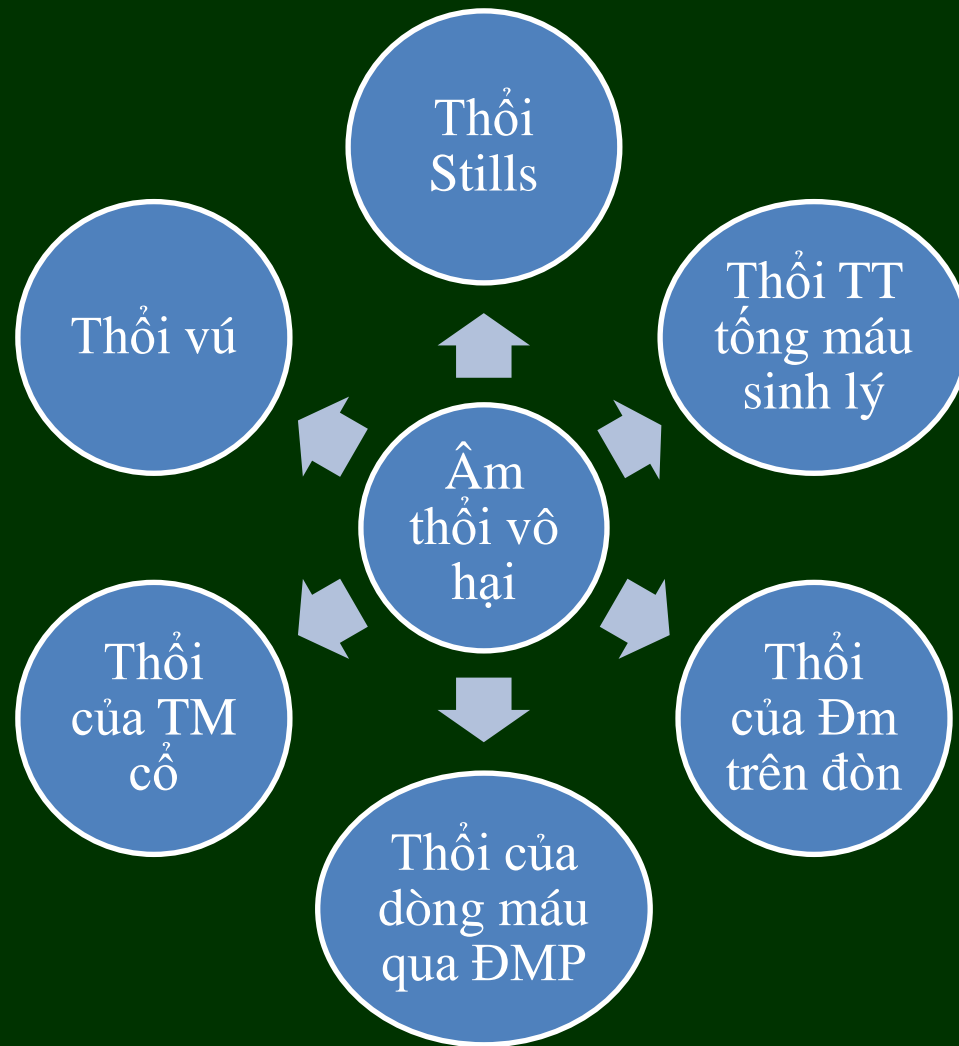
❖ Tính chất:

- Âm thổi tổng máu đầu tâm thu, ngắn
- Âm sắc trung bình (h) nghe như tiếng nhạc
- Nghe dọc bờ trái ực từ giữa đến phần thấp
- Cường độ 1-2/6
- Không lan
- Tăng cường độ khi ngồi (h) nằm

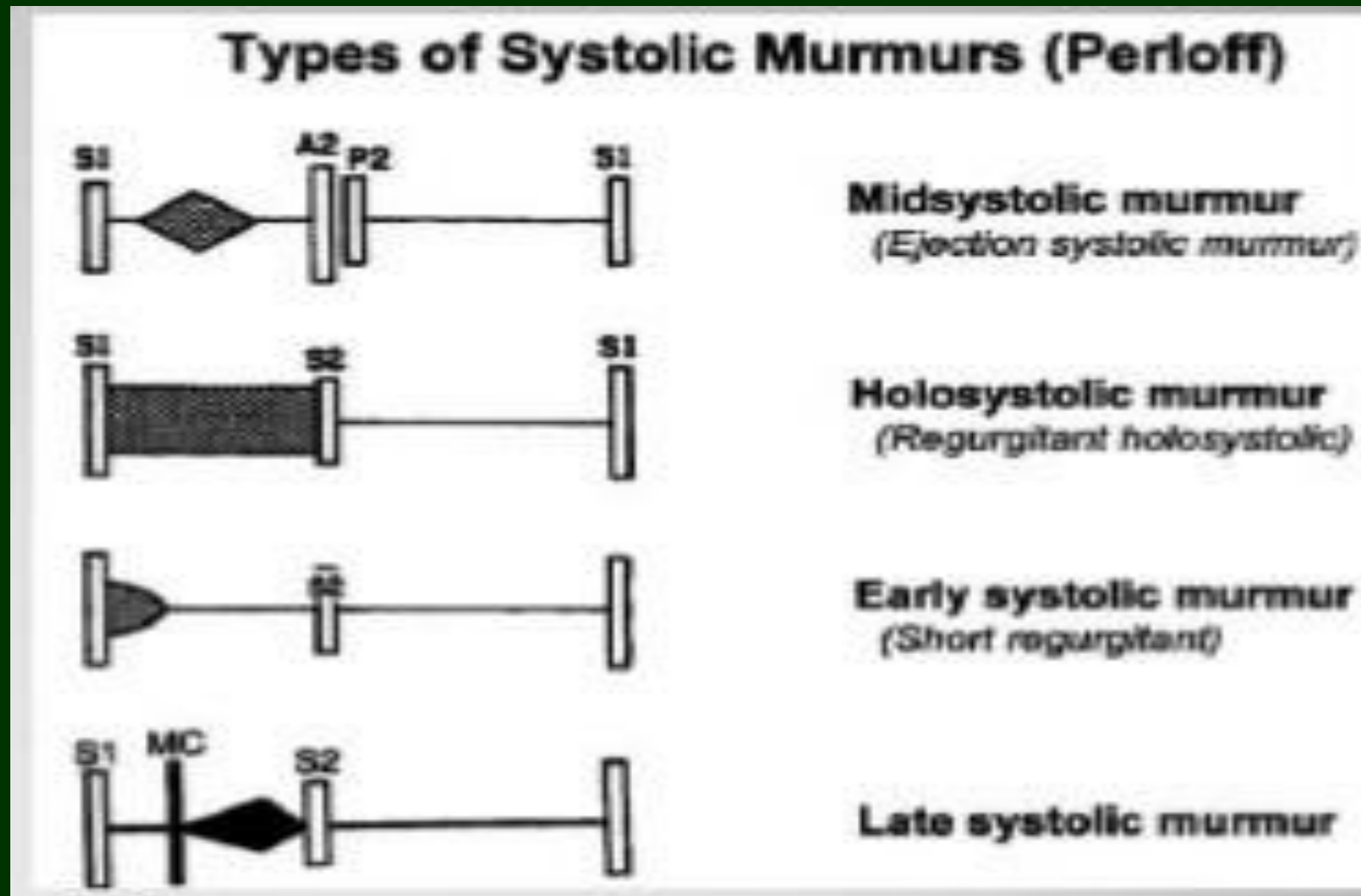
# Tiếng thổi cơ năng

- ❖ Được xem là bình thường nếu không phát hiện tổn thương tim đi kèm và :
  - T1 bình thường, T2 tách đôi sinh lý
  - TM cổ, mạch cảnh bình thường
  - Ổ đập trước tim bình thường
  - Giảm cường độ khi đứng
  - Tiền sử bệnh, X-quang, ECG bình thường

# Tiếng thổi cơ năng



# Thổi tâm thu



# Thổi tâm thu

	Bệnh lý	Vị trí nghe	Tính chất
Âm thổi đầu tâm thu	Âm thổi vô danh; hở 2 lá, 3 lá nặng, cấp tính	Ồ van 2 lá, 3 lá	Cường độ < 2/6, cạnh bờ ức trái
Âm thổi giữa tâm thu	- Hẹp van ĐMC, hẹp đường thoát thất (T) - Hẹp van ĐMP, TLN	Liên sườn II trái Liên sườn II phải	Lan lên cổ, dạng quả trám, bắt đầu ngay sau T1, đỉnh ở giữa tâm thu, dừng trước T2
Âm thổi cuối tâm thu	Sa van 2 lá, rối loạn chức năng cơ nhú	Mở tim	Bắt đầu giữa kỳ tâm thu, đỉnh ở 1/3 sau tâm thu và kéo dài đến trước T2. Dạng crescendo
Âm thổi toàn tâm thu	- Hở van 2 lá  - Hở van 3 lá  - TLT hạn chế - Rò phế chủ, còn ÔĐM đảo shunt	Mở tim  Phần thấp bờ trái xương ức LS III-IV trái LS II dưới đòn trái	Hướng lan là hướng chảy dòng máu vào nhĩ (T) Tăng khi hít vào  Lan hình lan hoa Nghe liên tục suốt tâm thu, bắt đầu cùng T1, kết thúc cùng T2



# Thổi tâm trương

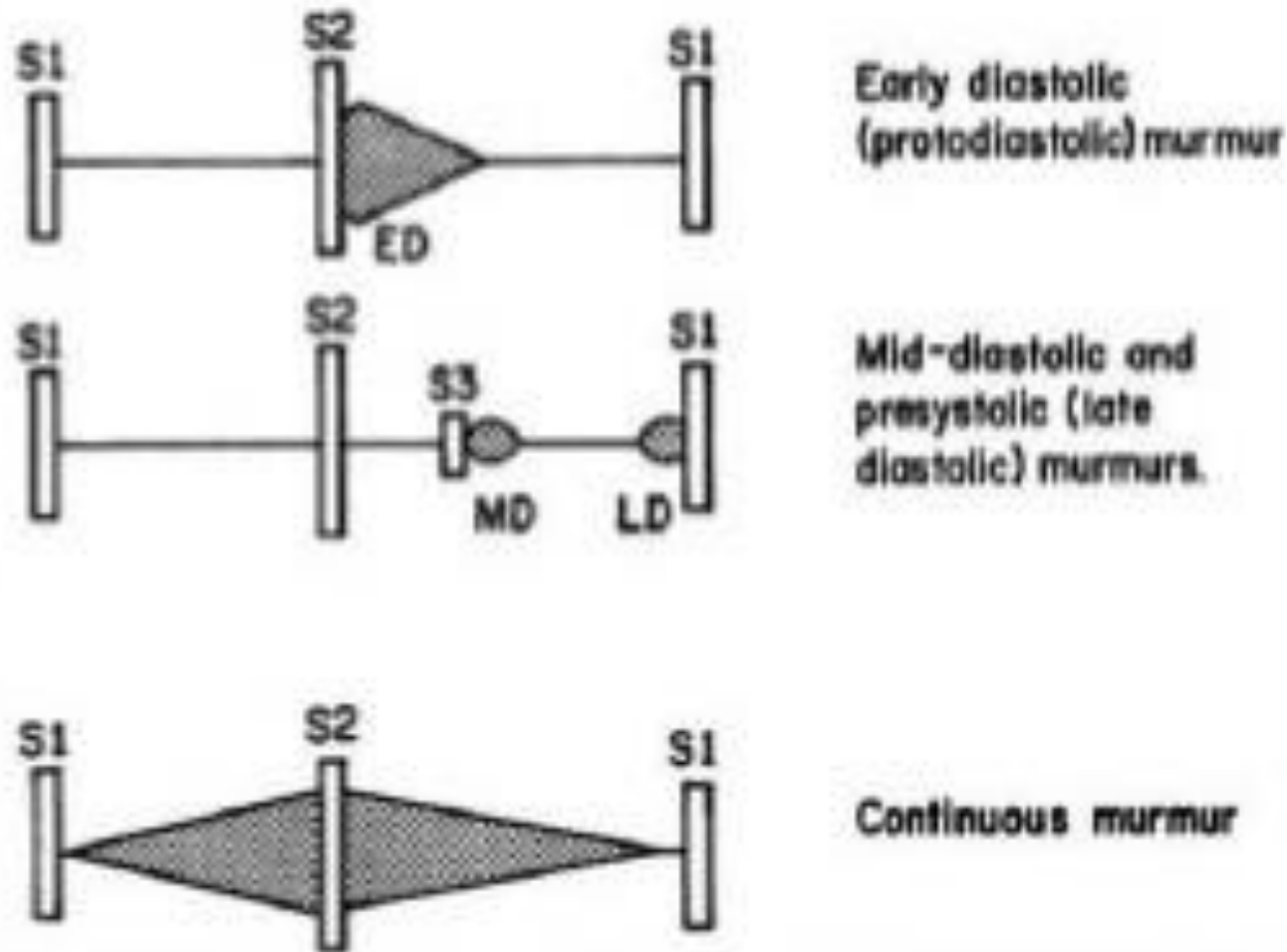


Figure 2-13 Diagram of diastolic murmurs and the continuous murmur. ED, early diastolic or protodiastolic murmur; LD, late diastolic or presystolic murmur; MD, mid-diastolic murmur.



# Thổi tâm trương

	Bệnh lý	Vị trí nghe	Tính chất
Âm thổi đầu tâm trương	- Hở van ĐMC - Hở van ĐMP	Ồ van ĐMC/ĐMP	Tần số cao, bắt đầu cùng lúc T2, đỉnh ở 1/3 đầu tâm trương, ngừng trước T1. Nghe rõ T1, khó nghe T2. Dạng decrescendo
Âm thổi giữa tâm trương	- Hẹp van 2 lá  - Hẹp van 3 lá	Mởm tim  LS IV-V bờ trái ức	BN nằm nghiêng trái, sau C lắc mở van 2 lá Tăng khi hít vào, bắt đầu sau T2, đỉnh giữa tâm trương, nghe rõ cả T1, T2
Âm thổi cuối tâm trương và tiền tâm thu	- Hẹp van 2 lá - Hẹp van 3 lá - Hở van ĐMC	Mởm tim	Cường độ âm thổi tăng dần đến T1 Âm thổi dạng quả trám, ngừng trước T1 Tần số thấp, bắt đầu ở nửa sau tâm trương, đỉnh ở 1/3 sau tâm trương, kéo dài đến T1. Khó nghe T1, nghe rõ T2.



## Tiếng thổi trong một số bệnh tim

	Thời gian	Đặc điểm	Vị trí	Lan tỏa
Hở van 2 lá	Toàn thì tâm thu	Nhẹ nhàng	Ổ van 2 lá	Nách
Hẹp van 2 lá	Cuối tâm trương	Thô ráp Rung tâm trương	Ổ van 2 lá	Không
Hở van ĐM chủ	Đầu tâm trương	Êm	Ổ van ĐM chủ phụ	Mỏm tim
Hẹp van ĐM chủ	Tổng máu thì tâm thu	Thô	Ổ van ĐM chủ chính	Mỏm tim & ĐM cảnh
Hẹp van ĐM phổi	Tổng máu thì tâm thu	Thô	Ổ van ĐM phổi	Mỏm tim & ĐM cảnh
Thông liên thất	Toàn thì tâm thu	Thô	Vùng cạnh ức trái	Toàn bộ vùng trước tim
Còn ống ĐM	Liên tục	Tiếng còi xay	Dưới đòn trái	Vùng ĐM phổi
Hẹp eo ĐM chủ	Tổng máu thì tâm thu	Thô	Giữa xương bả vai	Phía trước

# Nghe tim động

- Hít vào: tiếng tim, âm thổi ở tim phải tăng cường độ
- Thở ra: tiếng tim, âm thổi ở tim trái tăng.
- Khi đứng dậy: hầu hết các âm thổi giảm.
- Khi ngồi xổm (h) nằm giong 2 chân lên: hầu hết âm thổi lớn hơn.
- Nghiệm pháp nắm chặt 2 tay: tăng âm thổi của hở 2 lá, hở van ĐMC, TLT; giảm âm thổi của bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn.

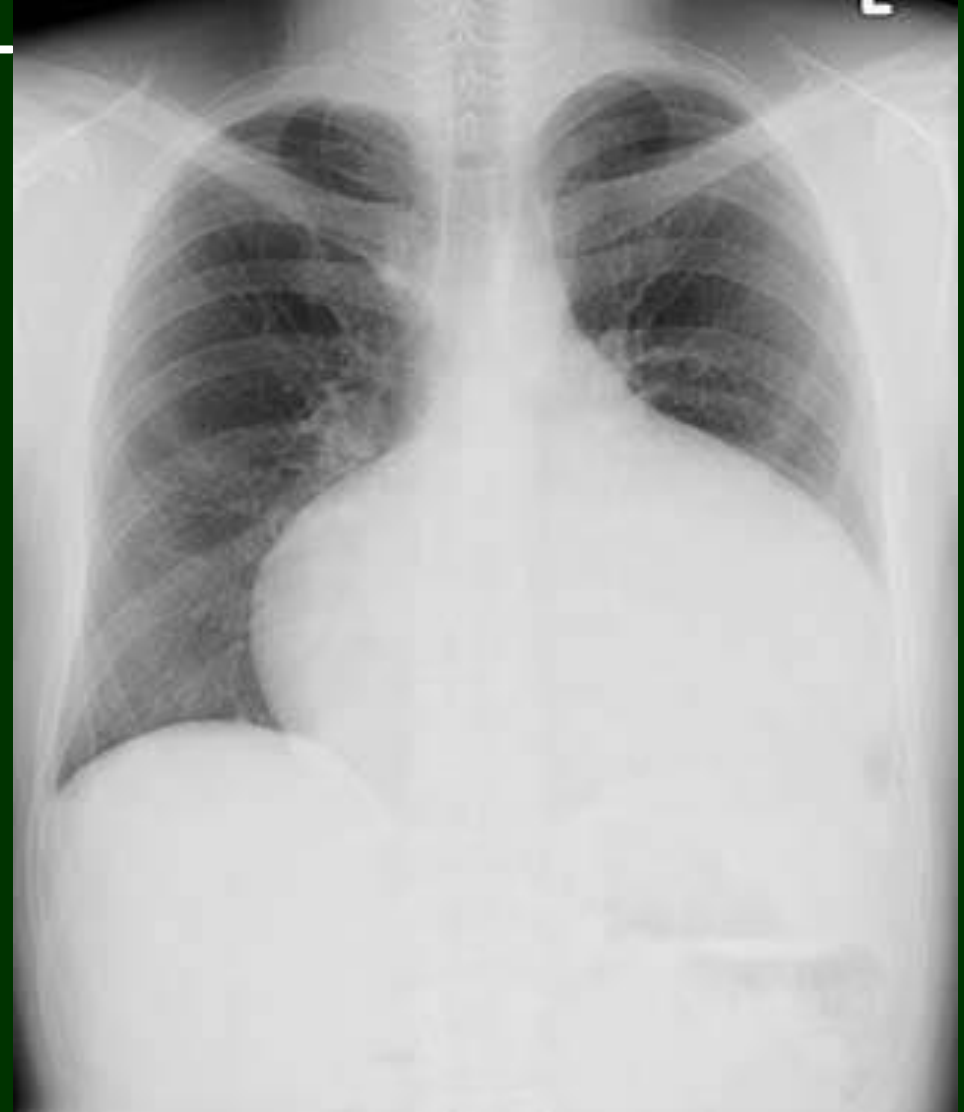
# 03

# CẬN LÂM SÀNG



## X QUANG

- Ít có ý nghĩa trong chẩn đoán bệnh lý về tim mạch
- Hình ảnh bất thường của bóng tim là hệ quả của các dị tật bẩm sinh hoặc bệnh lý về tim như: phì đại thất trái, phì đại thất phải,..
- Chỉ số tim ngực giúp chẩn đoán suy tim. Hệ quả cuối cùng của bệnh lý về tim mạch



# 03 CẬN LÂM SÀNG

- Điện tâm đồ: chủ yếu dùng để phát hiện những rối loạn dẫn truyền
- Hóa sinh: khảo sát các men tim được dùng để đo mức độ tổn thương và chết của các tế bào cơ tim.

Siêu âm tim:

- Là xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh có ý nghĩa, giúp đánh giá cả hình thái và chức năng tim: lách thước tim, chức năng tâm thu, chức năng tâm trương thất trái, các bệnh van tim, màng ngoài tim,...
- Đây là xét nghiệm an toàn, không xâm lấn, chi phí thấp nên được sử dụng rộng rãi.



## CASE LÂM SÀNG 2

Bệnh nhi nữ 2 tuổi vào viện vì khó thở giờ thứ 1 của bệnh

# Bệnh sử

- 7 ngày trước khi vào viện, trẻ xuất hiện ho thúng thảng, ho thành từng cơn, ho tăng dần về đêm và chiều tối, có đờm trắng đục, ho nặng tiếng dần.
  - Kèm theo trẻ có sốt nhẹ ( $37,5^{\circ}\text{C}$ ), sốt 1-2 cơn trên ngày, có đáp ứng với thuốc hạ sốt. Trẻ được gia đình cho đi khám và điều trị ở phòng khám tư 3 ngày( có dùng kháng sinh, hạ sốt, long đờm) nhưng không đỡ.
  - Trước vào viện 1 ngày, trẻ ho tăng lên, ho nặng tiếng, cơn ho kéo dài, đờm trắng đục.
  - Đồng thời trẻ xuất hiện khò khè, sốt nhẹ. Trẻ không đau đầu, đau tai, không nôn, ăn uống kém.
  - 1h trước vào viện, trẻ ho tăng lên, khò khè tăng, thở gấp và mạnh dần lên, không tím tái. Ở nhà chưa xử trí gì thêm.
- => Vào viện

# Tiền sử

## \* Bản thân:

- Sản khoa: Trẻ là con lần 2, đẻ thường, đẻ non (28tuần), đẻ ra khóc ngay, cân nặng lúc đẻ : 2200 gram
- Dinh dưỡng: Nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu, ăn sam tháng t7, cai sữa lúc 21 tháng, hiện tại ăn cháo, cơm nát.
- Phát triển: Tinh thần, vận động bình thường
- Tiêm phòng: Trẻ được tiêm phòng đầy đủ
- Bệnh tật:
  - + Thường xuyên khò khè khi thay đổi thời tiết
  - + Viêm phổi nhiều lần: 3l/ năm

## \*Gia đình và xung quanh

- Chưa phát hiện bất thường.



# Khám bệnh

\* Toàn thân:

- Trẻ tỉnh, nhanh nhẹn
- Tự thở, môi chi hồng
- Không tím khi khóc
- Không phù, không xuất huyết dưới da
- Hạch ngoại vi không sờ thấy.
- Dấu hiệu sinh tồn:

Mạch : 110 l/p

Nhịp thở 46 l/p

Nhiệt độ 37,7°C

- Thể trạng: Trung bình. Cân nặng 10,5 kg

\*Hô hấp:

- Nhìn: Lồng ngực cân đối, thở 46 lần/ phút, có rút lõm lồng ngực.
- Nghe phổi: Nhiều ran ẩm, ran rít 2 bên.

\*Tim mạch:

- Nhìn: Mỏm tim đập ở khoang liên sườn IV ngoài đường giữa đòn trái.
- Sờ: Không có rung miu, không thấy ổ đập bất thường.
- Nghe: Nhịp tim đều, tần số 110 lần/ phút.

T1, T2 rõ, không nghe thấy tiếng tim bất thường

- Mạch ngoại biên bắt rõ.

\*Tiêu hóa:

- Bụng mềm, không chướng.
- Gan, lách không to.

\*Thận – tiết niệu:

- Hố thận 2 bên không đầy.
- Chạm thận (-), bập bênh thận (-).

\* Thần kinh:

- Trẻ tỉnh
- Không kích thích vật vã.
- Không có dấu hiệu thần kinh khu trú.
- không có hội chứng màng não.

\* Khám cơ quan khác: Chưa phát hiện bất thường

# Cận lâm sàng

## 1. Huyết học:

- HC: 5,06T/L; HGB: 130g/L; HCT 0,398l/l
- BC: 16,8 G/L; LYM 3,76%                      NEUT: 56,4%

## 2. Sinh hóa:

- Glucose, Ure, creatinin, GOT, GPT, trong giới hạn bình thường.
- CRP: 0,025 mg/dL

## 3. X Quang: tim không to, 2 trường phổi có ít nốt mờ nhỏ, góc sườn hoành 2 bên nhọn

# Chẩn đoán

Các bạn sẽ chẩn đoán ca này là gì???

## CA LÂM SÀNG 3

Trẻ nữ 1 ngày tuổi vào viện vì tím giờ thứ 1 của bệnh

# Bệnh sử

Trẻ đẻ non 33 tuần:

- Mổ đẻ do ối vỡ non, ối trong, P=2000g
- Sau mổ đẻ trẻ khóc ngay, khóc yếu , tím bàn chân bàn tay , tím môi, phổi thông khí kém, xuất huyết dưới da rải rác .
- Trẻ được chẩn đoán là suy hô hấp/ nhi non tháng 33 tuần => được tiêm bắp 1/2 ống Vinphyton 1mg  
=>chuyển bệnh viện trẻ em HP.

# Tiền sử

- Đẻ non 33 tuần, song thai A, P=2000g, ối trong đẻ ra khóc ngay, khóc yếu
- Mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ



# Khám

\*Toàn thân:

- Trẻ tỉnh , không sốt
- Thở O<sub>2</sub> , da môi hồng , phập phồng cánh mũi

### **\*Hô hấp:**

- Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở
- Co kéo cơ liên sườn, mũi ức nhẹ
- Phập phồng cánh mũi nhẹ
- RLLN(+)
- Ts thở : 52l/p
- Rì rào phế nang giảm,

### **\*Tim mạch:**

- Ts tim: 146l/p
- Tiếng thổi liên tục ở khoang ls 2 cạnh ức trái
- Thổi tâm thu ở khoang liên sườn VI cạnh ức trái

# Cận lâm sàng

\*Tổng phân tích tb máu ngoại vi : bình thường

\*Hóa sinh máu :

23/11 : Gm=3.1 Ca = 2.3 cre= 49 cl = 111 Pr= 43 alb = 34

26/11 :Ca = 2,1 k= 3,2 cl= 107 Alb= 34 Pr= 47

\*Siêu Âm :

– Còn PDA = 1mm shunt P-T , phía đm phổi: 1,4mm , đmc 2,2 mm


– PFO đường kính 2,2mm shunt T-P

– Hở van 3 lá mức độ Tb, tăng áp ĐMP tb

\*Xquang : nhu mô phổi 2 bên kém sáng

# Chẩn đoán

Các bạn chẩn đoán như thế nào???



???

*Đảm ơn mọi người đã  
lắng nghe*