**THÔNG LIÊN THẤT**

**●** Định nghĩa: TLT là tổn thương bẩm sinh hay gặp nhất (chiếm 25% các bệnh tim bẩm sinh do khiếm khuyết một hay nhiều nơi trên vách liên thất dẫn tới sự thông thương giữa hai tâm thất.

● Điều trị

Nguyên tắc: - Phẫu thuật đóng lỗ thông.

- Phòng và điều trị các biến chứng nội khoa.

**A. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA**

Mục đính chính là phòng ngừa và điều trị các biến chứng nội khoa:

- Suy tim.

- Nhiễm trùng hô hấp.

- Suy dinh dưỡng.

- Phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

**1. Suy tim**

TLT với tăng áp ĐMP nhiều ở trẻ nhỏ cần được điều trị bằng lợi tiểu, trợ tim và giảm tiền và hậu gánh trước khi phẫu thuật.

- Lợi tiểu: + Lasix 1-2mg/kg/ngày, chia 2-3 lần, uống hoặc tiêm TM.

+ Spironolacton 2-3mg/kg/ngày, chia 2-3 lần.

- Trợ tim: Digoxin ( Xem lại liều Digoxin)

\* Cách 1:

+ Tấn công: Trẻ < 2tuổi: 0,06-0,08 mg/kg/24h

Trẻ > 2tuổi: 0,04-0,06 mg/kg/24h

Lần 1: 1/2 liều, lần 2 và lần 3: mỗi lần 1/4 liều. Các liều cách nhau 8h. Liều tiêm bằng 2/3 liều uống .

+ Duy trì: 1/5 đến 1/4 liều tấn công. Liều duy trì đầu tiên dùng sau liều tấn công 12h.

\* Cách 2:

Liều cố định: Trẻ < 2tuổi: 0,012-0,015 mg/kg/24h

Trẻ > 2tuổi: 0,008-0,012 mg/kg/24h

- Giãn mạch: ƯCMC

Captopril 0,5-5 mg/kg/ngày chia 3-4 lần.

**2. Điều trị viêm phổi, chống suy hô hấp**

VPQP hay gặp ở bệnh nhân TLT, đặc điểm là hay tái phát, kéo dài và nặng, cần điều trị tại bệnh viện.

- Chống SHH là quan trọng: làm thông thoáng đường thở, cho bệnh nhân thở oxy nếu cần.

- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

**3. Phòng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩ**n

- Sau phẫu thuật và các trường hợp chưa phẫu thuật (hoặc không cần phẫu thuật) luôn luôn phải phòng biến chứng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (rất dễ xảy ra trong TLT).

- Phòng: + Phát hiện sớm và điều trị mọi NK

+ Vệ sinh cá nhân, dinh dưỡng tốt

+ Sử dụng các thuốc kháng sinh trước các thủ thuật gây chảy máu như nhổ răng,tiểu phẫu,...

**4. Điều trị hỗ trợ khác**

**-** Điều trị tình trạng suy dinh dưỡng cho trẻ.

- Cân bằng điện giải khi trẻ dùng lợi tiểu, và/hoặc đang có tình trạng viêm phổi.

- Bổ sung thêm sắt tránh thiếu máu.

**B. ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP**

Cách điều trị duy nhất là đóng lỗ TLT.

Các lỗ TLT phần màng và phần cơ có thể tự đóng đến 70-80%.

**1. Đóng lỗ thông qua da bằng dụng cụ**

- CĐ: các trường hợp TLT lỗ nhỏ phần cơ, ở mỏm, có bờ rõ hoặc sau NMCT có biến chứng.

- Qua đường tĩnh mạch đùi,đưa dụng cụ vào buồng tim và đóng lỗ thông bằng một miếng vá hình dù. Đây là một kỹ thuật mới, chưa được điều trị phổ biến.

- Tai biến có thể gặp:

+ thất bại với lỗ shunt tồn lưu lớn

+ thủng thành tim

+ nhiễm trùng

**2. Điều trị ngoại khoa**

**\* *Chỉ định phẫu thuật đóng lỗ TLT:***

- Khi lỗ TLT lớn, ảnh hưởng đến toàn trạng của trẻ <6 tháng mà ko đáp ứng điều trị nội khoa ( lợi tiểu, trợ tim, ƯCMC).

- Khi lỗ TLT lớn, ảnh hưởng rõ đến toàn trạng ở trẻ >6 tháng.

- Khi lỗ TLT lớn, có tăng áp ĐMP > 50mmHg ở trẻ > 6 tháng.

- Khi lỗ TLT phối hợp với hở van ĐMC vừa hoặc hẹp đáng kể đường ra thất phải thì cần phẫu thuật đóng lỗ TLT và sửa van ĐMC.

- Nếu TLT có nhiều lỗ, có ảnh hưởng đến toàn trạng thì cần làm phẫu thuật đánh đai ĐMP ở các trẻ < 6 tháng và sau đó phẫu thuật sửa chữa toàn bộ.

- TLT phần phễu hoặc ngay dưới van ĐMC có chỉ định mổ sớm vì nguy cơ hở chủ.

\* ***Chống chỉ định:***

- Đối với các lỗ thông bé, shunt nhỏ, áp lực ĐMP bình thường: theo dõi định kỳ thường xuyên hàng năm, phòng VNTMNK.

- Đang có bệnh lý chảy máu chưa ổn định.

- Đang có tình trạng nhiễm trùng cấp, chưa điều trị ổn định.

\* ***Với các trường hợp TLT nghi ngờ có tăng áp ĐMP cố định:***

Cần thông tim với nghiệm pháp thở ôxy và thuốc giãn mạch, chụp mao mạch phổi, đo sức cản mạch phổi và cuối cùng có thể sinh thiết phổi.

- Nếu sức cản mạch phổi không tăng cố định thì có thể phẫu thuật, nếu đã tăng cố định thì đó là một chống chỉ định của phẫu thuật.

- Trong trường hợp nghi ngờ có thể phẫu thuật đánh đai ĐMP và làm lại các thăm dò sau đó vài năm.

\* ***Các phương pháp phẫu thuật:***

(1) Phẫu thuật đánh đai ( banding) ĐMP

CĐ khi TLT có thêm các dị tật khác phối hợp mà chưa thể sửa toàn bộ được, hoặc ở các cơ sở chưa có khả năng mổ tim mở.

Thường chỉ định với trẻ dưới 6 tháng tuổi.

(2) Phẫu thuật triệt để

Thực hiện phẫu thuật tim hở với tuần hoàn ngoài cơ thể ( đường nổ dọc xương ức), vá lỗ TLT bằng miếng vá nhân tạo hoặc bằng màng ngoài tim.

(3) Một số trường hợp đặc biệt

- TLT + CÔĐM lớn ở trẻ nhỏ: Thắt hoặc cắt ÔĐM trước, ngay trong 1-2 tháng đầu, sau đó theo dõi và mổ vá TLT sau. Nếu lỗ TLT lớn thì cần giải quyết ÔĐM và vá TLT đồng thời.

- TLT + hẹp eo ĐMC: có nhiều quan điểm:

◦ Sửa eo ĐMC trước, sau một thời gian vá lỗ TLT.

◦ Sửa luôn eo ĐMC và vá lỗ TLT đồng thời với hai đường mổ khác nhau.

◦ Sửa eo ĐMC + nẹp ĐMP nếu TLT lớn, sau một thời gian vá lỗ TLT.

- TLT + HoC:

Mổ vá TLT sớm, ngay cả khi Qp/Qs < 2/1.

\* ***Tai biến và biến chứng*** ( XEM LẠI, chia thành biến chứng ngay sau PT và biến chứng xa???)

Nếu được điều trị đúng, hầu như ko có tử vong do phẫu thuật. Một số biến chứng thường gặp:

- Shunt tồn lưu: Khoảng 15-20% còn shunt qua vị trí vá TLT.

Hầu hết các shunt nhỏ, tự đóng trong quá trình theo dõi.

Các shunt tồn lưu lớn, ảnh hưởng huyết động đáng kể cần phẫu thuật lại hoặc bít bằng dụng cụ.

- Block nhĩ thất: do sang chấn vào bó His trong lúc mổ.

Cần được điều trị và theo dõi sát sau mổ.

Block nhĩ thất hoàn toàn: cần điều trị nội khoa và đặt máy tạo nhịp tạm thời khoảng 5-7 ngày, nếu ko kết quả thì cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.

- Nhiễm trùng:

Cần chú ý chăm sóc hậu phẫu tốt.

Tìm căn nguyên nhiễm khuẩn và điều trị kháng sinh thích hợp.

- Hở van ĐMC: do sang chấn vào van lúc mổ (hiếm gặp).