

CASE LÂM SÀNG TƯ CHỨNG FALLOT CÓ STENT PDA
GIẢNG VIÊN BS NGUYỄN THỊ LIÊN CHI
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

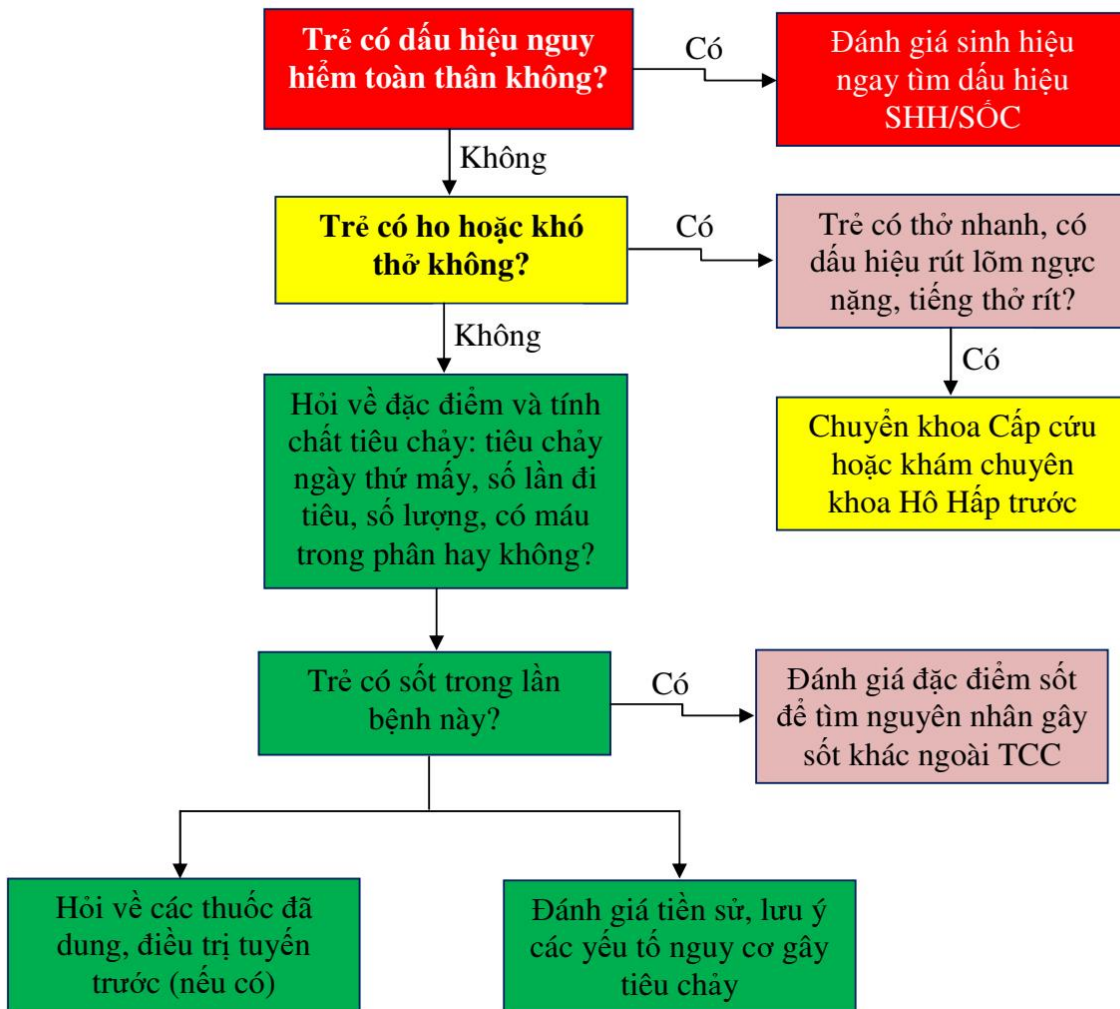
HÀNH CHÁNH

- Bệnh nhân: Nguyễn X
- Giới: nam
- SN: 19/4/2019
- Ngày NV: 26/02/2020 (**10 tháng 3 ngày**)
- Lý do nhập viện: sốt, tiêu chảy

BỆNH SỬ

- Cách nhập viện 1 ngày em sốt, tiêu lỏng 5 lần/ngày, không đàm máu, ói 2 lần/ngày ra thức ăn --> NV
- Tiền căn:
 - Con 2/2, **sinh non 34 tuần**, sinh mổ, CNLS 2,7 kg.
 - Biết lật, biết ngồi, chưa biết bò.
 - Được chẩn đoán tim bẩm sinh từ 24 tuần tuổi thai, đặt stent PDA lúc 1 tuần sau sinh tại BVND2.

1. Tiếp cận bệnh sử: Cần đánh giá toàn diện, chú ý khai thác triệu chứng bệnh tại đường tiêu hoá cũng như ngoài đường tiêu hoá và bệnh lý đi kèm.



Nguồn: Tiếp cận TCC Bs Trí Nhi Đồng 2 năm Y4

Cần hỏi thêm gì trong phần bệnh sử?

Xác định cấp cứu

- Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: bỏ bú, nôn tất cả mọi thứ, co giật, li bì không ...

→ *Mấy cái này không có*

Hỏi bệnh sử: Đủ triệu chứng và Tính chất

- Thứ tự xuất hiện các triệu chứng sốt tiêu lỏng và ói
- Diễn tiến từng triệu chứng
- + Sốt bao nhiêu độ, có uống hạ sốt không, loại gì liều ra sao, sau đó có đáp ứng không: *Người nhà chỉ biết sốt, uống hạ sốt rồi sốt lại*
- + Tiêu lỏng màu gì, có đờm máu không ? *Không đờm máu*
- + Ói có liên quan bữa ăn, có ói ra dịch xanh dịch vàng gì không: *Ăn xong ói thể thôi*
- + Có khát nước đòi uống nước không ? *Không khát nước*
- Có đau bụng không (quấy khóc hơn thường ngày). Tiêu tiểu thế nào ...: *Bé 10 tháng không hỏi được triệu chứng đau bụng. Thể hiện gián tiếp qua quấy khóc nhưng cái này cũng kh rõ. → Nghĩ lồng ruột khi có tiêu đờm máu + quấy khóc thét dữ dội.*
- Đã đi khám và điều trị gì trước lúc nhập viện nhi đồng này chưa. *Chưa khám và điều trị ở đâu*

TIỀN CĂN

Tiền căn:

- Con 2/2, sinh non 34 tuần, sinh mổ, CNLS 2,7 kg.
- Biết lật, biết ngồi, chưa biết bò.
- Được chẩn đoán tim bẩm sinh từ 24 tuần tuổi thai, đặt stent PDA lúc 1 tuần sau sinh tại BVNĐ2.

Cần hỏi thêm gì trong phần tiền căn?

Sanh non là YTNC của PDA – Slide PDA Y6

- Sanh ngạt
- Sanh rất non, ống đm của nó kém đáp ứng với oxy do tb nội mạc còn non quá. Sinh ra nó cũng hít thở oxy cũng lên nhưng nội mạc kh đáp ứng
- Nhiễm rubella là lý do tần suất ở mình còn cao. Nhiễm 3 tháng đầu gây rubella bs nhiều dị tật trong đó có còn ống động mạch.

- Mang thai thế nào ?

- Sinh non vì lý do gì ? Sau sinh có cần nằm dưỡng nhi thở oxy hay chiếu đèn gì không ?
- Chứng ngứa thể nào: *Theo lịch tiêm chủng mở rộng*
- Dinh dưỡng: *Trước khi hỏi tăng cân phải hỏi cân nặng hiện tại*
- Tâm vận: Hỏi rồi
- Bị bệnh gì ngoài PDA? *Không có, cũng không ghi nhận ra bệnh tim bẩm sinh là gì chỉ biết có đặt stent PDA.*
- Đã từng nhập viện lần nào chưa: *Chưa từng nhập viện. Không có tiền căn ngất*
- **Tiền căn dị ứng: Rất quan trọng nhưng hay quên (cả bé và gia đình)**

TÌNH TRẠNG LÚC NHẬP VIỆN

- Em tỉnh. **Môi tím/khí trời. SpO2 = 76% đều tứ chi**
- CN 8,7 kg. CC 69 cm. **Nhiệt độ 38 độ C.**
- Chi ấm. Mạch rõ.
- **Mỏm tim KLS 4 ngoài đường trung đòn trái.** Tim đều, rõ 130 l/p. Âm thổi tâm thu 3/6 liên sườn 2 bờ trái xương ức. **T2 mờ**
- Phổi trong. Thở không co kéo. **40 l/ph**
- Bụng mềm. Dấu véo da mất nhanh. Mắt không trũng.

TÌNH TRẠNG LÚC NHẬP VIỆN

Em tỉnh. Môi tím/khí trời. SpO2 = 76%.
 CN 8,7 kg. CC 69 cm. Nhiệt độ 38 độ C.
 Chi ấm. Mạch rõ.
 Tim đều, rõ 130 l/p. T2 mờ. Âm thổi tâm thu 3/6 liên sườn 2 bờ trái
 xương ức. Mỏm tim liên sườn 4 ngoài đường trung đòn trái 1cm.
 Phổi trong. Thở không co kéo 40 l/p.
 Bụng mềm. Gan lách không sờ chạm. Dấu véo da mất nhanh. Mắt
 không trũng. Harzet (-)
 Họng không đỏ. Không loét miệng

Sau khi hỏi một hồi cô chốt lại có mấy cái như vậy

Đánh giá Mất nước

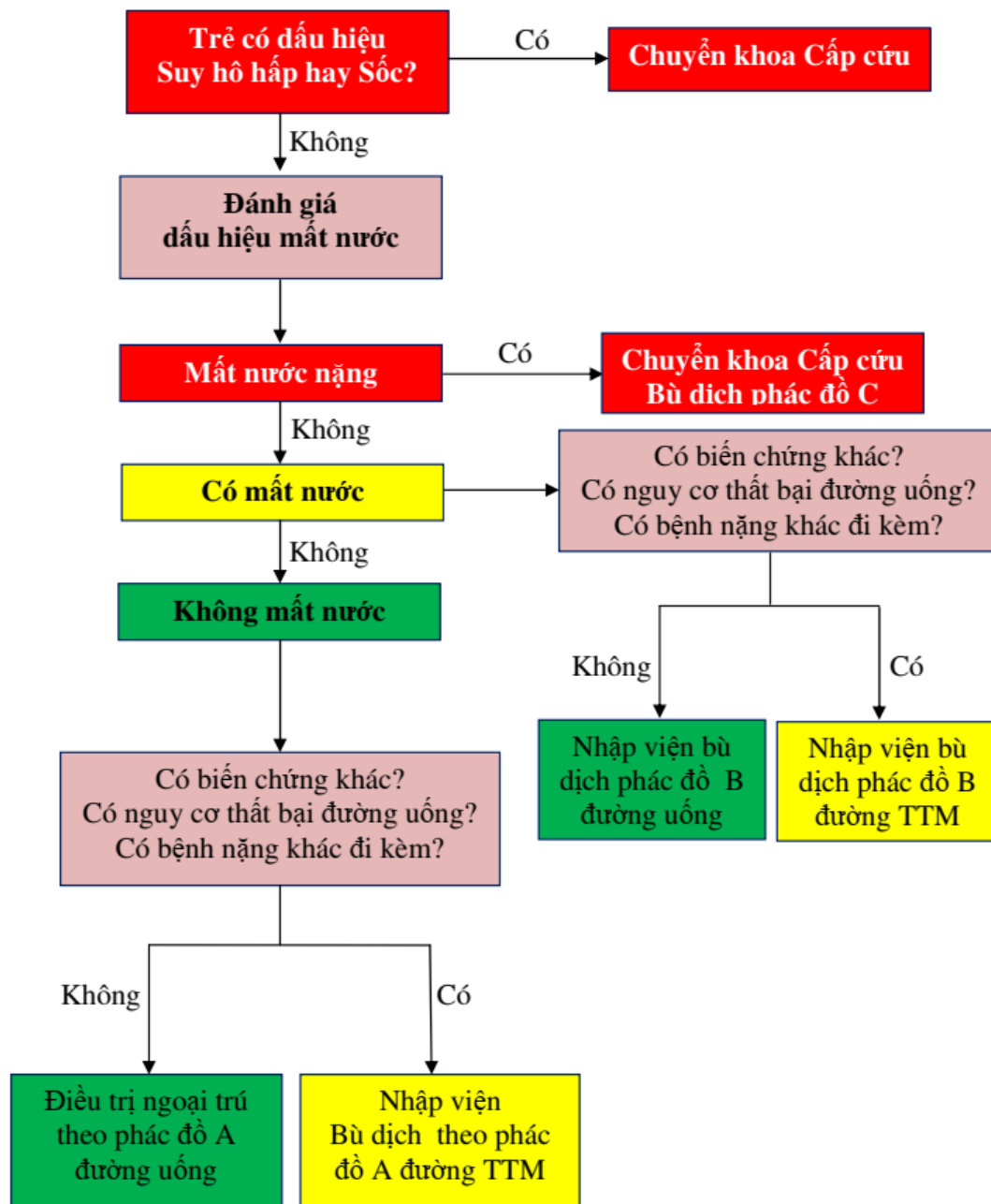
	KHÔNG MẤT NƯỚC	CÓ MẤT NƯỚC	MẤT NƯỚC NẶNG
TRI GIÁC	TỈNH TÁO	VẬT VÃ KÍCH THÍCH	LI BÌ KHÓ ĐÁNH THỨC
DẤU MẮT TRƯNG	MẮT KHÔNG TRƯNG	MẮT TRƯNG	MẮT RẤT TRƯNG
DẤU HIỆU UỐNG	UỐNG ĐƯỢC	UỐNG HẢO HỨC	KHÔNG UỐNG ĐƯỢC
DẤU VÉO DA	MẮT NHANH	MẮT CHẬM	MẮT RẤT CHẬM

Đánh giá Mất nước

Triệu chứng	Phân độ	% dịch mất	Xử trí
Có 2 trong các dấu hiệu sau: • Li bì hoặc khó đánh thức • Mắt trũng • Uống kém hoặc không uống được • Dấu véo da mất rất chậm	MN NẶNG	> 10%	PHÁC ĐỘ C (truyền TM)
Có 2 trong các dấu hiệu sau: • Vật vã kích thích • Mắt trũng • Uống hảo hức • Dấu véo da mất chậm	CÓ MẤT NƯỚC	5 – 10%	PHÁC ĐỘ B (bù nước tại cơ sở y tế qua đường uống)
Không đủ dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng	KHÔNG MN	< 5%	PHÁC ĐỘ A (ĐT tại nhà)

Nguồn: Khám dấu mất nước Bs Trí Nhi Đông 2 năm Y4

2. Tiếp cận khám lâm sàng:



Nguồn: Tiếp cận tiêu chảy cấp Bs Trí Nhi Đồng 2 năm Y4

Khám lâm sàng cần tìm thêm gì?

- Tím trung ương, kh có dấu hiệu của hô hấp. Nên nghĩ tím này do tim rồi

- Yếu tố nhiều SpO2: Ca này nghi SpO2 không hợp lý mới đo lại, nhưng trên ls thường đo một lần thôi. Cái này chắc tùy quan điểm cá nhân

- **Nhưng nên đo SpO2 từ chi. Xem có tím chuyên biệt hay không QUAN TRỌNG**

- Không có sút môi hờ hàm: Dị tật đi kèm

- Ổ đập bất thường

- CRT: Đánh giá sốc hay không. CRT ca này bình thường là <2s

- Thở kh co kéo. Nhịp thở

- Tìm ổ nhiễm trùng:

+ SXH: Da niêm có dấu xuất huyết không: Sốt ngày 1 thì chắc cũng chưa có

+ Chảy mũi đục, chảy mủ tai

+ Họng amidan sưng đỏ không

+ Viêm loét họng gì không, nổi bóng nước lòng bàn tay bàn chân gì không (TCM)

+ Tiết niệu sinh dục

+ TK có cổ gượng đầu màng não không thóp (VMNM)

- Dấu mất nước

+ Tỉnh

+ Véo da mất nhanh

+ Mắt không trũng

- Tim

+ Đa hồng cầu: Tim bẩm sinh tím thì tím da và niêm, nên lưỡi nó cũng tím luôn. Nhìn máu niêm mạc mắt. Thấy niêm đỏ rực như trái dâu.

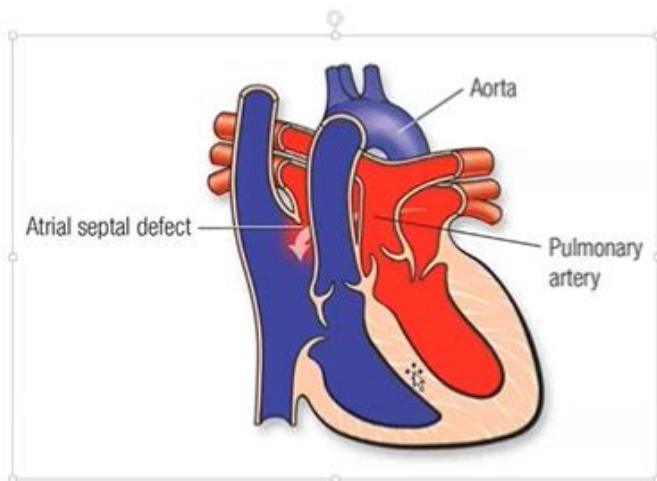
+ Nghe tim rõ hơn: T1 T2 P2 mạnh

+ Mỏm tim: LS IV ngoài TĐ 1 cm

+ Lồng ngực gồ không: Lồng ngực gồ mới là TBS. Lồng ngực lõm thì kh phải do TBS mà trong những HC khác đi kèm TBS như HC Marfan vì dị tật hệ cơ xương. Đây kh phải dấu hiệu TBS mà là dấu hiệu cho có bất thg đi khám tổng quát

+ Dị tật bẩm sinh khác: Không có cổ ngắn tai bóm thóp

Definition



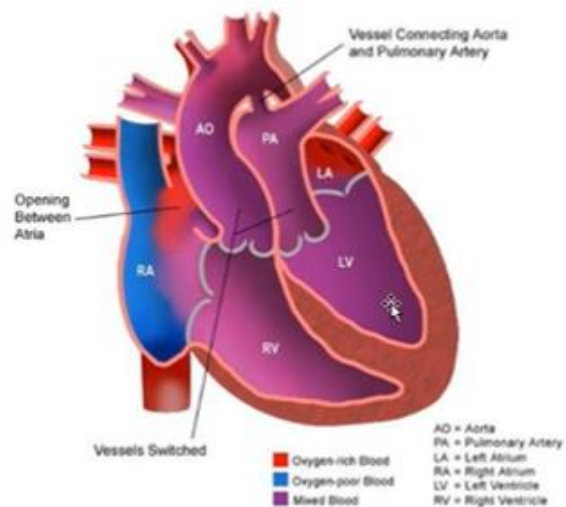
- Transposition of the great arteries (TGA) is a conotruncal abnormality in which Ao arises from RV and PA arises from LV

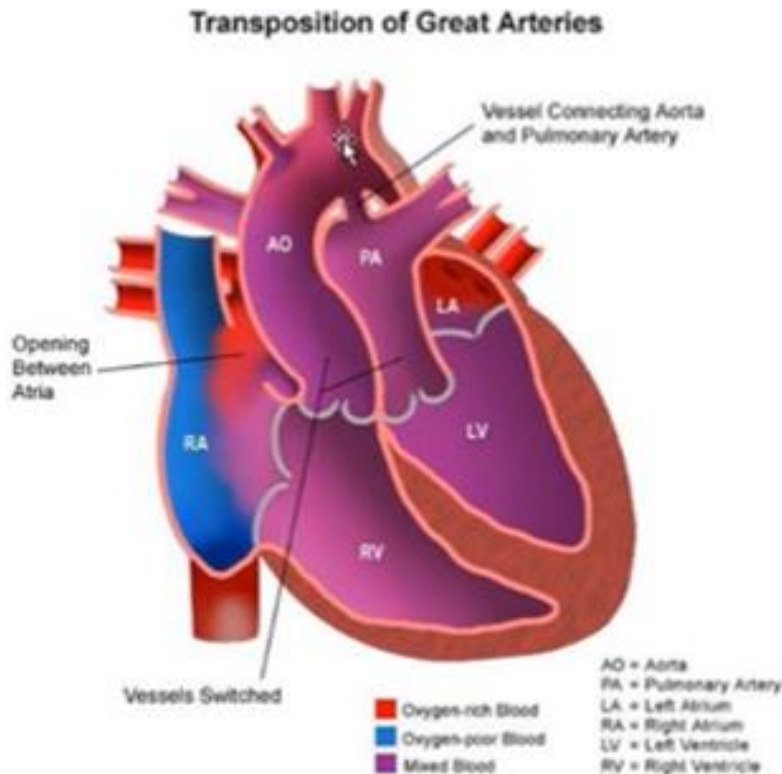
→ discordant ventriculo-arterial connections

Physiology

- $Q_P = Q_{EP} + Q_{L \rightarrow R}$
- $Q_S = Q_{ES} + Q_{R \rightarrow L}$
- blood crossing PFO is the Q_{ES}
- blood across PDA is the Q_{EP}

Transposition of Great Arteries





Chuyển vị đại động mạch: Hai đại động mạch cắm ngược nhau . Bình thường máu thất P là máu đen. Cái này đm phổi máu đỏ, nếu cao áp phổi nặng cao hơn đm chủ thì máu đm phổi đi sang đm chủ. Máu sẽ vẫn là máu đỏ

Hình này còn có PDA. Sau đm dưới đòn bên T. Như vậy máu từ P qua Pda xuống ĐM chủ

Tùy vị trí đổ của ống Đm là trước hay sau đm dưới đòn T mà tay T có tím kh. Tay P luôn tím. 2 chân thì hồng.

Có tím hay không ?

Tím là cơ chế gì

Sự đổi màu xanh/tím của da và niêm mạc gây ra bởi sự tăng số lượng tuyệt đối của Hb khử trong máu.

Có hai con đường thường gặp có thể dẫn tới đủ Hb khử để gây xanh tím:

1. Tăng máu tĩnh mạch ở nơi bị xanh tím

2. Giảm độ bão hòa oxy (SaO₂).

Nồng độ Hb khử cần để gây xanh tím là 50 g/L (5 g/dL). Quan trọng là chú ý tổng lượng Hb ảnh hưởng đến nồng độ oxy không bão hòa cần xuất hiện trước xanh tím

Cái này dựa vào hemoglobin. Bệnh nhân thiếu máu khó thấy tím hơn.

Bn mình SpO₂ 76% có tìm trên ls dự đoán HB khử >5g/dl

Bn này tím từ sau sinh

Có móng tay khum không

- Bé sinh ra đã có tím, thiếu oxy kéo dài thì sẽ có móng tay khum

- Nhưng thời gian bao lâu ? Dưới 1 tuổi thường chưa khum, trên 1 tuổi thì mới khum

Nghe tim để làm gì ?

- *Đều rõ: Rối loạn nhịp không*

- *Tiếng tim mờ: Ngoài tim và Tại tim*

+ *Tiếng tim do máu đập vào lá van*

+ *Lá van xơ hóa*

+ *Huyết động chậm lại*

*Mỏm tim lệch:

<2-4 tuổi: KLS IV, lệch ngoài trung đòn 1-2 cm

4-7 tuổi: KLS IV, trung đòn.

7-12 tuổi: KLS V, trung đòn hoặc trong trung đòn 1-2 cm.

>12 tuổi: KLS V, trung đòn hoặc trong trung đòn 1 cm.

Lớn trái mỏm ra ngoài đi xuống
Lớn phải harzer đầu này trc ngực

Nãy khám thiếu Harzer rồi. Khám tim bẩm sinh thì phải khám tim rõ.

TÌNH TRẠNG LÚC NHẬP VIỆN

Em tỉnh. Môi tím/khí trời. SpO2 = 76%.

CN 8,7 kg. CC 69 cm. Nhiệt độ 38 độ C.

Chi ấm. Mạch rõ.

Tim đều, rõ 130 l/p. T2 mờ. Âm thổi tâm thu 3/6 liên sườn 2 bờ trái xương ức. Mỏm tim liên sườn 4 ngoài đường trung đòn trái 1cm.

Phổi trong. Thở không co kéo 40 l/p.

Bụng mềm. Gan lách không sờ chạm. Dấu véo da mất nhanh. Mắt không trũng. Harzet (-)

Họng không đỏ. Không loét miệng

Tóm lại khám có mấy cái này bất thường (chị ghi vô khi dạy).

Đặt vấn đề?

1. Tiêu chảy cấp **không** mất nước
2. Tim bẩm sinh tím
3. Tiền căn: PDA đã đặt stent

Chẩn đoán

- **Chẩn đoán sơ bộ:** Tiêu chảy cấp không mất nước ngày 1 do virus không nguy cơ thất bại đường uống / tim bẩm sinh tím PDA theo dõi TOF đã đặt stent

+ *Nên ghi ngày vì quá 14 ngày là tiêu chảy kéo dài, khi đó cần tìm nguyên nhân khác.*

+ *Nên ghi hết câu chẩn đoán dù bình thường để xử trí rõ ràng hơn, dù trên lâm sàng bs thường chỉ ghi ngắn gọn những cái bất thường. Trong ca này ls chỉ ghi TCC không mất nước ngày 1*

- **Chẩn đoán phân biệt:**

- + *Tiêu chảy cấp không mất nước ngày 1 do vi trùng*
- + *Theo dõi nhiễm vi trùng.*

- Tim bẩm sinh tím
- Tuần hoàn phổi: không tăng -> bình thường hoặc giảm
- Tim nào bị ảnh hưởng: chưa rõ
- Không tăng áp phổi không?

Tứ chứng Fallot là bệnh TBS tím thường gặp nhất ở trẻ em. Cứ đứa nào tím trung ương nói cái này đa phần là đúng.

Đề nghị cận lâm sàng gì? Giải thích?

- Xquang ngực thẳng
- CTM, CRP
- + HC: thiếu máu hay đa hồng cầu
- + BC: nhiễm trùng
- **Soi phân**
- ECG
- **Siêu âm bụng. TPTNT**

- Độ nhạy độ đặc hiệu tiên đoán dương tiên đoán âm của CTM trong chẩn đoán nhiễm trùng và siêu vi. Và làm luôn CRP.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6047197/>

- Soi phân là được chưa cần cấy
- + HC và BC thì nghĩ vi trùng
- + BC một mình thì virus
- Cấy phân thì có kq lâu nên có chỉ định riêng. Tốn thời gian và tốn tiền. Cấy là
- Siêu âm bụng (?) TPTNT coi Nhiễm trùng tiêu

KẾT QUẢ CLS

- CTM:
- BC 11.61 K/UL. Neu 23.9%. Eos 0.1%. Baso 0.3%. Lym 67.6%. Mono 8.1%.
- HC 7.05 M/UL. Hb 14.6 g/dl. Hct 48.6%, MCV 68.9 fl, MCH 20.7 pg, MCHC 30 g/dl.
- TC 308 k/ul
- CRP 6,22 mg/l

1. CTM Chưa gợi ý tiêu chảy nhiễm trùng: BC bình thường

Giá trị BC theo tuổi

- 5 ngày lymph 45%
- 5 tháng lymph 65% : 67 tăng nhẹ xít kh ý nghĩa nhiều, bình thường.
- 5 tuổi lympho 45%

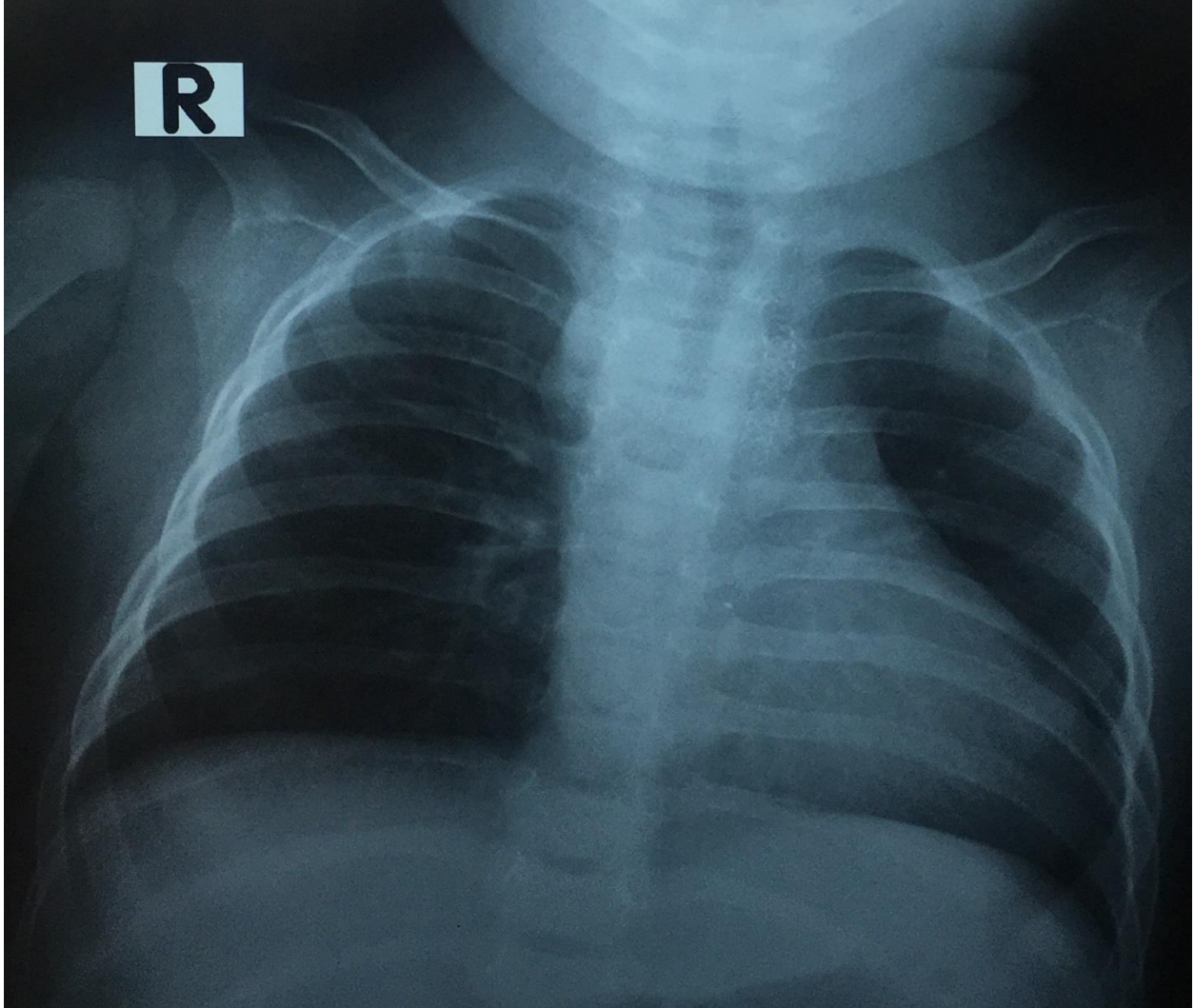
2. Có đa hồng cầu và hồng cầu nhỏ nhược sắc

→ Nghĩ do siêu vi nhiều hơn

- Trẻ sơ sinh: 55%-68%
- Một tuần tuổi: 47%-65%
- Một tháng tuổi: 37%-49%
- Ba tháng tuổi: 30%-36%
- Một năm tuổi: 29%-41%
- Mười năm tuổi: 36%-40%
- Nam giới trưởng thành: 42%-54%
- Nữ giới trưởng thành: 38%-46%

Cái này bạn Hoàng gửi, chưa rõ nguồn về kiểm tra lại.

XQUANG



1. Kỹ thuật chụp.

- Phim chụp ở tư thế nằm
- Lấy đủ phế trường
- Thì hít vào không đủ sâu: 5 cung sườn trước, 8 cung sườn sau (?)
- Tia vừa
- Đối xứng qua đường giữa

2. Đọc phim Xquang

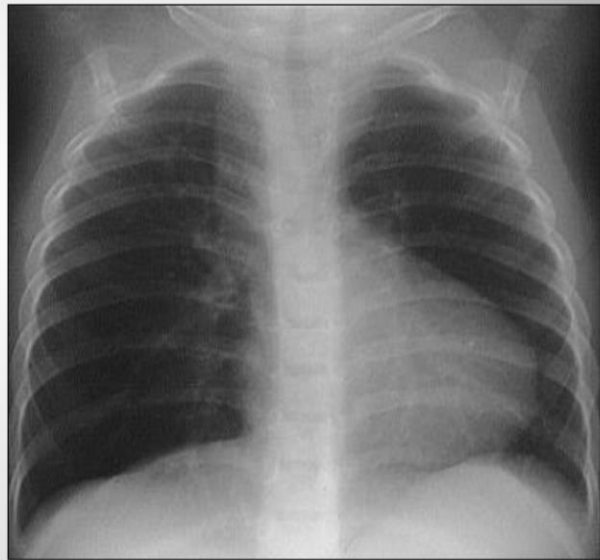
Đọc phim X-quang	
4.1 Mô mềm	<ul style="list-style-type: none"> - Không tràn khí dưới da - Không u
4.2 Xương	<ul style="list-style-type: none"> - Cột sống không lệch - Không gãy xương
4.3 Vòm hoành	<ul style="list-style-type: none"> - Vòm hoành phải còn đường cong sinh lý - Vòm hoành trái còn đường cong sinh lý - Vòm hoành trái thấp hơn phải 1 khoảng liên sườn
4.4. Trung thất	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Situs solitus + Levocardia: Phủ tạng sắp xếp bình thường, mỏm tim nằm ở bên trái.</i> - <i>Chỉ số tim lồng ngực > 0.5</i> - <i>Mỏm tim héch lên, góc tâm hoành nhọn</i> - Các bờ trung thất bình thường - Khí quản lệch nghiĩ do hít kh đủ sâu
4.5. Rốn phổi	<ul style="list-style-type: none"> - Rốn phổi Phải đậm - Rốn phổi Trái đậm
4.6 Nhu mô phổi	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Có hình ảnh giảm lưu lượng máu phổi</i> + <i>Cung đmp lõm</i> + <i>Rốn phổi không rõ</i> + <i>Mạch máu chỉ tới 1/3 trong phế trường</i> + <i>Hai phế trường tăng sáng</i>
4.6 Tóm lại có những bất thường sau	<p><u>Chỉ chỉ đọc bất thường. Có 2 bất thường này</u></p> <p><u>(1) Lớn thất P</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Chỉ số tim lồng ngực > 0.5</i>

	<p>- <i>Mỏm tim héch lên, góc tâm hoành nhọn</i></p> <p><u>(2) Giảm lưu lượng mạch máu phổi</u></p> <p>- <i>Cung đmp lõm</i></p> <p>- <i>Rốn phổi không rõ</i></p> <p>- <i>Mạch máu chỉ tới 1/3 trong phế trường</i></p> <p>- <i>Hai phế trường tăng sáng</i></p>
4.7 Cảm nghĩ:	<p>Kết hợp với lâm sàng nghĩ:</p> <p><u>Lớn thất P Giảm lưu lượng mạch máu phổi</u></p>

II. TUẦN HOÀN PHỔI

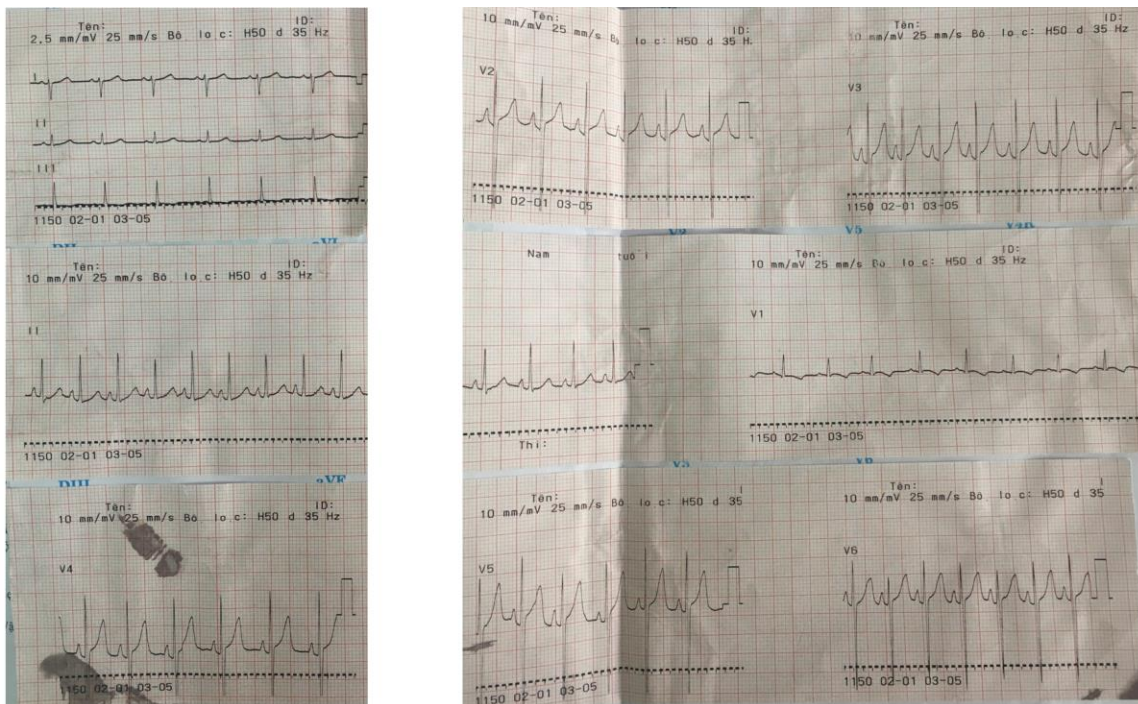
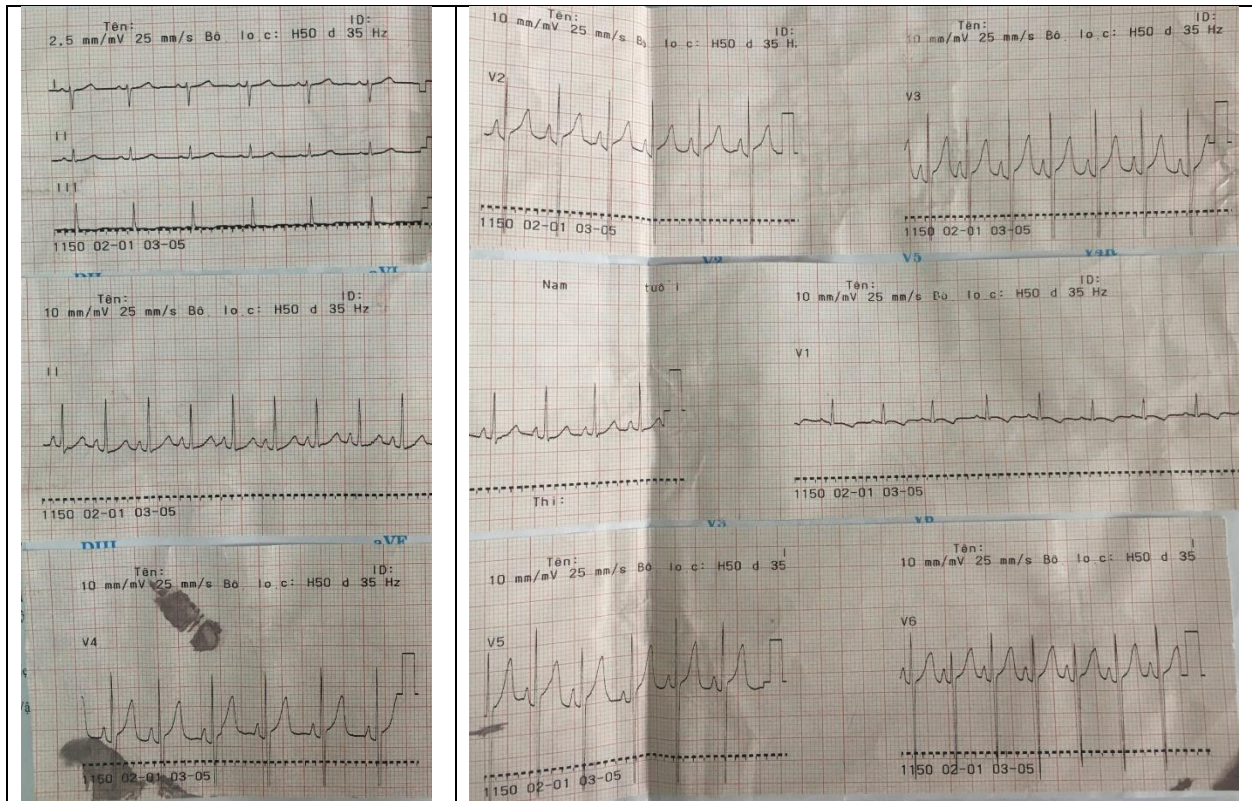
Giảm tuần hoàn phổi

- Cung ĐMP lõm hoặc có phồng do dẫn sau hẹp
- Hai phế trường tăng sáng
- Giảm kích thước các mạch máu phổi ở trung tâm và ngoại biên
- ĐM phổi nhỏ hoặc không thấy
- Gặp trong Tứ chứng Fallot



Nguồn: Xquang TBS Bs Tường Y4

ECG



Hình này screenshot lại chứ cũng giống hình trên

1. Đọc được điện tâm đồ: lớn nhĩ lớn thất là bất buộc

2. ECG ca này

- Ca này test milivolt là 2.5mm/mv thì mình phải x 4 lần lên.

- Nhịp xoang
- Tần số 166 l/ph
- Trục tim: DI, thiếu avF. BN chỉ đo DI, II, III
- Sóng P kh cao bình thường, kh lớn nhĩ phải nhĩ trái
- Sóng PR trên DII trong giới hạn bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Sóng ST không chênh lên chênh xuống
- Sóng T ở bn coi trên DII bình thường nhưng từ V1-6 cao hơn 1/3 sóng R cùng phức bộ.
- Không có lớn thất trái
- Lớn thất P: S sâu ở DI (tuổi này thường là 9 giờ 16 là sâu rồi). Rõ nhất là S ở V6 (thường 2-7 giờ 22 ô). Chú ý là lớn thất T thất P ở trẻ em khác tiêu chuẩn người lớn. Mình dò bảng giá trị, đi thi mang bảng vô được.**

ĐỌC ECG Ở TRẺ EM

BS ĐỖ NGUYỄN TÍN

GIÁ TRỊ BÌNH THƯỜNG THEO TUỔI

TUỔI	HR \bar{I} (bpm)		QRS axis	PR interval	QRS interval	R in VI (mm)	S in VI (mm)	R in V6 (mm)	S in V6 (mm)
lstwk	90	160	60 - 180	0.08 -0.15	0.03-0.08	5 -26	0-23	0 -12	0 -10
1- 3 wk	100	180	45 - 160	0.08 -0.15	0.03-0.08	3 -21	0 -16	2 -16	0 -10
1 -2 mo	120	180	30 - 135	0.08 -0.15	0.03-0.08	3 -18	0 -15	5 -21	0 -10
3 -5 mo	105	185	0 -135	0.08 -0.15	0.03-0.08	3 -20	0 -15	6 -22	0 -10
6 -11mo	110	170	0 -135	0.07 -0.16	0.03-0.08	2 -20	0.5-20	6 -23	0 -7
1 -2 yr	90	165	0 -110	0.08 -0.16	0.03-0.08	2 -18	0.5-21	6 -23	0 -7
3-4 yr	70	140	0 -110	0.09 -0.17	0.04-0.08	1 -18	0.5 -21	4 -24	0 -5
5- 7 yr	65	140	0-110	0.09 -0.17	0.04-0.08	0.5 -14	0.5 -24	4 -26	0-4
8 -11 yr	60	130	15 - 110	0.09 -0.17	0.04-0.09	0 -14	0.5 -25	4 -25	0 -4
12- 15yr	65	130	15-110	0.09 -0.18	0.04-0.09	0 -14	0.5 -21	4 -25	0 -4
>16 yr	50	120	15 - 110	0.12 -0.20	0.05-0.10	0 -14	0.5 -23	4-12	0-4

Chị show bài thầy Tín. Sách bộ môn cũng có bảng.

CÁC GIÁ TRỊ ĐIỆN THẾ THEO TUỔI VÀ CHUYỂN ĐẠO

Điện thế R theo tuổi và chuyển đạo

	0-1 tháng	1-6 tháng	6 th – 1 tuổi	1 – 3 t	3 – 8 t	8 – 12 t	12 – 16 t	Người lớn
I	4 (8)	7 (13)	8 (16)	8 (16)	7 (15)	7 (15)	6 (13)	6 (13)
II	6 (14)	13 (24)	13 (27)	12 (23)	13 (22)	14 (24)	14 (24)	5 (25)
III	8 (16)	9 (20)	9 (20)	9 (20)	9 (20)	9 (24)	9 (24)	6 (22)
aVR	3 (8)	2 (6)	2 (6)	2 (5)	2 (4)	1 (4)	1 (4)	1 (4)
aVL	2 (7)	4 (8)	5 (10)	5 (10)	3 (10)	3 (10)	3 (12)	3 (9)
aVF	7 (14)	10 (20)	10 (16)	8 (20)	10 (19)	10 (20)	11 (21)	5 (23)
V3R	10 (19)	6 (13)	6 (11)	6 (11)	5 (10)	3 (9)	3 (7)	
V4R	6 (12)	5 (10)	4 (8)	4 (8)	3 (8)	3 (7)	3 (7)	
V1	13 (24)	10 (19)	10 (20)	9 (18)	8 (16)	5 (12)	4 (10)	3 (14)
V2	18 (30)	20 (31)	22 (32)	19 (28)	15 (25)	12 (20)	10 (19)	6 (21)
V5	12 (23)	20 (33)	20 (31)	20 (32)	23 (38)	26 (39)	21 (35)	12 (33)
V6	5 (15)	13 (22)	13 (23)	13 (23)	15 (26)	17 (26)	14 (23)	10 (21)

Điện thế S theo tuổi và chuyển đạo

	0-1 tháng	1-6 tháng	6 th – 1 tuổi	1 – 3 t	3 – 8 t	8 – 12 t	12 – 16 t	Người lớn
I	5 (10)	4 (9)	4 (9)	3 (8)	2 (8)	2 (8)	2 (8)	1 (6)
V3R	3 (12)	3 (10)	4 (10)	5 (12)	7 (15)	8 (18)	7 (16)	
V4R	4 (9)	4 (12)	5 (12)	5 (12)	5 (14)	6 (20)	6 (20)	
V1	7 (18)	5 (15)	7 (18)	8 (21)	11 (23)	12 (25)	11 (22)	10 (23)
V2	18 (33)	15 (26)	16 (29)	18 (30)	20 (33)	21 (36)	18 (33)	14 (36)
V5	9 (17)	7 (16)	6 (15)	5 (12)	4 (10)	3 (8)	3 (8)	
V6	3 (10)	3 (9)	2 (7)	2 (7)	2 (5)	1 (4)	1 (4)	1 (13)

GIÁ TRỊ PR THEO TUỔI VÀ TẦN SỐ TIM

Tần Số	0-1 tháng	1-6 tháng	6 th – 1 tuổi	1 – 3 t	3 – 8 t	8 – 12 t	12 – 16 t	Người lớn
<60						0.16 (0.18)	0.16 (0.19)	0.17 (0.21)
60–80					0.15 (0.17)	0.15 (0.17)	0.15 (0.18)	0.16 (0.21)
80–100	0.10 (0.12)				0.14 (0.16)	0.15 (0.16)	0.15 (0.17)	0.15 (0.20)
100–120	0.10 (0.12)			(0.15)	0.13 (0.16)	0.14 (0.15)	0.15 (0.16)	0.15 (0.19)
120–140	0.10 (0.11)	0.11 (0.14)	0.11 (0.14)	0.12 (0.14)	0.13 (0.15)	0.14 (0.15)		0.15 (0.18)
140–160	0.09 (0.11)	0.10 (0.13)	0.11 (0.13)	0.11 (0.14)	0.12 (0.14)			(0.17)
160–180	0.10 (0.11)	0.10 (0.12)	0.10 (0.12)	0.10 (0.12)				
>180	0.09	0.09 (0.11)	0.10 (0.11)					

Nguồn: Myung K Park. *Park's Pediatric Cardiology for Practitioners*, 6th edition, 2014.

Rồi chị lại chiếu bảng điện thế này, có vẽ kỹ hơn. Đi thi được mang bảng này. Nằm trong file tài liệu bộ môn gửi.

Chẩn đoán xác định

Tiếp cận tim bẩm sinh theo đúng thứ tự câu hỏi với những thông tin đã có.

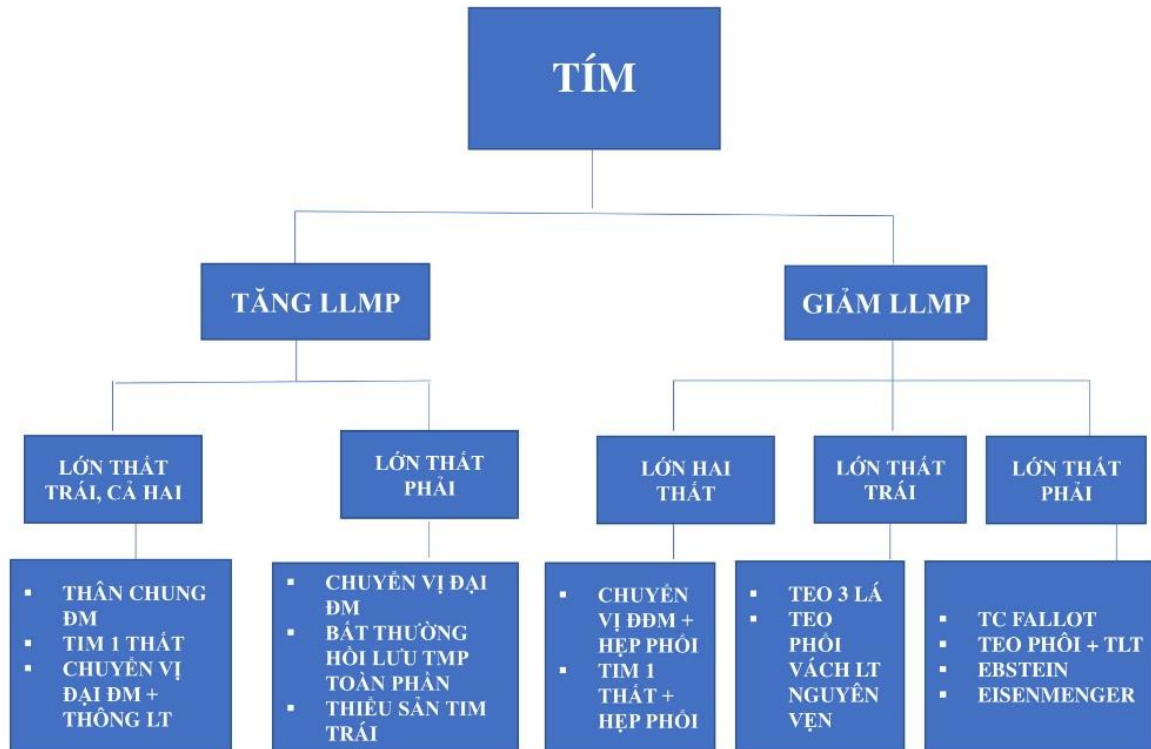
- Tim bẩm sinh tím
- Tuần hoàn phổi: giảm
- Tim phải bị ảnh hưởng
- Không tăng áp phổi
- --> tứ chứng Fallot
 - không lỗ van động mạch phổi-thông liên thất
 - hẹp phổi-thông liên nhĩ

@VUONGYDS
TIẾP CẬN NHI KHOA
DRAFT VERSION

Một sản phẩm của team
[Youtube.com/VuongYDS](https://www.youtube.com/VuongYDS).

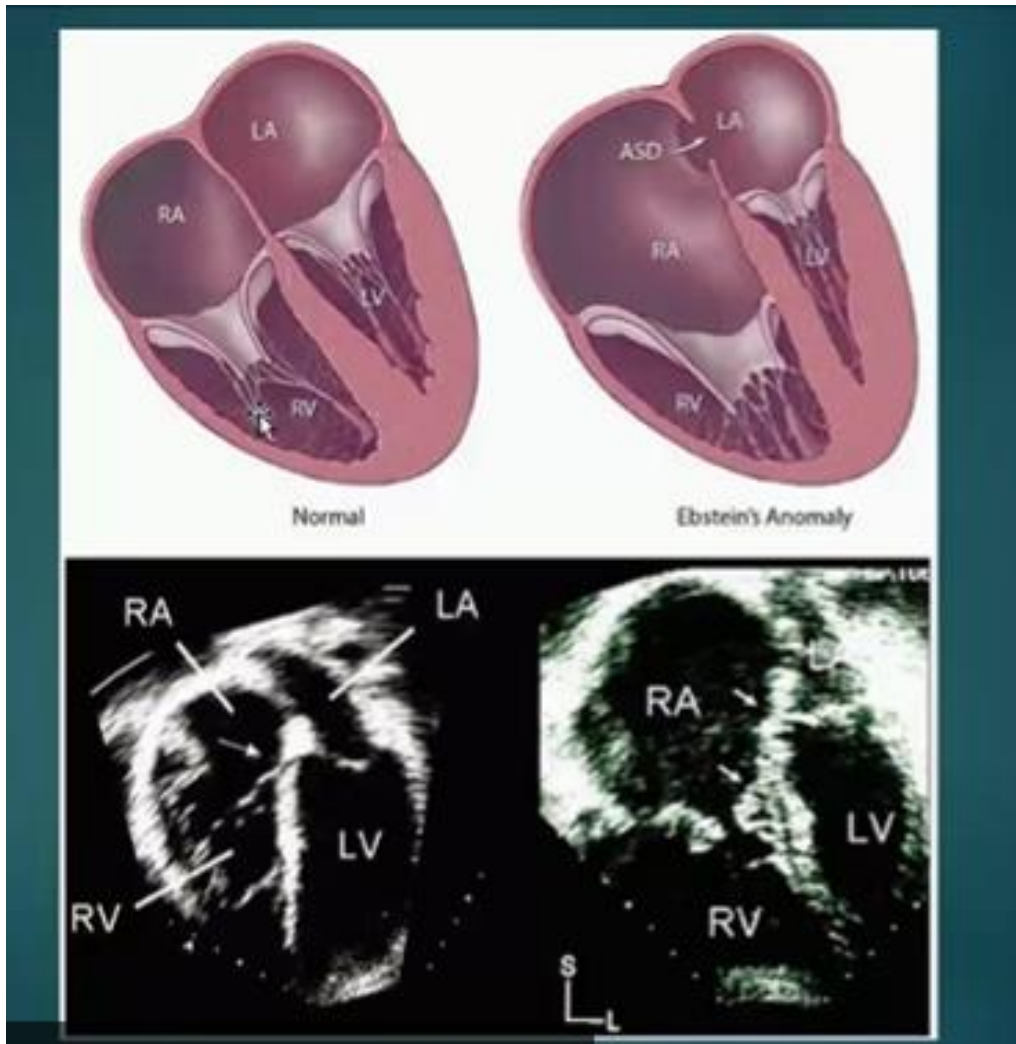
Tài liệu được thực hiện bởi những bạn sinh viên nên không tránh khỏi sai sót. Mong người đọc tự đánh giá nội dung. Xin chân thành cảm ơn.

Saigon 2020.



Hàng đầu là tứ chứng Fallot. Phân biệt với

- (1) Không lỗ van động mạch P – Thông liên thất
- (2) Bệnh Epstein: Mục tiêu sau đại học nên các em kh ghi cũng được
- (3) Hẹp phổi – Thông liên nhĩ: Mục tiêu sau đại học nên các em kh ghi cũng được



Bệnh Epstein

- Van ba lá xuống thấp so với van hai lá (hình trên phải). Khi đó Thất P sẽ nhỏ lại
Vùng nhĩ P sẽ to ra

- Trong bào thai thất P nhỏ máu xuống thất P ít, máu lên đm P cũng ít nên dị tật này thg kèm với hẹp van đm p làm (1) tuần hoàn p giảm . Khi hẹp van đm phổi, trong kỳ tâm thu áp lực tăng do không tống qua van đm phổi được thì máu dội ngược lại gây (2) hở van 3 lá. Máu đó đi từ phải sang trái qua lỗ liên nhĩ.

- Do đó trong epstein thất P thường kh to. Tuy nhiên một số th thất P cũng to. Cái này hơi sâu, khó cho cả BS tim mạch. Cô nói khái niệm như vậy, đi thi không ghi cũng được.

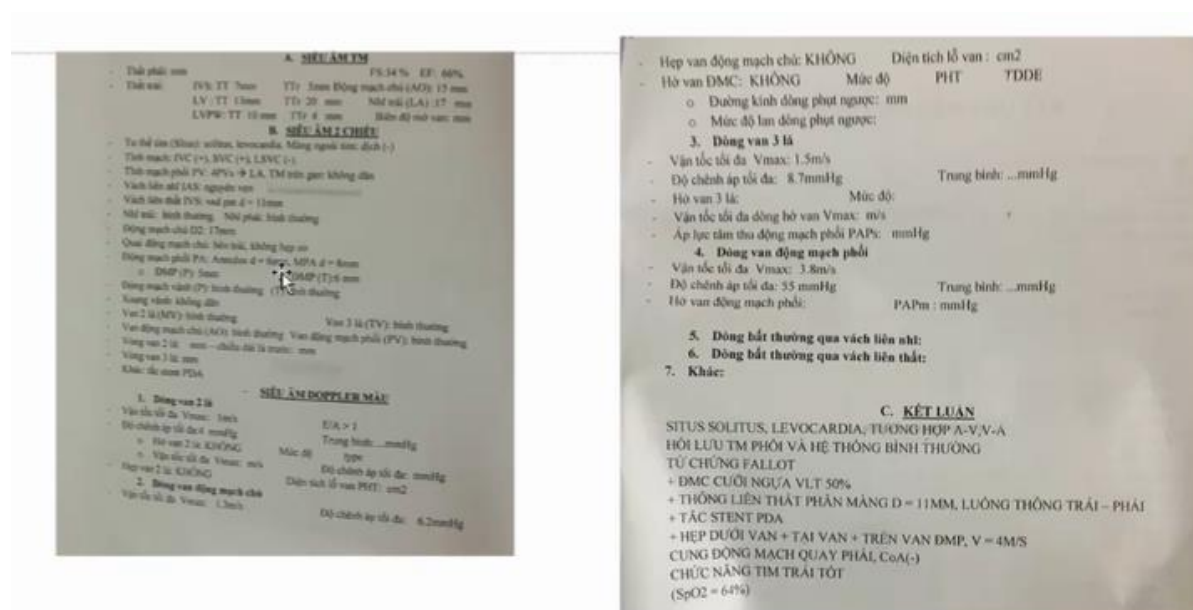
- Và không phải lúc nào Epstein cũng tím. Nếu nó xuống thấp chút xíu, thông liên nhĩ có thể vẫn có thể theo chiều $T - P$ thay cho $P - T$. Đó là bệnh cảnh của tuyp A, có thể gần như bình thường. Tuyp B-C thì mới tím. Nên đã chẩn đoán phân biệt TBS tím thì phân biệt TOF và Epstein tuyp B-C

Còn cái nữa TBS tím giảm lưu lượng là hẹp phổi kèm thông liên nhĩ

- Cái này cũng sâu như Epstein nên không cần ghi

SIÊU ÂM TIM

Cô dạy nhưng cũng ngoài mục tiêu, đi thi cô không bắt đọc siêu âm tim



1. Chú ý đm vành bthg vì sau đó mở TOF có liên quan đm vành

2. Đi thi thì không cần đọc siêu âm, cô dạy tham khảo thôi

- Situs solitus là nhĩ trái bên trái p bên p

- Levocarrdia là

- Hồi lưu bình thg là 4 tm về nhĩ trái, tm chủ trên dưới về nhĩ p

- Luồng thông này là phải trái chứ không phải trái phải như hình, đánh máy sai

- Hẹp dưới van là hẹp phần phễu

- Cung đmp thường là quay trái còn cái này từ thất T đi lên vòng qua Phải

- Vận tốc qua van quyết định mức độ hẹp nhiều hay ít giữa thất P và đm phổi. Từ đó cũng tính được chênh áp qua công thức $4xv^2$ là $4x4^2 = 64 \text{ mmHg}$

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Chẩn đoán xác định

- tiêu chảy cấp ngày 1 do virus không mất nước không nguy cơ thất bại đường uống / tứ chứng Fallot tắt stent pda

Điều trị như thế nào? Tại sao chọn thuốc như vậy?

Điều trị như thế nào? Tại sao chọn thuốc như vậy?

- Phác đồ A
- propranolon
- XN: sắt, ferritin
- thông tim nong stent pda (Aspirin) hoặc phẫu thuật triệt để

ĐIỀU TRI

I. Tiêu chảy cấp phác đồ A đường uống + kẽm

II. TOF / Tắc stent PDA

1. Propanolol phòng ngừa cơn tím liều 1-6mg/kg chia 3-4 lần

2. Bù sắt: Làm thêm sắt ht và ferritin, nếu thiếu thì bù sắt nguyên tố 4-6mg/kg/ngày. Kh thiếu thì vẫn uống liều phòng ngừa 2mg/kg/ngày.

3. Tắc stent thì tái thông hay phẫu thuật ?

- Phẫu thuật: (1) Tạm thời hoặc (2) Triệt để

- Phẫu thuật Triệt để: BN 10 tháng, dựa vào size đm phổi quyết định mổ triệt để. Nhỏ thì phẫu thuật tạm thời. Động mạch phổi 6mm phải tính Zscore độ lệch chuẩn mà Zscore thì chuyên khoa rồi, mình Y6 thì cứ dò coi đm phổi nhỏ kh được rồi. Ca này giả sử đm phổi nhỏ kh phẫu thuật triệt để được

- Bây giờ sẽ tái thông stent PDA hay PT tạm thời là PT shunt ?

+ Tái thông stent PDA vẫn có nguy cơ tắc lại vì nó đã tắc 1 lần rồi. Do đó chỉ làm khi kh PT triệt để được

+ Đặt thêm PT shunt vào thì cũng có nguy cơ tắc y chang mà BN lại phải chịu một cuộc PT xâm lấn hơn việc tái thông đơn thuần

+ Do đó nếu kh pt triệt để được / bn đã có stent PDA tắc thì mình ưu tiên tái thông stent PDA sẵn có ở BN. Và lưu ý sau đó cần uống Aspirin chống tạo cục máu đông làm tắc stent nữa. Liều 3-5mg/kg/ngày

- Tóm lại:

+ (1) Size đm phổi lớn → Mổ triệt để

+ (2) Size nhỏ → Tái thông stent. Sau đó uống chống kết tập tiểu cầu aspirin.

PHÒNG NGỪA TƯƠNG LAI Ở TOF

1. Phòng ngừa VNTM nhiễm trùng (phòng ngừa 1)

- Vệ sinh răng miệng hàng ngày, đánh răng kh cho sâu răng. Đánh ngay khi bé có răng đầu tiên

- Nếu cần nhổ răng thì báo cho nha sĩ. Uống augmentin trước nhổ 1h và sau đó 6h.

- Trước mổ tim thì kháng sinh tĩnh mạch rồi.

2. Phòng ngừa cơn tím thiếu oxy (phòng ngừa 2)

- Cho Propanolol

- Tránh yt nguy cơ: quấy khóc ...

3. Phòng ngừa chích ngừa đủ (phòng ngừa 3)

- Theo TCMR, nếu có tiền chích thêm cúm

Y lệnh điều trị : Đi lâm sàng coi rõ người ta ghi sao

Cứ coi chẩn đoán sao mà điều trị cho đủ

1. Tiêu chảy cấp: Phác đồ A (ORS và Kẽm)

2. TOF / tắc stent PDA

- Phòng cơn tím bằng Propanolol

- Phòng thiếu sắt

- Thông stent PDA + Aspirin / PT triệt để nếu đủ tiêu chuẩn

Điều trị như thế nào? Tại sao chọn thuốc như vậy?

- Farzincol 70 mg
1v x 2 (u)
- propanolon 40mg
1/5v x 3 (u)
- Sp Ferlin 30mg/5ml
3 ml (u)
- thông tim nong stent pda (+Aspirin) hoặc phẫu thuật triệt để
- Aspirin 81 mg
- 1/2 v (u) lúc no

Bé này 8.7kg: Y lệnh ghi tên trên liều bên dưới xuống hàng vậy đó.

1. Bỏ sung kẽm: (Mức độ chứng cứ I). Trẻ < 6 tháng: 10mg/ngày x 14 ngày. Trẻ ≥ 6 tháng: 20mg/ngày x 14 ngày. 8.5kg thì liều khoảng 170mg/ngày. Khoảng 1v x 2.
2. Propanolol phòng ngừa cơn tím liều 1-6mg/kg chia 3-4 lần. 8.5kg thì liều 3mg là khoảng 24mg → 1/5v x 3(u)
3. Bù sắt: Làm thêm sắt ht và ferritin, nếu thiếu thì bù sắt nguyên tố 4-6mg/kg/ngày. Không thiếu thì vẫn uống liều phòng ngừa. Siro Ferlin. 8.5kg cho theo nhu cầu 2mg là 17mg. Thì khoảng 3ml.
4. Aspirin. Liều 3-5mg/kg/ngày. 8.5kg thì cho 1/2v (uống)

Kế hoạch điều trị lâu dài?

- Đã nói luôn trên phần điều trị

Phòng ngừa?

- Đã nói luôn trên phần điều trị rồi.

Tiên lượng bệnh này như thế nào?

- *Tiên lượng theo chẩn đoán cho không thiếu*
- *Tiên lượng TC cấp thì tốt*
- *Tiên lượng TOF tắc stent: Nếu thông tim hoặc mổ tim thì cũng ổn, có tỷ lệ tử vong vài phần trăm → Nên tiên lượng Trung bình.*