

**CASE CƠN TÍM DO ĐÓNG PDA / HẸP PHỔI  
GIẢNG VIÊN BS TÔN THẮT HOÀNG  
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**



**MỤC TIÊU BÀI HỌC**

1. Nhận biết vấn đề cần cấp cứu
2. Chẩn đoán sơ bộ theo lâm sàng
3. Đề nghị được CLS ngay lúc NV
4. Hướng xử trí cấp cứu phù hợp

## CASE LÂM SÀNG

- Bé gái 7 ngày tuổi nhập viện vì tím
- **BS** : tím từ sau sanh, hiện tại tím nhiều hơn nên mẹ bế bé đến phòng cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng 2
- **Tiền căn** : sanh thường, đủ tháng, chưa phát hiện bất thường lúc mang thai
- **TCTT**: Mạch > 190 lần/phút, nhẹ, SpO2 > 70% tứ chi, HA : 75/40 mmHg Em bú rứt, thở nhanh, phổi thô, âm thổi tâm thu 4/6 vùng đáy tim, gan to 3 cm hạ sườn phải.

## HỎI THÊM KHÁM GÌ ?

### - Bệnh sử

- + Không ho không khò khè
- + 7 ngày bé ăn bú bình thường
- + Nay tím thì đi nhập viện

### - Tiền căn

- + Bé 3.2kg.
- + Khám thai đầy đủ, không ghi nhận gì bất thường
- + Siêu âm không bệnh lý dị tật

### - Khám

- + Da niêm: Tím cả da niêm, tím tứ chi.
- + Sinh hiệu: HA đo ở tay. Không sốt
- + Chi mát, CRT 3s
- + Không có dị tật gì khác: Hở hàm ếch, nhiều ngón tay, cột sống bình thường.
- + Thở nhanh sâu 65l/ph, không co lõm, kh tiếng thở bất thường.
- + Tim mỗm tim, harzer, nảy trước ngực: Mỗm tim đập mạnh LS4 đường trung đòn, harzer âm tính, nảy trước ngực âm tính. T1 T2 đều rõ. Không tiếng bất thường gì khác.

## **TÓM TẮT BỆNH ÁN**

BÉ GÁI 7 NGÀY TUỔI, NV VÌ TÍM:

1. TCCN:

- TÍM NẶNG HƠN THƯỜNG NGÀY
- BÚ KÉM

2. TCTT:

- SPO2 70%
- THỞ NHANH SÂU: 65 LẦN / PHÚT
- CHI MÁT, CRT 3S,
- ATTT 4/6 ĐÁY TIM
- MỎM TIM KLS 4 ĐTĐ TRÁI

3. TIỀN CĂN:

- TÍM TỪ SAU SINH. MẸ KHÔNG ĐỂ Ý NÊN KHÔNG CHO ĐI KHÁM.
- CNLS: 3,2KG. KHÁM THAI BÌNH THƯỜNG. SIÊU ÂM HÌNH THÁI KHÔNG GÌ BẤT THƯỜNG

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

1. Suy hô hấp
2. Sốc
3. TBS tím

## **BIÊN LUẬN**

### **1. Đặt vấn đề**

- SHH và Sốc: Hai cái này liên hệ với nhau
- Suy hô hấp gây sốc được
- Sốc cũng gây suy hô hấp được
- Bn này có thở nhanh, tím thì dĩ nhiên cái đầu tiên là SHH cho tới khi có bằng chứng ngược lại
- BN mạch nhanh nhẹ CRT kéo dài thì đặt được sốc cho tới khi có bằng chứng ngược lại

- Có âm thổi, tím nên đặt được TBS cho tới bằng chứng ngược lại

Phân loại mức độ SHH			
Lâm sàng	Độ 1	Độ 2	Độ 3
Hô hấp	Nhịp thở tăng < 30 % Không co kéo	Nhịp thở tăng 30 - 50% Co kéo cơ hô hấp phụ	Nhịp thở tăng > 50% Thở chậm , không đều , ngưng thở
Tim mạch	Nhịp tim nhanh (±) Huyết áp tăng	Nhịp tim nhanh Huyết áp tăng	Nhịp tim nhanh hay chậm Huyết áp tăng hay giảm
Tri giác	Tỉnh	Kích thích , li bì	Lơ mơ hôn mê
Đáp ứng với oxy	Hồng với khí trời	Tím với khí trời , hồng với oxy	Tím ngay cả khi được cung cấp oxy
PaO <sub>2</sub> với FiO <sub>2</sub> = 21 %	60 – 80	40 – 60	< 40
Đánh giá	Còn bù	Còn bù	Mất bù

## **2. HA 75/40 mmHg**

- HA thì bình thường mà đặt sốc ?

- Sốc trải qua giai đoạn còn bù và mất bù. Khi HA tụt là mất bù. Trong giai đoạn đầu HA chưa tụt vì được bù trừ bởi mạch

- Do đó chẩn đoán sốc dựa vào mạch, giảm tưới máu mô ... chứ không dùng HA để nói sốc.

## **3. Tím khi sanh ? Có đặt luôn TBS tím được không ?**

- (1) Đa hồng cầu: Một số em bé sinh ra có đa hồng cầu. Môi bé sẽ sẫm đi, dễ nhìn nhầm với tím nên cũng có thể là “tím ngay sau sinh”. Tuy nhiên Đa HC sẽ giảm dần theo thời gian.

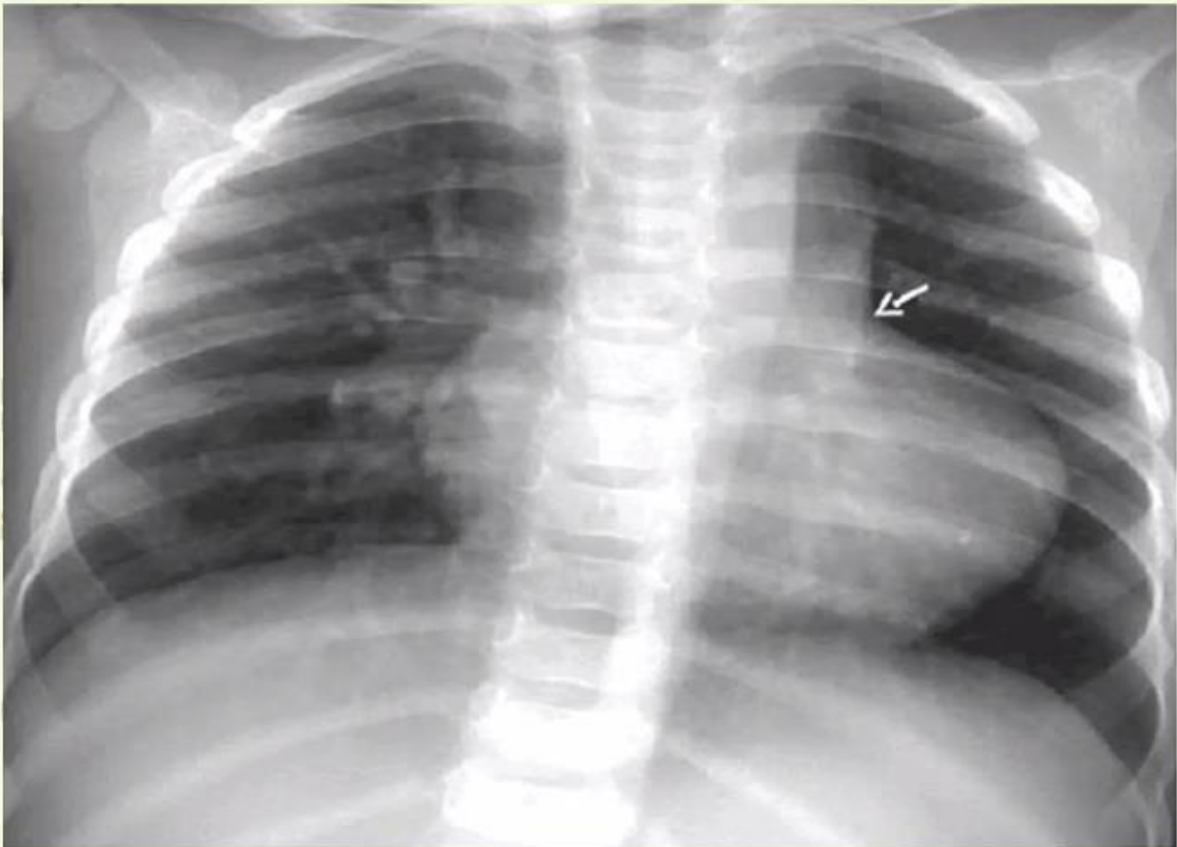
- (2) Methemoglobin: Ngoài ra còn một cái nữa gây tím ngay sau sinh là Methemoglobin → Làm sao loại trừ bn này bị met hemoglobin vì bn có tím ngay từ sau sanh ? Bẩm sinh thường mẹ và bố đều bị. Ba mẹ bình thường nên ít nghĩ.

- Đứa này phải đặt luôn TBS tím vì (1) Tím ngay sau sinh (2) Càng ngày càng tím (3) SpO2 giảm cụ thể là SpO2 70% tứ chi (4) Không có ba mẹ bị Methemoglobin

## Câu hỏi 2 : Những nguyên nhân giảm SpO2 trên bệnh nhân này ?

- 1.
- 2.
- 3.

- Ba vấn đề chúng ta đặt ra đều có thể gây giảm SpO2



- Vì tình trạng tím như trên bé được chụp Xquang khẩn cấp ngay tại khoa cấp cứu
- Lớn thất P: Mỏm tim chéch lên, góc tâm hoành nhọn

- Bờ T Bờ P đều lớn ưu thế. Bờ T ưu thế do lớn thất P rồi. Bờ P ưu thế nghĩ nhiều do lớn nhĩ P. Như vậy ca này có lớn tim bên P.

- Giảm lưu lượng mm phổi

+ Cung đm P xẹp

+ Rốn phổi nhỏ

+ Mạch máu 1/3 trong phế trường T

+ Phế trường T tăng sáng

+ Bên phổi P: MM có vẻ ra được 1/3 giữa và 1/3 ngoài. Chút sẽ giải thích điểm này sau.

- Nói về dấu tăng lưu lượng mm phổi có 4 dấu.

+ Trong 4 cái dấu thì mm ra 1/3 ngoài phế trường là quan trọng nhất

+ Cung đm phổi có thể do dẫn sau hẹp

+ Đm phổi phải lớn có thể nhưng cũng có thể trong dấu cắt cụt ở HC Essermenger (?)

+ Bệnh lý phổi ảnh hưởng nhu mô phổi có thể đọc được rốn phổi đậm.

- Nhu mô phổi ca này không ghi nhận tổn thương

### Câu hỏi 3 : Những chẩn đoán bạn có thể nghĩ đến ?

- 1. Tím: Bn có tím trung ương nhưng chưa thấy tổn thương nhu mô phổi, cũng như những nguyên nhân khác về đường hô hấp nên nghĩ SHH do tim.

- 2. Giảm tuần hoàn phổi:

+ Tăng tuần hoàn phổi thì thường bị khi kháng lực mm phổi giảm 2 tuần sau sanh. khi đó máu sẽ được bơm lên nhiều. Ca này mới 7 ngày. Riêng về thời gian đã không hợp lý

+ Xquang ca này bên trái phổi sáng, mm chỉ 1/3 trong kèm cung đmp xếp rõ ràng cho giảm tuần hoàn phổi. Bên phải thì vẫn có mm ra ngoài 1/3 ngoài phế trường xúu sẽ giải thích.

- 3. Tim nào

+ LS kh có gợi ý. Harzer âm tính. Vì trẻ con ls đôi khi mơ hồ

+ Góc tâm hoành nhọn, mỏm tim ở KLS 4. Rõ ràng đũa này lớn thất P. Đồng thời bờ P khoảng 1/3 bên P gợi ý lớn nhĩ P

- Tăng áp phổi

+ Chứng nào trước đó kh tím giờ tím mới là TAP

+ Còn cái này tím lúc sanh

+ Bây giờ mới có 7 ngày tuổi, chưa đủ thời gian cho TAP

+ Khám P2 không mạnh nên kh nghĩ.

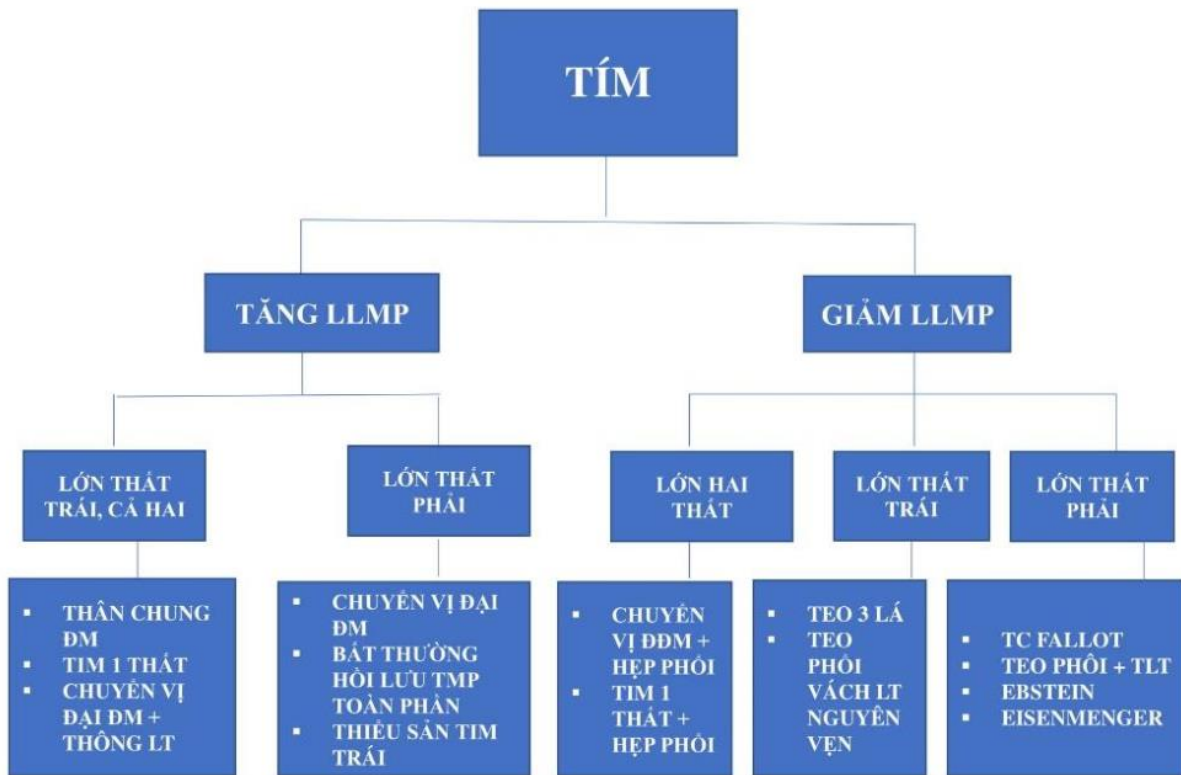
- Tím trung ương, giảm tuần hoàn phổi, không tăng áp phổi lớn thất P → TC Fallot, Teo phổi + TLT, Hẹp phổi nặng, Epstein.

+ (1) Tím trung ương: Shunt P T ở chỗ nào đó

+ (2) Giảm tuần hoàn phổi: Bệnh lý gây hẹp đường ra thất P

+ (3) Lớn ưu thế tim P mắc bệnh gì đó ảnh hưởng bên P thôi: Ảnh hưởng thất P, nhĩ P, van 3 lá, van động mạch P

+ (4) Kh có TAP



**BIÊN LUẬN SHUNT THEO TẦNG**  
**STYLE ANH HOÀNG**  
**(COI LẠI CHƯA HIỂU LẮM ?)**

**1. Shunt tầng nhĩ**

- Giả sử shunt này tầng nhĩ sẽ có: TLN hoặc PFO.
- Ca này cần có thêm hẹp đường ra thất P thì là hẹp phổi. Hẹp phổi làm lớn thất P được phải là Hẹp phổi nặng.
- Ngoài ra còn Ebstein van 3 lá: (Coi lại cái này ?) Thiếu sản thất nhĩ làm nhĩ hóa thất P làm thất phải lớn. Hẹp đường ra thất P có shunt P-T qua tần nhĩ. Cụ thể lớn nhĩ P. Tuy nhiên bệnh này cũng hiếm.

**2. Shunt tầng thất**

- Giả sử shunt tầng thất: TLT. Kèm hẹp đường ra thất P. Vừa TLT vừa hẹp P nên làm lớn thất P.
- TOF là bệnh lý giải thích được.



- Ngoài ra còn có teo phổi kèm TLT (?) Bản chất TOF và Teo phổi kèm TLT là giống nhau, chỉ khác 1 cái hẹp 1 cái teo dm phổi.

### 3. Shunt tăng động mạch

- Shunt PT sẽ có tím chuyên biệt. BN này tím đều tứ chi nên mình kh nghĩ.

### 4. Như vậy tóm tắt những khả năng

- 4 khả năng chính

- + 1. Hẹp phổi nặng
- + 2 Ebstein
- + 3 Teo phổi + TLT
- + 4 TOF

- 5-6-7-8: Ca này cũng có thể còn tồn tại PDA nên sẽ là 8 khả năng (4 khả năng trên kèm với còn hoặc kh còn PDA)

## **NGHĨ CÁI NÀO NHIỀU NHẤT**

- Âm thổi tâm thu 4/6 đáy tim

- Ebstein ít gặp, âm thổi nhỏ của hở 3 lá hoặc hẹp p, cường độ nhỏ

- Teo phổi kèm TLT thường kh nghe amtt, cùng lắm có âm thổi liên tục của pda nhưng cường độ cũng nhỏ

- TOF có amtt của hẹp phổi, hẹp càng nặng, âm thổi càng nhỏ do có đường thoát của TLT kèm theo. Hẹp phổi đơn thuần không có đường thoát tim phải bóp để tống máu qua nhiều nên mới có âm thổi. Như vậy TOF ca này cũng không thỏa

→ BN này âm thổi 4/6 nên khả năng phù hợp nhất là hẹp phổi nặng đơn thuần hoặc kèm PDA.

**Câu hỏi 5 : Cần đề nghị cận lâm sàng gì vào thời điểm nhập viện ?**

- Sốc: CTM, KMDM, LACTATE máu

- X-quang ngực thẳng, ECG, Siêu âm tim
- Đường huyết: Sơ sinh vô sức có nguy cơ hạ đường tăng đường thì phải làm

### **SIÊU ÂM TIM**

- Hẹp phổi
- Kèm PDA gần đóng

**Câu hỏi 4 : Bạn nên xử trí gì tạm thời để giảm bớt tím ?**

**@VUONGYDS**  
**TIẾP CẬN NHI KHOA**  
**DRAFT VERSION**

Một sản phẩm của team  
 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.

**Bệnh nhân của mình**  
**có phải đang bị cơn tím hay không ?**

- Ca này không có cả đk cần và đk đủ

- Điều kiện cần. TBS shunt P-T **lớn**: Ca này shunt tăng nhĩ do hẹp phổi chỉ có TLN, đôi khi chỉ PFO nhỏ thôi.

- Điều kiện đủ: Bé này đang sốc co mạch, tăng kháng lực ngoại biên → Không thỏa.

→ Kh phải là cơn tím. Điều trị như cơn tím là không hợp lý.

### **VẬY BỆNH NHÂN NÀY TÍM** **VÔ SỐC SHH DO CÁI GÌ ?**

- Ca này có lý do gì đó máu kh lên P được ? (1) Tim co bóp kh đủ (2) Tắc đường đi (3) Tăng áp phổi

- Ca này

+ Tim sức co bóp tốt: HA bình thường tưới máu khá ổn. Sốc thì tưới máu ngoại biên có thể giảm nhưng nội tạng vẫn duy trì được

+ Ca này đường đi bình thường thông thoáng vì đã có shunt bù trừ là PDA nhưng bây giờ sau sinh PDA đóng dần lại làm giảm máu lên P gây sốc (sốc tắc nghẽn)

+ Tăng kháng lực phổi: Xquang kh có bệnh lý gì. Cũng kh có TAP đã giải thích ở trên.

- Tóm lại: Sốc tắc nghẽn do tắc PDA / Hẹp phổi nặng + PDA

### **XỬ TRÍ ?**

#### **1. Sốc**

- (1) Nằm đầu thấp

+ Ca này sốc tắc nghẽn chứ không phải sốc do giảm sức co bóp tim nên không cần cho tăng co

+ Cụ thể đưa này kh có phù phổi, bóng tim to, gallop, ran phổi . .gợi ý cho sốc tim vì giảm sức co bóp

+ Thêm một lý do nữa là tăng co như Digoxin có nhiều tác dụng phụ, cần rất thận trọng kh dùng nên càng kh được cho nếu kh có chỉ định. Ví dụ

*Digoxin làm block nhĩ thất làm giảm nhịp tim, rối loạn nhịp tim làm mất đi cơ chế bù trừ của sốc là tăng nhịp tim ...*

- (2) *Lập đường truyền, lấy máu xét nghiệm*
- (3) *Truyền dịch*

## **2. Suy hô hấp thì (2) Hỗ trợ hô hấp:**

- *Tím rồi thì thở oxy lưu lượng cao. Lưu lượng cao tức là từ nguồn oxy nguyên chất không có khí trời. Còn cannula là có khí trời rồi.*
- *Bé dưới 1 tuổi chỉ thở tối đa được 1l/ph. FiO2 tối đa là 65%. FiO2 65% là trong điều kiện lý tưởng, thực tế còn thấp hơn tùy thuộc vào kiểu thở, tần số thở, thể tích khí lưu thông, cân nặng ... của bé.*
- *Bé vô tím, đang nặng tối thiểu phải thở qua mask có túi dự trữ FiO2 100% để cho bé hô hấp tối ưu. Rồi sau đó mới tính những chuyện khác*

## **3. Nguyên nhân PDA đóng**

- *Mở lớn ống động mạch bằng truyền prostagladin.*
- *Nếu không hiệu quả thì đặt stent PDA.*

*Y6 học tới hướng xử trí được rồi.*

## **4. Dự phòng VNTM NT**

- *Mọi TBS cần dự phòng VNTM NT trừ TLN lỗ nhỏ*
- *Vệ sinh răng miệng. ks trước sau nhổ răng ...*

### **Tại sao ca này có shunt tầng đm là PDA nhưng không tím chuyên biệt**

- *Ca này hẹp phổi + PDA*
- *Shunt PT ca này ở tầng nhĩ, nhĩ trái xuống thất trái bơm ra máu kh bão hòa oxy*

- PDA là shunt T P vì lúc nào áp lực hệ thống cao hơn áp lực đm phổi. Vì shunt T P nên kh có tím chuyên biệt. Shunt tăng động mạch nhưng phải là shunt PT mới có tím chuyên biệt.

### **Tiêu chuẩn phân độ trẻ em**

- Theo nguyên tắc: Ở trẻ em <5 tuổi thì thường xài Ross, liên quan tới những gắng sức ở lứa tuổi này. Trẻ lớn hơn 5 tuổi thì có thể dùng NYHA
- Trên thực tế các trẻ TBS ở BV Nhi Đồng dùng chủ yếu là ROSS (coi lại cái này?)

CẢM ƠN CÁC BẠN RẤT NHIỀU

