CBL TIM BẨM SINH 1.1- anh Quý

Graphical user interface

Description automatically generated with medium confidence

TBS không phải là thường gặp so với tiêu hóa, hô hấp nhưng nó rất quán trọng vì vẫn là gánh nặng lớn đối với y tế việt nam, ảnh hưởng đến tính mạnh bệnh nhân rất là nhiều, việc mình chẩn đoán đúng, kịp thời thì giúp bn rất là nhiều. Có nhiều bn chỉ cần chẩn đoán sớm, mình can thiệp là trẻ sẽ về bình thường, đó là điều hay ở tbs trẻ em so với người lớn.

Graphical user interface, text

Description automatically generated

Có 4 mục tiêu

Quan trọng là mục tiêu thứ 2 và 3.

Text, letter

Description automatically generated



Những bất thường:

* Thở mệt, thở nặng nhọc hơn bthg, thở mệt từ 2 tháng tuổi (thở mệt thường xuyên, coi chừng đó không phải là bệnh hô hấp đơn thuần do không có bệnh hô hấp nào mà gây thơ mệt hoài, thật ra cũng có nhưng đó là các bệnh về bất thường đường thở bẩm sinh nhưng mà bệnh hô hấp cấp tính như viêm phổi, vtpq thì không giải thích được chuyện đó). Ca này thở co lõm ngực thường xuyên ngoài ra không có các triệu chứng hô hấp khác, chỉ có kèm theo bú kém ọc sữa -> cần khai thác gì thêm?

Cần khai thác thêm: ( nvien y te siêu âm tim thai được ít lắm)

* Phải hỏi thêm về chậm phát triển thể chất, do tbs thì tiêu thụ năng lượng nhiều mà hấp thu kém
* Từng bị viêm phổi lần nào chưa? Có lần nào phải nhập viện chưa? Có đáp ứng với kháng sinh hay không, nằm ở khoa hô hấp vẫn phải khám tim đầy đủ?
* Trước giờ bé có tím hay không? Tím lúc nào, tím ntn?
* Hỏi kĩ về trchung hô hấp: khò khè, ho?
* 4 nhóm nguyên nhân gây thở mệt Thường xuyên là: tim mạch, hô hấp, chuyển hóa, thần kinh-cơ
* Định hướng nguyên nhân:

A picture containing text

Description automatically generated

Khám coi có tím hay không nên không che mắt được chứ phải che đó  
Bé này thở nhanh, co lõm ngực, gầy go, ốm nhôm ốm teo da nhăn nheo, ngực trái có ổ đập bất thường không theo thì hô hấp.

Text, letter

Description automatically generated  


Xác định vấn đề của BN:

* Tim bẩm sinh
* Suy tim ( bú mệt, chậm tăng trưởng,…..)
* Suy dinh dưỡng

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

5 bước tiếp cận TBS:

* Có tím hay không?
* Tăng lưu lượng máu lên phổi hay không?
* Tim nào bị ảnh hưởng?
* Có TAP hay không?
* Tật tim là gì?

4 bước đầu quan trọng, không dựa vô âm thổi để chẩn đoán được, do tiếng tim có thể bị lầm lẫn ở trẻ em.

Diagram

Description automatically generated

Khám ở đâu để biết không tím: khám da niêm, đầu chi, niêm mạch giường móng  
ý nghĩa của việc không TÍM: KHÔNG CÓ SHUNT P-T ( phải hiểu rộng ra bên phải là có tm hệ thống, đm phổi; bên trái cũng hiểu tương tự)

A picture containing graphical user interface

Description automatically generated

Tăng lưu lượng máu lên phổi:

* Lâm sàng: quan trọng là thở nhanh, co lõm ngực thường xuyên. Tiền căn viêm phổi tái đi tái lại thì có thì tốt, nếu nó nhập viện lần đầu thì đâu dựa vô được. ran ẩm này có thể do tăng lưu lượng máu lên phổi, có thể do nhiễm trùng hô hấp, ngoài ra có thể ran rít ngáy
* CLS: xquang: đánh giá được kiểu tuần hoàn phổi tăng hay giảm? Ở ca này:
  + Rốn phổi tăng đậm độ: đậm là chiếm 2 khoảng LS trở lên, bình thường là cỡ 1-1,5 thôi. Rốn phổi là tận cùng của phế quản chính T và P
  + Mạch máu lên đỉnh phổi và đi ra 1/3 ngoài 2 phế trường.

Diagram

Description automatically generated

Muốn hiểu cơ chế vì sao Qp tăng lại rút lõm ngực, khò khè, phổi ran ẩm ngáy.  
Tăng lưu lượng theo đường động mạch phổi: đm phổi giãn ra, gây chèn ép lên phế quản phân thùy, ngoại biên, đè vô đường thở.   
Ngoài ra còn 1 giả thuyết nữa ( theory A), đường thở bị phù mô kẽ gây hẹp long phế quản-> cái tắc nghẽn này nó khác cơ chế với bệnh hô hấp, đâu có phun khí dung được :3

Graphical user interface, text, application, email

Description automatically generated

Tim nào bị ảnh hưởng? T hay P, dày hay giãn.

* Khám harzer: ngón cái nằm ở mũi kiếm xương ức, thất phải dãn thì nó dãn từ trên xuống dưới. Nếu phì đại thất phải thì hazer có thể âm tính nha
* CLS: xquang phổi, ecg (siêu âm tim là cao cấp, là cuối cùng rồi)  
  Xquang: cho biết có lớn cung, lớn bờ, kiểu tuần hoàn phổi

Diagram

Description automatically generated

Bờ phải lớn hơn ¼ rồi:  
Chỉ số tim lồng ngực:   
Mỏm tim chếch xuống: lớn thất trái.   
Dấu bờ đôi: lớn nhĩ trái

A picture containing timeline

Description automatically generated  
P/V1: Lớn nhĩ trái vì pha âm 2 ô àPhù hợp lớn nhĩ trái  
P/DII: Ko lớn nhĩ phải biên độ P 2mm <3 àKhông tương hợp vs X quang (Xquang có   
lớn bờ phải có thể do lớn thất phải chứ ko phải lớn nhĩ phải), lỗi kĩ thuật lúc nào cũng xét sau cùng nha.   
P/PR   
R/V1 = 10mm so với gh 10(19)  
R/V2=12mm so với gh 20(31)  
S/V5 = 22 mm > 7(16)S/V6 = 12 mm > 3 (9)à Lớn thất phải  
R/V5 + S/V1 = 35 + 3= 38mm Sokolov  
R/V5 = 35mm > 20(33)R/V6= 12mm  
à Lớn thất trái

Graphical user interface, text, application, email

Description automatically generated

Có TAP không?

* LS: T2 mạnh, đanh: trchung đặc hiệu luôn.

TAP trên lâm sàng có 3 gdoan ( 6 gdoan là 6 gd tổn thương mạch máu phổi):

* Gđ 1: KL mmp < KL hệ thống : shunt T-P
* Gđ 2: Tím khi gắng sức, bú quấy khóc đi tiêu có tím không?
* Gđ 3: Shunt P-T hằng định, lúc nào cũng tím.

Diagram

Description automatically generated

Bình thường: Qp=Qs. BN này thì Qp>Qs -> có shunt T-P

Shunt T-P có cái tật tim thông thường như hình dưới:

* Thông liên nhĩ: không ảnh hưởng tim trái, chỉ tăng gánh thể tích tim P thôi

Các tật tim mà ảnh hưởng 2 thất, không tím, có TAP:

* Còn odm: âm thổi liên tục (đó là lí thuyết), chứ bệnh nhân này thì có TAP rồi nên chênh áp thì tâm thu ở mm phổi và hệ thống sẽ không còn chênh lệnh nữa, nên codm mà có TAP thì chỉ có âm thổi tâm thu thôi và nằm ở dưới đòn hoặc KLS 2 bờ T; ca này kls 3,4 nên không phù hợp
* Thông liên thất: phù hợp nhất, có lan nan hoa nữa. Tâm trương ở ca này là do hở van động mạch phổi.
* Kênh nhĩ thất: đó là tật tim khuyết khuyết vách liên nhĩ, khiếm khuyết vách liên thất và bất thường van nhĩ thất (van 2,3 lá). Những đứa đó sẽ có âm thổi của hở 2,3 lá kèm theo và tấn suất thấp hơn thông liên thất.

Diagram

Description automatically generated

Sinh lý bệnh: TLT thì máu sẽ đi từ thất T sang thất P, máu lên phổi nhiều làm dãn dmp, tăng áp phổi sau đó sẽ qua tm phổi rồi đổ về nhĩ trái làm tăng lưu lượng về nhĩ trái nên dãn nhĩ trái (lớn nhĩ trái), sau đó từ nhĩ trái sẽ xuống thất trái làm thất trái bị tăng gánh tâm trương thất trái (dãn thất trái). Thời gian sau thì kháng lực mm phổi tăng lên, thì thất P bị tăng gánh áp lực nên nó bị phì đại rồi dãn ra luôn, sau đó nữa thì kháng lực mạch máu phổi > kháng lực mạch máu hệ thống thì Eisenmenger gây tím luôn. Mỗi BN TBS sẽ đến với mình ở các giai đoạn khác nhau nên phải nắm sinh lý bệnh.

A picture containing text, acarine

Description automatically generated

Không phải ai cũng làm siêu âm tim được, nó không phải công cụ hang đầu, luôn phải cần lâm sàng, siêu âm không cho biết diễn tiến lâm sàng để quyết định điều trị.   
Đường kính lỗ thông có thể được so sánh vơi đkinh đmc

A screenshot of a computer

Description automatically generated with low confidence

Graphical user interface, website

Description automatically generated

Đây là mặt cắt 4 buồng, nhĩ trái thất trái đều giãn. Siêu âm sẽ thấy chiều chênh áp, đánh giá lỗ thông. Phần này anh nói thêm nhiều cái lắm tui nghe chưa hiểu 😊

Table

Description automatically generated

Ca này có suy tim, có tăng áp phổi. Ca này chẩn đoán suy tim dựa vô thở nhanh, giám khả năng gắng sức (đặc hiệu), coi cử bú có ngất quãng, có mệt hay không; chậm tăng trưởng suy dinh dưỡng chỉ là hậu quả của suy tim thôi. Về triệu chứng thực thể thì có sung huyết phổi, chứng tỏ tim co bóp không tốt gián tiếp, hoặc ra bn có vã mồ hôi (trchung giảm cung lượng tim) ( khi suy tim sẽ kích hoạt hệ RAA thì bn sẽ co mạch). Đã có suy tim rồi thì mới đánh điểm Ross cải biên?? (anh nói ý này hơi kì)

LƯU Ý: khám thấy buồng thất dãn không được kết luận suy tim, suy tim là phải tìm các triệu chứng của giảm cung lượng tim và sung huyết phổi. Bảng ross này đi thi thì được xài nha, không có ép phải thuộc lòng, ecg cũng vậy.

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Đây là ross cũ

CN/CD: suy dinh dưỡng cấp , ca này <-2 là sdd cấp nhẹ. Nhớ học nha do đây là nhi khoa tổng quát, tải app Ped(z) đi. Phải hiệu chỉnh theo BSA để ra Z-score.

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated with medium confidence

Phải hiểu cơ chế bệnh sinh để cho thuốc phù hợp chứ không phải BN TLT nào cũng cho thuốc như nhau hết là không được. Phải biết khi nào cần cho digoxin, giãn mạch, lợi tiểu.

Ở trẻ em, yếu tố thúc đẩy hàng đầu là nhiễm trùng (cụ thể ở đây là viêm phổi, viêm phổi ở nhũ nhi thì triệu chứng không có đặc hiệu nên phải hỏi bệnh đầy đủ và chụp xquang; nhiều khi em bé nó ho mấy cái à mà chụp phim ra là tổn thương phổi nhiều rồi). Ngoài ra còn có cái yếu tố khác thúc đẩy nữa là thiếu máu, rối loạn nhịp (buồng tim dãn có thẻ có rl nhịp nhĩ, rung nhĩ)

Ảnh hưởng thất: tăng gánh tâm trương thất trái, 1 hồi sẽ suy chức năng tâm thu (định luật Frank Starling)

Cuối cùng là suy chức năng tâm thu 2 thất nhưng cơ chế ban đầu là khác nhau, ban đầu thì thất trái tăng gánh trương, suy chức năng thu. Còn thất phải thì tăng gánh tâm thu do tăng kháng lực mm phổi, dẫn đến thất phải là suy chức năng trương trước rồi sau đó mới thu.

LƯU Ý LÀ SUY DINH DƯỠNG LÀ HỆ QUẢ CỦA SUY TIM CHỨ KHÔNG PHẢI LÀ Yếu tốt thúc đẩy SUY TIM NHA.

Diagram

Description automatically generated

Chart

Description automatically generated

Hình chữ nhật màu cam: khi tăng tiền tải thì vẫn tăng co bóp. Khi đến hình xanh thì là suy chức năng tâm thu rồi  
Triệu chứng nhạy nhất của bệnh nhân suy tim là thấy nhịp tim nhanh lên, đó là dấu hiệu gián tiếp cho thấy SV bdau giảm. (sơ sinh 180 nhanh, nhũ nhi là 160 nhanh)

A picture containing text

Description automatically generated

Diagram

Description automatically generated

BN này có triệu chứng của sung huyết phổi: ran ẩm, xquang có tăng tuần hoàn phổi (anh nói có khò khè do tim thì có đáp ứng lợi tiểu) => xài lợi tiểu

Ca này cần digoxin không? Nhịp tim nhanh (trung thực nhất), vã mồ hôi (ko đặc hiệu nha) => ca này có chỉ định xài digoxin

UCMC: giảm hậu tải thất trái. Lưu lượng qua luồng thông phụ thuộc kích thước lỗ thông và chênh lệch ngoại biên và hệ phổi. Khi cho ucmc thì sẽ giảm bớt chênh áp ngoại biên và phổi nên sẽ làm giảm bớt lưu lượng và luồng thông. Ngoài ra thì UCMC còn ngăn cản qua trình tái cấu trúc cơ tim, ucmc có 3 cơ chế có lợi trong suy tim. => bn này có chỉ định xài ucmc

Ức chế beta làm cải thiện tiêu thụ oxy ở suy tim ngưởi lớn.

BN này có chỉ định phẫu thuật đóng lỗ thông luôn rồi, điều trị nội là điều trị triệu chứng thôi.

Graphical user interface, text, application

Description automatically generatedCòn Ống động mạch thì hạn chế cho ACEI

Thât phải khi tăng gánh tâm thu thì có thể dày và dãn luôn nên ca này dù thất phải tăng gánh tâm thu nhưng khám harzer vẫn có thể dương tính được

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated  
Mấy bạn hỏi ca này, anh nói là chọn GERD. Đứa bn này có nhiều yếu tố thuận lợi để bị gerd như là thở co lõm thường xuyên, vận động cơ hoành nhiều có thể chèn ép dạ dày nên bn tbs dễ trào ngược là vậy

UCMC trong shunt P-T: phải trả lời câu hỏi là cái shunt PT này có phụ thuộc khang lực hệ thống hay không? Tùy tình huống, còn coi coi có chỉ định hay không nữa.