

**CASE TBS KHÔNG TÍM SUY TIM MẮT BÙ  
GIẢNG VIÊN BS HOÀNG QUỐC TƯỜNG  
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

## **TRÌNH CASE LÂM SÀNG**

---

A 4-week-old female infant presents with a 1-week history of increased work of breathing, nasal flaring, coughing, feeding difficulties, and excessive diaphoresis.

Her past medical history is unremarkable. She was born at full term with no perinatal complications.

Physical exam reveals heart rate of 166 bpm, blood pressure of 88/56 mmHg, respiratory rate of 66 breaths per minute, and oxygen saturation of 94% on room air. The infant is in mild respiratory distress with occasional subcostal retractions. The chest examination reveals normal vesicular breath sounds bilaterally with fine crackles at the bases. Auscultation reveals holosystolic murmur at the cardiac apex. The liver edge is palpated at 2 cm below the right costal margin. The capillary refill is prolonged.

### **TÓM TẮT BỆNH ÁN QUA KHÁM BAN ĐẦU**

Bệnh nhân nữ 4 tuần tuổi khám vì khó thở. **Bệnh 1 tuần**. Qua hỏi bệnh và thăm khám ban đầu ghi nhận

- TCCN: Tăng công thở, phập phồng cánh mũi, ho, bú kém, vã mồ hôi nhiều
- TCTT: Nhịp tim 166 nhịp trên phút. HA 88/56mmHg. Nhịp thở 66l/ph. SpO2 94% với khí trời. Bé có tình trạng khó thở cấp mức độ trung bình với vài đợt co lõm lồng ngực trong thời gian thăm khám. Khám ngực ghi nhận ran nổ ở vùng đáy phổi cả hai bên. Âm thổi toàn tâm thu vùng mỏm tim. Gan 2cm dưới bờ sườn Phải. Thời gian đổ đầy máu mao mạch (CRT) kéo dài.
- TC: Chưa ghi nhận bất thường. Sinh đủ tháng, không có biến cố chu sinh.

## **1. ĐẶT VẤN ĐỀ TRÊN BỆNH NHÂN**

## **2. 2. BIỆN LUẬN (2Đ)**

## **3. XỬ TRÍ (ĐIỀU TRỊ VÀ CLS**

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

1. Suy hô hấp nặng

2. Sốc

3. Nhiễm trùng hô hấp dưới

4. TBS

Nguyên tắc đặt vấn đề

- Đặt theo nguy cấp ABC

- Suy hô hấp nặng sốc tim là đầu tiên vì nguy cấp cần cấp cứu ngay. Theo ABC đặt suy hô hấp lên trên sốc. Đồng thời shh cũng nặng hơn. Nếu sốc nặng shh nhẹ thì đặt sốc lên trên.

- *Sốc tim hay NT*

+ *Nghĩ sốc do nt thì đặt nhiễm trùng hô hấp dưới lên (cấp tính). Khi này tbs là vấn đề nền mạn tính của bệnh nhân nên đặt sau.*

+ *Nghĩ sốc tim thì đặt TBS lên trên NT hô hấp.*

### **1. Ca này có shh không ?**

- *SHH dựa vào (1) Tri giác (2) Hô hấp (3) Tuần hoàn (4) SpO2 – KMDM*

- *Thở nhanh co lõm phập phồng cánh mũi → SHH nặng rồi*

- *Ca này SpO2 94% là không có tím. Hãy chú ý BN này có CRT kéo dài. Đây là thông số gây nhiễu cho SpO2.*

### **2. Sốc ?**

- *CRT kéo dài làm giảm cung lượng tim rồi*

- *Giờ sốc do cái gì ?*

### **3. Nhiễm trùng hô hấp dưới ?**

- *Thở nhanh*

- *Ho*

- *Ran nổ*

### **4. TBS**

- *Biểu hiện tại tim: Âm thổi liên tục mở tim*

- *Biểu hiện ngoài tim: Hô hấp ...*

## **TỪ NHỮNG VẤN ĐỀ TRÊN CẦN HỎI THÊM KHÁM THÊM GÌ**

- Tiếp cận ban đầu ra sốc Suy hô hấp rồi. Nghi ngờ do Sốc NT hoặc Sốc tim. Bây giờ sẽ hỏi bệnh và khám thêm để định hướng những vấn đề này.
- Riêng tiếp cận TBS cần đi đủ 5 bước anh đã dạy.

### **HỎI THÊM**

#### **- Bệnh sử tim mạch**

- + TC lúc sinh được chẩn đoán cái gì
- + Triệu chứng tại tim và ngoài tim

#### **- Bệnh sử hô hấp**

- + Ho đàm hay không
- + Sốt hay không ....

### **KHÁM THÊM CÁI GÌ** **(KHÁM TIM NHÌN SỜ NGHE)**

#### **1. Nhìn theo hệ thống**

- Từ trên xuống dưới.
- Mặt có dị hình không: Down, hở hàm ếch
- Cổ có tmc kh: 4 tuần tuổi thì kh có rồi
- LN biến dạng gì kh, vết mổ kh
- Bụng chương
- Sau đó mới da niêm tím tái, ngón tay dùi trống.

#### **2. Sờ**

- Sờ mạch, trong đây chỉ ghi CRT kéo dài. Mạch giúp gợi ý có ảnh hưởng tới M, HA chưa

- LN mở mồm tim, dấu lớn tim. Giả sử mồm tim lệch ra ngoài (lớn tim trái)
- Gan to 2cm dưới hạ sườn rồi
- Sờ cột sống vì đa phần dị tật bs kèm dị tật cột sống

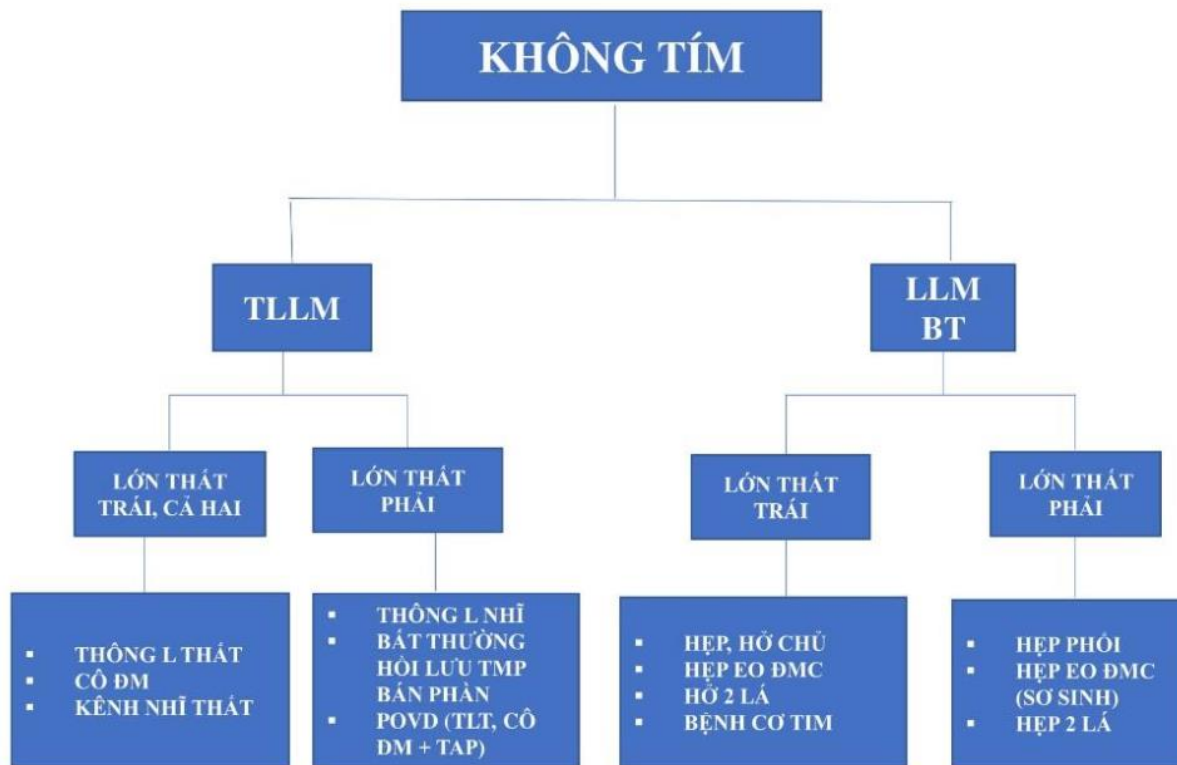
### 3. Nghe

- Nhịp tim có rồi.
- T2 T2 phải nghe kỹ, coi có đánh mạnh. Anh giả định T2 mạnh là có tăng áp phổi. Nếu có thì giai đoạn nào ?
- + Bn này kh có tím khi gắng sức
- + TAP nặng do tăng kháng lực thì thường >3 tháng tuổi
- + TAP nặng sẽ có dấu thất P
- + Như vậy kh có dấu hiệu TAP do tăng kháng lực
- Giai đoạn 1 tăng lưu lượng máu lên phổi thôi

### TIẾP CẬN TIM BẨM SINH 5 BƯỚC

Sau hỏi khám thì tiếp cận đủ 5 bước này

- Tím
- Tăng lưu lượng máu
- Tăng áp phổi
- Tim nào
- Tật tim ở đâu: Cần phối hợp cả LS và CLS (Xquang ECG và siêu âm tim nếu cần thiết)



*Tóm lại từ trên tới giờ trả lời được 4 câu rồi. Không tím, tăng lưu lượng mạch máu phổi, tăng áp phổi giai đoạn 1, lớn thất trái.*

*ATTT toàn tâm thu ở mỏm tim gợi ý cho một cái hở van nhĩ thất (?), cả ba đều có thể xảy ra:*

- Thông liên thất:
- Còn ống đm:
- Kênh nhĩ thất toàn phần: Bộ máy van chung gây hở van nhĩ thất cũng có tiếng thổi này.

### CẬN LÂM SÀNG

- Mục này tự nghĩ, anh chưa sửa. Anh vô luôn Xquang ECG
- Chẩn đoán xác định:

- + Bệnh tim Xquang, ECG
- + NT hô hấp dưới CTM, CRP
- Điều trị: Men gan, chức năng thận, ion đồ (cho chỉ định dùng digoxin nếu cần sau này), đường huyết (bù kém)

### **KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG**

Electrocardiography shows sinus rhythm with superior QRS axis ( $-90^\circ$ ) and RVH voltage criteria. Chest X-ray shows a prominent cardiac silhouette and an increase in pulmonary vascular markings, suggestive of increased pulmonary blood flow.

### **4. CẬN DỮ KIẾN GÌ TRÊN SIÊU ÂM TIM ?**

- ECG: Nhịp xoang, trục tim lệch trái và lớn thất phải theo tiêu chuẩn điện thế
- Xquang: Bóng tim lớn, tăng lưu lượng mm phổi

### **NHÂN ĐỊNH GÌ ?**

- Khám lớn tim trái. Ecg lại là lớn thất P + trục lệch trái. Thì gợi ý lớn cả hai thất rồi đó.
- Bây giờ tiếp cận 5 bước sẽ là: Không tím, tăng lưu lượng mạch máu phổi, tăng áp phổi giai đoạn 1, lớn thất trái và phải.
- Nếu còn PDA: Muốn ảnh hưởng thất phải
  - + PDA gốc là shunt Trái sang Phải
  - + Khi nào **tăng kháng lực phổi (TAP nặng)** mới ảnh hưởng thất P
  - + Ca này mới TAP giai đoạn 1, mới tăng lưu lượng, chưa có thay đổi kháng lực phổi nên ít nghi PDA rồi
- Thông liên thất sẽ ảnh hưởng thất P trong 3 th sau

- + (1) TLT lỗ lớn
  - + Hoặc (2) TLT đã có tăng kháng lực phổi. Cái này qua biện luận trên ít nghĩ rồi.
  - + Hoặc (3) TLT kèm bệnh lý gây ảnh hưởng thất P như thông liên nhĩ hoặc hẹp phổi. Trên LS không loại được TLN nhưng loại được hẹp phổi. Bởi vì hẹp phổi ở bn TLT là cơ chế bảo vệ, nếu có hẹp phổi kèm thép máu lên phổi ít thì bé sẽ không có TAP, kh bị suy tim biểu hiện qua lớn thất như ở ca này.
- Kết luận lại: Còn (1) TLN lỗ lớn (2) TLT kèm TLN trong bệnh cảnh kênh nhĩ thất**

- 2 chẩn đoán này có phù hợp với bệnh cảnh 4 tuần tuổi vô suy tim không ?

- + Chỗ này không rõ lắm.
- Khái niệm Suy tim mất bù
  - + Ngày xưa dùng khái niệm (1) suy tim cấp hoặc (2) suy tim mạn kèm yếu tố thúc đẩy đợt cấp
  - + **Bây giờ thì thích gọi là suy tim mất bù hơn.**

## **CHẨN ĐOÁN HIỆN TẠI**

### **1. Chẩn đoán sơ bộ:**

- Sốc tim do Thông liên thất yttđ là viêm phổi

### **2. Chẩn đoán phân biệt:**

- Sốc tim / Kênh nhĩ thất toàn phần với yttđ viêm phổi

### **3. Sốc nhiễm trùng / TBS + Viêm phổi**

Suy tim ở ca này chưa cần phân độ vì cái này đang mất bù cấp. Phân độ là phân độ cho suy tim mạn

### **4. Đề nghị thêm siêu âm**

- Với ls và ecg quang chưa phân biệt được rõ tật tim là TLT hay Kênh nhĩ thất nên cần làm thêm siêu âm tim



## **SIÊU ÂM TÌM CÁI GÌ**

- Cần tìm 3 cái (1) xác định bệnh (2) sức co bóp vì CRT kéo dài gợi ý giảm tưới máu rồi (3) Tiền tải vì sẽ cần bù dịch sau đó.

- (1) Phải chẩn đoán xác định

+ Có TLT hay kênh nhĩ thất

+ Nếu là TLT cần đánh giá: Vị trí lỗ thông, kích thước, lưu lượng shunt, chiều shunt, áp lực phổi

+ Để chẩn đoán xác định Kênh nhĩ thất **cần đủ combo 3 cái này**: Bộ máy van chung + TLT phần nhận + TLN nguyên phát

+ Đánh giá hậu quả của các tật trên: Suy tim, hở van ...

-(2) Nếu là sốc tim thì đánh giá chức năng co bóp

- (3) Sốc nt thì thường cần bù dịch → Đánh giá tiền tải. Bù dịch trên TBS rất quan trọng. Cần đánh giá tiền tải để chọn chiến lược bù cho phù hợp

+ TMC trên TMC dưới

+ TMC trên có bị xẹp, thay đổi theo hô hấp kh

-(4) Các tổn thương đi kèm khác

An echocardiogram is performed and shows a large primum ASD, inlet type VSD, and a balanced common AV canal defect with dilated right atrium and ventricle with moderate left AV valve regurgitation. This is consistent with common AV canal defect.

## **5. QUYẾT ĐỊNH LÀM GÌ TIẾP THEO?**

# @VUONGYDS

## TIẾP CẬN NHỊ 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.

### KẾT QUẢ SIÊU ÂM

#### *1. Chẩn đoán xác định:*

*- Đủ combo 3 tiêu chuẩn của kênh nhĩ thất*

- + (1) Thông liên nhĩ lỗ lớn nguyên phát*
- + (2) Thông liên thất phần nhận*
- + (3) Bộ máy van chung*

*- Hậu quả*

- + Lớn nhĩ P lớn thất P*
- + Hở van nhĩ thất mức độ trung bình.*

*2. Sức co bóp tim: Chưa ghi nhận*

*3. Tiền tải: Chưa ghi nhận*

*4. Tổn thương đi kèm: Chưa ghi nhận*

## **XỬ TRÍ BAN ĐẦU**

### **1. Shh: Thở oxy**

### **2. Suy tim mất bù**

- Đã có giảm cung lượng tim thì dùng thuốc tăng sức co bóp cơ tim.
  - Để chọn thuốc gì thì cần đánh giá cả 3 yếu tố này (1) Tiền tải (2) Hậu tải (3) Sức co bóp cơ tim thì mới biết chọn thuốc gì.
  - + Ca này chọn Dobutamin vì HA còn bình thường. Nếu có tụt HA thì mình dùng Digoxin (Xưa học nội nhớ vậy ?)
  - + Digoxin có thể ngộ độc. Cần đủ ECG, ion đồ, toan hóa này kia ... kh có chống chỉ định mới xài. Nên ca này vẫn ưu tiên Doputamin.
- Phù phổi cấp thì có thể dùng lợi tiểu chích. Ca này thì không cần vì Xquang kh có phù phổi cấp.
- Khi nó ổn rồi thì dùng lợi tiểu ACE trong phác đồ điều trị suy tim mạn được. Khi nào nó ổn định ? CRT về bình thường, HA ổn, mạch rõ. Ca này đang cấp tính, CRT kéo dài gợi ý giảm tưới máu, thì tăng co là ưu tiên. Chưa dùng lợi tiểu ACE gì, khi nào ổn thì dùng.
- TBS vô mất bù cần xử trí như sốc tim ngay lập tức cho tới khi có chẩn đoán loại trừ sốc tim mà là sốc nhiễm trùng. Kh đợi cận lâm sàng về mới xử trí, Dobutamin ngay lập tức.

### **3. Kênh nhĩ thất**

- Khi đã chẩn đoán Kênh nhĩ thất toàn phần cần xử trí phẫu thuật vì nó sẽ gây suy tim sớm trước 6 tháng tuổi.

## **TÓM LẠI BÀI NÀY LÀ** **TIẾP CÁN SUY TIM**

Cần trả lời những câu hỏi sau:

1. Có suy tim không
2. Suy tâm thu tâm trương hay cả hai
3. Do nguyên nhân gì
4. Hiện tại có mất bù không

5. YTTD là gì

**TRONG CA NÀY**

1. Có suy tim không: Có suy tim

2. Suy tâm thu tâm trương hay cả hai: Chưa rõ, không nhớ anh có nói không (?)

3. Do nguyên nhân gì: Kênh nhĩ thất

4. Hiện tại có mất bù không: Đang mất bù hay sốc tim

5. YTTD là gì: Viêm phổi. Thực tế ca này nguồn gốc sâu xa là kháng lực giảm, máu lên p nhiều thì nó nhiễm trùng.