TRÌNH BỆNH TBS TÍM BS QUÝ

1. Bé tím từ lúc sinh là từ lúc nào cụ thể? Hoành cảnh tím

* Tím sơ sinh:
  + SHH vẫn thường nhất (bệnh màng trong sớm trong 24h, VP SS, cơn thở nhanh thoáng qua...)
  + TBS
    - Tím lúc mấy ngày tuổi
    - Lúc khóc, khi bú => có lq gắng sức
    - Chuyển từ dũ sang nhi đồng 2 => SHH sơ sinh k

Nếu loại tím hô hấp rồi thì nghĩ TBS

1. NV lần này, quan tâm gì?

* Có tím k?
* Tr chứng hô hấp
* Trên 1 bé có TBS, vô vì tím thì tím có thể do tim, có thể do VP VTPQ ...
* SpO2 <94% => tím TW (dưới 80 tím rõ, dưới 75% là tím nặng)
  + Tím nặng cần quan tâm
    - Tri giác: nếu bất thường => CC
    - Kiểu thở tần số thở
      * Bé này >40 l/p là nhanh
      * Thở nhanh do hh: co lõm ngực, co kéo cơ hh phụ
      * Thở nhanh do tim: thở nhanh sâu (giảm oxy => toan ch, kiềm hh bù => thở nhanh sâu thải co2)
    - Nghe phổi:
      * Hô hấp: VP thì ran âm nổ, VTPQ ran rít ran ngáy
      * Tim: giảm tuần hoàn phổi nên thường k ran

1. Tiền căn

* Tiền sản: siêu âm tim thai tầm soát TBS tốt nhất 20-24w bởi bs có kinh nghiệm SA tim thai, khi BN yêu cầu hoặc test tầm soát TCN I bất thường. Giúp lên KH sau sinh (VD k van ĐMP thì sau sinh truyền PGE1, k cho oxy quá tích cực rồi chuyển cơ sở chuyên sâu)
* Khởi phát tím, diễn tiến tím sau đó, có tăng dần gợi ý hẹp tiến triển cần can thiệp

1. Khám

* Bé quấy: do sợ, do bé sốt,... hạ sốt rồi mới đánh giá lại tri giác
* Tím TW; phải khám giường móng xem có tím đen; niêm mạc mắt bé nếu bị đa hồng cầu sẽ thấy niêm đỏ sậm => tím mạn nhưng niêm đỏ sậm => biến chứng đa hồng cầu)
* T1 T2: T2 mạnh (TAP) nghe rõ ở mỏm, T2 mờ (hẹp đường thoát thất P) nghe rõ ở đáy
* ATTT trước tim, nghe rõ nhất KLS 2 3 bờ T, lan bờ phải xương ức, dạng phụt, 3/6, âm sắc cao

1. Tóm tắt BA

* TCCN: ghi cả diễn tiến sau NV
* TCTT ghi cái bất thường
* Tiền căn
  + Tím sau sinh, diễn tiến
  + TBS
  + Chậm vận động.

1. ĐVD

* Tiêu chảy cấp k mất nước
* HC NTHHD
* TBS tím
* SDD cấp nặng, mạn TB
* Chậm phát triển vận động

1. Chẩn đoán sơ bộ

* Nghĩ tiêu chảy vi khuẩn là triệu chứng của VP (tiêu chảy sau ho sốt) thì ghi VP trước
* VP BV.... Tiêu chảy cấp k mất nước....

1. Tiếp cận TBS

* Có tím: LS tím da niêm giường móng Spo2 78%=> tím TW. Tím rõ k cần CTM hay KMDM nữa
  + KMDM chỉ giúp phân biệt tím do tim hay do phổi
  + Tím do tim
    - Tím từ sơ sinh
    - Tím cả khi k bệnh hô hấp
    - Khám tim bất thường
    - Đợt này tím nhiều: hô hấp chồng lên hay chỉ do tim
  + Bé này
    - Tím lúc NV k có tr chứng hô hấp
    - Spo2 k cải thiện với oxy (thở oxy hay k cũng y chang)
      * + Nghĩ tím do tim => shunt P-T
        + NP hay TP?

NP: tím sau sinh

TP:

T/căn: giai đoạn tăng lưu lượng: bé thở nhanh co lõm thường xuyên, NTHH tái lại, rồi gần đây mới tím

Thời gian: PDA tím sớm hơn shunt trong tim và tím chuyên biệt thôi

Khám: TAP: T2 mạnh

* Tuần hoàn phổi:
  + Tăng thì có LS
  + Chứ giảm thì mấy cái như tím khi gắng sức k đặc hiệu: TBS tím bình thường đã giảm oxy, khi gắng sức chắc chắn mệt mà k phải suy tim
  + Phải coi X Quang
  + Bé này:
    - cung ĐMP lõm
    - K thấy rốn phổi
    - Bên P tuần hoàn ngoại vi bình thường
    - Bên T giảm => hẹp nhánh ĐMP T hoặc ĐMP T nuôi bởi nhánh THBH khác
    - Lớn bờ trái nhưng mỏm KLS 5 thì k chắc lớn trái hay P, góc tâm hoành nhọn nghi ngờ lớn thất P
* Có tăng áp phổi: không
* Ảnh hưởng tim phải
* Tật tim nào?
  + TOF:
  + APSO: tím sớm sơ sinh nhưng k âm thổi, vì k van luôn, k có máu qua chỗ hẹp . Nếu APSO có ATTT III trái => PDA, hẹp chủ tương đối. Ca này có AT vù vù 3/6 nên k nghĩ APSO
  + Hẹp phổi nặng
    - Hẹp phổi đơn thuần k tím vì k có shunt P-T => phải có shunt tầng nhĩ => ASO PSO kèm theo
      * Tím khi gắng sức, ngoài gắng sức hồng hào
      * Càng hẹp ATTT càng to càng dài
      * Hẹp phổi nặng gây tím thì bệnh cảnh thường nhất là hẹp khít ở sơ sinh => tím nặng, toan CH nhiều => bé này diễn tiến k phù hợp
  + Ebstein: van 3 lá đóng thấp => nhĩ phải to và thất P nhỏ => ca này thất P lớn => không nghĩ
    - * + Nghĩ nhiều nhất là TOF
* Nghĩ TOF rồi, chẩn đoán gì tiếp? => Mức độ hẹp phổi vì quyết định SLB
  + Bé này hẹo nặng vì
    - Tím sơ sinh
    - Hiện tại tím nặng Sp02 ,75%
    - ATTT 3/6 lớn????
* TOF hẹp phổi nặng có biến chứng gì chưa?
  + Cơn tím thiếu oxy => k có
  + Đa hồng cầu: Hgb 8 MCV MCH giảm (Hct theo tuổi, trên BPV 95, NL > 55%)
    - Giai đoạn đầu thiếu oxy mạn làm tăng EPO => tăng tạo HC, lấy sắt, lâu dần hết sắt rồi thiếu máu luôn => bé này vô tới thiếu máu HCNNS là thiếu sắt nặng
  + Chậm vận động, SDD => cần điều trị tích cực để càng lâu càng chậm tăng trưởng do thiếu oxy

1. CLS

* XQ thấy tuần hoàn phổi k đều
* Siêu âm tim: dãn tim phải
  + SLB TOF dày thất phải trước vì tăng gánh tâm thu, giai đoạn đầu phì đại tăng sinh tế bào chất, sử dụng hết NL => tái cấu trúc sợi cơ tim => dãn => tim vừa dày vừa dãn
  + Còn trong VSD PDA tăng gánh thể tích => dãn. Dãn 1 hồi phải dày lên để duy trì sức căng thành theo ĐL laplace, tỉ lệ nghịch với d
    - * + Nên bé này gới ý là nặng CN thất P bị ảnh hưởng, mổ xong giải quyết tắc nghẽn rồi sợi cơ tim cũng k hồi phục về bình thường

1. Điều trị

* TOF > 1 tuổi là già, buồng thất bị ảnh hưởng => TL xấu hơn
* VN: PT trong vòng 6 tháng nếu đủ điều kiện
* Điều kiện là gì
  + Thân đMP và 2 nhánh phải phát triển đủ (giải quyết hẹp xong r mà máu lên phổi k dc do ĐMP thiểu sản thì máu dội ngước lại thất P => suy thất P cấp)
  + SA tim:
    - ĐMP nhánh P bình thường
    - Nhánh T k thấy: thiểu sản hoặc cấp máu bởi MM khác thường là ÔDM
    - ANN: vòng van hẹp => TL mổ phải banh rộng rồi đắp lại bằng màng ngoài tim
      * + Làm CT để khảo sát ĐMP T
  + CT: ĐMP T cấp máu bởi Odm, mất đoạn gần nhưng đoạn xa vẫn có => PT tái tạo dc
* Điều trị gì
  + Nội
    - K ngừa tím vì chưa có cơn tím nặng
    - Ferritin, điện di Hb huyết thanh
      * Ferritin bình thường, điện di bình thường: bù sắt theo nhu cầu hàng ngày (nhũ nhi 10mg/ngày bằng nhu cầu)
      * Ferritin giảm: bù liều điều trị 4mg/kg/ngày
  + Ngoại: có chỉ định mổ vì
    - Giải phẫu thuận lợi
    - K để lâu dc, TOF già ảnh hưởng thất p, chậm vận động