# TIM BẨM SINH A TÍN

# Tứchứng Fallot

TRÌNH BỆNH

* 1 bé nữ 2.5 tháng tuổi, ho khan cả ngày, sốt 38, tím
* Nhập viện Cần Thở, chẩn đoán viêm phổi/tứ chứng Fallot
* Tiền căn: sanh thường đủ tháng, tím ngay sau sanh, 2.7 kg, tím lúc bình thường nặng lên khi quấy khóc
* Khám: harzer (+), SpO2 thấp, thở nhanh (sâu) 70 lần/phút. Phổi trong ko ran. 4.5 kg

SỬA

* Thở 70 lần thì đương nhiên có rút lõm lồng ngực
* Harzer là thất phải to, ko bik dãn hay dày, đa số là dãn. Harzer (+) ko thể nói dày trong fallot
* Học kỹ định nghĩa: tắc nghẽn đường ra thất phải. Ko nói hẹp van ĐM phổi vì tắc nghẽn có thể tại van, trên van, dưới van
* Bản chất cơn tím là co thắt phễu ĐMP. Tại sao co thắt (yêu tố thuận lợi). Thường hẹp dưới van sẽ lên cơn tím thường xuyên, nhiều lần
* Biện luận TBS: bé này có tím, giảm lượng máu lên phổi, tim phải bị ảnh hưởng, ko TAP
* Tím 🡪 Shunt P-T ở đâu: thất, nhĩ, ĐM. Loại tầng ĐM do giảm lượng máu lên phổi
* Giảm lưu lượng máu phổi 🡪 hẹp nhánh, thân, van, dưới van, thiểu sản thất P, teo van 3 lá, tim 3 buồng nhĩ (P), bất thường TM chủ về tim
* Tim P bị ảnh hưởng 🡪hẹp nhánh, thân, van, dưới van. Tắc nghẽn đường ra thất (P)
* Vậy bé này có hẹp ĐM phổi + VSD hoặc ASD
* Nếu hẹp phổi +ASD thì thất P lớn nhiều, gây hở van 3 lá, gan to, TMC nổi, ứ trệ nhiều. Tím xuất hiện trễ, ko nhiều, ko nổi bật do máu qua nhĩ đc pha với máu đỏ
* Nếu hẹp phổi +VSD thì tím nhiều do máu đen trực tiếp lên ĐMC, thất P ko lớn lắm

Nguy cơ VNTMNT: xoáy van ĐM phổi 🡪 cả 2 đều như nhau

* Vậy bé này là hẹp phổi + VSD rồi, còn ĐMC thì sao. ĐMC cưỡi ngựa thì là tứ chứng Fallot. Lệch hẳn luôn là thất phải 2 đường ra. Chuyển vị đại ĐM. Ko biết đc vị trí đại ĐM qua lâm sàng

# PDA rất giống hở van ĐMC

* Biện luận TBS
* Bé này có tim trái dãn 🡪tăng gánh tâm trương thất T🡪 có thể do máu về nhiều (hở chủ, hở 2 lá), shunt T-P (thông liên thất, PDA, …)
* Bé này có mạch nảy mạnh chìm nhanh (HA tâm trương = ½ đến 2/3 tâm thu. Chênh quá là nảy mạnh chìm nhanh). XQ ĐMC dãn. Gật gù🡪Vậy chỉ còn PDA, hở chủ
* Bé có rung miêu liên tục. Do nếu nhịp tim nhanh như zậy màh rung miêu 1 thì thôi thì sẽ rất ngắn. Âm thổi tâm trương hở chủ rất nhẹ làm gì có rung miêu
* Nhìn mặt, nhìn tim phải ra bệnh gì, rồi nghe tim để khẳng định lại, chứ chưa biết bệnh gì, thì đừng nghe, con nít nghe rất khó. Đầu gật gù, lồng ngực méo là biết PDA gòy
* Làm mấp máy đầu ngón tay: đè sao phần trắng ½ móng tay. Đè mạnh quá là hok thấy nhaz
* Tại sao nảy mạnh-chìm nhanh? Phải nói nảy mạnh vì…, chìm nhanh vì…Ko nảy mạnh khi PDA nhỏ, suy tim, tăng áp phổi, hẹp 2 lá, hẹp chủ… (áp lực=lưu lượng x kháng trở).
* Nghe đc T2 mạnh khi tăng áp phổi, khi đó PDA chỉ có rung miêu tâm thu thôi. T2 mờ do âm thổi che mất thì đừng rán nghe có tách đôi ko. T3 có thể có do tim trái tăng lưu lượng máu về (sinh lý, khoan nghĩ bệnh lý). T4 thường ko có đâu
* Bé bị sốt kéo dài. Nguyên nhân: nhiễm trùng, miễn dịch, ác tính (gan lách hạch ko to)  
  Nhiễm trùng: vi trùng thường, lao, kí sinh trùng  
  Ở bé này, thường do: Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, lao, thương hàn, sốt rét (hiếm)

# Viêm phổi/ASD

TRÌNH BỆNH

* 10 tháng tuổi
* 3 tuần hay khò khè, ho khan, thở nhanh, mệt, ko lên cân, ko sốt. SA có bệnh TBS🡪Vào bệnh viện cam ranh, cho kháng sinh tienam, amikacin. Bé ko hết 🡪NĐ1
* Sanh thường đủ tháng 2.7 kg. Sau sanh khóc liền ko tím. Hiện nay tự ngồi đc, nói 1 từ.
* Từ 1 tháng tuổi, bé hay ho, khò khè, thở nhanh. Nhiều lần đc chẩn đoán viêm phổi, điều trị bác sĩ tư bằng thuốc chích
* 50 cm, 7 kg. Suy dinh dưỡng.
* T2 mạnh, Âm thổi toàn tâm thu 3/6 liên sườn 2-3 bờ trái. Hazer, nảy trước ngực. Mỏm tim KLS 4
* Giảm âm phế bào. Ran ẩm 2 đáy phổi

Ko tím vì khám ko tím, tiền căn ko tím khi gắng sức

Có tăng lưu lượng máu lên phổi

Tim phải bị ảnh hưởng

Có tăng áp phổi

SỬA VIÊM PHỔI

* Ho khò khè thở mệt chưa chắc viêm phổi
* Giảm âm phế bào sao nghe đc ran ẩm🡪 xạo
* Ran ẩm có trong nhiều bệnh khác: tăng lưu lượng máu lên phổi, GERD,suy tim
* Vậy phải coi có sốt ko: nhạy nhưng ko đặc hiệu

Ran nổ: đặc hiệu nhưng ko nhạy. Phải coi XQ

* XQ
* Mờ ko đồng nhất: trong vùng mờ vẫn thấy chỗ sáng của nhu mô phổi
* Bình thường: đỉnh sáng hơn đáy, ngoài sáng hơn trong. Ở bé này, đỉnh phổi (P) mờ hơn đáy phổi (P) thì 1 là do đỉnh mờ, 2 là do đáy sáng, 3 là do cả 2
* Vậy phải so sánh 2 đỉnh phổi với nhau, 2 đáy phổi với nhau để biết cái nào bệnh
* Coi 2 đáy thấy bên (P) sáng hơn, coi chừng có ứ khí. Làm sao chắ chắn? Thấy bên (P) mất đường cong sinh lý vòm hoành. Tim bị đẩy qua trái. Chứ chờ KLS rộng thì BN chết rồi.
* Đỉnh phổi (P) hơi mở bờ trung thất. Bệnh vừa xẹp vừa ứ khí. Viêm tiểu phế quản bội nhiễm
* Tác nhân viêm phổi
* Viêm phổi thùy đỉnh: lao. Đáy phải: viêm phổi hít
* Vừa phế quản, phế nang: hemophilus, gram (-)
* Mô kẽ: vk ko điển hình
* Viêm phổi thùy: phế cầu
* Bé này chữa ko hết: vk cộng đồng ko đáp ứng thuốc/nhiễm con khác vào

Ở cam ranh xài sai. Vì Tiennam: gram (-) bệnh viện. Amikacin: gram (-)

Bé này nghi phế cầu:dùng cefotaxime. Thêm sợ viêm phổi hít 🡪 xài cipro trị vk kị khí, gram (-) đường ruột

# VSD

TRÌNH BỆNH

* Bé gái 9 tháng. Sốt cao, ho đàm liên tục 2 ngày, ói 4 lần
* Thở 54,mạch 160 lần/phut,39oC,6.2 kg🡪 SDD do < 2 SD
* Môi hồng ko tím
* 22 ngày tuổi chẩn đoán TBS. 2 tháng tuổi, sốt sổ mũi. 1 tháng trước nhập viện vì viêm phổi
* Sanh 2.8 kg, ko tím. Tháng 1 tăng 1 kg. Tháng 2 tăng 900 gram. Các tháng sau100-200 gram
* Có thể ngồi, nói đc 1 chữ
* Da niêm hồng nhạt. Thở co lõm nhẹ
* Mỏm tim nảy mạnh KLS 5 Rung miêu tâm thu bở trái xương ức Harzer (-), T1,2 ko rõ. Âm thổi nan hoa

🡪Ko tím. Tăng lưu lượng máu lên phổi. Tim trái ảnh hưởng.Ko tăng áp phổi

* Chân đoán viêm hô hấp trên/VSD, suy dinh dưỡng
* Xét nghiệm có BC tăng, XQ, ECG phù hợp

SỬA

* Viêm hô hấp trên thì nhập viện làm gì
* Sốt cao, quấy khóc, BC tăng nghĩ nhiễm trùng. KO nghi viêm nội tâm mạc do đó là bệnh bán cấp, bé mới sốt cao 2 ngày. Nghĩ nhiễm trùng hô hấp dưới, nhiễm trùng tiểu (bé này ko có tiêu chảy, ko có nhọt), viêm màng não. Chưa co giật, mê thì chọc dịch não tủy làm gì, tìm 2 ổ nhiễm trùng kia trước đi
* Ko đọc thâm nhiễm nhaz !!! Cho rớt nhaz
* BN ko tím 🡪 vị trí ĐM bình thường  
  Tăng lưu lượng máu lên phổi. Mà ĐM phổi bỉnh thường thì máu tăng là từ tim pải. Máu ở đâu ra, từ bên trái qua 🡪 shunt T-P. Vậy là shunt ở 3 tầng thất, nhĩ, ĐM.   
  Làm phương pháp loại trừ: ảnh hưởng tim trái nên loại thông liên nhĩ. 4 chữ T VSD, PDA giống nhau. Vậy phải coi âm thổi. Âm thổi liên tục: pda. Âm thổi tâm thu: chưa chắ VSD. Vị trí âm thổi. mạch corrigan, PDA: quai ĐMC phồng ra: hõm ức đập
* BN tím, tăng lưu lượng máu lên phổi thì ko kết luận đc shunt T-P