**BỆNH ÁN TIM MẠCH**

1. **HÀNH CHÍNH:**

Họ và tên: NGUYỄN TRƯƠNG NGỌC MAI

Giới: Nữ. Ngày sinh: 27/05/2016 (5 tháng 26 ngày)

Địa chỉ: Cái Nước, Cà Mau

Nhập viện: 18g 17/11/2016

Phòng 301 khoa Tim mạch Bệnh viện Nhi đồng I

1. **LÝ DO NHẬP VIỆN**: Tím + ngất
2. **BỆNH SỬ:**

Mẹ là nguời khai bệnh, bệnh 6 ngày:

Ngày 1: bé ho, mỗi lần 2-3 tiếng rải rác trong ngày, kèm ho có khò khè nhiều, thở mệt, ọc sữa của cử bú trước và đàm nhớt trong, không sốt. Lúc 14g, bé quấy khóc nhiều và tím môi, tăng dần ra đầu chi và đột ngột ngất. Sau 2,3 phút bé tự tỉnh. => nhập viện ĐK Cái Nước, Cà Mau. Tại đây bé được thở oxy/ canula, hết tím. Tối cùng ngày bé khóc và tím một lần nữa, không ngất.

Ngày 2-4: bé vẫn ho khan, khò khè, không nôn, sốt nhẹ 38.5 độ C, đáp ứng với thuốc hạ sốt. Vẫn thở oxy qua canula, không tím.

Ngày 5-6: sau ăn bột ăn dặm bé có thêm tình trạng tiêu chảy 4-5 lần/ ngày, phân lỏng, vàng, nhiều bọt, không kèm máu.

Chẩn đoán: viêm phổi/ tim bẩm sinh, được điều trị với kháng sinh TMC (không rõ loại) + phun khí dung ngày 3 cử => chuyển viện BV NĐ1

Trong quá trình diễn tiến, em không sốt, không co giật, bú đuợc, tiểu vàng trong.

* Tình trạng lúc nhập viện:

Em tỉnh, quấy.

Môi tím/ Khí trời

SpO2 chân =78%

Chi ấm, mạch quay rõ, 150l/p

HA: ; Nhiệt độ: 38.5 độ C; Nhịp thở 52l/p;

Cân nặng 6.1kg, chiều cao 62cm.

Không dấu mất nước.

Tim đều rõ, 150l/p

Thở đều, co lõm ngực

Phổi âm phế bào thô, ít rale ẩm

* Diễn tiến lâm sàng:

8g 22/11/2016: còn ho ít, khò khè, không sốt, ói 2 lần ra đàm trắng, tiêu phân sệt.

1. **TIỀN CĂN:**
2. Bản thân:

* Sản khoa: con 1/1, PARA mẹ 1001, bé sinh 37 tuần, sanh thường, CNLS 3 kg, sau sanh khóc ngay, không nằm duỡng nhi
* Dinh duỡng: hiện tại bú sữa mẹ, khoảng 2 giờ/ lần, mỗi cử 15-20 phút, sau bú bé ngủ êm. Bé cao 62cm, nặng 6.3 kg
* Tâm vận: giữ cổ được, lật được, theo dõi vật dụng trên tay người khám, nhận biết tiếng gọi tên mình.
* Chủng ngừa: BCG sau sinh.

Dị ứng, môi truờng: Không ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, thuốc, dị nguyên đuờng hít.

Không ghi nhận tiền căn chàm da, viêm mũi dị ứng.

Bệnh lý:

Sau sinh bé tím nhẹ ở môi, vẫn khóc tốt, thở tốt, không có biểu hiện bất thường nên được về nhà ngay. Tình trạng tím này tăng dần, lan dần ra mắt, ngón và lòng bàn tay, chân. Đến 1 tháng tuổi, bé được khám tại BV NĐ1, chẩn đoán: Dị tật không lỗ van động mạch phổi, ĐMC xuất phát từ tâm thất phải, thông liên nhĩ, thông liên thất, còn ống đông mạch. Xử trí: thông tim đặt stent ống động mạch. Sau thông đến khi nhập viện lần này, bé ~~hết~~ bớt tím.

1. Gia đình:

* Chưa ghi nhận người thân bị tim bẩm sinh, hen suyễn, chàm da, viêm mũi dị ứng

1. **KHÁM LÂM SÀNG (Lúc 8g ngày 22/11/2016) :**
2. Tổng trạng:

Bé tỉnh, chơi

Môi hồng/ khí trời, SpO2 ~~100%~~ 80%

Chi ấm, CRT<2s, Tím giường móng (nhớ mở bao tay bao chân BN ra mà coi)

Sinh hiệu: Mạch 130 lần/phút đều rõ

Huyết áp: ?

Thở 44 lần/phút, co lõm nhẹ

Nhiệt độ 37 độ C

Thể trạng: cân nặng 6.3kg, chiều cao 62cm 🡺 -2SD <CN/CC, CC/tuổi < +2SD🡺 bình thường.

Đầu mặt cổ:

Cân đối, không biến dạng

Không chảy mủ tai

Không chảy nuớc mũi

Họng sạch, luỡi sạch, không đỏ, chưa mọc răng

Hạch ngoại biên không sờ chạm

1. Lồng ngực:

Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở.

\* Tim:

Mỏm tim ở khoang liên suờn IV đuờng trung đòn trái, Hardzer (+), ~~ổ đập bất thường ở vùng thấp bờ trái xương ức.~~ (khám không có)

Nhịp tim 130 lần/phút, T1 T2 đều rõ, T2 ~~mạnh~~  đơn, không âm thổi bất thuờng

\* Phổi:

Nhịp thở 44 lần/phút, co lõm lồng ngực nhẹ, không co kéo cơ ức đòn chũm hay cơ liên suờn.

Phổi rale rít 2 phế truờng, ít rale ẩm 2 đáy phổi

1. Bụng:

Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở

Bụng mềm

Gan 2 cm dưới sườn, bờ dưới mềm, trơn láng

Lách không sờ chạm

1. Thần kinh:

Cổ mềm, ~~thóp phồng (~~khám k có, bé này có bị gì mà nghi TAL NS đâu!)

1. Cơ xuơng khớp:

Không biến dạng chi

1. Các cơ quan khác: chưa ghi nhận bất thuờng.
2. **TÓM TẮT BỆNH ÁN:**

Bé gái 5 tháng 26 ngày, nhập viện do tím + ngất, ngày thứ 6 của bệnh

TCCN:

Ho đàm trong, sốt, thở mệt, khò khè, ọc sữa

Tím môi, đầu chi

Ngất

Tiêu chảy

TCTT:

Thở nhanh 44-52 lần/phút, co lõm ngực

Hardzer (+), ổ đập bất thường phần thấp bờ trái xương ức. T2 mạnh.

Phổi rale ngáy 2 phế trường, ít rale ẩm 2 đáy phổi

Gan to dưới bờ sườn 2cm

Tiền căn:

Tím sau sinh.

Bệnh tim bẩm sinh: không lỗ van ĐMP, ĐMC xuất phát từ thất phải, thông liên nhĩ, thông liên thất

Đã đặt stent PDA.

1. **ĐẶT VẤN ĐỀ**
   * + 1. Nhiễm trùng hô hấp dưới
       2. Tiền căn tim bẩm sinh, đã được đặt stent
       3. Cơn tím thiếu oxy
       4. Tiêu chảy cấp không mất nước
2. **BIỆN LUẬN**

1. Bn có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới do viêm phổi : sốt, ho, thở nhanh, co lõm ngực, phổi có rale ẩm -> đề nghị CTM, Xquang ngực, NTA

2. Tim bẩm sinh:

- có tím hay không?

Có tím từ khi mới sinh, hiện tại tím da, niêm và giường móng => tím trung ương

Tiền căn tím từ nhỏ, có bệnh tim bẩm sinh, Sp02 đo đc 80% nhưng không khó thở, không thở nhanh, rút lõm lồng ngực không nặng => tím do bệnh tim.

🡺 bệnh TBS có shunt P-T, phân biệt là shunt nguyên phát hay thứ phát sau tăng kháng lực mm phổi.

(ghi chú thêm: Tím TW phát hiện đc trên LS khi Sp02 <93%, rõ khi <80%

- có tăng lưu lượng máu phổi không?

BN không có tiền căn NTHH, khò khè tái đi tái lại, ngoài đợt bệnh không có thở nhanh, rút lõm lồng ngực, tuy khám có nghe rale ngáy, rale ẩm nhưng nghĩ do tình trạng viêm phổi => đọc kết quả XQ: cung ĐMP lõm, mạch máu phổi 1/3 trong phế trường. => giảm THP

🡺 Giảm THP do hẹp ĐMP hoặc do tăng kháng lực mm phổi

- có tăng áp phổi không?

BN ngoài đợt bệnh không ho, không khó thở, không mệt; khám không nghe T2 mạnh, k nghe click phun máu và âm thổi tâm thu KLS II, không có dấu nảy trước ngực bờ trái xương ức => không có tăng áp phổi.

🡺 không tăng kháng lực mm phổi 🡺 giảm THP là do hẹp ĐMP, shunt P-T là shunt nguyên phát do hẹp ĐMP và có luồng thông liên nhĩ hoặc thông liên thất.

- bệnh ảnh hưởng đến tim nào?

Hardzer (+), gan 2cm dưới bờ sườn, XQ thấy bóng tim to, mỏm tim hướng lên => nghĩ ảnh hưởng tim phải.

-Tật tim nằm ở đâu?

Bệnh tim ảnh hưởng tim phải, có hẹp ĐMP, thông liên nhĩ hoặc thông liên thất nghĩ đến các bệnh (trong mục tiêu):

* Hẹp ĐMP + thông liên nhĩ
* Hẹp DDMP + thông liên thất
* TOF
* Siêu âm tim để xác định chẩn đoán.

1. Cơn tím thiếu oxy:

BN có điều kiện cần của cơn tím thiếu oxy: bệnh tim có shunt P-T kèm tắc nghẽn đường ra của thất Phải, điều kiện đủ; yếu tố kích xúc: quấy khóc, nhiễm trùng (viêm phổi).

Trên lâm sàng, bé tím nặng hơn sau khi quấy khóc, ngất, và tự tỉnh lại, bớt tím sau 2,3 phút.

* Có cơn tím thiếu oxy.

1. Tiêu chảy cấp không mất nước: …
2. **ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG**

ECG, Siêu âm tim, CTM, CRP, X quang ngực thẳng, BUN, creatinine, AST, ALT, ion đồ, cấy đàm + kháng sinh đồ.

1. **KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG**

1. Siêu âm tim:

Không có van ĐMP

Stent PDA hoạt động d= 3.4mm Gr=47mmHg

Kênh nhĩ thất toàn phần

Thông liên nhĩ, lỗ tiên phát:d=13mm lỗ thứ phát d=9.1mm

Thông liên thất phần nhận d=6.6mm

Hở van nhĩ thất ¾

ĐMC xuất phát từ thất phải => “ngoài mục tiêu”

Chức năng tim bình thường

2. ECG

3. CTM:

WBC 12.39 %Neu 15.4 -> bạch cầu tăng nhưng không ưu thế neutro

RBC 5.62 MCV 45 Hgb 13.9 -> có đa hồng cầu

4. CRP 2.0

5. Xquang ngực thẳng:

Đám mờ đồng nhất, giới hạn rõ, co kéo khí quản qua phải nghi xẹp phổi

Không thấy cung ĐMC bờ trái tim

* Có viêm phổi, ở trẻ < 2 tháng => VP nặng

Bắt đầu bệnh ở ngoài BV => VP cộng đồng, nặng

* Chẩn đoán xác định: Viêm phổi nặng ~~biến chứng suy hô hấp độ 2~~- Tiêu chảy cấp không mất nước/ Dị tật không lỗ van động mạch phổi, ĐMC xuất phát từ tâm thất phải, kênh nhĩ thất, ASD, VSD đã đặt stent PDA

1. **ĐIỀU TRỊ:**

1. Hướng điều trị

~~Nằm đầu cao,~~ Thở oxy để SpO2 > 92%

Bù nước và điện giải = oresol theo phác đồ A

Kháng sinh điều trị viêm phổi và nhiễm trùng đường ruột

Hạ sốt, giảm ho

Bù kẽm

Giải quyết tình trạng tím của BN bằng bằng phẫu thuật Glenn và Fontan: nối TMC vào ĐMP, làm tăng lượng máu lên phổi, tăng độ bão hòa oxy trong máu động mạch, giảm gánh thể tích thất phải.

2. Điều trị cụ thể

**Xử trí cơn tím thiếu oxy:**

* Tư thế gối ngực
* Thở oxy qua canula (không đáp ứng nhiều do không phải nguyên nhân thiếu oxy do tổn thương màng PN MM)
* An thần (để giảm quấy khóc – yếu tố kích xúc):
  + Tốt nhất: ketamine vì có td co mạch ngoại biên / nhưng ở ND1 không có
  + Morphine, Diazepam, Midazolam có tác dụng giãn mạch NB
* Chống toan: Na Bicarbonat, k cần ion đồ
* 4 bước trên không được mới làm tiếp:
  + ức chế beta (giảm co thắt phễu vale ĐMP)
  + thuốc co mạch
* tiếp tục không đáp ứng: phẫu thuật cấp cứu.

~~Nằm đầu cao 30~~~~0~~~~,~~

Hút đàm, nhớt thông thoáng đường thở

Thở Oxy qua canulla 1 L/p

Hydrite 2 gói/ 1gói pha 200ml uống dần sau khi tiêu lỏng

Ciprofloxacin ~~5-10~~ 20-30 mg/kg/ngày 🡪 bé 6.3 kg 🡪 40mg/ngày

200mg/100ml 🡪 20mg (10ml) TTM

Paracetamol 0.1g uống khi sốt >380C

HoAstex 2.5ml x 3 (u)

ZinC 0.07g ½ viên x2 (u)

Đo lại áp lực ĐM phổi, nếu < 15mmHg, xếp mổ CT pt Glenn, BN có thể được làm pt Fontan vào năm 2 tuổi nếu tiến triển tốt.

1. **TIÊN LƯỢNG:**