Trại tim mạch, cô Phúc:  
Một vài lưu ý là các bạn nên học kĩ dinh dưỡng tâm vận, chế độ ăn cụ thể theo năng lượng của 1 trẻ.  
Cô hay hỏi mấy cái thường quy như cách chăm sóc bé làm sao cho đúng, trào ngược đừng cho vỗ lưng nha, chỉ cho đỡ lên vậy thôi.  
Phòng ngừa thì phải biết chích vaccin gì cho mẹ, tiem vaccin gì trong và trước thai kỳ, quản lý thai như thế nào  
Mấy câu bên tim thì nắm cơ chế sinh bệnh của mấy bệnh mình hay gặp, cô hỏi hết từ lâm sàng đến cận lâm sàng sẽ thấy cái gì khi lỗ thông lớn, nhỏ dựa trên sinh bệnh  
Điều trị suy tim, sinh bệnh suy tim  
Chẩn đoán viêm phổi trên bệnh nhân trào ngược

Cô hỏi bữa ăn cụ thể, tính năng lượng sao vì bé bú bình, trong sữa mẹ có bao nhiêu calo, trong sữa công thức có bao nhiêu calo, rồi cô bảo cả nhóm về học lại năm 4

Thi với a thì cứ xác định hô hấp xquang oxi thôi  
Câu hỏi của a thì cứ xác định không trả lời đc hoặc trả lời không theo ý anh hoặc trả lời chỉ được 1-2 ý  
1 số câu hỏi:  
1. VTPQ khi nào dùng KS:

sot cao +ve mat nhiem trung

Ran no o phoi

X quang co ton thuong nhu mo

Benh canh nang

Benh dien tien khong dien hinh

Co o nhiem trung noi khac  
2. VP hít ở trẻ nhỏ thì do nguyên nhân gì:sua,dich da day,di vat  
3. Không đọc đám mờ gì mà ở gần rốn phổi  
4. Cơ chế gentamycin tại sao dùng trong trẻ NTSS tại sao dùng chung C3  
5. Tại sao phế cầu còn nhạy C3  
6. Ứ khí VTPQ sao vòm hoành k dẹt  
7. Tiêu chuẩn nào thở oxi lieu cao giảm dần hoặc liều thấp tăng dần  
8. Khi nào chỉ dùng PNC trong VP thôi?  
P/S: tất cả các câu trả lời thông thường đều không có ý nghĩa :))  
Chị nội trú làm thư kí cũng bị a nói xàm xàm nhiều, rồi nói sách về đọc mấy cái đáp án trên @@  
Thls:  
1.Xuất huyết giam tieu cau: xh da niêm, tieu cau <15k  
Chẩn đoán CLS điều trị  
2. Ngạt nước giờ thứ 2, nước ao, gồng chi từng đợt H.A 140/90 phổi k ran, mạch 100, G =4 mê  
Chẩn đoán xử tri

Nhap cap cuu/hoi suc

Thong duong tho

Dat noi khi quan bop bong voi peep tu 4-6

Dieu tri phu nao,phu phoi(nam dau cao,dobu,loi tieu,tho cipap)

Dat sond da day

Dieu chinh rldm

Khang sinh

U am

Ngạt nước nó là nước dơ là ks rồi  
Mê thì NKQ rồi  
Có nguy cơ phù não thì điều trị phù não rồi theo dõi thôi ông

[Thích](https://www.facebook.com/groups/470749612958865/search/?query=tim%20mach) · [Trả lời](https://www.facebook.com/groups/470749612958865/search/?query=tim%20mach) · [16 Tháng 11 2015 lúc 23:49](https://www.facebook.com/groups/470749612958865/permalink/1083872934979860/?comment_id=1083887644978389&reply_comment_id=1083889241644896&comment_tracking=%7B%22tn%22%3A%22R4%22%7D)

Tim Mạch anh Tín thăm số 8

Sau khi bốc thăm sẽ lên trại, bốc thăm bệnh nhân ( thi cả bệnh phòng và bệnh cấp cứu). Thời gian hỏi và làm bệnh án khoảng 1 tiếng rưỡi( đến 9h là mấy chị thu bài) chị nội trú sẽ chấm điểm mình hỏi bệnh và khám tại giường, nói chung chị nhóm mình khá dễ thương mà wên tên rồi. Sau đó lên thớt thui

Trước khi thi chị hỏi ai muốn thi trước? được chọn lượt thi

Bệnh án mình thi bé 11,5 tháng viêm phổi nặng/VSD PAH HC down suy dinh dưỡng

Câu 1: down là gì? Cơ chế

Câu 2: tại sao e chẩn đoán vtpq bội nhiễm mà ko chẩn đoán vp. bệnh nó đã kéo dài cả 1 tháng nay rùi vtpq kái gì nữa(kái ni công nhận là ngu thiệt) nhưng vẫn chống chế được xíu là vì vtpq bội nhiễm vs vp lâm sàng giống nhau và e dựa trên x quang, đọc x quang như đã học vs anh: xẹp fổi khu trú vs ứ khí nghĩ vtpq, anh kiu kái ứ khí là mấy đứa bị down cũng hay bị. Đến đây bị xà wần xung quanh cái down

Câu 3: tại sao những bé bị down lại hay bị vp tái đi tái lại? Có bất thường gì ở fổi trên những bé này? Down thường gây những dị tật gì ở tim, fổi  
Kái đám ni là ngu ngơ toàn tập, ko biết gì lun, xong anh ngán ngẩm hỏi, giờ có mún đổi chẩn đoán ko?

Có: viêm phổi bệnh viện mức độ nặng  
Chết nhát tiếp theo  
Tại sao lại nghĩ vpbv? Cái ý này anh chỉ hỏi vặn lại thui, minh gt được thì anh cũng chịu   
Mức độ tại sao nặng? Các bạn nhớ kĩ điều này nha, lúc học anh có nói mà mình rối wá nên wên, phân độ của anh là dựa vào bệnh có nghuy hiểm đến tính mạng ko?... bla bla..mà mình kiu là do thở co lõm vs lại ko đáp ứng vs dtri kháng sinh,bla bla nên nghĩ nó nặng; vừa dứt câu anh hỏi là có nguy hiểm tính mạng ko? là bít ngu phát nữa, ns chung đến lúc ni ko còn gi để mất, chém đại, bé này ko có nếu có thì fải là vp rất nặng. Tự dưng anh phì cười,ko hỉu chuyn gi đang xảy ra lun, tại nãy giờ đếm cung dc 2 cái xàm xàm ùi

Điều trị kháng sinh gì? Bé này vp 1 tháng ở bv tuyến dưới, dtrị 1 tháng vs tienam ui mà ko hết

Ban nãy bị anh xà wần rối wá, cứ tưởng anh đòi nó là vpcd chứ ko fải bệnh viện. Trả lời ngon ơ C3 xong cũng thấy ngờ ngợ, tienam mà ko hết, giờ c3? What the f\*\*\*? Xong anh nhìn mình như thú lạ, anh hỏi em cd nó vp bệnh vien rùi mà giờ sài c3 trg khi ở dưới sài tienam cả tháng, thui xong, em lại cũng chỉ c3 thui:-(. Hết đường lui òi, đến đâu nó đến, mình ns tại ban nãy anh nói kái bé này bị down nên nó hay bị tái đi tái lại, chứ ko nhất thiết vpbv, kì thực câu đó anh chỉ vặn mà do mình run và cùi wá nên cứ đảo đi đảo lại cái chẩn đoán, và bị xà wần ở đống ks, cuối cùng nói cho xài C4, anh hỏi c4 khác c3 điểm nào? Câu này trả lời sai

Tình huống bốc thăm rùi trả lời truoc mat anh lun, ko có time chuẩn bị, mấy bạn lưu ý anh hay nghe dt lắm, đợi anh nghe xong hẳn và tập trung nghe mình ns rùi hay trả lời và trả lời ko cần nhanh nhưng fai đúng ý và rõ ràng, hùi sáng bốc trúng th shock phản vệ do rết cắn, lúc đó ns ngon ở do rắn cắn cũng mắc cười , bùn nhất là mình ns sài adrenalin tb ngay, anh nghe sao nghe ra sài adrenalin cuoi cùng:-( em ko hề nắm dc kái tinh thần của cấp cứu!

Nói chung mấy bạn sẽ được đọc hết bệnh án từ a đến z, từ hành chính đến điều trị, về tim thì cứ làm theo nhưng gì dc học, anh ko có vặn, nhưng có thể anh sẽ hỏi chẳng hạn em cdpb vs gì? Vsd vs pda thui cái ni anh dạy rùi

Anh chủ yếu xà wần kái vp ak, nghĩ con gì, use ks gi?  
Kái anh muốn mình hướng đến là kái vấn đề cốt lõi trên bé bị down này một bé bị down mà bị tbs, vp sẽ khác như tn vs bé chỉ tbs vp thui?  
Chúc mí bạn thi tốt!

Mình vô cô Phúc, nói chung bạn nào cô cũng hỏi khoảng 4-5 câu, 2-3 vềtim, 2-3 về nhi tổng quát.hôm nay có 6 bệnh toàn là TBS ko tím thôi,biện luận cho logic vì cô nghe xong chỉ bắt những chỗ vô lý,nhất là phù hợp giữa khám tim với X-quang,ECG.  
TH của mình ng nhà nói mới mổ hạch lao 2 tuần nên bị xoáy vào Lao.Với bé mình lâm sàng ổn mà X-quang xấu nhiều nên Cô hỏi nguyên nhân gì ra vậy??? nói mấy cái nguyên nhân cơ địa xong cô hỏi Ba nó làm nghề tài xế vậy e nghĩ gì?  
2 THLS của mình la số 8,18: th8 là VSD có sốt ho,khò khè.TAP nhập viện vì Tím spo2=87% nêu những nguyên nhân Tím trên bé này; xử trí cấp cứu.  
TH18:xhgtc  
à thi với cô chú ý phần dinh dưỡng,lịch TCMR,tiên lượng,phòng ngừa cho kĩ dặn cụ thể cho người nhà chứ ko nói chung chung như lí thuyết.  
CHÚC CÁC BẠN THI TỐT

Cô không quan trọng liều thuốc, chủ yếu là biết xài thuốc gì điều trị thôi. BN mình tăng áp phổi mình cho sildenafil thì cô hỏi đó là thuốc gì. Rồi bn tăng áp phổi cô hỏi lưu lượng máu lên phổi có còn nhiều ko, mình thì thấy xq nó cũng còn tăng tuần hoàn, mới xuất viện 1 tháng viêm phổi lần này cũng rứa nên mình nghĩ cũng còn tăng, cô ko chịu. Rồi nó viêm TPQ bội nhiễm mà BC CRP nó k tăng cô hỏi vì sao, tình huống thì mình chỉ suy nghĩ 1 phút rồi nói, cô ko bình luận gì, thấy cô cho điểm tình huống cũng thoáng.

Thi lâm sàng : Cứ theo ý a mà làm, đọc đc cái phổi là an tâm. A hỏi lung tung lắm, tim a ko hỏi j hỏi Hô hấp vs Trào ngược.  
Tình huống: Nói chung hên xui. A chấm theo ý a, ko quan tâm đáp án bộ môn. Mình thi tình huống 14 vs 16.   
Th14: bé 3 tháng khò khè lần đầu, ho nhiều sổ mũi trước đó. Khám thở 56 lần/ phút, co lõm ngược. Chẩn đoán j. Xử trí.  
Th16: Bé nam 6 giờ tuổi người nhà thấy vàng da, tăng dần nv vào 20 giờ tuổi. Khám vàng da tới lòng bàn chân. Tiền căn a trai bị vàng da nằm viện 7 ngày chiếu đèn. Chẩn đoán. Xử trí. Khám ko có j bất thường.

Sáng nay tới tổ 30 trúng lô tô bàn 9 - tim mạch, 4 thằng bốc thăm cuối cùng mà tới 3 thăm tim mạch =.=. Sau một buổi suy ngẫm thì mình chia sẻ kinh nghiệm thi với anh Tín   
1. Thời gian khám là khoảng 30 phút, sau 20 phút chị Kiều ra hỏi " E khám dc những gì, mô tả âm thổi, phổi có gì không rồi ra khám lại ". Các bạn nhớ đo SpO2, vòng đầu, chiều cao. Nhìn chung thì chị nhìn thoải mái nhưng ko biết cho điểm ntn thôi =.=  
2. Sau đó các bạn sẽ viết bệnh án, khoảng 8g10 thì chị sẽ cho CLS, tình trạng lúc nhập viện. Hôm nay chị dễ thương nên khi mình hỏi xin, chị nhắc "không coi SA tim nếu ko muốn rớt", đưa nguyên hồ sơ luôn, rồi đi ra ngoài.   
3. Viết xong thì chị cũng dây dưa cho viết thêm khoảng 10 - 15 phút nữa mới thu bài. Khuyên các bạn là nên bl ngắn gọn, sau khi nộp bài rồi ngồi suy nghĩ thêm thắt chi tiết vào cho hợp ý anh   
4. Cuối cùng là hỏi thi @@, trùm cuối xuất hiện @@  
a. Các bạn đọc nguyên bệnh án, anh có vẻ không quan tâm. Vấn đề là các bạn phải đọc rõ ràng, tự tin, đừng vấp váp quá  
- BS, TC phải đầy đủ, khám các bạn ghi ngắn gọn  
- ĐVĐ, các bạn phải đưa suy hô hấp ra sau, nên đưa cái nào là nguyên nhân lên trước  
- Biện luận TBS theo ls nhi Y6, anh có vẻ không quan tâm lắm đến bệnh tim

- Vấn đề hội chứng tắc nghẽn  
Khò khè là gì? anh nói là tiếng thở bất thường thì thở ra + khám ran ngáy  
Mẹ bé khai khò khè, nay khám lại không có ran ngáy, em có nghĩ khò khè không?  
Ran ngáy là bản chất của khò khè, vậy chỉ có 1 triệu chứng khò khè. Tại sao em lại đặt hội chứng nthh dưới --> nếu chỉ có ho, khò khè, phổi ran ngáy --> DVD khò khè  
Tại sao em lại nghĩ chỉ có VP và VTPQ, các NN khác đâu? --> các bạn nên ghi ra, mình nghĩ dựa theo xuất độ thường gặp <12 tháng của cô Diễm ( mai có ai thi thì thử dùm, chứ mình bị la khúc này @@)  
VP khác VTPQ chỗ nào --> câu hỏi kinh điển, dựa vào bệnh sử, tiền căn, khám, ls và cls --> Xquang 2cái khác nhau cái gì, đặc trưng ?  
Nếu là Vp ( hay VTPQ ) thì em nghĩ nặng hay nhẹ, tại sao?  
Em thử điều trị ntn? Tại sao em dùng KS, Ks em dùng là gì --> a không chịu VTPQ dùng KS theo WHO như trong phác đồ, các bạn nên giải thích khác --> kháng sinh em dùng là C3 --> tại sao dùng C3? --> Vì tác nhân HIB + PC, C3 diệt được --> C3 chủ yếu gram (-), PC là gram (+), sao diệt được --> mình trả lời là tùy loại C3, do Ceftriaxone và cefotaxime, kháng sinh đồ PC còn nhạy, còn ceftazidime không nhạy --> Tại sao ceftriaxone và cefotaxime lại có thể diệt được --> ?????  
Nhìn chung các bạn dùng kháng sinh, phải giải thích nghĩ vi trùng gì, tại sao. Anh còn hỏi nếu trong khoa không có C3, em dùng gì?   
Thêm nữa các tổn thương trên Xquang --> em nghĩ vị trí đó con gì gây ra? Kháng sinh gì điều trị? Cơ địa đó con gì? Bội nhiễm thường con gì? Hít thường con gì (Gram - đường ruột và kỵ khí)? VPBV tác nhân gì?   
VTPQ tập vật lý trị liệu --> chỉ định?

- Vấn đề suy hô hấp : có vẻ như a rất không thích suy hô hấp độ 2, các bạn nêu ra chắc chắn bị hỏi câu : Em nghĩ gì mà lại nói SHH độ 2, nêu chỉ định thở oxy, vậy SHH độ 2 là 1 chỉ định thở oxy phải không --> Câu này a gài. Không vì SHH độ 2 chỉ chẩn đoán dc sau thở oxy  
Tại sao em cho canula, mới vô sao ko cho mask, CPAP hay gì khác. Tại sao chọn mức oxy như vậy

- Vấn đề TNDDTQ, hình như hôm qua a giận quá, nay a nói, thôi không hỏi mấy cái đầu cao 30 độ nữa @@

5. Bốc tình huống --> các bạn trả lời thẳng vô câu hỏi, không giải thích gì hết, đề kêu gì làm đó.

Nhìn chung sáng nay thật nhiều cảm xúc, bốc vô bàn 9 cảm giác thiệt là khủng hoảng --> CHÚC 5 BẠN NGÀY MAI THI TỐT

ui, ai nghe bài anh Tín thì những cái như: chỉ định thở oxy, kháng sinh trong viêm tiểu phế quản, phân độ suy hô hấp độ 123, tĩnh mạch cổ nổi,, tăng lưu lượng máu lên phổi, thâm nhiễm phổi và vài thứ nữa là tuyệt đối không nhắc, nhắc là anh bực mình dễ cho rớt lắm mà hic - tui nghe kỹ lắm rồi, chắc như 5x5=25 luôn đó

[Anh T - bàn 9 Tim mạch]  
Nhóm mình thi bàn 9 tim mạch, ai mà ai cũng biết là ai...  
Các bạn làm bệnh án ngắn gọn, đủ ý chính là đc ko cần quá nhiều chi tiết tốn thời gian anh ko quan tâm đâu, cẩn thận bé nhỏ ko dc ghi TMC nổi. Biện luận làm theo sổ tay bí kíp thần thánh có ghi khá kỹ. Để dành thời gian suy nghĩ về bệnh án (anh nội trú dặn vậy).  
Đọc bệnh án xong anh hỏi xoay quanh mấy câu sau đây. Bị "xàm xàm" thì cứ bình tĩnh suy nghĩ trả lời tiếp, thấy ai cũng bị xàm xàm hết nên đừng quá run. Mấy câu của nhóm mình:

Rốt cục bé có viêm phổi ko? Dựa vào cái gì để chẩn đoán?  
Viêm tiểu phế quản dc ko? Phân biệt sao với VP?  
Phân độ VP & VTPQ dựa vào gì?  
Khò khè là gì? Kể tên các nguyên nhân?  
Tại sao nghĩ trào ngược, yếu tố thuận lợi, điều trị, cách kê gối sao? (gối fải kê cả lưg + đầu)  
Tại sao nằm đầu cao thì chốg trào ngược? Cao bao nhiêu độ, tại sao 30 độ, tại sao ko cao hơn nữa, 35-40 độ dc ko? VP mà ko trào ngược nằm cao nhiêu độ, tại sao?  
Tại sao làm VLTL, khi nào làm, làm thế nào, trào ngược có làm dc ko?  
Tại sao nghĩ bé bị suy hô hấp?  
VP, VTPQ điều trị sao?  
Chỉ định thở O2?  
Nghĩ tác nhân gì theo tuổi? Chọn KS gì ngoài cefa 3?  
XQ thì nhất dương chỉ, mô tả tổn thương, ko dc chỉ vào rốn fổi!!!!  
Vp bv mấy loại? Do tác nhân gì? Chọn KS gì?  
Yếu tố thuận lợi gây tái fát nhiễm trùng trên bé này? Nguyên nhân ko đáp ứng điều trị KS? Nguyên nhân nào quan trọng nhất?  
Tại sao chọn thở canula, tại sao chọn mask, thở mấy lít/fút, tại sao?  
Đag thở O2 khi nào thì ngưng thở O2? Tại sao?  
Thôg liên nhĩ CĐ sao? Sao ko nghĩ dị tật khác? (Anh hỏi toàn hô hấp là chính chứ ko fải tim...)

Tình huống 18: VP nặng b/c SHH  
ĐVĐ, CĐ.  
Tình huống 20: XHGTCMD  
CĐ, CLS ban đầu, xử trí.

Chúc các bạn mai thi thượng lộ bình an.

Minh thi anh Tin.   
Cau hoi thi cung giong voi may ban da neu truoc day, nhung tra loi phai dung y anh, anh moi chiu. Co ban la se bi la 'xam xam' toan tap luon. May ban nhom sau chu y:   
1. Phan kham nho do chieu dai, vong dau luon => Minh thay chi Kieu rat coi trong cai nay. nho noi them phan di ung nua  
2. Dung bao gio noi be ho hay oe ra dam xanh, dam trang => anh ko chiu  
3. May ban nho nghe may bai ghi am va bai trinh benh an voi anh de luc bien luan dung theo y cua anh => neu ko anh se noi " em chua hoc tui bua nao phai khong, neu hoc voi tui thi se nho ngay tai buoi hoc luon chu nhin cach em bien luan la biet cai dau em lon xon"   
4. Tai sao chuan doan viem phoi=> dua vao BS, TC, LS, X-Q  
tai sao chuan doan muc do nang=> khang tri tuyen truoc hay cai gi khac, dung bao gio noi co lom nguc nang hon/ TBS vi anh se phan mot cau => 'em co song chung nha voi no ko ma biet no co lom nguc nang hon' => tot nhat la dung noi do hoi me be, anh ko chiu dau. Lo di tim ly do khac, neu ko anh se hoi sang cau khac ngay.  
5. Viem phoi hit => thuong co hinh anh viem o ron phoi, minh bi nham cai nay, troi xuoi dat khien di noi viem hai day phoi the la lai 'xam xam'. Nhung ma kho noi tren cai phim X-Quang cua minh nhin ko co ra, chi thay co 2 dam mo o day phoi, chi anh thi anh ko chiu anh noi minh chi vao xuong suon => thiet chiu thua luon!=> tien luong cuc ky de dat!  
6. nam dau cao 30 do trong dieu tri viem phoi => nham muc dich chong trao nguoc da day- thuc quan chu ko phai la de thong duong tho (tu the thong duong tho la ngua dau nang cam) vi be bi TBS rat de trao nguoc.  
7. Nguyen nhan be TBS de trao nguoc la:  
- co dia sanh non, nhe can luc sanh=> than kinh chua hoan thien de dieu khien co that tam vi duoi co tot=> de trao nguoc  
- tang ap luc o bung: ho, tao bon, gan to (suy tim), co hoanh ha xuong thap (co lom nguc)  
- khac: goc His khong nhon  
8. Chi dinh tho O2 tren benh nhan cac ban trinh, ban phai can nhac ki nhe, dung thay tren khoa cho tho O2 la trong phan dieu tri ban cho tho O2=> phai can cu vao 7 chi dinh tho O2 (WHO), neu be co thi moi cho.  
9. Phan dieu tri khang sinh viem phoi phai noi ro dung Cepha III la nham toi con nao luon, roi ngoai Cepha III con dung loai nao khac dung de dieu tri viem phoi va nhung loai do nham toi con vi trung nao luon. Chu y phe cau la Gr (+) thi dung Cepha III co phu hop ko? => cai nay minh nho phe cau khang cepha III nhieu roi nen dung vancomycin, minh tinh tra loi nhu vay nhung ma luc do anh cu quay vao van de Cepha III tac dung chu yeu len Gr (-), the la minh lai lan can chang le dung cepha IV cefepim luon, dang luong lu the la anh phan minh 1 cau "tui biet may em chang biet loai nao khac ngoai cepha III het, noi ra la cepha III"=> the la minh cam nin luon.  
10. anh ko hoi phan dieu tri benh tim nen may ban khoi lo.  
Cung may minh boc tinh huong cung kha de chiu:  
1. Viem phoi nang, nghi do tu cau => CLS: XQ, CTM, CRP, Vs, Cay mu, SA bung( vi minh thay gan to, nhung ko nghi co NTH nen minh ko noi cay mau)=> dieu tri: oxacillin  
2. Kawasaki N7, phan biet voi sot tinh hong nhiet => CLS: SA Tim, CTM, CRP, VS, con 2 cai CLS nua theo bai giang cua anh Tin nhung minh quen mat roi.  
-Con 2 ban thi chung voi minh nua, co gi 2 ban ay se bo sung them.  
Noi chung, co ban moi dot di cung phai co may ban boc phai anh nen neu minh ko trung anh thi cung co ban khac bi thoi, nen neu may ban thay minh thuoc dang co so thi nen bo ra 2-3 ngay de on ve tim mach. Sau cung, chuc cac ban dot sau thi tot hon!  
P/S: do dung may tinh cua ba minh o que nen ko go co dau duoc, may ban co gang doc nhe!

Kinh nghiệm thi a Tín :  
Hôm nay có 2 đứa thi tim mạch ah, ko có cô Phúc.  
Vào thi đọc bệnh án qua 1 lượt, đọc nhanh cũng được, a chỉ nghe phần tóm tắt với chẩn đoán thôi. Lưu ý chẩn đoán nếu có Suy hô hấp đừng đưa ra trước, nên để Viêm phổi hay VTPQ biến chứng SHH. Với lại a ko thích nghe " suy hô hấp độ 2", nên hạn chế nhắc đến ! Kế đến a hỏi đứa này bị gì, vấn đề chính là gì, tại sao chẩn đoán VP/VTPQ, bệnh có nặng không, chữa được ko, rồi a đưa XQ cho đọc. A hỏi bé bị gì, đừng chỉ vào rốn phổi, nếu chẩn đoán VP/VTPQ thì trên phim này biểu hiện thế nào, "nhất dương chỉ" 1 chỗ cho a xem, a nói chỉ trật là rớt ah @@ nếu chỉ đúng thì a hỏi " rồi sao nữa ", chỉ sai thì xàm xàm, rồi a hỏi những tổn thương VTPQ có thể có trên phim XQ, đám mờ ko đồng nhất nghĩ do ng nhân gì... nói chung là bình tĩnh trả lời , đừng ngắt lời a, nếu a hỏi thì nói. Trả lời 1 hồi a hỏi qua điều trị VP/VTPQ ở bé này, tại sao nằm đầu cao 30 độ mà ko 45 độ, tại sao thở oxy 1 lít mà ko phải 3 hay 4 lít/phút, chỉ định thở oxy... rồi đến điều trị kháng sinh, tại sao lại dùng kháng sinh đó, tại sao nghĩ do tác nhân đó... Rồi a cho làm 2 tình huống lâm sàng, suy nghĩ 1 phút rồi trả lời miệng luôn. Thi với a Tín học kĩ VTPQ với VP, anh ko có hỏi gì liên quan đến tim mạch luôn.

2 tình huống :  
Câu 1. bé trai 6 tháng tuổi đã được chẩn đoán theo dõi viêm màng não, có cổ gượng, tri giác lơ mơ, kích thich. Bé có kết quả chọc dò: bạch cầu 4000, neutro ưu thế.  
1.Chẩn đoán, điều trị.  
2.Bé được làm CT não, kết quả có dịch dưới màng cứng, không chèn ép. Người nhà hỏi bệnh này có nặng ko và chữa thế nào. Em sẽ trả lời ra sao ?  
Câu 2. Tình huống tim mạch, dài lắm, nói chung là 1 đứa 3 tháng ho khò khè, ko tím vào viện, khám thấy thở nhanh 60l/ph co lõm, lồng ngực bên trái gồ cao hơn bên P, tim nghe âm thổi tâm thu lan nan hoa 3/6 ls 4, ko bít có SDD hay ko nữa. Tình huống kèm 1 ECG (mình đọc thấy lớn thất T, nhĩ ko lớn )  
1. Chẩn đoán  
2. Điều trị

THLS 1: a. Chẩn đoán Kawasaki n6/ phân biệt sốt tinh hồng nhiệt  
b. Siêu âm tim , giải thích tìm dãn mạch vành.  
THLS 2: a.NTT trên, siêu âm thận, cấy NT  
b.điều trị kháng sinh. Làm thêm chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng

 cô hỏi giống mấy bạn trước đăng, học kỹ bài kháng sinh, thuốc hen cơ chế tác dụng phụ, sách y6 lâm sàng y6 viết tay, cô hỏi trong đó không thui

 yêu cầu 1: cô sẽ đưa phim cho bạn đọc, bất kì phim của bn đó nên xem hết nhé, xác định tổn thương viêm phổi, ở thùy nào, tăng tuần hoàn p trên phim xquang.  
yêu cầu 2: chẩn đoán đúng và giải thích được cơ chế trên bệnh tim mà bạn trình, tiếp cận 5T  
lỗ thông liên thất nghĩ kích thước lớn hay nhỏ. dựa vào đâu: ls âm thổi, cls xquang, ecg..... em nghĩ là trên case này là lỗ thông nhỏ hay lớn..... khi sáng có 1 bạn bị hỏi, trên ls và cls thì nghĩ là lỗ thông vừa, nhưng trên siêu âm thì lỗ thông nhỏ, vậy thì có tbs khác kèm theo trong đó còn ống động mạch sẽ ảnh hưởng tới thất trái nhưng nếu thông liên thất kèm theo thông liên nhĩ thì thất trái kg bị ảnh hưởng  
yêu cầu 3: điều trị. nắm được các loại kháng sinh, tác dụng lên tác nhân nào, thuốc ks trong khoa hay dùng cefotaxim, ceftriaxone   
vancomycin,  
khi sáng cô không thấy hỏi gì nhiều về điều trị suy tim  
khi làm phần điều trị nên nhớ phần điều trị ngoại khoa nhé.  
hỏi về tiêm phòng và chống chỉ định của tiêm phòng, bệnh nhi này tháng thứ mấy thì cần tiêm phòng gì  
khi đọc kết quả công thức máu thì nên xem hết luôn kết quả nhiều ngày nữa coi có bất thường kg nhé. khi sáng mình chỉ xin thời điểm nhập viện, thế là tèo. mấy ngày sau có thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc. híc, các nguyên nhân gây hồng cầu nhỏ nhược săc như thiếu fe thalas ngộ độc chì, viêm nhiễm,.....  
còn nhiều lắm mà kg nhớ hết vì chưa tỉnh, @@  
cô la rất nhiều nên các bạn cứ bình tĩnh gật gù nhé, báo trc cho khỏi sock

 khi sáng mình bốc thi tình huống, tình huống thì hỏi chẩn đoán và xử trí gì thôi kg cần phải giải thích nên cứ ôm phác đồ mà làm câu 1 hỏi về cơn tím thiếu oxy trên bệnh nhân tứ chứng fallot, bệnh nhi này đc chẩn đoán timbẩn sinh tím lâu rồi, đợt này khó thở dữ dội và tím tái nặng hct 65%, xử trí theo phác đồ..... câu 9 trẻ có ho, khó thở, ... + tiêu chảy >10l ngày nv vì trí giác... mạch.... ha 70/40 vô niệu, không có dấu mất nước. chẩn đoán và xử trí, còn có 1 số câu bên trại nhiễm, vmnm cần có đề nghị cls, rồi vàng da gt, tay chân miệng độ 2A thôi thì học hết đi....

Các bạn nếu không may thi vào trại TIM MẠCH thì dù cô Phúc hay anh Tín đều hỏi về lý do viêm phổi. Mà nếu các bạn thấy viêm phổi phần đáy thì hầu hết là nguyên nhân do trào ngược dạ dày thực quản. Lúc này các bạn sẽ gặp 1 số trường hợp sau:  
- Anh Tín hỏi em có ghi về tiền căn trào ngược không ? Nếu không thì anh trừ điểm phần hỏi bệnh sử trong barem  
- Anh Tín hỏi có cách nào chẩn đoán GERD ? Tiêu chuẩn vàng là gì ? Giờ thì làm gì ? Mình trả lời là siêu âm khảo sát thực quản và đo pH thực quản thì thấy anh không hỏi thêm  
- Cô Phúc hỏi bạn mình là cơ chế nào gây Trào ngược ở bé tim bẩm sinh ? Trào ngược thì điều trị tác nhân gì ? Cách nào chẩn đoán chính xác tác nhân đó ?  
- Cô Phúc: em nghĩ bé này có suy tim chưa ?  
- Xử trí gì nếu bé này lên cơn tím/ Suy hô hấp  
....

Mình chia sẻ một số lời khuyên của bản thân và hy vọng khi các bạn bốc trúng tim mạch thì phải thật bình tĩnh mới có thể tránh bị mất điểm đáng tiếc *Biểu tượng cảm xúc smile*

Co phuc:slb con ong dm va thong lien that

Shh o tre em

Ap luc dong mac phoiu o tre sinh non thay doi theo thoi gian

Suy tim o tre em

Digõin

Co tim o tre ss 2 thang tuoi

Lam sao phan biet duoc shh tren 1 dua co tim bam sinh:co lom nguc,voi tim

So sanh PDA va PDA +VSD

Shunt t p o benh nhi vsd,pda luc 2 thANG TUOI

CO CHE CUA THUOC DAN DONG MACH O BENH NHI con ong dong mach va thong lien that

Vai tro digoxin vsd,pda o tre 2 thang tuoi

Ngày thứ 3 của lâm sàng Nhi đợt 1 với a Tín( tim mạch bàn số 9).  
Bóc thăm bệnh nhân phòng cấp cứu, hồ sơ dày kộm, chị K nội trú cũng khó chịu.  
Anh Tín vấn đáp cũng tương tự như các bạn đã post phía dưới.nhưng dù có biết nhưng cũng ko trả lời đúng ý của anh.  
- Đọc xong hết bệnh án, rút cuộc bé này bị gì?  
- Tại sao chẩn đoán viêm phổi? có loại trừ VTPQ ko?  
- Đọc Xquang ( anh chỉ nói XQ phần phổi thôi, ko quan tâm tim)--> trên XQ sao biết Viêm phổi.  
-Viêm phổi nặng hay nhẹ? ( bạn nào anh cũng hỏi)  
-Tại sao chẩn đoán SHH độ 2  
- Chỉ định thở oxy ( theo WHO)  
- Tại sao nằm đầu cao 30 độ mà ko phải 35 hay 40 độ?  
- Điều trị ( anh ko hỏi mình điều trị vì anh nói bệnh này khó lắm, hỏi em cũng ko biết đâu)  
Thường là anh hỏi tới phần điều trị viêm phổi là kết thúc rùi làm tình huống thui.Anh cũng ko hề quan tâm đến phần tim.  
Tình huống: Viêm thanh quản cấp và viêm phổi nặng.  
Cám ơn mấy bạn đã động viên và an ủi mình để mình có thể kết thúc phần thi.^^.

Mình thi bàn 9 tim mạch thầy Tín:  
Các câu hỏi cần chú ý là:  
Phân đoj của viêm phôir và viên tiểu phế quản, thầy sẽ hỏi thế nào là nặng  
Thầy sẽ hỏi nhìn x-quang em thấy vtpq chỗ nào, bọi nhiễm chỗ nào.  
Sao em biết bé này bị vtpq bội nhiễm  
Chỉ định thở oxy, mọi người tra chỉ định thở oxy của Uwho, giải thích tại sao bỏ bú là chỉ định của thở oxy, thầy hỏi là bé bị loét miệng bỏ bú em có cho thở oxy ko. Mình trả lời là trẻ bỏ bú do bệnh nặng hoặc bú gây mệt thầy ko chịu nên mọi người tìm nguyên nhân khác nhé.  
Điều trị viêm tiểu phế quản như thế nào, hỗ trợ hô hấp cho trẻ này là kamf những gì, phun khí dung trong vtpq mục đích để làm gì, câu trả lời là chủ yếu làm loãng đàm nha, daxn phe quan laf 1 phan thoi khi nào phun khí dung với oxy, khi nào phun với ảir. Thầy hỏi là nếu ko có Nacl em có thể phun với dd khác được ko, dextrose lactat đc ko, mi nhf trả lời có thể phun vs lactat vì có các ion tương tự nacl có thể phân cắt đàm, thầy hỏi tại sao dextrose ko đc?   
2 câu tình huống là họi chứng thận hư tái phát thường xuyên lệ thuộc cỏti, chẩn đoán và điều trị  
Shock phản vệ do ong đốt, y lệnh xử trí cấp cứu

Hì, ko biết nữa My ơi, à mà,mkhi chỉ định nằm đầu cao 30đọ thày có hỏi tại sao á, thầy hỏi khi nào mới chỉ định đầu cao 30 độ đc á, câu trả lời của thầy là khi cơ dựng sống hoạt động á, còn mục đích thì tuỳ bệnh, mà hoeeur đc nổi ý thầy nữa

Mình xin đính chính lại 1 điều về anh Tín để các bạn, các em đi sau rút kinh nghiệm đó là : không quan trọng bệnh nhân của bạn nằm phòng cấp cứu hay thường - không quan trọng bệnh nhân của bạn có bao nhiêu vấn đề tim mạch - anh Tín sẽ bỏ qua hết mà chỉ đưa bạn đọc được cái XQ. Nếu bạn đọc được thì coi như dễ thở, còn lại thì anh sẽ bắt bẻ đến cùng nhưng cũng chỉ là hô hấp thôi.   
Lời khuyên cho mọi người:  
- Nghe ghi âm của anh  
- Đọc ghi chép LS anh dạy năm trước  
- Một tuần đi TM phải trình được cho anh Tín ít nhất 1 lần

Ko biết mấy trại khác ra sao, trại tim chiếm hết 13/45 thăm, bàn 2 thi với cô, bàn 9 lên dĩa với a Tín (a cầm đồ long đao a chém :)) ). Mình thi cô Phúc. Cô Phúc hỏi dựa trên bệnh án và hỏi sâu về cơ chế, đòi hỏi phải hiểu. Tại sao chẩn đoán viêm phổi? LS, x quang có viêm phổi, nhưng bạch cầu, crp ko tăng, tại sao? Viêm phổi này dùng kháng sinh nào, tại sao? Chẩn đoán suy dinh dưỡng dựa vào đâu, cấp, mạn, điều trị? Suytim, tại sao dùng lợi tiểu, vị trí tác dụng của thuốc? X quang, dấu xoá bờtim gọi là gì, ý nghĩa? Thông liên thất đã có cao áp phổi, làm gì tiếp theo? Cao áp phổi do yếu tố nào? Trên x quang phân biệt cao áp phổi do 2 yếu tố đó. Đánh giá độ nặng của cao áp phổi trên x quang, siêu âm tim áp lực động mạch phổi --> đánh giá (phần này mình hok coi kết quả siêu âm nên cô ko hỏi, nếu có chắc cũng đánh giá độ nặng). Chỉ định và chống chỉ định phẫu thuật tim trên thông liên thất,... Nói chung muốn làm cái gì trên bn thì phải hiểu, ko phải làm như cái máy. Ngoài ra cô còn hỏi về chủng ngừa trong và ngoài chương trình TCMR, NTA viết tắt của gì, làm ra sao, tiêu chuẩn, kháng sinh đó trị con vk gì, mấy con listeria, strep B của dưới 2 Th tuổi là cư trú ở đâu, đánh giá độ nặng của viêm phổi (ls, spo2, x quang) và cách dùng kháng sinh có phù hợp? Biến chứng của viêm phổi trên x quang,... Có gì các bạn khác bổ sung ^

Khám ls có đánh giá mức độ lớn của lỗ thông liên thất? Âm thổi dạng phụt, tràn trên tâm thanh đồ hình gì, nghe như thế nào?

Phân độ suy tim theo ross khác nyha chỗ nào

Cao áp phổi do 2 yếu tố, tăng lưu lượng hoặc tăng kháng lực, lưu lượng thì ra 1/3 ngoài, kháng lực thì cắt cụt, là giai đoạn nặng rùi. Làm siêu âm tim đánh giá áp lực đm phổi, sau đó làm thông tim đo áp lực đm phổi

Hai loại kháng sinh dùng chung có mấy tình huống xảy ra, tên gọi. Hnay có cô Mỹ nhaz, tình huống thì ko khó nhưng ko học thì ko biết, cũng trong mục tiêu học tập hết, mình bốc một ca vàng da sơ sinh có triệu chứng thần kinh, khò khè /16 tháng tuổi đến khám, làm gì, sau đó ko đáp ứng làm gì

Các tình huống lâm sàng mình thu lượm được từ bàn số 5 sáng nay là: Kawasaki,chẩn đoán phân biệt,điều trị,nguy cơ dãn mạch vành? Liệt tiểu cầu? Điều trị? Hội chứng thận hư nguyên phát tái phát thường xuyên,lệ thuộc cor liều cao,điều trị?tiêu chảy 10l/ngày,phân đàm máu,chẩn đoán,điều trị? Tay chân miệng độ 2b,phân biệt,cls,xử trí? Tiếp cận 1 tình huống tim bẩm sinh theo 5 bước,chẩn đoán đầy đủ

ban 4: viem nao mang nao, viem mang nao mu bien chung. hemophilia, chan doan, diru tri. tieu mau, lam gi them? cai nao quan trong nhat?! tieu chay cap k mat nuoc?!.

anh Tinh hoi: tre 34w nang bao nhiu kg?! me bi dtd tai sao con nang can?!, da hing cau kham lam sang co gi?! test coomb cai nao quan trong hon?! da hong cau bao lau het vang da?!

Anh T - bàn 9 Tim mạch]   
Nhóm mình thi bàn 9 tim mạch, ai mà ai cũng biết là ai...   
Các bạn làm bệnh án ngắn gọn, đủ ý chính là đc ko cần quá nhiều chi tiết tốn thời gian anh ko quan tâm đâu, cẩn thận bé nhỏ ko dc ghi TMC nổi. Biện luận làm theo sổ tay bí kíp thần thánh có ghi khá kỹ. Để dành thời gian suy nghĩ về bệnh án (anh nội trú dặn vậy).   
Đọc bệnh án xong anh hỏi xoay quanh mấy câu sau đây. Bị "xàm xàm" thì cứ bình tĩnh suy nghĩ trả lời tiếp, thấy ai cũng bị xàm xàm hết nên đừng quá run. Mấy câu của nhóm mình:

Rốt cục bé có viêm phổi ko? Dựa vào cái gì để chẩn đoán?   
Viêm tiểu phế quản dc ko? Phân biệt sao với VP?   
Phân độ VP & VTPQ dựa vào gì?   
Khò khè là gì?Kể tên các nguyên nhân?   
Tại sao nghĩ trào ngược, yếu tố thuận lợi, điều trị, cách kê gối sao? (gối fải kê cả lưg + đầu)   
Tại sao nằm đầu cao thì chốg trào ngược? Cao bao nhiêu độ, tại sao 30 độ, tại sao ko cao hơn nữa, 35-40 độ dc ko? VP mà ko trào ngược nằm cao nhiêu độ, tại sao?   
Tại sao làm VLTL, khi nào làm, làm thế nào, trào ngược có làm dc ko?   
Tại sao nghĩ bé bị suy hô hấp?   
VP, VTPQ điều trị sao?   
Chỉ định thở O2?   
Nghĩ tác nhân gì theo tuổi? Chọn KS gì ngoài cefa 3?   
XQ thì nhất dương chỉ, mô tả tổn thương, ko dc chỉ vào rốn fổi!!!!   
Vp bv mấy loại? Do tác nhân gì? Chọn KS gì?   
Yếu tố thuận lợi gây tái fát nhiễm trùng trên bé này? Nguyên nhân ko đáp ứng điều trị KS? Nguyên nhân nào quan trọng nhất?   
Tại sao chọn thở canula, tại sao chọn mask, thở mấy lít/fút, tại sao?   
Đag thở O2 khi nào thì ngưng thở O2?Tại sao?   
Thôg liên nhĩ CĐ sao? Sao ko nghĩ dị tật khác PAPVR: bất thường tĩnh mạch phổi về tim, RVH phì đại thất phải(Anh hỏi toàn hô hấp là chính chứ ko fải tim...)

Tình huống 18: VP nặng b/c SHH   
ĐVĐ, CĐ.   
Tình huống 20: XHGTCMD   
CĐ, CLS ban đầu, xử trí.

- Anh Tín hỏi em có ghi về tiền căn trào ngược không ? Nếu không thì anh trừ điểm phần hỏi bệnh sử trong barem   
- Anh Tín hỏi có cách nào chẩn đoán GERD ? Tiêu chuẩn vàng là gì ? Giờ thì làm gì ? Mình trả lời là siêu âm khảo sát thực quản và đo pH thực quản thì thấy anh không hỏi thêm   
- Cô Phúc hỏi bạn mình là cơ chế nào gây Trào ngược ở bé tim bẩm sinh ? Trào ngược thì điều trị tác nhân gì ? Cách nào chẩn đoán chính xác tác nhân đó ?   
- Cô Phúc: em nghĩ bé này có suy tim chưa ?   
- Xử trí gì nếu bé này lên cơn tím/ Suy hô hấp

**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

**VSD-PDA**

3 tuổi, nhâp viện vì sốt, ho ra đàm

Tiền căn:

* Sanh thường đủ tháng 3.2 kg. Chưa từng tím
* Hiện nay 10.5 kg-87.5 cm chạy nhảy tốt, leo cầu thang bt
* Thở co lõm ngực thường xuyên từ nhỏ NGAY CẢ NGOÀI ĐỢT VIÊM PHỔI
* Sau 1 tháng tuổi, nhiều cơn ho, khò khè, sốt, vào viện chẩn đoán viêm phổi

Khám

* Tim 144 lần/p, SpO2 97%, 38.7oC. Ko phù, ko ngón tay dùi trống
* Thở nhanh, co lõm ngực nặng
* Lồng ngực gồ lên ở giữa
* Mỏm tim KLS 5, ngoài trung đòn 2 cm, diện đập 2 KLS. Harzer (+)
* T2 mạnh.
* Âm thổi tâm thu 4/6 liên sườn 3-4-5 bờ trái xương ức. Có rung miêu
* Âm thổi 2 thì dưới xương đòn

CLS: BC 9.4 k, neutro 63.8%

Sửa

* Đo SpO2 ở tay phải, còn chân thì bên nào đo SpO2 cũng đc.
* Thứ tự chia nhánh ĐMC: thân ĐM cánh tay đầu (P), ĐM cảnh chung (T), ĐM dưới đòn (T).
* ODM nằm gần đối diện ĐM dưới đòn (T)  trong PDA đảo shunt, tay trái sẽ hơi tím (đặc biệt nếu kèm hẹp eo ĐMC pre-duct, khi đó chỗ phía sau hẹp có áp lực nhỏ, máu từ phổi sẽ qua dễ dàng hơn). 1 số trường hợp ĐMC gián đoạn ngay trước ĐM dưới đòn (T), thì tay (T) sẽ đc nuôi bởi máu trong ODM  tay trái tím như chân
* Vậy đo ở tay phải là chênh lệch với chân nhỏ nhất
* Ở con nít, khám có âm thổi rồi đặt vấn đề hội chứng van tim là sai vì bệnh TBS thường gặp ko phải ở van. Bờ trái xương ức có các ổ nghe: KLS 3-ổ chủ. KLS 4-5: ổ 3 lá. KLS 3-4: ổ vách liên thất
* Đăt vấn đề BN này: TBS, Suy dinh dưỡng, HC nhiễm trùng đường hh dưới
* TBS
* TBS ko tím  kết luận ko có shunt P-T
* Thở co lõm ngực thường xuyên từ nhỏ NGAY CẢ NGOÀI ĐỢT VIÊM PHỔI, nhiễm trùng phổi NHIỀU LẦN  tăng lưu lượng. Tại sao?   
  Mạch máu đè đường thở lớn, khó hít vào, dễ bị xẹp phổi  bé rán hít sâu, cơ hoành rán hạ xuống, tạo áp lực âm lồng ngực  co lõm 1/3 dưới   
  ĐM phổi thường đi kèm với phế quản, chèn ép đường dẫn khí nhỏ  khò khè, hít xong, mà thở ra ko đc, ứ khí cặn, ứ dịch gây nhiễm trùng
* Tăng lưu lượng  shunt T-P
* Tim trái bị ảnh hưởg. Có nhiều trường hợp mỏm tim lệch ko do tím trái, nhiều trường hợp tim trái dãn mà mỏm tim ko lệch   
  Đôi khi tim phải lớn quá, làm tim trái quay ra ngoài, ra sau, làm mỏm tim lệch   
  Khi tim nằm ở giữa (mesocardie), thì tim trái dãn mà mỏm tim ko lệch
* T2 mạnh, gắng sức lên thì bé tím nên đã có TAP
* SDD làm CLS gì, biến chứng gì: đọc lại file. SDD nặng thì làm hết CLS. SDD nhẹ vừa thì chỉ làm CLS cho những biến chứng nghi ngờ trên lâm sàng
* XQ: tổn thương mô kẽ dạng lưới, nốt mờ ở rốn phổi  VP siêu vi. Đốm quanh rốn phổi có thể là phế nang, mạch máu cắt ngang. Vậy so sánh với độ mờ bóng tim. Giống thì mach máu, ko thì là phế nang
* Nên cho thuốc dãn ĐM để giảm shunt T-P. Dùng lợi tiểu để giảm tăng gánh tâm trương thất T
* VSD
* Âm thổi 4/6  VSD lỗ nhỏ ko tăng áp phổi đc. Nhưng do có thêm PDA nên TAP   
  Âm thổi dạng phụt: lỗ nhỏ, áp lực thất P cao. Dạng tràn: lỗ to   
  PDA thì tràn phụt ko quan trọng, luôn luôn thô ráp do xoáy trong ống   
  PDA: Âm thổi xu hướng ra sau, 2 bên, ko đặc hiệu, ko phải nan hoa là đc gòy
* Lỗ lớn thì như bình thông nhau, thất trái ko lớn nhiều dù máu về nhiều. ECG có hiện tượng Katz Wachtel (large biphasic QRS complexes in V2-5), ko bao giờ lớn nhĩ T
* Restrictive VSD: lỗ nhỏ, dòng máu chịu ảnh hưởng áp lực, size lỗ

**VSD-suy tim**

Trình bệnh

* Bé 2 tháng tuổi. 2 ngày nay sốt liên tục, ho đàm, bú ít. Khám bác sĩ tư nghi TBS  vào NĐ1
* Canula 1 lít, hồng SpO2 98%, tim 175, thở 66, 38.5oC, CRT 2s. Thở co lõm.âm thổi VSD. Gan to 3 cm dưới bờ sườn. XQ có kerley A
* Tiền căn:

Sinh thường 3.6 kg, sanh ra hồng.Bú chậm, ngắt quãng.   
Tháng đầu tăng 650 gram. Tháng 2: 350 gram

Từ tháng thứ 2,bé tím khi khóc, 30p sau thì hồng trở lạ. hiện nay 4.6 kg

* Chiều ngày nhập viện bé lên cơn khó thở nhiều, SpO2 tụt. 1 bé suy tim thì SpO2 bt, tự nhiên tụt là do phù phổi cấp (OAP)

Sửa

* Trẻ em gan 2 cm dưới bờ sườn thì khó khẳng định gan to. Đến 7 tuổi, gan như vậy vẫn có thể là bt. Phải coi diễn tiến gan thế nào: to lên, cứng chắc…Gan bé này to 3 cmto thiệt. Gan nói lên suy tim P thì chính xác hơn là nói lên TAP. TAP có dấu trực tiếp là T2 mạnh   
  Con nít suy tim trái cũng có thể gan to do vòng tuần hoàn ngắn<3 tuổi, k phân biệt đc suy tim T hay P trên lâm sàng
* Nhịp tim 200 làm sao nghe đc âm thổi
* TBS
* Bé có tiền căn tím, nhưng hiện bé hồng – vẫn xếp vào TBS ko tím, đưa tiền căn tím vào TAP
* Tăng lưu lượng máu lên phổi   
  Mạch máu ra 1/3 ngoài là quan trong nhất trong tăng lưu lượng máu lên phổi (chia 1/3 theo độ cong phổi)   
  Giảm lưu lượng máu tuy thở nhanh nhưng sâu, ko co lõm ngực   
  1 bé bị co lõm sao biết viêm phổi nặng hay do bệnh tim. Hỏi mẹ: lúc bình thường có co lõm thế này hok
* 2 tim bị ảnh hưởng: hiện tượng Katz Wachtel trên ECG
* TAP: T2 mạnh, khóc thì BN tím. T2 mạnh chỉ nói lên áp lực cao. Còn ĐM chai chưa, kháng lực cao chưa thì ko bik
* XQ phổi sau mấy ngày chụp lại thấy cải thiện nhanh chóng thì nghĩ tỗn thương ban đầu do tim. Viêm phổi thì lâm sàng cải thiện trước XQ. XQ viêm phổi 1 tuần mới cài thiện
* Diễn tiến VSD
* Mới sanh, kháng lực phổi cao, sau 2 tuần thì =1/2 hệ chủ, sau 4 tuần ¼ hệ chủ
* Trong tháng đầu, VSD lỗ rộng thì máu lên phổi ít ko suy tim trong tháng đầu. Suy tim sẽ xảy ra trong tuần lễ 4-6, hay trễ hơn
* Cơ tim 2 tháng ko dãn nổi, ko bóp nổi  ứ ngược lên nhĩ, phổi
* VSD, PDA vào suy tim nặng nề nhất là tháng 2 hoặc 3. Đây là suy tim cấp. Nếu vượt qua, cơ tim sẽ thích nghi, triệu chứng suy tim giảm, chịu đựng đc, thì đây mới gọi là suy tim mạn
* Bé này có:
* Tháng đầu tăng 650 gram. Tháng 2: 350 gram  Suy tim bắt đầu từ tháng 2 do ảnh hưởng phát triển rõ
* Tăng tuần hoàn phổi thụ động: Kerley A, OAP
* SDD

Vào thời điểm này là suy tim cấp  ko phân độ, chỉ chia nặng hay nhẹ. Tăng gánh tâm trương, nhưng suy cả chức năng tâm thu tâm trương luôn (do bé mới 2 tháng tuổi). Còn qua suy tim mạn là suy chức năng tâm thu

* OAP là phải thở CPAP, để mạch máu phổi ko đè xẹp đường thở dù cannula cho SpO2 trên 90. CPAP bé này ko cần FiO2 cao. Bé này cho thở 6 lít O2, 3 lít air
* Cho thuốc giảm tiền tải: lợi tiểu
* Tăng co bóp: Digoxin, dobutamin. Dobu, Dopa thụ thể beta 1. Digoxin bơm Na-K-ATP
* Digoxin chỉ có thể làm chậm nhịp ở nút nhĩ thất. Digoxin làm tăng sức co bóp nên giảm nhịp (CLT=nhịp x thể tích nhát bóp). Chứ digoxin ko làm chậm nhịp xoang nhaz
* Sốc là phải dobu, dopa. Ko sốc thì sao
* Digoxin sau chích 30p bắt đầu có tác dụng, 4h tối đa, optimal 7 ngàybé đang OAP, phải xài dobu, dopa có tác dụng liền
* Tế bào cơ tim chưa trưởng thành nên digoxin ko hiệu quả nhiều ở trẻ <2 tháng
* Cơ tim chưa trưởng thành, mật độ beta ko nhiều  chủ lực là lợi tiểu
* BN ko sốc, mạch bắt rõ thì cho thuốc dãn mạch, máu lên chủ nhiều, bớt lên phổi. Nitrat
* Thường phải trên 1 năm mới đảo shunt nhưng có những bé có thể đảo shunt 6 tháng tuổi. Dân số cao áp phổi sớm: HC down

Phòng nhận bệnh có bảng dán số bình thường  đi thi khỏi đem theo số liệu. Sử dụng số trung bình: 95% dân số

TRÌNH BỆNH VIÊM PHỔI-VSD-SUY TIM

Bé nữ 7 tháng tuổi, tiền căn chẩn đoán VSD lúc 1 tháng tuổi. Vấn đề

* Tim bẩm sinh:
* Không tím
* Tăng lưu lượng máu lên phổi
* ảnh hưởng 2 tim
* tăng áp phổi
* tật tim nằm ở:
* VSD
* PDA + PAH
* ASD + VSD
* ASD + PDA
* Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới:  chẩn đoán viêm phổi; phân biệt với viêm tiểu phế quản, với nhiễm trùng ngoài phổi/tim bẩm sinh
* Suy tim:
* Có suy tim: bé < 3 tuổi nên tính theo Ross được 7 điểm (thời gian cữ bú lâu, lượng bú ít, chậm tăng trưởng, thở nhanh, thở co lõm). Bé đang trong tình trạng viêm phổi, khám thấy thở nhanh thở co lõm, cũng không chắc được là do tim hay do phổi, nhưng vẫn tính điểm vô luôn do chẩn đoán suy tim ở trẻ em không có một dấu hiệu gì chắc chắn, phải dựa vào nhiều tiêu chuẩn, hệ thống tính điểm, cứ chẩn đoán vậy trước rồi sau này đánh giá lại sau
* Nguyên nhân gì: tim bẩm sinh
* Yếu tố thuận lợi: viêm phổi
* Suy tim cấp/mạn: ko có sốc tim, phù phổi cấp nên là mạn. hầu hết các tim bẩm sinh có luồng thông T-P gây suy tim theo kiểu giảm sức co bóp (khác với giảm đổ đầy)
* Điều trị:
* Lợi tiểu: ở trẻ em chỉ có 2 loại là furosemid và spironolacton: furo thì mạnh, gây mất K; còn spiro thì yếu, giữ K. thường thì xài furo trước, nếu nặng có thể kết hợp furo uống sáng + spiro uống chiều
* Suy dinh dưỡng
* Bé này là suy dinh dưỡng mạn tiến triển mức độ nặng do có chiều cao theo tuổi, cân nặng theo chiều cao đều < 3 SD
* Điều trị: tính E theo cân nặng hiện tại, do khó mà cho pé ăn được theo cân nặng lý tưởng. cứ tính E trước theo 130-180 kcal/kg, rồi chọn chế phẩm, vd như sữa mẹ có 67 Kcal/100ml, rồi tính số ml. nếu trẻ không thể bú nổi số lượng đó thì có 2 cách: có tiền thì đổi qua sữa năng lượng cao 100-110 kcal/100ml, không thì mua gói bổ sung năng lượng bỏ thêm vào đồ ăn của trè (MCT).
* Theo dõi: tốt nhất là kêu mẹ vắt sữa ra cho trẻ bú, coi bú có đủ lượng không; theo dõi lên cân theo tuần

Đọc XQ: coi góc tâm hoành 2 bên; nếu tù, hoặc ko rõ thì coi chừng có viêm.

ECG: nếu giá trị các sóng R, S > 95th thì ok rồi; nếu chỉ > 50th thôi thì cứ theo dõi lớn thất. nếu lớn thất này mà trục lệch theo hướng ngược lại thì lớn 2 thất

Các thuốc có độc tính như digoxin, aspirin, corticoid phải đánh số

Theo dõi: sinh hiệu mỗi 6h; nếu trong phòng hồi sức là mỗi 30’

Can thiệp ngoại khoa:

* VSD:
* Thông tim: trẻ lớn, thường ko có triệu chứng suy tim nặng, làm để phòng VNTMNT
* Mổ tim: trẻ nhỏ, có suy tim
* ASD: ít khi suy tim
* Lỗ lớn nhỏ tuổi: mổ
* Lỗ lớn, > 8kg: thông
* Lỗ nhỏ, > 8kg: tự bít
* PDA: 4kg là thông tim được rồi
* TOF: chỉ có mổ thôi, ko có thông.

Phòng ngừa:

* VNTMNT
* Chích ngừa: bệnh tim không phải chống chỉ định của chích ngừa

SpO2 < 93% là xếp vào có tím, dù có nhìn thấy tím hay không.

MẤY CÁI NÀY PÉ H THẤY HAY NÊN ĐỂ VÀO, KO PHẢI CHỊ DẠY

Cận lâm sàng:

* Suy tim
* CTM, ion đồ, chức năng gan-thận, TPTNT
* XQ ngực, ECG, siêu âm tim
* Cơn tím
* CTM
* XQ, ECG, siêu âm tim

Tím do MetHb: Nhỏ vài giọt máu lên giấy trắng mềm sau vài phút có màu socola.

APSO=PAVSD: pulmonary atresia ventricular septal defect ASD: atrial septal defect PDA: patent ductus arterious P(T)APVR: partial(total) anomalous pulmonary veinous return ECD: endocardial cushion defect TGA: transposition of great arteries AS: aortic stenosis MS: Mitral stenosis PS: pulmonary stenosis MR: mitral regurgitation DORV: double outlet right ventricle TOF: tetralogy of Fallot

TIM BẨM SINH

Các dấu hiệu gợi ý tim bẩm sinh ở trẻ em (Hô khó ho, bú mệt xanh tím, tật tim và ngoài tim)

* Nhiễm trùng hô hấp DƯỚI, TÁI ĐI TÁI LẠI
* Khó thở, thở nhanh, lõm ngực, thở khác thường NGAY CẢ LÚC KHÔNG BỆNH (viêm phổi)
* Ho khò khè kéo dài, tái đi tái lại
* Bú khó, chậm phát triển (thể chất, tâm vận)
* Mệt, xanh xao, tím
* Tình cờ phát hiện bất thường tim: tim đập bất thường, tim to, âm thổi (HỎI THI 3 cái này)
* Tật ngoài tim (Down, sứt môi, chẻ vòm, dư ngón…)

Lưu ý:Hỏi tiền sử sản khoa: thuốc, thuốc lá, rượu, nhiễm virus

Giải thích

* Tăng lượng máu lên phổi  giảm độ đàn hồi phổi  khó thở, thở co kéo.    
  Mạch máu đè đường thở lớn, khó hít vào, dễ bị xẹp phổi  bé rán hít sâu, cơ hoành rán hạ xuống, tạo áp lực âm lồng ngực  co lõm 1/3 dưới
* ĐM phổi thường đi kèm với phế quản, chèn ép đường dẫn khí nhỏ  khò khè, hít xong, mà thở ra ko đc, ứ khí cặn, ứ dịch gây nhiễm trùng   
  Anh Tín nói: phải là nhiễm trùng hh DƯỚI mới đc. Vì 1 đứa giảm lưu lượng máu lên phổi thì hay nhiễm trùng hh TRÊN nhưng ko thể suy ngược lại đc

Lưu ý: khó thở khi nằm nghiêng là do bé thấy hồi hộp, khó thở khi nằm nghiêng sang (T)

* Tăng lưu lượng máu lên phổi thì phù mô kẽ, kích thích thụ thể J gây thở nhanh (nông). Còn giảm lưu lượng máu lên phổi thì toan chuyển hóa, gây thở nhanh sâu KO CO LÕM
* Mệt do: suy tim cung lượng thấp, thuốc ức chế beta, thuốc hạ áp mạnh, thuốc lợi tiểu mạnh gây hạ kali, hạ natri máu
* Máu ra ngoại biên giảm  tăng hoạt động hệ giao cảm, tiết catecholamine  co mạch (xanh xao), vã mồ hôi
* Bú khó: bé khó thở, thở nhanh, thiếu năng lượng mút sữa, do đó khi bú trẻ sẽ mau mệt phải dừng lại để thở, ngủ thiếp đi giữa chừng sau đó thức dậy bú tiếp, trẻ bứt rứt vì đói. Vậy trẻ bú lượng ít trong thời gian dài (30-45 phút). Do bú ít, trẻ tiểu ít và ngủ li bì
* Chậm tăng trưởng: do bú khó, máu tới ruột ít, gây kém hấp thu, nạp vào ít năng lượng.Mà lại sử dụng rất nhiều năng lượng (thở nhanh, co lõm). Trẻ có shunt T-P hoặc cung lượng tim thấp mạn tính thường chậm tăng trưởng. Còn bé bị tắc nghẽn tim (P) như hẹp van ĐM phổi thì phát triển gần như bình thường

Anh Tín thì lúc nào trả lời cũng phải nói: bệnh sử-tiền căn-khám-CLS-điều trị thử-theo dõi diễn tiến

**TÍM**

4 câu hỏi phải trả lời về tìm

* Có tím ko?
* Tím TW hay ngoại biên hay chuyên biệt
* Nguyên nhân do tim hay phổi
* Nguyên phát hay thứ phát

**Có tím ko?**

Tím là do tăng nồng độ Hb khử >5g/dl

Phải đo SpO2 tứ chi. Hoặc ít nhất là phải đo tay PHẢI, còn chân bên nào cũng đc

SpO2 80-95%: tím rất khó thấy

SpO2 <80% mới thấy rõ tím trên lâm sàng

**Phân loại tím**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tím TW** | **Tím ngoại biên** |
| **Khám** | 1. Tím da NIÊM 2. Kết mạc đỏ do đa hồng cầu 3. Ngón tay dùi trống (gặp ở trẻ lớn). Lưu ý: dùi trống, tất nhiên có móng khum, nhưng móng khum chưa chắc có dùi trống. Móng khum có thể do nhiều bệnh lý khác như thiếu máu thiếu sắt, nhưng dùi trống thì chắc chắn do tím TW | Tím da |
| **CLS** | * SaO2↓, PaO2↓ * Hct↑(tăng cao khi hẹp van ĐMP, ko có lỗ van ĐMP, tăng ít hoặc bình thường trong TBS tăng tuần hoàn phổi, thiếu máu) | SaO2 bt, PaO2 bt |
| **Điều trị thử** | Khi gắng sức (khóc) thì tím nhiều hơn | Nếu do lạnh thì khi gắng sức, bé hết tím |

* Tím ngoại biên: do giảm tưới máu ngoại biên. Lanh, Raynuad, hạ đường huyết, suy tim, sốc
* Tím chuyên biệt: phải đo SpO2 tay phải với chân, chênh lệch >10%
* Trên hồng, dưới tím
* PDA
* IAA/CoA + PDA (gián đoạn cung ĐM chủ, hẹp nặng eo ĐM chủ)
* Thiểu sản tim (T) + PDA
* Trên tím, dưới hồng: chuyển vị đại ĐM + PDA

**Tím TW do nguyên nhân gì**

Các bước phân biệt tím do TBS hay phổi

1. Bệnh sử, tiền căn: khởi phát tím lúc nào, kéo dài ra sao.    
   TBS: ko cấp tính. Mới sanh ra tím, ăn cũng tím...nếu mà suy hô hấp, sao sống nỗi tới giờ
2. Khám: TBS thì phổi ko ran, thở hơi nhanh chứ ko gắng sức quá nhiều, mức độ khó thở ko tương xứng với mức độ suy hô hấp
3. CLS   
   XQ (đừng nói CTM, CRP, dư thừa, phải nói trực tiếp)    
   KMĐM PaCO2 trong TBS tím thì giảm do tăng thông khí, đường thở tắc nghẽn thì CO2 tăng
4. Điều trị thử   
   FiO2 cao 100%: mask có túi dự trữ, hood, CPAP, nội khí quản. Sao làm kịp. Thở hết tím là do phổi, ko hết thì cũng ko bik bị cái gì Cách này ko thực tế

Anh Tín: Khi hỏi sao phân biệt tím do tim hay phổi: đừng trả lơi là cho thở oxy nhaz!!!

MetHb: bẩm sinh, mắc phải. Thường ở bé <2 tháng, ăng uống thức ăn nhiều nitrit: củ dền. Nếu bé bú mẹ, thì coi mẹ uống nước lọc hay sao, có tiếp xúc với hóa chất độc hại hay nhà ở gần xí nghiệp ko

Coi đáp ứng với thở oxy:

**Nguyên phát hay thứ phát   
(shunt P-T từ lúc mới sanh hay đảo shunt)**

Cũng dựa vào các bước bệnh án

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Shunt P-T | Đảo shunt |
| Bệnh sử/tiền căn | Đẻ ra tím liền | Trước đó có HÔ KHÓ HO tái đi tái lại  tím ko liên tục  tím liên tục |
| Khám | Khám phổi bình thường  T2 ko mạnh | Khám phổi có ran  T2 mạnh và các dấu khác của TAP |
| XQ | Giảm lưu lượng máu lên phổi | Tăng áp phổi (hình cắt cụt) |

Một số gợi ý về thời gian tím

* Tím từ lúc sơ sinh: thông liên nhĩ với shung P-T tạm thời

Lưu ý: trẻ sơ sinhPDA, kháng lực hệ tuần hoàn phổi cao  máu từ bên P qua ống động mạch đến cung ĐMC  chi dưới tím, chi trên ko tím. Nhưng đây là 1 hiện tượng bình thường

* Tím từ 1-3 tháng tuổi: PDA+tắc nghẽn đường ra thất P
* Tím >6 tháng: VSD+tắc nghẽn đường ra thất P
* Tím muộn 5-20 tuổi: HC Eisenmenger

**TĂNG LƯỢNG MÁU LÊN PHỔI KO?**

Lượng máu lên phổi có nhiều hơn lượng máu lên ĐMC ko?

* Có: shunt T-P
* Ko: 3 trường hợp: shunt T-P nhỏ, tuần hoàn phổi bình thường, giảm tuần hoàn phổi

Shunt T-P vẫn có máu wa phổi, nhưng lượng ít, ko thể phát hiện trên lâm sàng và XQ

**Tăng lượng máu lên phổi (có thể lên đến 8 lần)**

1. Bệnh sử/tiền căn: HÔ KHÓ HO   
   Mẹ thấy tim bé đập nhanh, mạnh từ khi mới sanh (khi ko có nhiễm trùng)
2. Khám

* Thở nhanh, co lõm ngực.
* Phổi có ran ẩm, ran ngáy, ran rít (khi ko có nhiễm trùng)

1. CLS:

* XQ phải đọc theo thứ tự: cung ĐMP-2 rốn phổi-mạch máu phổi.
* Cung ĐMP bắt đầu từ KLS 4. Khi kêu chỉ rốn phổi thì chỉ bên P, đừng chỉ bên T do hay bị tim che.Rốn phổi P chia 3 nhánh nhưng trên XQ chỉ thấy 2 nhánh thôi. Từ rốn phổi chia ra 1/3 ngoài-giữa-trong phế trường (cia theo đường cong). Che 2/3 trong để thấy coi mạch máu có ra 1/3 ngoài ko
* Trong 3 yếu tố thì mạch máu ra 1/3 ngoài phế trường là quan trọng nhất

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cung ĐM phổi** | **Rốn phổi** | **Mạch máu** |  |
| Phồng | To | Ra 1/3 ngoài | Tăng lưu lượng |
| Lõm | Nhỏ | Chỉ 1/3 trong | Giảm lưu lượng |
| + | - | - | Dãn sau hẹp tại van ĐM phổi |
| + | + | - | Căt cụt trong TAP |
| - | - | + | Hẹp ĐM phổi nhưng có tuần hoàn bàng hệ |
| + | Mờ | + | Tăng lượng máu nhưng phổi ứ khí che mất rốn phổi |

**Giảm lượng máu lên phổi**

1. Bệnh sử/tiền căn: KHÓ THỞ, TÍM, đừng nói nhiễm trùng hô hấp trên, nhiễm trùng răng miệng
2. Khám

* Tím niêm, kết mac đỏ, ngón tay dùi trống
* Thở nhanh sâu trong cơn tím.
* Nghe phổi thấy phế âm thô

1. CLS: XQ, Hct tăng, ECG: dầy thất phải tăng gánh tâm thu (dạng qR hoặc R ở V1, V2)

Giải thích

* Ko tăng lượng máu: đường kính mạch máu ở 1/3 ngoài của phế trường sẽ < 1mm, phía trên cũng vậy, nên ko thấy mạch máu
* Tăng lượng máu: mạch máu dãn >1mm, nên thấy. Ngoài ra còn có rốn phổi đậm, đường kính ngang ĐM phổi lớn hơn 1 khoảng liên sườn, cung ĐM phổi lồi ra
* Giảm tuần hoàn phổi: ứ máu TM, máu ĐM kém oxy, hầu họng có sẵn vi khuẩn yếm khí  thường xuyên bệnh đường hô hấp trên. Thở nhanh sâu do toan chyển hóa , khác với thở nhanh, co kéo của tăng lượng máu phổi
* Giảm lưu lượng máu phổi mà viêm phổi tái đi tái lại thì phải tìm coi có PDA hay tuần hoàn bàng hệ lớn làm tăng lượng máu lên phổi không

**TIM NÀO BỊ ẢNH HƯỞNG**

* Nhìn
* Nói gồ lồng ngực phải nói vị trí nào   
  Thất P lớn sẽ gồ xương ức, 2 bên lồng ngực cân xứng. Tim T lớn thì nửa lồng ngực bên T cao hơn bên P
* Mỏm tim ở bé bình thường, gầy, có thể nhìn thấy đc. Nhưng bất thường khi đập rộng hơn 1 khe liên sườn hay vị trí bất thường (bình thường mỏm tim KLS 4 đường turng đòn. Trẻ nhỏ thì ra ngoài 1 tí)
* Ổ đập khác mỏm
* Sờ:
* Xác định vị trí mỏm tim là ổ đập mạnh nhất, ngoài nhất, xa nhất. Vị trí mỏm tim theo tuổi
* Hardzer, dấu nảy trước ngực (ổ đập thất P: KLS 4 trước xương ức)   
  Đôi khi thất P lớn nhưng Harzer (-) do
* Harzer (+) thì thất (P) phải lớn xuống dưới kiểu dãn, tăng gánh tâm trương. Chứ nếu tăng gánh tâm thu, dày đồng tâm thì ko có harzer
* 1 đứa trẻ lớn, khung sườn phát triển, che mất
* XQ, ECG
* Chỉ số tim/ngực:
* <2 tháng: 0,6
* 2tháng – 3 năm: 0.55
* >3 năm: 0.5
* Nhĩ phải to: khoảng cách từ nhĩ phải đến cốt sống/nửa lồng ngực >1/4   
  Nhĩ trái to: bờ đôi
* Thất nào to    
  Dựa vào góc tâm hoành thì bị ảnh hưởng bởi cơ hoành. Vậy nên coi vị trí mỏm tim với KLS 4 phía trước (tương đường 6 phía sau, nhưng ko ai coi KLS sau cả)
* Dựa vào góc tâm hoành: gặp anh Tín thì đừng nói   
  Thất (T) to: góc tâm hoành tù   
  Thất (P) dày: mũi tim hếch lên, góc tâm hoành nhọn
* Dựa vào KLS

Thất (T) dày: mỏm tim chỉ ra ngoài. Thất (T) dãn: ra ngoài xuống dưới

Thất (P) dày: mỏm tim chỉ lên trên. Thất (P) dãn: lên trên, ra ngoài

Lưu ý: khi đọc phải coi tư thế: nằm-đứng, nghiêng trái-phải (cột sống), xoay trái-phải (xoay bên nào, khớp ức đòn bên đó dãn ra, tim bên đó rõ). Khi BN nằm (phim AP), xoay T, thấy tim T to thì chắc chắn to, còn thấy tim P to thì coi chừng do nó nằm xa bản chiếu

**TĂNG ÁP PHỔI KO**

Áp lực=lưu lượng x kháng lực

Lưu lượng giảm sao áp lực tăng đc

Lưu lượng bt nhưng áp lực vẫn có thể tăng

Lưu lượng tăng, ĐM phổi dãn, ko tăng áp lực. Tới khi lưu lượng tăng quá nhiều, ĐM ko dãn nổi nữa, xơ hóa, sẽ tăng áp lực. Tăng áp phổi đến khi có Ensenmenger thì P phổi giữ nguyên, ko giảm

1. Bệnh sử-tiền căn: ko tím  tím ko liên tục  tím liên tục
2. Khám: nhớ ngược hướng tống máu của thất P

* Click tống máu, âm thổi Graham-Steel do hở vòng van ĐM phổi, T2 mạnh, tăng gánh tâm thu thất P (dấu nảy trước ngực), âm thổi hở van 3 lá, lớn nhĩ P trên ECG, ứ trệ ngoại biên: phù, gan tođập theo nhịp tim, TM cổ nổi.    
  Chỉ có T2 mạnh, ổ đập bất thường, gan to là khám đc
* Graham-Steel nghe trên siêu âm chỉ 30% hok khám đc đâu, đừng ghi zô bệnh án
* Âm thổi hở 3 lá: con nít sao làm no pháp Valsava
* T2 phụ thuộc: chênh áp lực cao, van mềm, vị trí van trước khi đóng   
  T2 mạnh có thể do tim nhanh nên phải coi tần số tim thế nào.
* Nhĩ ko có dày nhĩ, mà chỉ nói lớn nhĩ do nó cơ ít lắm, sao mà dày
* Ứ trệ ngoại biên thì chỉ có gan to là khám đc. Gan chiếm 1/6 thể tích máu cơ thể, nhiều TM màh lại đập theo ĐM: hở 3 lá nặng, thất P bóp tốt.
* Giảm cường độ, thời gian âm thổi của bệnh nền. Thời gian là quan trọng nhất.    
  Ví dụ: âm thổi PDA chuyển từ liên tục sang chỉ có trong kì tâm thu   
  Lưu ý: khi có TAP rồi mà âm thổi PDA còn 4/6 có rung miêu thì coi chừng bịa   
  VSD, PDA: Chỉ có tim trái bị ảnh hưởng thì chưa có tăng áp phổi!!!

1. XQ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GĐ | Cơ chế | Biểu hiện lâm sàng | XQ |
| 1 | Tăng lưu lượng, shunt T-P | Triệu chứng tăng lưu lượng máu rõ  Triệu chứng gợi ý tăng áp phổi: T2 đanh, click phun máu, âm thổi hẹp van đm phổi, dấu nảy trước ngực | Tăng lưu lượng  Bóng tim to bên T  Cung động mạch phổi < 4mm |
| 2 | RPA< RPO  Shunt 2 chiều | Tím khi gắng sức  Lớn thất P: dấu nảy trước ngực, Harzer (+), lồng ngực gồ lên  **T2 đanh: phải có** | Lưu lượng máu giảm bớt  Bóng tim nhỏ/to bên P  Cung đmp 4-9mm |
| 3 | RPA>RAO shunt P-T | Tím khi nghỉ ngơi  Suy tim (P) ứ huyết | Hình ảnh cắt cụt: mạch máu phổi chỉ tới 1/3 trong của phế trường  ĐMP>9mm |

Giai đoạn 2: shunt P-T trong kỳ tâm trương, định luật LaPlace

*Luật Laplace: Sức căng thành (T) = { áp lực khoang p} x { đường kính r}/ 2 x { độ dày thành}.*

**TẬT TIM NẰM Ở ĐÂU**

**KO TÍM:**

không tím là ko có giảm lưu lượng máu lên phổi: tăng hoặc bình thường.

***Ko tăng lưu lượng***

|  |  |
| --- | --- |
| Phải (Ebstein, hẹp hở dãn tăng) | Trái (van 2 lá, hẹp hở hẹp gián, bất tắc xơ) |
| Ebstein | Hở van 2 lá |
| Hẹp ĐMP (dưới van, tại van, trên van) | Hẹp ĐMC (dưới van, tại van, trên van) |
| Hở van ĐMP | Hở van ĐMC |
| Dãn thân ĐMP | Hẹp eo chủ |
| Tăng áp phổi nguyên phát | Gián đoạn ĐMC |
|  | Bất thường ĐMV, tắc nghẽn đường vào hoặc ra của nhĩ trái, xơ chun nội mạc nguyên phát |

Tắc nghẽn đường vào hoặc ra của nhĩ trái: hẹp TMP, hẹp van 2 lá, co-triatriatum

***Có tăng lưu lượng***

VSD, ASD, PDA, cửa sổ chủ phế, kênh nhĩ  thất toàn phần

Dò động tĩnh mạch vành, ĐM vành trái xuất phát từ ĐM phổi, túi phình xoang Valsava vỡ

**CÓ TÍM**

***Ko tăng lưu lượng***

* Trái

Teo van 3 lá

Ebstein

Teo van ĐMP

Hẹp van ĐMP + tim 1 thất dạng thất T

**TMC đổ vào nhĩ T (khó nhớ)**

* Phải
* Ko tăng áp phổi: TOF (ko tăng áp phổi), APSO, teo van đm phổi có PSD
* Hẹp ĐMP + VSD (Fallot)
* Hẹp ĐMP + ASD
* Hẹp ĐMP + chuyển vị đại ĐM hoàn toàn
* Hẹp ĐMP + thất phải 2 đường ra
* Có tăng áp phổi
* VSD đảo shunt
* ASD đảo shung
* Chuyển vị đại ĐM hoàn toàn + kháng lực ĐMP cao
* Thất phải 2 đường ra + kháng lực ĐMP cao
* PDA đảo shunt
* **Thiểu sản bên trái tim (khó nhớ)**
* **Bất thường TMP về tim + kháng lực ĐMP cao (khó nhớ)**

***Có tăng lưu lượng (111 22 3 4)***

* Tim 1 nhĩ
* Tim 1 thất
* 1 thân chung ĐM
* Chuyển vị 2 đại ĐM
* Thất phải 2 đường ra + thông liên thất dưới van ĐMP
* Teo van 3 lá + thông liên thất lớn
* Tứ chứng Fallot + ko lỗ van ĐMp, tuần hoàn bàng hệ chủ phổi tăng nhiều
* **Bất thường TMP về tim (khó nhớ)**

**Biến chứng: quan tâm nhất là tím và tăng tuần hòan phổi**

Các câu hỏi

* Anh Tín: dấu hiệu gợi ý bệnh tim: Bất thường tuần hoàn phổi (tăng, giảm), tuần hoàn hệ thống (giảm tưới máu, ứ trệ), tại tim, dị tật khác ngoài tim
* Giảm tưới máu: tri giác (bứt rứt, khó chịu), da xanh. Não là cơ quan quí tộc nên ưu tiên tưới máu, phải giảm nặng lắm mới ảnh huong tri giác. Nó quấy khóc do tim rồi thì ngoại biên đã giảm dữ dội
* La hét mà mặt đỏ ké, ẫm vỗ thì hết thì ko do tim. Ít tiểu, chậm tiêu, bú chậm…Mệt khi gắng sức (bú, khóc). Bú lâu: bú nghỉ rồi nghỉ, khóc mà mẹ phải lo lắng, dỗ. Suy tim mới có giảm tưới máu Ko có mấy triệu chứng này ko loại trừ bệnh tim
* Phù, gan to, TM cổ nổi. Chỉ có gan to là sờ đc
* Bất thường tim: tim đập bất thường, tim to, âm thổi. Dấu hiệu tim trái/phải to
* Bình thường ở trẻ em có thấy mỏm tim đập nhưng bất thường khi đập rộng hơn 1 khe liên sườn hay vị trí bất thường (bình thường mỏm tim KLS 4 đường turng đòn. Trẻ nhỏ thì ra ngoài 1 tí)

Có bệnh tim mà ko ổ đập bất thường (kể từ ngoài vào trong): thành ngực dày, tràn dịch-trán khí màng phổi, tràn dịch màng tim. Tăng gánh tâm thu thì ổ đập bất thường ko rõ bằng tâm trương. Do cơ dày vào trong. Giảm thể tích máu thì đập yếu

* Phân biệt SpO2-SaO2-PaO2
* SaO2: đánh giá Oxy hóa máu = HbO2/(HbO2 + Hb + HbCO + Hbmet): dùng 4 bước sóng
* SpO2 = HbO2/(HbO2 + Hb): 2 bước sóng: sinh hiệu thứ 5. Các yếu tố gây nhiễu:
* Do màu sắc da hoặc móng tay, móng chân (sơn móng tay, móng chân ...)
* Do Hb bất thường (COHb và MetHb... ).
* Nhiễu do cử động.
* Nhiễu do ánh sáng phòng. Tuy nhiên đa số máy đã loại bỏ hiện tượng nhiễu do ánh sáng bên ngoài.
* Do tình trạng giảm tưới máu mô (do choáng, sử dụng thuốc gây co mạch, hạ thân nhiệt nặng...).
* Do độ sai tiêu chuẩn của máy (thường khoảng ± 2%)
* PaO2 = 60 tương đương SaO2 = 90 tương đương SpO2 = 94%
* Phân biệt Co-oximetry (SaO2) và Pulse-oximetry (SpO2): như trên
* Đường cong Backcroft và các yếu tố ảnh hưởng oxy máu

Các yếu tố giảm ái lực của Hb đối với O2 (đường cong Barcroft lệch phải)

* pH giảm
* Nhiệt độ tăng, CO2 tăng.
* Chất 2, 3 – DPG (diphosphoglycerat) trong hồng cầu tăng.
* Hợp chất phosphat thải ra trong lúc vận động tăng.

Tăng ái lực: ngược lại. Kể thêm HbF, COHB, MetHb

* Tăng 1oC thì nhịp tim tăng 10 nhịp, nhịp thở tăng 7 nhịp
* Tại sao Fallop có ECG chuyển đột ngột giữa V1 và V2
* Bé nhỏ, cổ ngắn, ko khám TM
* VSD: máu từ sau ra trước, đặt ống nghe phía trước sẽ nghe lan hình nan hoa. Thất phải nằm trên thất trái, đè lên cơ hoành, ngay sau xương ức
* Thiếu O2, thận tăng tiết erythropoietin  tăng tạo hồng cầu ko bền. Ngoài ra, giảm máu tưới ruột, gây giảm hấp thu, góp phần làm tăng thiếu máu thiếu sắt
* Đa hồng cầu gây tăng VS. Nhưng trong giai đạon suy tim, VS ko tăng. Vì gan ứ huyết, giảm tổng hợp fibrinogen
* Ống động mạch đóng về mặt chức năng vào giờ thứ 10-15, đóng về mặt cơ thể vào tuần thứ 3 do giảm E2 và O2 trong máu ĐM. Lỗ Botal đóng vầ mặt chức năng vào tháng thứ 3, tuy nhiên về cơ thể học, 25% người lớn còn lỗ Botal
* Cơ chế ngón tay dùi trống