**5BỆNH ÁN**

1. Hành chính:

Họ và tên: Trần Nguyễn Thảo Ng.

Giới: Nữ

Ngày sinh: 10/07/2019 (16 tháng)

Địa chỉ: Đồng Phủ, Bình Phước

Ngày giờ nhập viện: 30/9/2020

Giường , khoa Tim mạch, bệnh viện Nhi Đồng 1

1. Lí do nhập viện: Chờ mổ tim
2. Bệnh sử:

* Bé nhập viện theo lịch để chờ mổ TOF( phát hiện lúc 1 tháng 20 ngày)
* Trong quá trình bệnh, bé không khò khè, không co giật, bú được, tiêu phân sệt vàng không lẫn nhầy máu 2 lần/ngày, tiểu được, nước tiểu vàng trong, tím đầu chi và tím môi mỗi khi khóc
* Tình trạng lúc nhập viện:
* Bé tỉnh, môi hồng tím với khí trời
* Chi ấm, mạch rõ, CRT<2s
* Mạch: 125 l/ph
* SpO2: 84%/khí trời
* Nhiệt độ: 37°C
* Nhịp thở: 38l/ph

Thở đều, êm

Phổi không ran

Tim đều, rõ

Âm thổi tâm thu bờ trái xương ức

* Tình trạng sau nhập viện: gom lại thành vấn đề

N1-4: bé tỉnh, không sốt, không ho, bú được

N5-6: bé sốt 38oC, không ho, bú được

N6-27:bé sốt dao động 37-38.5oC, ho đàm, sổ mũi, khám có ran ẩm hai đáy phổi

N28-N36: bé hết sốt, giảm ho đàm, giảm sổ mũi, khám còn ran ẩm hai đáy phổi

N37-N42: bé sốt lại 380C, tiêu phân lỏng không nhầy máu 5-6 lần/ngày

* + - 1. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới (nhiễm trùng bệnh viện)
      2. Tiêu chảy cấp

1. Tiền căn:
2. Bản thân:
3. Sản khoa:

* Con 2/2, PARA 2002, bé sinh thường lúc 39 tuần , cân nặng lúc sinh 2,3kg, sau sinh khóc ngay, không tím, nằm sơ sinh 1 ngày xuất viện.
* Trong quá trình mang thai, mẹ khám thai định kì ở bệnh viện Từ Dũ, theo dõi thai kì sát.
* Trong quá trình khám thai, phát hiện thai chậm tăng trưởng
* Chưa ghi nhận mẹ đái tháo đường thai kì, bổ sung quá nhiều vitamin A trong thai kì, phenylketon niệu, dùng thuốc chống động kinh trimethadione, paramethadione.

1. Chủng ngừa: tiêm chủng lao, viêm gan B, bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt, Hib. Chưa tiêm sởi
2. Dinh dưỡng:

* 3 tháng đầu: bú hoàn toàn bằng sữa mẹ
* 4 tháng -16 tháng: bú sữa công thức
* Hiện chưa ăn dặm

1. Phát triển tâm thần-vận động:

* Vận động thô: không tự đi, bắt đầu tập đi. Ngồi vững
* Vận động tinh: không tự xếp được đồ chơi
* Cá nhân- xã hội: gọi được mama.
* Ngôn ngữ: phân biệt được lời khen và cấm đoán

1. Bệnh lý:

* Bé 1 tháng 20 ngày tuổi: bé nhập viện vì viêm phổi và tình cờ phát hiện TOF
* Bé được xét nghiệm gen và chẩn đoán hội chứng Digeogre lúc 5 tháng tuổi
* Bé đã nhập viện 4 lần vì Viêm phổi
* Ngoài các đợt viêm phổi, mẹ không thấy bé thở nhanh, khò khè, thở co lõm ngực
* Mỗi cử bú kéo dài 30 phút, không vã mồ hôi mỗi khi bú
* Ghi nhận bé tím môi và đầu chi mỗi khi quấy khóc sau 1 tuổi

Tiếp cận trẻ tím:

1. Thời điểm trẻ bắt đầu tím
2. Tím hằng định hay cơn
3. Yếu tố khởi phát mỗi khi có cơn tím
4. Yếu tố giảm tím

* Xác định được mức độ hẹp đường ra thất phải

Chú ý:

Tím theo cơn ≠cơn tím thiếu oxy

Đọc lại định nghĩa cơn tím thiếu oxy: tình tình trạng đột ngột giảm oxy, cấp tính

Triệu chứng lâm sàng:

* Tím nặng: giảm SpO2 đột ngột
* Nhịp tim nhanh
* Giảm oxy máu: não: kích thích, bứt rứt, quấy khóc. Tưới máu mô ngoại biên kém
* Thở nhanh sâu

\*Cơn tím cơ chế:

1. Gập nhiều động mạch phổi
2. Di lệch nhiều
3. Dị ứng: chưa ghi nhận dị ứng thuốc, vaccine, trứng, sữa, hải sản, đậu.
4. Gia đình:

Chưa ghi nhận bệnh lí di truyền, truyền nhiễm trong gia đình.

1. Lược các cơ quan:

* Hết sốt, giảm ho đàm, bú được, tím khi khóc, tiêu tiểu bình thường
* Đi phân đặc vàng 3-4 lần/ngày

1. Khám lâm sàng:
2. Tổng quát:

* Em tỉnh, môi tím với khí trời
* Chi ấm, mạch rõ, CRT <2s
* Không móng khum, không ngón tay dùi trống
* Tím ở giường móng
* Dấu véo da mất nhanh, không mắt trũng
* Sinh hiệu:

Mạch 116l/ph

SpO2: 86%/ khí trời

Nhịp thở: 52 l/phút

Nhiệt độ: 37°C

-Cân nặng: 7 kg

-Chiều cao: 69 cm

- Zscores:

CN/T: -2.5 SD => nhẹ cân trung bình

CC/T: < -3 SD => suy dinh dưỡng mạn mức độ nặng

-3 SD<CN/CC <-2 SD => suy dinh dưỡng cấp mức độ trung bình

Khám từng vùng:

1. Ngực:

Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở

Thở đều êm, rút lõm ngực 52 lần/phút

Không co kéo cơ hô hấp phụ, không kiểu thở bất thường

* Phổi:

Ran ẩm ran ngáy hai đáy phổi Tính chất ran ngáy để đặt vấn đề tắt nghẽn đường hô hấp dưới. Ran ngáy phải lan toả

* Tim:

Mỏm tim KLS IV, lệch đường trung đòn T 1cm, diện đập 1x1cm2, mỏm nảy mạnh, không sờ thấy ổ đập bất thường Từ 2-7 tuổi: KLS V lêch trung đòn 1cm. < 2 tuổi: KLS IV lệch trung đòn 1-2 cm

Harzer (-), dấu nảy trước ngực(-)

Nhịp đều, T1, T2 rõ, T2 không mạnh

Âm thổi tâm thu dạng phụt, cường độ 3/6, nghe rõ ở KLS II bờ trái xương ức lan lên trên

Âm thổi liên tục, cường độ 3/6, nghe rõ vùng liên bả cột sống. nếu là THBH thì THBH phải lớn + lưu lượng chảy qua đáng kể mới nghe được âm thổi, tính chất âm thổi của THBH là liên tục, dạng tràn

1. Bụng:

Bụng mềm, không điểm đau khu trú.

Gan lách không sờ chạm.

1. Tiết niệu-sinh dục:

Bộ phận sinh dục ngoài là nữ.

1. Thần kinh-Cơ xương khớp:

Cổ mềm, ~~không dấu thần kinh định vị~~. Thóp phẳng Sờ được thóp nào? Thóp trước? thóp sau. Đo độ rộng của thóp

Cổ mềm vẫn khám được sau 10 tháng. Trẻ nhũ nhi: cổ ngắn không khám được

~~Sức cơ 5/5~~, không yếu liệt chi, không biến dạng chi.

1. Đầu mặt cổ:

~~Cân đối, không dị dạng~~.

Không xuất huyết kết mạc.

-Tai mũi họng: chưa ghi nhận bất thường

-Răng hàm mặt: chưa ghi nhận bất thường.

Chú ý vẻ mặt bất thường của bé vì tim bẩm sinh hay có các hội chứng đi kèm:

Viêm kết mạc mắt: đỏ, chảy dịch

Chẻ vòm họng

Digeogre: cằm V line, mắt chếch xa, mũi tẹt nhỏ

1. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhi nữ, 16 tháng tuổi, nhập viện để chờ mổ, nhập viện được 42 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận được:

* TCCN:
* Sốt
* ~~Ho, sổ mũi~~
* Tiêu phân lỏng không nhầy máu 5-6 lần/ngày
* TCTT:
* Nhịp thở: 52 l/phút, rút lõm ngực
* SpO2: 86%/ khí trời
* Ran ẩm ran ngáy hai đáy phổi
* Không dấu mất nước
* Harzer(-)
* Mỏm tim KLS IV, lệch đường trung đòn T 1cm, diện đập 1x1cm2
* Âm thổi tâm thu dạng phụt, cường độ 3/6, nghe rõ ở KLS II bờ trái xương ức, lan lên trên
* Âm thổi liên tục, cường độ 3/6, nghe rõ vùng liên bả cột sống.
* Tiền căn:
* Tứ chứng Fallot
* Hội chứng DiGeorge

1. Đặt vấn đề:
2. ~~Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới~~
3. ~~Viêm long đường hô hấp trên~~
4. ~~Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới~~
5. ~~Tiêu chảy cấp~~
6. ~~Tim bẩm sinh tím, giảm lưu lượng máu phổi, ảnh hưởng tim phải, không tăng áp phổi.~~
7. ~~Suy dinh dưỡng~~
   * + 1. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới +/- hội chứng tắc nghẽn
       2. Tim bẩm sinh tím
       3. Hội chứng Digeogre: suy giảm miễn dịch, ảnh hưởng đến điều trị
8. Chẩn đoán:

* Chẩn đoán sơ bộ:
* Viêm tiểu phế quản bội nhiễm thể trung bình-Tứ chứng Fallot-Tiêu chảy cấp, không sốc và suy hô hấp, không dấu mất nước, không biến chứng, không nguy cơ thất bại đường uống, tác nhân vi trùng-SDD cấp mức độ trung bình, SDD mạn mức độ nặng/ Hội chứng DiGeorge
* Chẩn đoán phân biệt:
* Viêm phổi mức độ nhẹ chưa biến chứng. Teo van động mạch phổi+Thông liên thất có shunt P-T- Tiêu chảy cấp, không sốc và suy hô hấp, không dấu mất nước, không biến chứng, không nguy cơ thất bại đường uống, tác nhân vi trùng-SDD cấp mức độ trung bình, SDD mạn mức độ nặng / Hội chứng Di George
* Viêm phổi mức độ nhẹ chưa biến chứng-Ebstein -Tiêu chảy cấp, không sốc và suy hô hấp, không dấu mất nước, không biến chứng, không nguy cơ thất bại đường uống, tác nhân vi trùng-SDD cấp mức độ trung bình, SDD mạn mức độ nặng / Hội chứng DiGeorge

1. Biện luận:
2. Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới

- Bệnh nhi có ho, sốt cao, nghe phổi có ran ẩm lan tỏa 2 phế trường => Đặt hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới.

- Các nguyên nhân của hội chứng này:

+ Viêm tiểu phế quản bội nhiễm: Bệnh nhi 16 tháng tuổi, có hội chứng viêm long đường hô hấp trên khám có ran ngáy+ ran ẩm => nghĩ nhiều

Thể trung bình vì thở co lõm ngực, thở nhanh so với tuổi

+ Viêm phổi: Bệnh nhi 16 tháng, bệnh 30 ngày => không loại trừ đề nghị Xquang ngực thẳng, CTM, CRP

- Viêm phổi

Mức độ: Bệnh nhân không có nguy kịch hô hấp => Mức độ nhẹ.

Biến chứng:

+TDMP: đề nghị X quang ngực thẳng

+ Áp xe phổi: không ho đàm mủ, máu => X quang ngực thẳng

+Nhiễm trùng huyết: bé sốt cao liên tục, tình trạng viêm phổi đáp ứng kém với kháng sinh nên không loại trừ 🡪 cấy máu

1. **Tiêu chảy cấp**

* BN tiêu phân lỏng > 3 lần/24h  có tiêu chảy.
* Tình trạng diễn tiến 7 ngày ( < 14 ngày) 🡪 tiêu chảy cấp
* **Không sốc và suy hô hấp**
* BN tỉnh, sinh hiệu trong giới hạn bình thường (trừ sốt)  không gợi ý sốc hoặc suy hô hấp.
* **Không dấu mất nước**
* BN tỉnh, uống được chứ không háo hức, mắt không trũng, dấu véo da mất nhanh.
* **Không biến chứng khác**
* Rối loạn điện giải: không loại trừ được trên lâm sàng đề nghị Ion đồ
* Rối loạn kiềm toan: trẻ không thở nhanh sâu nên không nghĩ.
* Hạ đường huyết: trẻ không vã mồ hôi, da nhợt, nhịp tim nhanh, run giật chi, RL tri giác, co giật, hôn mê nên không nghĩ.
* Suy thận cấp: không có dấu mất nước, tiểu được nên không nghĩ
* **Không nguy cơ thất bại đường uống**
* Trẻ không có nôn ói nhiều liên tục
* Không tốc độ thải phân cao
* **Tác nhân vi trùng:**
* Trên cơ địa suy dinh dưỡng nặng

1. Tim bẩm sinh:

Bệnh nhi có các triệu chứng thực thể tại tim: âm thổi tâm thu, Đồng thời bé có triệu chứng gợi ý bệnh tim mạch: Tím => Nghĩ nhiều Tim Bẩm Sinh.

1. **Tim bẩm sinh tím:**

- Bệnh nhi có tím môi, da niêm tím giường móng: đặc hiệu nhất, SpO2 lúc khám 86% => Nghĩ nhiều tím trung ương.

- Thường để chuyển qua tím thứ phát phải cần nhiều thời gian bé này không loại trừ được đã có tím sớm hơn, không ghi nhận triệu chứng tăng lưu lượng máu lên phổi( khò khè, thở nhanh, thở co lõm) trước khi chuyển qua tím. Viêm phổi tái đi tái lại nghĩ nhiều do trên cơ địa bé có hội chứng DiGeorge=> Tím nguyên phát

2. **Giảm lưu lượng máu lên phổi:**

* Không ghi nhận khò khè, thở nhanh, thở co lõm ngoài các đợt viêm phổi
* Khò khè không phải giai đoạn sớm mà giai đoạn sau khi mà dãn mao mạch chèn ép phế quản. giai đoạn đầu thở nhanh do phù mô kẽ kích thích thụ thể J ở phổi gây thở nhanh
* ~~Viêm phổi tái đi tái lại nghĩ nhiều do trên cơ địa bé có hội chứng DiGeorge~~
* Kết hợp thêm Xquang ngực để chẩn đoán

1. **Ảnh hưởng tim nào?**

Mỏm tim KLS IV, lệch đường trung đòn T 1cm, diện đập 1x1cm2

=> Nghĩ nhiều tim trái bị ảnh hưởng.

4. **Không tăng áp phổi:** Khám không có T2 mạnh, không dấu nảy trước ngực bờ trái xương ức hay trước xương ức.

5. **Tật tim nằm ở đâu**: Bệnh nhi có tím trung ương nguyên phát, giảm lưu lượng tuần hoàn phổi, phì đại thất trái, không tăng áp phổi, các nguyên nhân có thể gặp trên bệnh nhân này là:

- Tứ chứng Fallot: Nghĩ nhiều do bệnh nhân có tiền căn TOF đã được chẩn đoán từ 1 tháng tuổi.

- Teo van động mạch phổi + Thông liên thất: Không loại trừ. Đề nghị siêm âm tim.

- Ebstein: Không loại trừ. Đề nghị siêu âm tim.

Biện luận 3 nhóm tím do tim trên BN này:

* + - 1. Máu lên phổi ít: hẹp van động mạch phổi
* Hẹp van động mạch phổi để tím như vậy thì tím phải xuất hiện từ sau sinh rồi
* Cơ chế sinh lý bệnh của hẹp van động mạch phổi phải mở lỗ bầu dục/ASD hoặc PDA 🡪 khi điều trị hẹp van động mạch phổi phải truyền PGE1 liều cao + hạn chế thở oxy để duy trì ống động mạch
  + - 1. Luồng thông P-T
         1. Luồng thông P-T nguyên phát
* Tầng nhĩ: ASD shunt P-T
* Tầng thất: VSD shunt P-T
* PDA shunt P-T
  + - * 1. Luồng thông P-T thứ phát
* Hẹp đường ra thất P + shunt P-T: phù hợp bệnh cảnh
  + - 1. Bất thường hồi lưu tĩnh mạch về tim: lâm sàng phải có tăng lưu lượng máu lên phổi, PAH, HF

1. Đề nghị CLS:

* CTM+CRP
* Xquang ngực thẳng
* Siêu âm tim
* ECG
* Cấy phân, soi phân
* Cấy đàm, cấy máu

1. Kết quả cận lâm sàng:
2. Xq ngực thẳng

29/10

* Chỉ số tim lồng ngực 0,68 > 0,5 🡪 tim to
* Mỏm tim hếch lên trên, góc tâm hoành nhọn 🡪 lớn thất P
* Cung đmp xẹp
* Rốn phổi không đậm, mạch máu phổi phân bố tập trung 2/3 trong 🡪 tuần hoàn phổi bình thường, không tăng lưu lượng máu lên phổi
* Tuần hoàn phổi bình thường trong bệnh cảnh TOF nghĩ nhiều có THBH hoặc PDA
  + THBH: phân bố mạch máu 2 bên phổi không đều nhau
  + PDA: máu qua 2 bên phổi đều nhau
* Nhu mô phổi: tổn thương dạng đám mờ không đồng nhất, giới hạn không rõ vùng đỉnh phổi nghĩ viêm phổi

31/10 + 2/11: đám mờ không đồng nhất vùng đỉnh phổi vẫn còn, nghĩ tình trạng viêm phổi chưa cải thiện

1. ECG:

* Nhịp xoang, đều 166 lần/phút
* Truc lệch phải DI(-), aVF (+)
* Sóng P DII: biên độ 1mm, 0.04s
* Khoảng PR 0.12s
* R(V1) > 10mm, R(V2)> 20mm
* Lớn thất phải

1. Siêu âm tim

* Tứ chứng Fallot
* Hẹp van và thân động mạch phổi V = 4,5 m/s
* Thông liên thất dưới đại động mạch d=8,1 mm, Shunt 2 chiều
* Động mạch chủ cưỡi ngựa 50%
* Hở van động mạch chủ ¼
* Chức năng tim bình thường

1. CTM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **29/10** | **3/11** | **5/11** |
| RBC (G/L) | 5,16 | 5,05 | 4,65 |
| Hb (g/dL) | 14,7 | 13,8 | 12,9 |
| Hct (%) | 43,5 | 41,9 | 38,7 |
| MCV (fL) | 84,3 | 83 | 83,2 |
| MCH (pg) | 28,5 | 27,3 | 27,7 |
| MCHC (g/dL) | 33,8 | 32,9 | 33,3 |
| WBC (k/uL) | 5,38 | 3,88 | 7,55 |
| NEU (%) | 37,1 | 48,9 | 38,6 |
| PLT (k/uL) | 262 | 81 | 108 |

* Không thiếu máu, bạch cầu không tăng
* Tiểu cầu giảm nghĩ do tình trạng nhiễm trùng

1. Sinh hóa máu

|  |  |
| --- | --- |
| ĐH (mg/dL) | 5,01 |
| AST (U/L) | 63,64 |
| ALT (U/L) | 30,35 |
| Ure (mmol/L) | 2,99 |
| Creatinin (umol/L) | 35,24 |
| CRP (mg/L) | (11/10) 37,62  (29/10) 2,02  (2/11) 31,35  (5/11) 3,78 |
| Na+ (mmol/L) | 139,5 |
| K+ (mmol/L) | 4,36 |
| Ca2+ (mmol/L) | 1,2 |
| Cl- (mmol/L) | 110,3 |
| Mg2+ (mmol/L) | 0,77 |

* CRP tăng phù hợp bệnh cảnh nhiễm trùng, giảm sau dùng kháng sinh

1. Cấy máu: âm tính
2. Đông máu toàn bộ: không ghi nhận bất thường
3. Chẩn đoán xác định: Viêm tiểu phế quản bội nhiễm thể trung bình-Tứ chứng Fallot-Tiêu chảy cấp, không sốc và suy hô hấp, không dấu mất nước, không biến chứng, không nguy cơ thất bại đường uống, tác nhân vi trùng-SDD cấp mức độ trung bình, SDD mạn mức độ nặng/ Hội chứng DiGeorge
4. Điều trị: anh chưa sửa

* Bù đủ nước và điện giải
* Kháng sinh: khởi đầu điều trị Cefotaxim
* Bù dịch theo phác đồ A:
* Uống thêm dịch:
* Bú mẹ tăng cường
* ORS giảm ALTT 50-100ml sau mỗi lần đi tiêu
* Dung dịch khác: nước sạch, cháo, súp; tránh nước uống ngọt có đường.
* Uống bằng ly và muỗng. Trẻ nôn nhiều  uống chậm từng muỗng.
* Bổ sung Zn 20mg/ngày x 2 tuần
* Giữ vệ sinh răng miệng phòng VNTMNT, bổ sung dinh dưỡng
* Lên chương trình mổ tim sau khi điều trị ổn tình trạng nhiễm trùng và suy dinh dưỡng