**BỆNH ÁN NHI KHOA**

**I. Hành chính**

Họ tên: CB DƯƠNG THỊ THANH VÂN.    Giới: Nam    Tuổi: 3 tháng 10 ngày

Địa chỉ: Hoóc Môn - TP.HCM

Ngày NV: 27/11/2020

Phòng cấp cứu 1, khoa Tim mạch, BVNĐ1

**II. Lý do NV**: thở mệt

**III. Bệnh sử**: mẹ bé khai

Bé vừa xuất viện 4 ngày với chẩn đoán: Viêm phổi - Thông liên thất - cao áp phổi. điều trị nội trú 8 ngày. PP điều trị: taxibiotic, agifuros, captagim, mezathion

N1: bé khò khè nhiều, ho đàm ít, 4-5 cơn/ngày, dùng ho astex nhưng không giảm kèm chảy mũi trắng trong

N2: khò khè tăng dần, ho đàm nhiều, không sốt, không ói, bú kém, kèm thở mệt →  nhập NĐ1

Tình trạng lúc nhập viện:

-tỉnh, quấy

-Môi hồng/KT, Sp02: 96%

-Chi ấm, CRT <2s

-Sinh hiệu: M 150 l/ph, nhiệt độ: 36,5; NT: 60 l/ph; CN: 5,2kg

-Tim đều rõ, âm thổi tâm thu KLS trước ngực, 3/6

-Phổi ran ẩm ran ngáy 2 bên phế trường, co lõm ngực nặng, 60l/ph

-Gan lách không to

Trong quá trình bệnh, bé không sốt, tiêu tiểu bình thường, vã mồ hôi trán khi bú, không sụt cân.

**IV. Tiền căn**

1/ Bản thân

a.Sản khoa: con thứ 1/1, sinh thường lúc 37 tuần, CNLS 3.3 kg, thai kỳ không khám định kỳ thường xuyên

b.Chủng ngừa: tiêm VGB, Lao

c.Dinh dưỡng: nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn

d.Tâm thần vận động: cường cơ đầu tốt, cầm lấy bút khi đưa, chú ý nhìn xung quanh, cười với tiếng nói của mẹ

e.Bệnh lý

- Phát hiện: Khám ở Nhi Đồng 1 với lí do khò khè được siêu âm tim phát hiện  thông liên thất (14/11) với chẩn đoán: Cao áp phổi - Thông liên thất - Viêm phổi

- Chưa từng tím trước đây

- Thường co lõm ngực, thở nhanh, khò khè: từ lúc sau sinh

- Thường xuyên vã mồ hôi đầu khi bú, mỗi cử bú khoảng 30-60p, khi bú thì bé thở mệt nhiều hơn, thở nhanh hơn, bú ngắt quãng, bú xong bé đòi bú tiếp.

2/ Gia đình: Không ghi nhận bệnh lý di truyền, truyền nhiễm

V. Lược qua các cơ quan

- không sốt, còn ho đàm, khò khè nhiều

-bú được, tiêu tiểu bình thường

- Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường

**VI. Khám (7h 1/12/2020)**

1/ Tổng trạng

-Bé tỉnh

-Môi hồng/khí trời, SpO2 99%

-CN 5,2kg, cao 56cm → CN/tuổi: >-2SD, CC/tuổi >-2SD, CN/CC: >-2SD → không suy dinh dưỡng

-Không phù

2/ Đầu mặt cổ:

-Cân đối

-Vòm họng không dị tật

-Mắt không chếch xa

-không chảy mủ tai

3/ Lồng ngực:

 Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở

-Tim

oKhông nhìn thấy ổ đập bất thường

oMỏm tim ở khoảng gian sườn 6, lệch ngoài đường trung đòn trái 2 cm, diện đập 1x1 cm2

o Dấu Harzer (-)

oT1, T2 đều rõ 140 l/p, T2 không mạnh

oÂm thổi tâm thu ở KLS IV bờ T xương ức 3/6

-Phổi: nhịp thở 60 l/p, co lõm ngực nặng, phổi ran ẩm, ran ngáy 2 phế trường

4/ Bụng

-Bụng cân đối, di động theo nhịp thở

-Bụng mềm

-Gan: mấp mé dưới bờ sườn phải (BT bờ dưới có thể không quá 2cm ở trẻ nhũ nhi, <1cm ở trẻ lớn)

-Lách không sờ chạm

5/ Tiết niệu sinh dục: Cơ quan sinh dục ngoài là nam

6/ Thần kinh - Cơ xương khớp:thóp phẳng, tay chân cử động tự nhiên

**VII. Tóm tắt bệnh án**

Bé nữ 3 tháng 10 ngày tuổi, nhập viện vì thở mệt, bệnh 1 ngày:

TCCN:

* Ho đàm nhiều
* Khò khè tăng dần

TCTT:

* Mỏm tim ở khoảng gian sườn 6, lệch ngoài đường trung đòn trái 2 cm
* Âm thổi tâm thu ở KLS IV bờ trái xương ức, 3/6
* NT 60 l/p, co lõm ngực nặng, ran ẩm, ran ngáy 2 phế trường
* gan mấp mé dưới bờ sườn phải

Tiền căn: Vã mồ hôi đầu khi bú, khóc; vừa xuất viện điều trị: Viêm phổi -  Thông liên thất -  Cao áp phổi 4 ngày

**VIII. Đặt vấn đề:**

1. HC nhiễm trùng hô hấp dưới

2. Suy tim

3. Tim bẩm sinh không tím

4. TC: xuất viện 4 ngày sau điều trị: VP - VSD - PAH

**IX.Chẩn đoán:**

1.Chẩn đoán sơ bộ: Viêm phổi bệnh viện mức độ nặng - Suy tim – VSD - PAH

2.Chẩn đoán phân biệt: Viêm tiểu phế quản mức độ nặng, theo dõi bội nhiễm - Suy tim – VSD – PAH

**X.Biện luận**

1. HC nhiễm trùng hô hấp dưới

-Bé trai 3 tháng 10 ngày tuổi, nhập viện thở mệt, bệnh 2 ngày có ho + khò khè , khám có thở nhanh 60l/p, co lõm ngực nặng, phổi ran ẩm, ran ngáy 2 bên nên nghĩ nhiều viêm phổi, ngoài ra không loại trừ viêm tiểu phế quản hoặc triệu chứng của TBS tăng lưu lượng phổi → X quang ngực thẳng

-Bé co lõm ngực nặng, vừa xuất viện 4 ngày nên nghĩ là viêm phổi bệnh viện mức độ nặng

-Bé tỉnh táo, môi hồng/khí trời, nhịp tim 150 l/ph, không nhanh, tuy nhiên NT 60l/p , co lõm ngực nặng → khó thở trung bình

2.Tim bẩm sinh:

-Bé có bệnh tim bẩm sinh vì bé có triệu chứng thở nhanh, co lõm ngực, khò khè từ sau sinh, tăng khi bú hoặc quấy khóc. Khám có âm thổi tâm thu 3/6 KLS IV  bờ trái xương ức, mỏm tim nằm ở KLS 6 ngoài đường trung đòn T  2cm,…

-TBS tím không? Bé chưa từng bị tím trước đây, khám không thấy tím môi, không tím đầu chi nên nghĩ đây là bệnh tim bẩm sinh không tím

-Có tăng lưu lượng máu phổi không? Bé có thở nhanh, co lõm ngực trước đó, viêm phổi nhiều lần , khò khè từ lúc mới sinh --> có tăng lưu lượng  máu phổi

-Tim nào bị ảnh hưởng: khám mỏm tim ở khoảng gian sườn 6, lệch ngoài đường trung đòn trái 2 cm -->  tim trái ảnh hưởng.

-Tăng áp phổi không? khám không nghe T2 mạnh , nhưng tiền căn có tăng áp phổi nên Siêu âm lại để đánh giá ?

-Tật tim ở đâu?: TBS không tím, tăng lưu lượng máu phổi, ảnh hưởng  thất T, gồm các nguyên nhân sau: dựa vào vị trí âm thổi và dấu hiệu ngoại biên

-Thông liên thất: nghĩ nhiều vì có âm thổi  3/6 tại KLS IV bờ trái xương ức

-Còn ống động mạch: ít nghĩ, PDA thường  nghe âm thổi KLS 2 bờ trái xương ức

-Kênh nhĩ thất: không nghĩ vì thường không có âm thổi

Biến chứng:

3.Suy tim:

-Sau sanh: mẹ bé thấy bé thở mệt, thở nhanh, co lõm ngực nhiều trong ngày và không có bệnh lý gì lúc đó . Bé vã mồ hôi nhiều khi bú mẹ và khi khóc, mỗi cử bú khoảng 20-30p, khi bú thì bé thở mệt nhiều hơn, thở nhanh hơn, bú ngắt quãng sau đó thì bé đòi bú tiếp, khám Mỏm tim ở khoảng gian sườn 6, lệch ngoài đường trung đòn trái 2 cm -> suy tim

-Thang điểm Ross cải biên: vã mồ hôi khi bú, khóc: +1; thở nhanh nhiều lần+1, cách thở: +1, tần số thở +2, nhịp tim 0 (đánh giá lại sau điều trị), gan mấp mé bờ sườn: 0 → 5 điểm

🡺Suy tim nhẹ

-Phân độ suy tim: bé thở nhanh, vã mồ hôi khi bú, khóc, bú lâu 🡪 độ 2 theo ROSS

IX.  Đề nghị cận lâm sàng

1. CLS chẩn đoán: siêu âm tim, ECG, Xquang ngực thẳng

2. CLS hỗ trợ: CTM, CRP (viêm), BUN, creatinine máu, AST, ALT (đã dùng kháng sinh trước đó) ion đồ, đường huyết, (bú kém) TPTNT??? ( theo dõi đạm niệu sau dùng KS)

CẬN LÂM SÀNG

X quang ngực :

(chèn hình)

khí quản không lệch, không gập gốc

các xương sườn không gãy , khoảng liên sườn không giãn rộng

Chỉ số tim/ lồng ngực: 0,65 , mỏm tim hếch xuống dưới, ra ngòai

vòm hoành phải cao hơn bên trái 1cm

gốc sườn hoành nhọn, gốc tâm hoành tù

rốn phổi đậm, mạch máu ra 1/3 ngoài phế trường (T)

Tổn thương dạng nốt, đám mờ không đồng nhất 1/3 trên, dưới phổi Phải

bóng hơi dạ dày nằm dưới vòm hoành trái

cảm nghĩ:

bóng tim to, thất trái lớn, tăng lưu lượng máu lên phổi

thâm nhiễm 1/3 trên, dưới phổi phải → nghĩ nhiều viêm phổi, tăng tuần hoàn phổi chủ động, thất trái lớn

công thức máu

siêu âm tim:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Chỉ số** | **Giá trị** | **Giới hạn bình thường** | **Đơn vị** |
| WBC | 15.70 | 6.0 - 14.0 | x 10^3/uL |
| #NEU | 3.89 | 3.0 - 5.8 | x 10^3/uL |
| #EOS | 0.48 | 0.05 - 0.25 | x 10^3/uL |
| #BASO | 0.04 | 0.015 - 0.05 | x 10^3/uL |
| #LYMPH | 10.07 | 1.5 - 3.0 | x 10^3/uL |
| #MONO | 1.22 | 0.285 - 0.5 | x 10^3/uL |
| #IG | 0.02 |  | K/uL |
| %NEU | 24.7 | 54 - 62 | % |
| %EOS | 3.1 | 1 - 3 | % |
| %BASO | 0.3 | 0 - 0.75 | % |
| %LYMPH | 64.1 | 25 - 33 | % |
| %MONO | 7.8 | 3 - 7 | % |
| %IG | 0.1 |  | % |
| RBC | 3.83 |  | x 10^12/L |
| HGB | **10.6** | 10.5 - 14.0 | g/dL |
| HCT | 32.6 | 32 - 42 | % |
| MCV | **85.1** | 72 - 88 | fL |
| MCH | **27.7** | 24 - 30 | pg |
| MCHC | 32.5 | 32 - 36 | g/dL |
| RDW-CV | 12.6 |  | % |
| PLT | 440 | 150 - 400 | x 10^3/uL |
| PDW | 8.2 |  |  |
| MPV | 8.8 |  | fL |
| %PCT | 0.39 |  |  |

Xét CTM theo tuổi thì bé có hồng cầu nhỏ nhược sắc

=> đề nghị CLS: Fe huyết thanh, Ferritin, độ bão hòa Transferin, Transferin

o Thể tích trung bình hồng cầu MCV ở trẻ sơ sinh tương đối lớn, trên 100 fl, lượng
Hb trung bình MCH cũng khá cao lúc mới ...

SIÊU ÂM 2 CHIỀU

Tư thế tim (situs): solitus, levocardia. Màng ngoài tim: Dịch (-)

Tĩnh mạch: IVC (+), SVC (+), LSVC (-)

Tĩnh mạch phổi PV: 4PVs => LA. TM trên gan: không dãn

Vách liên nhĩ IAS: nguyên vẹn

Vách liên thất IVS: VSD PHẦN MÀNG LAN PHẦN CƠ D=9mm SHUNT T – P, CHÊNH ÁP 27mmHg

Nhĩ trái: bình thường Nhĩ phải: bình thường

Động mạch chủ D2: 12mm

Quai động mạch chủ: bên trái, không hẹp eo

Động mạch phổi PA: 13,5mm

ĐMP P: 7mm ĐMP T: 7mm

Động mạch vành P: Bình thường T: Bình thường

Xoang vành: không dãn

Van 2 lá (MV): bình thường Van 3 lá (TV): bình thường

Van động mạch chủ (AO): bình thường Van động mạch phổi (PV) bình thường

Vòng van 2 lá: 20mm Chiều dài lá trước: mm

Vòng van 3 lá: 13mm

Khác: Dãn tim trái

SIÊU ÂM DOPPLER MÀU

1. Dòng van 2 lá:

Vận tốc tối đa: Vmax: 1,3m/s E/A > 1

Độ chênh áp tối đa: 7mmHg Trung bình: mmHg

Hở van 2 lá: KHÔNG

Hẹp van 2 lá: KHÔNG Diện tích lỗ van PHT: cm2

2. Dòng van 3 lá:

Vận tốc tối đa: Vmax 1m/s Độ chênh áp tối đa: 4 mmHg

Hẹp van động mạch chủ: KHÔNG Diện tích lỗ van: cm2

Hở van ĐMC: KHÔNG

3. Dòng van 3 lá

Vận tốc tối đa: Vmax: 1m/s

Độ chênh áp tối đa: 4mmHg Trung bình: mmHg

Hở van 3 lá: KHÔNG

Áp lực tâm thu động mạch phổi PAPs: mmHg

4. Dòng van động mạch phổi

Vận tốc tối đa Vmax: 1.5m/s

Độ chênh áp tối đa: 9mmHg Trung bình: mmHg

Hở van động mạch phổi: KHÔNG PAPm: mmHg

KẾT LUẬN

SITUS SOLITUS, LEVOCARDIA, TƯƠNG HỢP A – V, V – A

HỒI LƯU TIM PHỔI VÀ HỆ THỐNG BÌNH THƯỜNG

VSD PHÂN MÀNG LAN PHẦN CƠ D = 9mm SHUNT T – P, CHÊNH ÁP 27 mmHg

DÃN TIM TRÁI

CUNG ĐỘNG MẠCH QUAY TRÁI, CoA (-)

CHỨC NĂNG TIM TRÁI TỐT

ĐIỀU TRỊ

nằm đầu cao 30 độ

cefepim 1g

0,25g x 3 (TMC)

furosemid (agifuros 40mg)

⅛ v (u)

spironolactone(Mezathion 25mg)

¼ v (u)

Captopril (Captagim 25mg)

1/8v x 2 (u)

thắc mắc:

1. ca này nên cho thở CPAP ngay từ đầu để giảm công thở xuống hay chỉ bù dinh dưỡng cho bé thôi (đủ năng lượng) và điều trị viêm phổi

2. có đặt HC NT HH dưới ko?

3. chẩn đoán cao áp phổi trên siêu âm: nhẹ 25-35, TB: 35-45, nặng >45

4. chênh áp càng nhỏ giữa 2 thất lỗ thông liên thất càng to: áp lực thất T ~ HATThu, áp lưc thất P ~ HATTrương (theo tuổi)

5. biện luận: lỗ nhỏ (ATTThu mạnh, phụt) vừa, lớn (diễn tiến bệnh: dô suy tim nhanh: tim to trên ls; lỗ vừa: trên ECG sẽ lớn nhĩ T, lớn thất T; lỗ lớn sẽ lớn 2 thất (V1-V6: Rs)

6. nếu không có tình trạng nhiễm trùng có cần làm TPTNT để tìm có NTT hay không? BN đã xài ks trong lần NV trước có cần làm TPTNT ko

7. tại sao ca này không đo PAPm trên siêu âm tim để chẩn đoán cao áp phổi?

8. có cần chỉ định thông tim để đo kháng lực động mạch phổi trên ca này không vì ?