

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

BỆNH CƠ TIM TRẺ EM

TRƯƠNG BÁ LƯU

1. ĐẠI CƯƠNG

- CỐ NHIỀU ĐỊNH NGHĨA VỀ BỆNH CƠ TIM, TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG CHÚNG TA DÙNG THUẬT NGỮ BỆNH CƠ TIM THEO NGHĨA TÌNH TRẠNG CHỨC NĂNG CỦA CƠ TIM MÀ CHƯA ĐỀ CẬP ĐẾN NGUYÊN NHÂN CỦA TÌNH TRẠNG NÀY.
- DỰA VÀO SIÊU ÂM TIM CHÚNG TA PHÂN LOẠI ĐƠN GIẢN BỆNH CƠ TIM THÀNH BA NHÓM:
 - + BỆNH CƠ TIM DẪN NỖ
 - + BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI
 - + BỆNH CƠ TIM HẠN CHẾ.

2. TIẾP CẬN BAN ĐẦU

- **PHÁT HIỆN KHI LÀM BILAN HỆ THỐNG:**
 - + BỆNH ĐƯỢC PHÁT HIỆN KHI LÀM XÉT NGHIỆM HỆ THỐNG TRONG GIA ĐÌNH HAY BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN MỘT HỘI CHỨNG CÓ TỒN THƯƠNG CƠ TIM.
- **BỆNH CẢNH SUY TIM:**
 - + SUY TIM SƠ SINH VÀ NHỮNG NHỊ: KHÓ ĂN BÚ, CHẬM TĂNG CÂN, THỞ NHANH VÃ MỒ HÔI LẠNH, NỖN HAY ỢC SỮA, NHỊP TIM NHANH, GAN LỚN, PHÙ, TIẾNG NGỰA PHI, TIẾNG THỞ TÂM THU HỒ HAI LÁ CƠ NĂNG
 - + TRẺ LỚN: KHÓ THỞ KHI GẮNG SỨC, CHÁN ĂN, MỆT, ĐAU BỤNG, PHÙ CHI DƯỚI, BỤNG BÀNG, NHỊP TIM NHANH, HẠ HUYẾT ÁP, TIẾNG NGỰA PHI, HỒ HAI LÁ CƠ NĂNG
- **CÁC TÌNH HUỐNG KHÁC:**
 - + MALAISE KHI GẮNG SỨC, THỈU (*LYPOTHYMIÉ*), MẤT Ý THỨC, ĐAU NGỰC KHI GẮNG SỨC, CƠN GIẢ ĐỘNG KINH, TAI BIẾN MẠCH NÃO
- **TÌNH TRẠNG SUY TIM NẶNG, SỐC TIM:**
 - + BẤT ĐỘNG, GIẢM TRƯỜNG LỰC CƠ TOÀN THÂN, RỐI LOẠN Ý THỨC, ĐÀ NỘI BÔNG, ĐẦU CHI, LẠNH, TÍM, TRC KÉO DÀI, MẠCH BẮT KHÔNG RÕ, HUYẾT ÁP KẸP

3. CẬN LÂM SÀNG

- **X QUANG:** BÓNG TIM LỚN, TĂNG ÁP PHỔI THỤ ĐỘNG DO Ứ MÁU TÍNH MẠCH PHỔI, TRẦN DỊCH MÀNG PHỔI
- **ĐIỆN TÂM ĐỘ:** LOẠI TRỪ NGUYÊN NHÂN RỐI LOẠN NHỊP
 - + LOẠI TRỪ NGUYÊN NHÂN THIẾU MÁU.
 - + PHÌ ĐẠI THẤT TRÁI.
 - + NHỊP NHANH XOANG.
 - + RỐI LOẠN KÍCH THÍCH.
- **SIÊU ÂM TIM:**

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- + ĐÁNH GIÁ GIẢI PHẪU TIM: PHÌ ĐẠI, DẪN, HẠN CHẾ.
- + ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG TÂM THU VÀ TÂM TRƯỞNG.
- + MỤC ĐÍCH: CHẨN ĐOÁN, THEO DÕI DIỄN TIẾN VÀ TIẾN LƯỢNG.

4. BỆNH CƠ TIM DẪN NỖ

- LÃ NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP NHẤT, ÍT KHI TÌM RA NGUYÊN NHÂN VÀ CÓ 1/5 TRƯỜNG HỢP DIỄN TIẾN LÀNH TỰ NHIÊN. TỶ CHỨC HỌC CỦA BỆNH PHỤ THUỘC NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH. TRONG TRƯỜNG HỢP VÔ CẦN TỒN THƯƠNG GỒM THOÁI HÓA, PHÌ ĐẠI VÀ XƠ HÓA CƠ TIM.
- VỀ CƠ NĂNG, BUỒNG TIM DẪN VÀ GIẢM ĐỘNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHỨC NĂNG CỦA CƠ TIM. CÓ THỂ LÀ THỬ PHÁT SAU QUÁ TẢI THỂ TÍCH HAY ÁP LỰC TRONG MỘT THỜI GIAN DÀI, THỜI GIAN ĐẦU CƠ TIM TĂNG ĐỘNG ĐỂ BÙ TRỪ NHƯNG SAU ĐÓ KHÔNG CÒN KHẢ NĂNG HOẠT ĐỘNG BÌNH THƯỜNG NỮA. HOẶC CÓ THỂ LÀ CƠ TIM BỊ TỒN THƯƠNG VÀ GIẢM CO BÓP TRONG TRƯỜNG HỢP VIÊM CƠ TIM HAY BỆNH LÝ CHUYỂN HÓA.

4.1. NGUYÊN NHÂN

NHỮNG NGUYÊN NHÂN CHÍNH GÂY BỆNH CƠ TIM DẪN

<p>QUÁ TẢI TÂM THU MẤT BÙ:</p> <ul style="list-style-type: none">- HẸP VAN CHỦ, HẸP EO ĐỘNG MẠCH CHỦ, HẸP ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG <p>QUÁ TẢI TÂM TRƯỞNG MẤT BÙ:</p> <ul style="list-style-type: none">- SHUNT TRÁI – PHẢI DIỄN TIẾN TRONG THỜI GIAN DÀI.- HỒ HAI LÁ HAY HỒ CHỦ <p>THIẾU MÁU CƠ TIM</p> <ul style="list-style-type: none">- BẤT THƯỜNG XUẤT PHÁT ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI- BỆNH KAWASAKI- THIẾU MÁU CƠ TIM SƠ SINH- BỆNH LÝ THÂM NHIỄM CANXI ĐỘNG MẠCH LAN TỎA <p>RỐI LOẠN NHỊP MẠN TÍNH</p> <p>NHIỄM TRÙNG:</p> <ul style="list-style-type: none">- VIÊM CƠ TIM- BỆNH COLLAGEN- NHIỄM ĐỘC: ANTHRACYLIN, RADIOTHERAPIE- MUCOVISIDOSE- BỆNH DUCHENNE- BỆNH HỒNG CẦU HÌNH LIỀM- BẤT THƯỜNG QUÁ TRÌNH OXY HÓA CỦA ACIDE BÉO, KHIÊM KHIẾT CARNITIN- BẤT THƯỜNG CHUỖI HỒ HẤP TRONG TI THỂ- YẾU TỐ GIA ĐÌNH: LIÊN QUAN NHIỄM SẮC THỂ X, DI TRUYỀN TRỘI
--

4.2. CHẨN ĐOÁN MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN BỆNH CƠ TIM DẪN ĐANG LƯU

Ý:

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- **BỆNH CƠ TIM DO QUÁ TẢI VỚI ĐÁP ỨNG THẤT TRÁI KÉM:** Ở TRẺ SƠ SINH VÀ NHỮNG THƯỜNG DO TẮC NGHẼN ĐỘNG MẠCH CHỦ. HẸP VAN CHỦ THƯỜNG DỄ CHẨN ĐOÁN TRÊN SIÊU ÂM VÀ CHỦ YẾU DO VAN CHỦ 2 LÁ. CẦN BẮT MẠCH, ĐO HA TỬ CHI ĐỂ PHÁT HIỆN SỚM CÁC TRƯỜNG HỢP HẸP EO ĐỘNG MẠCH CHỦ NẶNG.
 - **ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI XUẤT PHÁT BẤT THƯỜNG TỪ ĐỘNG MẠCH CHỦ (HỘI CHỨNG ALCAPA):** THƯỜNG ĐƯỢC PHÁT HIỆN KHI TRẺ TỪ 2-5 THÁNG, HIỆN DIỆN SÓNG Q HOẠI TỬ Ở D1 VÀ AVL, DẤU HIỆU THIẾU MÁU DƯỚI NỘI TÂM MẠCH TỪ V1 ĐẾN V4, SIÊU ÂM TIM THẤY THẤT TRÁI DẪN VÀ GIẢM ĐỘNG TOÀN BỘ, HỒ VAN HAI LÁ VÀ XƠ HÓA CỘT CỜ SAU BÊN, SIÊU ÂM TIM MÀU GHI NHẬN ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI XUẤT PHÁT TỪ ĐỘNG MẠCH PHỔI
 - **NHỒI MÁU CƠ TIM Ở TRẺ NHỮNG DO HUYẾT KHỎI CÁC PHÌNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN KAWASAKI,** THƯỜNG PHÁT HIỆN TỪ TUẦN THỨ 2 ĐẾN TUẦN THỨ 6 CỦA BỆNH
 - **HẸP HAY TẮC NGHẼN MẠCH VÀNH SAU PHẪU THUẬT CHUYỂN VỊ ĐẠI ĐỘNG MẠCH.** XUẤT HIỆN SAU MỘT VÀI THÁNG, DIỄN TIẾN GIỐNG BỆNH CẢNH THIẾU MÁU CƠ TIM.
 - **BỆNH CƠ TIM THỨ PHÁT SAU RỐI LOẠN NHỊP TIM:** TRƯỜNG HỢP CÓ BLOC NHÍ THẤT BẨM SINH. KHÁM LÂM SÀNG THẤY NHỊP CHẠM VÀ ECG CHO HÌNH ẢNH ĐIỂN HÌNH. RỐI LOẠN KIỂU CUỒNG NHÍ HAY NHỊP NHANH NHÍ TÂM THU (*TACHYSYSTOLIE AURICULAIRE*) DÀI NGÀY SẼ DẪN ĐẾN BỆNH CƠ TIM DẪN. CHÚ Ý TRONG BỆNH CẢNH NÀY NHỊP THẤT THƯỜNG TRÊN 150 LẦN/PHÚT THƯỜNG XUYÊN VÀ CỐ ĐỊNH. TRONG KHI NHỊP NHANH XOANG TRONG BỆNH CƠ TIM DẪN THƯỜNG DƯỚI 150/PHÚT. CẦN LÀM HOLTER KHI NGHI NGỜ CHẨN ĐOÁN.
 - **BỆNH CƠ TIM DO NHIỄM ĐỘC CHỦ YẾU DO ANTHRACYCLIN** TRÊN 200MG/M². CHẨN ĐOÁN DỰA VÀO BỆNH CẢNH LÂM SÀNG. BIỂU HIỆN TIM MẠCH CÓ THỂ XÂY RA SAU VÀI THÁNG THẬM CHÍ VÀI NĂM
 - **BỆNH CƠ TIM DO CHUYỂN HÓA:** THƯỜNG HAY GẶP TRONG BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI VÀ GIẢM ĐỘNG. CẦN KHÁM LÂM SÀNG THẬT KỸ ĐỂ TÌM CÁC DẤU HIỆU GỢI Ý. CHỦ YẾU CẦN PHÁT HIỆN CÓ THIẾU HỤT L.CARNITIN HAY KHÔNG? VÌ BỆNH LÝ NÀY CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC LÂM SÀNG THƯỜNG KÈM VỚI TEO CƠ.
 - **BỆNH LÝ CƠ TIM CÓ TÍNH CHẤT GIA ĐÌNH:** KHÓ CHẨN ĐOÁN TRONG ĐIỀU KIỆN HIỆN TẠI. TUY NHIÊN CẦN TÂM SOÁT CÁC THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH QUAN HỆ BẠC MỘT KHI PHÁT HIỆN MỘT THÀNH VIÊN CÓ BỆNH LÝ CƠ TIM.
- 4.3. ĐIỀU TRỊ CHỦ YẾU LÀ ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG**
- THUỐC VẬN MẠCH TRONG GIAI ĐOẠN CẤP.
 - LỢI TIỂU TÙY THUỘC VÀO TÌNH TRẠNG SUNG HUYẾT: FUROSEMIDE 1-2MG/KG/NGÀY.

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- GIẢN MẠCH DÙNG ỨC CHẾ MEN CHUYỂN: CAPTOPRIL 1-3MG/KG/NGÀY.
 - DIGOXIN LIỀU DUY TRÌ 8-10 MICROGAM/KG/NGÀY.
- 4.4. THEO DÕI:** LÂM SÀNG: TÌNH TRẠNG SUY TIM, RỐI LOẠN NHỊP, DINH DƯỠNG VÀ TẮC MẠCH, SIÊU ÂM TIM VÀ ECG, HOLTER ECG, YẾU TỐ LỢI NIỆU BNP.
- 5. BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI**
- 5.1. ĐẠI CƯƠNG**
- BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI TƯƠNG ĐỐI HIẾM GẶP Ở TRẺ EM, TRONG 50% PHẦN TRẮM TRƯỜNG HỢP KHÔNG TÌM RA NGUYÊN NHÂN. NHỮNG THỂ BỆNH CÓ TÍNH CHẤT GIA ĐÌNH THƯỜNG KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG.
 - VỊ TRÍ PHÌ ĐẠI CỦA CƠ TIM CÓ THỂ PHẦN TRƯỚC VÁCH LIÊN THẤT, TOÀN BỘ VÁCH LIÊN THẤT HAY VÁCH LIÊN THẤT KÈM VỚI THÀNH BÊN SAU ĐÓ LÀ THÀNH SAU CỦA TIM.
 - SINH LÝ BỆNH CHIA LÂM HẠI NHÓM CÓ TẮC NGHẼN HAY KHÔNG CÓ TẮC NGHẼN. KHI PHÌ ĐẠI VÁCH LIÊN THẤT CÓ THỂ TẠO RA MỘT CHỀNH ÁP TRONG THẤT CÓ THỂ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CUNG LƯỢNG TIM. SỰ TẮC NGHẼN NÀY GÂY RA PHÌ ĐẠI THỨ PHÁT THÀNH BÊN VÀ THÀNH SAU. KHI PHÌ ĐẠI CƠ TIM NHIỀU THÌ QUÁ TRÌNH THƯ DẪN THẤT VÀ ĐỒ ĐẦY THẤT SẼ BỊ ẢNH HƯỞNG.

5.2. NGUYÊN NHÂN

NGUYÊN NHÂN CHÍNH CỦA BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI

THỂ THỨ PHÁT SAU QUÁ TẢI TÂM THU

- BẤT THƯỜNG BỘ MÁY DƯỚI VAN HAI LÁ
- HẸP CHỦ
- HẸP EO ĐỘNG MẠCH CHỦ
- TĂNG HUYẾT ÁP
- THỂ THOÁNG QUA
- TRẺ SƠ SINH CÓ MẸ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG
- CORTICOIDE Ở TRẺ SƠ SINH

BỆNH NHIỀU CƠ QUAN CÓ PHÌ ĐẠI CƠ TIM

- HỘI CHỨNG NOONAN
- BỆNH FRIEDREICH
- BỆNH CHUYỂN HÓA GLYCOGEN
- THIẾU HỤT CHUỖI OXY HÓA TRONG TY THỂ
- BẤT THƯỜNG QUÁ TRÌNH OXY HÓA ACIDE BÉO

THỂ ĐƠN THUẦN: VỠ CĂN, GIA ĐÌNH

5.3. CHẨN ĐOÁN

- TRIỆU CHỨNG GỢI Ý: TIẾNG THỔI Ở TIM, ĐÁNH TRÓNG NGỰC, ĐAU NGỰC, KHÓ THỞ, GẮNG SỨC KÉM VÀ NGẮT
- LÂM SÀNG NGHE ĐƯỢC TIẾNG THỔI, HAY PHÁT HIỆN ĐƯỢC CÁC DẤU HIỆU BỆNH TOÀN THỂ CÓ TỒN THƯƠNG CƠ TIM.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- ECG: THƯỜNG CÓ HIỆN TƯỢNG ĐẦY THẤT TRÁI VÀ RỐI LOẠN QUÁ TRÌNH TÁI CỤC.
- SIÊU ÂM TIM: XÁC ĐỊNH CHẨN ĐOÁN, ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG CƠ TIM, VỊ TRÍ CƠ TIM PHÌ ĐẠI, TÌM TẮC NGHẼN TRONG BUỒNG THẤT, VÀ RỐI LOẠN QUÁ TRÌNH ĐỔ ĐẦY CỦA TIM.
- ĐỐI VỚI BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI VỖ CĂN, DIỄN TIẾN TẠM ỔN TRONG THỜI GIAN ĐẦU SAU ĐÓ XUẤT HIỆN: ĐÁNH TRÔNG NGỰC, KHÓ THỞ GẮNG SỨC, RỐI LOẠN NHỊP THẤT, ĐAU NGỰC VÀ NGẮT.

5.4. ĐIỀU TRỊ

- ĐIỀU TRỊ BỆNH NGUYÊN NẾU CÓ THỂ CAN THIỆP ĐƯỢC NHƯ HẸP CHỦ, HẸP EO ĐỘNG MẠCH CHỦ.
- ĐIỀU TRỊ TÌNH TRẠNG PHÌ ĐẠI.
- CẢI THIỆN ĐỘ DOÃN (COMPLIANCE) THẤT TRÁI: CÓ THỂ DÙNG AVLOCARDYL VÀ KHÔNG NÊN SỬ DỤNG VERAPAMIL CHO TRẺ NHỎ HƠN 2 TUỔI.
- ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP: CORDARON.
- ĐIỀU TRỊ THỂ PHÌ ĐẠI KHÔNG ĐỐI XỨNG CÓ TẮC NGHẼN.

CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ:

- + THỂ KHÔNG TẮC NGHẼN, KHÔNG CÓ GÂY HẸP TRONG THẤT, KHÔNG CÓ RỐI LOẠN ĐỔ ĐẦY THẤT TRÁI: KHÔNG CẦN CAN THIỆP
- + THỂ KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG, CÓ HAY KHÔNG CÓ HẸP TRONG BUỒNG THẤT VÀ RỐI LOẠN ĐỔ ĐẦY THẤT TRÁI: ỨC CHẾ BETA, ĐỐI VỚI TRẺ TRÊN 2 TUỔI CÓ THỂ DÙNG VERAPAMIL.
- + THỂ PHÌ ĐẠI THÀNH THẤT KHÔNG ĐỐI XỨNG VỚI HẸP TRONG BUỒNG THẤT KHÁNG ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA, HAY CÓ XU HƯỚNG TĂNG DẦN, CÓ TRIỆU CHỨNG: PHẪU THUẬT CẮT THÀNH THẤT HAY DÙNG ALCOOLISATION ĐỐI VỚI TRẺ LỚN.

6. BỆNH CƠ TIM HẠN CHẾ

- BỆNH CƠ TIM HẠN CHẾ ÍT GẶP Ở TRẺ CON, ĐÔI KHI KHÔNG TÌM THẤY NGUYÊN NHÂN CỤ THỂ NÀO HAY DO VIÊM NỘI TÂM MẠC XƠ HÓA VỚI TĂNG BẠCH CẦU ỨA A-XÍT.
- HẠN CHẾ QUÁ TRÌNH THƯ GIÃN CỦA CƠ TIM THƯỜNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN CẢ HAI THẤT. GÂY PHỤ, GAN LỚN, TÍNH MẠCH CỎ NỎI, TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI, MÀNG TIM VÀ MÀNG TIM. DIỄN TIẾN NẶNG DẦN TỪ VONG DO PHỤ TOÀN, RỐI LOẠN NHỊP TIM HAY NHỒI MÁU.

6.1. CHẨN ĐOÁN

- DẤU HIỆU GỢI Ý: TỔNG TRẠNG CHUNG XẤU DẦN, KHÓ THỞ GẮNG SỨC VÀ ĐAU VÙNG GAN. KHÁM LÂM SÀNG CÓ THỂ KHI NHẬN GAN LỚN, TRÀN DỊCH ĐA MÀNG, PHỤ CHI DƯỚI.
- X QUANG CÓ THỂ THẤY BÓNG TIM TO. ECG: ĐẦY NHỈ VÀ ĐIỆN THẾ NGOẠI BIẾN THẤP
- SIÊU ÂM TIM: DẤU HIỆU HẠN CHẾ SỰ ĐỔ ĐẦY CỦA THẤT, MỎM TIM TỬ KHÔNG TRƠN LÁNG, NỘI TÂM MẠC TĂNG CẢN ÂM.

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- XÉT NGHIỆM TÌM NGUYÊN NHÂN CHÚ Ý ĐẾN HIỆN TƯỢNG TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN TRONG BỆNH CẢNH KỶ SINH TRÙNG.

6.2. ĐIỀU TRỊ

- LỢI TIÊU TÙY THEO TÌNH TRẠNG SUNG HUYẾT, SỬ DỤNG THẬN TRỌNG.
- PHẪU THUẬT BÓC TÁCH VÙNG XƠ HÓA KÈM THAY VAN HAY KHÔNG.
- THAY TIM TRONG NHỮNG TRƯỜNG HỢP KHÔNG ỔN ĐỊNH VỚI ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA.

VẤN ĐỀ	MỨC ĐỘ CHỨNG CỨ
THUỐC ỨC CHẾ β LÀM GIẢM TỈ LỆ TỬ VONG (KHOẢNG 30%) Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN. TUY NHIÊN CẦN CÓ NHỮNG THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG NGẪU NHIÊN CÓ NHÓM CHỨNG LỚN HƠN VÀ THEO DÕI DÀI HƠN ĐỂ KHÁNG ĐỊNH KẾT LUẬN TRÊN CHÍNH XÁC HƠN.	I EUR HEART J 1997; 18: 560-565 J AM COLL CARDIOL 1997; 30: 27-34
CARVEDILOL CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LÀM GIẢM TỈ LỆ TỬ VONG DO TIM NHIỀU HƠN SO VỚI CÁC ỨC CHẾ β KHÁC. CARVEDILOL CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LÀM GIẢM ĐỘT TỬ NHIỀU HƠN SO VỚI CÁC ỨC CHẾ β KHÁC. TUY NHIÊN, CẦN THÊM NHIỀU THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG ĐỂ XÁC ĐỊNH TÁC DỤNG CỦA CARVEDILOL CÓ KHÁC CÁC THUỐC ỨC CHẾ β KHÁC HAY KHÔNG.	I J AM COLL CARDIOL 1997; 30: 27-34

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

THẤP KHỚP CẤP

PHAN THÀNH THỌ

1. ĐỊNH NGHĨA

THẤP LÀ BỆNH VIÊM XÂY RA SAU NHIỄM LIÊN CẦU TRÙNG TAN HUYẾT NHÓM A, GÂY TỖN THƯƠNG NHIỀU CƠ QUAN: TIM (THẤP TIM), KHỚP (THẤP KHỚP), THẦN KINH (MÚA VỜN), DA (HỒNG BAN), MỖ DƯỚI DA (NỐT CỤC). TỖN THƯƠNG TIM CÓ THỂ ĐỂ LẠI DI CHỨNG VÀ GÂY RA TỬ VONG, CÁC TỖN THƯƠNG KHÁC LÀNH TÍNH VÀ TỰ GIỚI HẠN.

2. CHẨN ĐOÁN

CÔNG VIỆC CHẨN ĐOÁN.

2.1. HỎI BỆNH

- SỐT, ĐAU HỌNG?
- ĐAU KHỚP CÓ HAY KHÔNG? NẾU CÓ HỎI NHỮNG ĐẶC ĐIỂM: VỊ TRÍ, TÍNH ĐỐI XỨNG, SỰNG KHỚP?, ĐAU KHỚP KÉO DÀI BAO LÂU?, ĐAU KHỚP CÓ DI CHUYỂN? CÓ BIẾN DẠNG KHỚP?
- ĐỢT THẤP TRƯỚC CÓ HAY KHÔNG?
- TRIỆU CHỨNG LIÊN QUAN TỚI TỖN THƯƠNG TIM: MỆT, KHÓ THỞ KHI GẮNG SỨC, HO, HO RA MÁU, TIỂU ÍT.

2.2. KHÁM LÂM SÀNG

- BỆNH NHÂN BỊ VIÊM HỌNG DO LIÊN CẦU TRÙNG TAN HUYẾT NHÓM A TỪ 1 ĐẾN 5 TUẦN (TRUNG BÌNH 3 TUẦN) TRƯỚC KHI KHỎI BỆNH.
- KHÁM TÌM CÁC DẤU HIỆU CHÍNH CỦA THẤP KHỚP.
 - + VIÊM KHỚP (60-85%): KHỚP SỰNG, NÓNG, ĐAU, GIỚI HẠN VẬN ĐỘNG Ở CÁC KHỚP LỚN NGOẠI BIÊN, KHÔNG ĐỐI XỨNG, CÓ TÍNH CHẤT DI CHUYỂN, KÉO DÀI KHÔNG QUÁ 1 TUẦN, KHÔNG ĐỂ LẠI DI CHỨNG TẠI KHỚP.
 - + VIÊM TIM (40-50%): CÓ THỂ XUẤT HIỆN VIÊM MỘT HAY 3 MÀNG TIM CÙNG LÚC: VIÊM MÀNG TRONG TIM GÂY XUẤT HIỆN CÁC ẦM THỒI DO TỖN THƯƠNG VAN TIM, GIAI ĐOẠN CẤP THƯỜNG LÀ ẦM THỒI DO HỖ VAN; VIÊM MÀNG NGOÀI TIM GÂY TIẾNG CỌ MÀNG TIM, TRẦN DỊCH MÀNG TIM; VIÊM CƠ TIM GÂY NHỊP NHANH, RỐI LOẠN NHỊP TIM, PR KÉO DÀI, SUY TIM, SỐC TIM VÀ ĐỂ LẠI DI CHỨNG TRÊN VAN TIM.
 - + HỒNG BAN VÒNG (10%): BAN MÀU HỒNG GẬP NHIỀU Ở THÂN, NHẠT MÀU Ở GIỮA, BỜ VÒNG CÓ KHUYNH HƯỚNG ĐÍNH VÀO NHAU, KHÔNG NGỨA, MAU BAY VÀ TĂNG LÊN KHI GẬP NHIỆT.
 - + MÚA VỜN (15%): GẬP NHIỀU Ở BÉ GÁI, CÓ THỂ XUẤT HIỆN ĐƠN ĐỌC VÀ BIẾN MẮT TỪ NHIỀU TUẦN ĐẾN NHIỀU THÁNG.
 - + NỐT DƯỚI DA (2-10%): NỐT DƯỚI DA KÍCH THƯỚC BẰNG HẠT ĐẬU, CHẮC KHÔNG ĐAU, Ở MẶT DƯỚI CỦA GÓI, CÙI CHỖ.
- NHỮNG DẤU HIỆU KHÁC.
 - + SỐT.

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- + ĐAU KHỚP.

2.3. ĐỀ NGHỊ XÉT NGHIỆM

- XÉT NGHIỆM THƯỜNG QUY:
 - + CÔNG THỨC MÁU, VS, ASO, CRP.
 - + ECG.
 - + PHẾT HỌNG CÂY TÌM LIÊN CẦU TRÙNG TAN HUYẾT NHÓM A.
 - + X QUANG TIM PHỔI THẮNG.
 - + SIÊU ÂM TIM.
- XÉT NGHIỆM KHÁC:
 - + ĐO ĐIỆN NÃO ĐỒ NẾU CÓ MÚA VỜN ĐỂ LOẠI TRỪ ĐỘNG KINH
 - + ION ĐỎ, CHỨC NĂNG THẬN NẾU CÓ SUY TIM
 - + CÂY MÁU NẾU CÓ NGHI NGỜ VIÊM NỘI TÂM MẠC

2.4. CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN ĐỢT THẤP ĐẦU TIÊN.

TIỂU CHUẨN CHẨN ĐOÁN ĐỢT THẤP ĐẦU TIÊN (JONES, 1992)

TIỂU CHUẨN CHÍNH	TIỂU CHUẨN PHỤ
VIÊM TIM	SỐT
VIÊM ĐA KHỚP	ĐAU KHỚP
MÚA VỜN	VS, CRP TĂNG
HỒNG BAN VÒNG	PR KÉO DÀI
NỐT DƯỚI DA	

BẢNG CHỨNG NHIỄM LIÊN CẦU TRÙNG TAN HUYẾT NHÓM A (CÁY, TEST KHÁNG NGUYÊN NHANH, GIA TĂNG KHÁNG THỂ CHỐNG LIÊN CẦU TRÙNG TAN HUYẾT NHÓM A)

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH KHI: CÓ HAI TIỂU CHUẨN CHÍNH, HAY CÓ MỘT TIỂU CHUẨN CHÍNH + HAI PHỤ CỘNG VỚI BẢNG CHỨNG NHIỄM LIÊN CẦU TRÙNG TAN HUYẾT NHÓM A.

CHẨN ĐOÁN CỐ THỂ:

- MÚA VỜN SAU KHI ĐÃ LOẠI TRỪ HẾT TẤT CẢ NGUYÊN NHÂN KHÁC.
- VIÊM TIM KHỞI PHÁT ẦM THẦM HAY TRỄ KHÔNG CÓ NGUYÊN NHÂN RÕ RỆT.
- THẤP TIM TÁI PHÁT: BỆNH THẤP TÁI PHÁT THƯỜNG KHÔNG ĐẦY ĐỦ TIỂU CHUẨN JONES.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT.

- VIÊM NỘI TÂM MẠC: SỐT, SIÊU ÂM CÓ NỐT SÙI VAN TIM, CÂY MÁU DƯƠNG TÍNH.
- VIÊM KHỚP DẠNG THẤP THIỂU NIÊN: VIÊM KHỚP KÉO DÀI ≥ 6 TUẦN, ÍT CÓ TỖN THƯƠNG TIM ĐI KÈM.
- HỖ VAN 2 LÁ BẨM SINH: XUẤT HIỆN SỚM, SIÊU ÂM TIM ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG LÁ VAN GIÚP PHÂN BIỆT.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- ĐIỀU TRỊ NHIỄM LIÊN CẦU TRÙNG TAN HUYẾT NHÓM A.
- ĐIỀU TRỊ CHỐNG VIÊM.
- ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG.

3.2. ĐIỀU TRỊ NHIỄM LIÊN CẦU TRÙNG TAN HUYẾT NHÓM A (CHỌN MỘT TRONG HAI SAU):

- TIÊM BẮP MỘT LIỀU DUY NHẤT BENZATHINE PENICILLIN G
 - + TRẺ > 27 KG: 1 200 000 ĐV
 - + TRẺ ≤ 27 KG: 600 000 ĐV
- UỐNG 10 NGÀY LIÊN TỤC PHENOXYMETHYL PENICILLIN (PNC V)
 - + TRẺ > 27 KG: 250MG (400 000V) × 4 LẦN/NGÀY
 - + TRẺ ≤ 27 KG: 250MG (400 000V) × 2-3 LẦN/NGÀY
 - + NẾU DỊ ỨNG VỚI PNC V THÌ THAY BẰNG ERYTHROMYCIN: 40MG/KG/NGÀY (KHÔNG QUÁ 1G) CHIA 3-4 LẦN/NGÀY.

3.3. KHÁNG VIÊM

- VIÊM KHỚP
 - + ASPIRIN, UỐNG 100MG/KG/NGÀY CHIA 4 LẦN/NGÀY × 2-3 TUẦN, SAU ĐÓ GIẢM LIỀU TỪ TỪ RỜI NGỪNG TRONG 2-3 TUẦN. NẾU UỐNG THUỐC 36 GIỜ MÀ KHÔNG ĐÁP ỨNG CẦN XEM XÉT LẠI CHẨN ĐOÁN.
- VIÊM TIM NHẸ VÀ TRUNG BÌNH
 - + ASPIRIN, UỐNG 100MG/KG/NGÀY CHIA 4 LẦN/NGÀY × 4-8 TUẦN, SAU ĐÓ GIẢM LIỀU TỪ TỪ RỜI NGỪNG TRONG 4-6 TUẦN.
- VIÊM TIM NẶNG (CÓ SUY TIM SÙNG HUYẾT)
 - + PREDNISON, UỐNG 2MG/KG/NGÀY CHIA 2-4 LẦN/NGÀY × 2-6 TUẦN, GIẢM LIỀU PREDNISON TỪ TỪ VÀ NGỪNG TRONG 2-4 TUẦN.
 - + NHỮNG TRƯỜNG HỢP NGHIÊM TRỌNG KHI GIẢM LIỀU PREDNISON NÊN DỪNG KẾT HỢP VỚI ASPIRIN ĐỂ PHÒNG BỪNG PHÁT, LIỀU 75MG/KG/NGÀY LIÊN TỤC CHO ĐẾN KHI NGỪNG PREDNISON. SAU ĐÓ GIẢM LIỀU ASPIRIN TỪ TỪ VÀ NGỪNG TRONG 3-4 TUẦN.

3.4. ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG

- NẤM NGHỈ NGƠI, HẠN CHẾ VẬN ĐỘNG CHO ĐẾN KHI VS VỀ BÌNH THƯỜNG VÀ SUY TIM ỔN ĐỊNH.

HƯỚNG DẪN NẤM NGHỈ TẠI GIƯỜNG VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI NHÀ

	VIÊM KHỚP	VIÊM TIM NHẸ (TIM KHÔNG TO)	VIÊM TIM TRUNG BÌNH	VIÊM TIM NẶNG (CÓ SUY TIM)
NẤM NGHỈ	1-2 TUẦN	3-4 TUẦN	4-6 TUẦN	KHI HẾT SUY
ĐIỀU TRỊ TẠI	1-2 TUẦN	3-4 TUẦN	4-6 TUẦN	TIM

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

NHÀ 2-3 THÁNG

- ĐIỀU TRỊ SUY TIM: NẤM NGHỈ NGƠI, OXY, HẠN CHẾ MUỐI VÀ DỊCH, LỢI TIỂU, THẬN TRỌNG KHI DÙNG DIGOXIN VÌ BỆNH NHAÂN NHẠY CẢM VỚI DIGITALIS.
- MÚA VỜN: NẤM NGHỈ NGƠI NƠI YÊN TĨNH, TRÁNH STRESS THỂ CHẤT VÀ TÂM LÝ. THUỐC ĐƯỢC CHỌN ĐẦU TIÊN LÀ PHENOBARBITAL, DIAZEPAM. NẾU KHÔNG KIỂM SOÁT ĐƯỢC THÌ DÙNG HALOPERIDOL.
- THEO DÕI: CTM, VS, ASO MỖI 2 TUẦN. THEO DÕI NHỮNG TAI BIẾN KHI DÙNG ASPIRIN, PREDNISON LIỀU CAO, KÉO DÀI: XUẤT HUYẾT TIỂU HÓA, CAO HUYẾT ÁP, CUSHING.

4. PHÒNG THẤP

4.1. PHÒNG THẤP TIỀN PHÁT

- TRẺ TRONG ĐỘ TUỔI 5-15 TUỔI BỊ VIÊM HỌNG DO LIÊN CẦU TRÙNG: SỐT, ĐAU HỌNG, CÓ XUẤT TIẾT TRẮNG TRONG HỌNG, SỪNG HẠCH CỔ, HAY QUÁ XÉT NGHIỆM TÌM KHÁNG NGUYÊN STREPTOCOCCUS NHÓM A SẼ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH CHỐNG LIÊN CẦU (LIỀU NHƯ TRÊN).

4.2. PHÒNG THẤP THỨ PHÁT

- THỜI GIAN PHÒNG THẤP
 - + THẤP KHÔNG TỒN THƯƠNG TIM (VIÊM KHỚP HOẶC MÚA VỜN ĐƠN THUẦN): 5 NĂM SAU KHI TÌNH TRẠNG VIÊM ỔN ĐỊNH HOẶC ĐẾN 21 TUỔI.
 - + THẤP CÓ TỒN THƯƠNG TIM NHƯNG KHÔNG ĐỂ LẠI DI CHỨNG: 21-25 TUỔI.
 - + THẤP ĐỂ LẠI DI CHỨNG VAN TIM: THỜI GIAN PHÒNG THẤP LÂU HƠN CÓ THỂ SUỐT ĐỜI.
- THUỐC PHÒNG
 - + THUỐC TIÊM: BENZATHINE PENICILLIN G TIÊM BẮP MỖI 4 TUẦN.
 - TRẺ > 27 KG: 1 200 000 ĐV
 - TRẺ ≤ 27 KG: 600 000 ĐV
 - + THUỐC UỐNG:
 - PHENOXYMETHYL PENICILLIN (PNC V)
 - TRẺ > 27 KG: 250MG (400 000 ĐV) × 2 LẦN/NGÀY
 - TRẺ ≤ 27 KG: 150MG (400 000 ĐV) × 2 LẦN/NGÀY
 - HOẶC SULFADIAZINE:
 - TRẺ > 27 KG: 1G UỐNG 1 LẦN/NGÀY.
 - TRẺ ≤ 27 KG: 0,5G UỐNG 1 LẦN/NGÀY.

NẾU DỊ ỨNG VỚI PENICILLIN THAY BẰNG ERYTHROMYCIN 250MG × 2 LẦN/NGÀY.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA-2008

BỆNH VIÊM ĐỘNG MẠCH TAKAYASU

PHAN THÀNH THỌ

1. ĐẠI CƯƠNG

VIÊM ĐỘNG MẠCH TAKAYASU LÀ BỆNH LÝ VIÊM MẠCH MÁU MẠN TÍNH KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN, XẢY RA Ở ĐỘNG MẠCH CHỦ, CÁC NHÁNH LỚN ĐỘNG MẠCH CHỦ VÀ ĐỘNG MẠCH PHỔI. TRONG GIAI ĐOẠN CẤP, CÓ SỰ THÂM NHIỄM TẾ BÀO VIÊM VÀ TỔN THƯƠNG CƠ TRƠN Ở LỚP TRUNG MẠC, TĂNG SINH NỘI MẠC. GIAI ĐOẠN TRỄ LỚP TRUNG MẠC BỊ THOÁI HÓA, LỚP NỘI MẠC XƠ HÓA TẠO THÀNH CÁC TỔN THƯƠNG HẸP, DẪN MẠCH VÀ HÌNH THÀNH TÚI PHÌNH. BỆNH THƯỜNG CHẨN ĐOÁN TRỄ, KHI PHÁT HIỆN THÌ CÁC SAN THƯƠNG KHÔNG CÒN HỒI PHỤC. KIỂM SOÁT CHẶT CHẼ HUYẾT ÁP VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GIÚP GIẢM THIỂU CÁC BIẾN CHỨNG TIM MẠCH.

2. CHẨN ĐOÁN

CÔNG VIỆC CHẨN ĐOÁN:

2.1. KHÁM LÂM SÀNG

- TÌM CÁC DẤU HIỆU ĐAU CÁCH HỒI, ÂM THỜI, CHÉNH LỆCH MẠCH HAY HUYẾT ÁP TÂM THU GIỮA HAI TAY HOẶC HAI CHÂN, CAO HUYẾT ÁP. ÂM THỜI Ở VÙNG ĐỘNG MẠCH DƯỚI ĐÒN HOẶC ĐỘNG MẠCH CHỦ...
- TRIỆU CHỨNG SỐT, ĐAU KHỚP, VIÊM KHỚP, ĐAU CƠ, ĐAU BỤNG, NHỨC ĐẦU, CHÓNG MẶT, SUY YẾU THẦN KINH, RA MỒ HÔI ĐÊM, HẠCH TO, THIỂU MÁU, SỤT CÂN...

2.2. CẬN LÂM SÀNG

- HUYẾT ĐỎ, VS, CRP.
- CHỨC NĂNG THẬN, ION ĐỒ MÁU, TỔNG PHẦN TÍCH NƯỚC TIỂU.
- ECG, X QUANG NGỰC THẲNG, SIÊU ÂM TIM, SIÊU ÂM MẠCH MÁU.
- DSA, CT CẬN QUANG CÓ TÁI TẠO MẠCH MÁU, MRI GIÚP XÁC ĐỊNH RÕ HÌNH ẢNH CỦA CÁC ĐỘNG MẠCH BỊ VIÊM, TẮC HẸP, DẪN HOẶC TÚI PHÌNH.
- CHỤP MẠCH MÁU QUA THÔNG TIM LÀ TIÊU CHUẨN VÀNG GIÚP CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ VIÊM MẠCH MÁU TAKAYASU.

2.3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: THEO TIÊU CHUẨN CỦA HIỆP HỘI THẤP KHỚP HOA KỲ:

- KHỞI PHÁT BỆNH NHỎ HƠN 40 TUỔI.
- ĐI CÁCH HỒI.
- MẠCH CHI YẾU.
- CHÉNH LỆCH HUYẾT ÁP TÂM THU GIỮA HAI TAY HOẶC HAI CHÂN $\geq 10\text{MMHG}$.
- ÂM THỜI Ở VÙNG ĐỘNG MẠCH DƯỚI ĐÒN HOẶC ĐỘNG MẠCH CHỦ.
- CHỤP HÌNH MẠCH MÁU THẤY HẸP TỪNG ĐOẠN ĐỘNG MẠCH CHỦ HOẶC CÁC NHÁNH CỦA NÓ, LOẠI TRỪ HẸP DO LOẠN SẢN SỢI CƠ.

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

CHẨN ĐOÁN BỆNH TAKAYASU KHI CÓ ÍT NHẤT 3 TRONG 6 TIÊU CHUẨN TRÊN.

PHÂN LOẠI BỆNH TAKAYASU THEO VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG

TYPE	VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG
I	CÁC NHÁNH CỦA CUNG ĐỘNG MẠCH CHỦ
IIA	ĐỘNG MẠCH CHỦ LÊN, CUNG ĐỘNG MẠCH CHỦ VÀ CÁC NHÁNH CỦA NÓ
IIIB	
III	IIA + ĐỘNG MẠCH CHỦ XUỐNG
IV	ĐỘNG MẠCH CHỦ XUỐNG, ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VÀ HOẶC
V	ĐỘNG MẠCH THẬN
	ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VÀ HOẶC ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG
	TYPE VI + TYPE IIB

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

- KHÁNG VIÊM TRONG GIAI ĐOẠN CẤP:
 - + PREDNISONE NÊN ĐƯỢC CHO Ở BỆNH NHÂN TRỄ NGAY CẢ KHI KHÔNG CÓ BẰNG CHỨNG VIÊM CẤP VÌ CÓ NHIỀU KHẢ NĂNG VIÊM TIỀM ẨN. LIỀU TẤN CÔNG 1-2MG/KG/NGÀY, UỐNG ÍT NHẤT TRONG 1 THÁNG, CHO TỚI KHI PHẢN ỨNG VIÊM BIẾN MẤT. DUY TRÌ GIẢM LIỀU TỪ TỪ TRONG 3 THÁNG.
 - + NẾU KHÁNG PREDNISONE (PHẢN ỨNG VIÊM KHÔNG BIẾN MẤT SAU 1 THÁNG TẤN CÔNG), CÓ THỂ PHỐI HỢP THÊM: CYCLOPHOSPHAMIDE 2MG/KG/NGÀY, UỐNG HOẶC METHOTREXATE 10-30MG/M² DA/ TUẦN, UỐNG.
- THUỐC HẠ HUYẾT ÁP KHI CÓ CAO HUYẾT ÁP: 90% BỆNH NHÂN CÓ SANG THƯƠNG HẸP, THƯỜNG GẶP Ở ĐỘNG MẠCH DƯỚI ĐÒN, DO ĐÓ HUYẾT ÁP ĐO Ở CHI TRÊN THẤP HƠN NHIỀU SO VỚI Ở ĐỘNG MẠCH CHỦ. LÝ TƯỞNG LÀ ĐO HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH LÚC THÔNG TIM. THUỐC HẠ ÁP CÓ THỂ SỬ DỤNG ĐƠN ĐỘC HOẶC PHỐI HỢP NHIỀU LOẠI SAU: ỨC CHẾ CANXI, ỨC CHẾ ALPHA-BÊTA, DẪN TRỰC TIẾP THÀNH MẠCH.

3.2. ĐIỀU TRỊ CAN THIẾP

- NONG NHỮNG CHỖ ĐỘNG MẠCH HẸP NẾU HÌNH ẢNH TRÊN PHIM CHỤP MẠCH MÁU CHO THẤY CÓ THỂ THỰC HIỆN ĐƯỢC, PHẪU THUẬT BẮT CẦU NẾU KHÔNG NONG ĐƯỢC.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

TRÀN DỊCH MÀNG TIM

TRƯƠNG BÁ LƯU

1. ĐẠI CƯƠNG VÀ NHỮNG ĐIỂM CẦN NHỚ

- ĐƯỢC GỌI LÀ TRÀN DỊCH MÀNG TIM KHI CÓ MỘT LƯỢNG DỊCH NHIỀU BẤT THƯỜNG TRONG MÀNG NGOÀI TIM. KHẢ NĂNG DUNG NẠP BỆNH NHÂN PHỤ THUỘC MỨC ĐỘ DỊCH NHƯNG QUAN TRỌNG HƠN LÀ TỐC ĐỘ HÌNH THÀNH CỦA LƯỢNG DỊCH ĐÓ. CHẨN ĐOÁN DỰA CHỦ YẾU VÀO SIÊU ÂM TIM ĐÁNH GIÁ SỰ DUNG NẠP CỦA BỆNH NHÂN DỰA VÀO LÂM SÀNG VÀ SIÊU ÂM TIM. CHỌC DỖ DỊCH MÀNG TIM GIÚP GIẢI ÁP TRONG TÌNH TRẠNG CẤP CỨU HAY GIÚP CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH
- HIỆN TƯỢNG VIÊM MÀNG TIM THƯỜNG GÂY TRÀN DỊCH, CÓ THỂ LÀ TRÀN HUYẾT THANH-FIBRIN, MỦ HAY HUYẾT THANH MÁU. DẠNG KHÁC HIẾM HƠN CÓ THỂ LÀ TOÀN MÁU, DƯỠNG TRẮP THẬM CHỈ LÀ KHÍ (DO DẠNG NÀY RẤT HIẾM NÊN ĐƯỢC KÉ RA TRONG BÀI NÀY)
- QUAN SÁT ĐẠI THỂ, SINH HÓA CÓ THỂ XÁC ĐỊNH NGUYÊN NHÂN NHƯNG CŨNG CÓ TRƯỜNG HỢP KHÓ KHĂN
- BẤT KỂ LOẠI DỊCH NÀO TRONG MÀNG NGOÀI TIM KHI TẠO NÊN ÁP LỰC 10-15MMHG ĐỀU ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ ĐỔ ĐẦY CỦA MÁU VỀ TIM VÀ LÀM GIẢM CUNG LƯỢNG TIM. KHI TRÀN DỊCH MÀNG TIM VỚI TỐC ĐỘ NHANH THÌ CHỈ MỘT LƯỢNG ÍT CŨNG CÓ THỂ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TÌNH TRẠNG HUYẾT ĐỘNG.

2. NGUYÊN NHÂN

- CÓ RẤT NHIỀU NGUYÊN NHÂN GÂY TRÀN DỊCH MÀNG TIM
- VI KHUẨN: TỤ CẦU VÀNG, HI, PHÉ CẦU, NÃO MÔ CẦU...
 - LAO.
 - VIRUT: COXACKIES, CÚM, ADENOVIRUS, ECHOVIRUS.
 - KÝ SINH TRÙNG: TOXOPLASMA.
 - BỆNH COLLAGEN: LUPUS, BỆNH STILL, BỆNH XƠ CỨNG BÌ.
 - THẤP TIM.
 - HỘI CHỨNG TRÀN DỊCH MÀNG TIM SAU MỖ.
 - BỆNH LÝ TĂNG SINH: DI CĂN, CÓ TỜ CHỨC U CẠNH MÀNG TIM, SARCOMA MÀNG NGOÀI TIM, TERATOME TRONG MÀNG TIM.
 - CHẤN THƯƠNG: DO THÙNG TIM KHI LÀM TIM MẠCH CAN THIỆP, ĐẶT CATHERTER TRONG TIM.
 - SAU KHI XẠ TRỊ.
 - PHÙ NIÊM.
 - TRÀN DỊCH DƯỠNG TRẮP.
 - BỆNH TIM CÓ TẮC NGHẼN.

BẢNG 1. BẢNG ĐỊNH HƯỚNG NGUYÊN NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

LOẠI DỊCH MÀNG TIM	NGUYÊN NHÂN
TRÀN MỦ MÀNG TIM	VI KHUẨN BỆNH STILL
TRÀN DỊCH HUYẾT THANH-FIBRIN (CÓ THỂ CÓ HỒNG CẦU)	LAO VIRUS RAA BỆNH COLLAGEN SAU PHẪU THUẬT MÀNG TIM VIÊM MÀNG TIM DO TĂNG URE MÁU BỆNH LÝ CÓ HIỆN TƯỢNG TĂNG SINH PHÙ NIÊM
TRÀN DỊCH DƯỠNG TRẮP	BẤT THƯỜNG HỆ THỐNG BẠCH HUYẾT SAU MỖ TIM
TRÀN MÁU MÀNG TIM	DO CATHETER, HAY CHẤN THƯƠNG
TRÀN DỊCH MÀNG TIM DẠNG NƯỚC	TRUYỀN DỊCH ĐƯỜNG CATHERTER TRUNG TÂM CÓ BIẾN CHỨNG

3. LÂM SÀNG

3.1. BỆNH SỬ

- CÓ THỂ GỢI Ý KHI TRÊN BỆNH NHÂN LAO, SAU MỖ, HAY BỆNH LÝ CÓ THỂ GÂY TRÀN DỊCH MÀNG TIM Ở TRÊN

3.2. DẤU HIỆU LÂM SÀNG

- KHI CHỨA CÓ HIỆN TƯỢNG CHẶN TIM THÌ ĐAU NGỰC LÀ TRIỆU CHỨNG CHÍNH VÀ ĐAU TĂNG LÊN KHI NẤM. TRẺ NHỎ BIỂU HIỆN VỚI KHÓC QUẦY KHÓ DỖ.
- NẾU DỊCH MÀNG TIM HÌNH THÀNH CHẠM THÌ BỆNH NHÂN SẼ KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG
- KHÓ THỞ GỢI Ý TÌNH TRẠNG DUNG NẠP LÂM SÀNG KÉM.
- NGHE TIM CÓ TIẾNG CỌ MÀNG TIM HAY TIẾNG TIM KHÓ NGHE TRONG TRƯỜNG HỢP TRÀN DỊCH MÀNG TIM LƯỢNG NHIỀU.
- KHI TRÀN DỊCH MÀNG TIM LƯỢNG NHIỀU BỆNH NHÂN SẼ CÓ TRIỆU CHỨNG CHẶN TIM.

3.3. DẤU HIỆU CHẶN TIM

- THỞ NHANH NHỊP TIM NHANH TĂNG LÊN KHI BỆNH NHÂN NẤM.
- TÌNH MẠCH CỎ NỔI Ở TRẺ LỚN VÀ GAN LỚN.
- MẠCH NGHỊCH THƯỜNG: GIẢM MẠCH VÀ GIẢM HA TRÊN 10% VÀO CUỐI KỲ THỞ RA. ĐIỀU NÀY CHỈ CÓ THỂ THỰC HIỆN ĐƯỢC Ở TRẺ LỚN.
- SIÊU ÂM ĐÓNG VAI TRÒ QUAN TRỌNG TRONG ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG CỦA LƯỢNG DỊCH LÊN TÌNH TRẠNG HUYẾT ĐỘNG.

4. CẬN LÂM SÀNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- CÁC XÉT NGHIỆM CƠ BẢN NHƯ HUYẾT ĐỒ, SINH HÓA...
- CÁC XÉT NGHIỆM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TRÀN DỊCH MÀNG TIM VÀ GỢI Ý NGUYÊN NHÂN
 - + X QUANG PHỔI: HÌNH ẢNH BÓNG TIM LỚN MẤT ĐI HÌNH ẢNH CÁC CUNG CỦA BUỒNG TIM VÀ MẠCH MÁU LỚN, GÓC SƯỜN HOÀNH RỘNG RA.
 - + HÌNH ẢNH BÓNG TIM LỚN CHỈ THẤY KHI CÓ LƯỢNG DỊCH TƯƠNG ĐỐI LỚN KHOẢNG 50ML TRÉ NHỮ NHI VÀ 100ML Ở TRÉ NHỎ.
 - + ECG CÓ HÌNH ẢNH THAY ĐỔI SÓNG T VÀ ĐOẠN ST, CÓ 4 GIAI ĐOẠN BIỂU HIỆN SỰ TỒN THƯƠNG CỦA MÀNG NGOÀI TIM.
 - GIAI ĐOẠN 1: ST CHÉNH LÊN.
 - GIAI ĐOẠN 2: ST TRỞ VỀ BÌNH THƯỜNG, SÓNG T DỆT DẦN, SAU ĐÓ SÓNG T ĐẢO NGƯỢC KÈM THEO ĐIỆN THỂ NGOẠI BIÊN THẤP.
 - GIAI ĐOẠN 3: SÓNG T ĐẢO NGƯỢC TRÊN TOÀN CHUYỂN ĐẠO VÀ MẤT ĐI HIỆN TƯỢNG ĐIỆN THỂ NGOẠI BIÊN THẤP.
 - GIAI ĐOẠN 4: SÓNG T TRỞ VỀ BÌNH THƯỜNG ĐÔI KHI MẤT NHIỀU TUẦN.
- TRONG TRƯỜNG HỢP LƯỢNG DỊCH MÀNG TIM NHIỀU SẼ CÓ HIỆN TƯỢNG ĐIỆN THỂ NGOẠI BIÊN THẤP VÀ HIỆN TƯỢNG BIẾN ĐỘ QRST THAY ĐỔI CAO THẤP LIÊN TIẾP NHAU (*ALTERNANCE ELECTRIQUE*) VÀ SỰ THAY ĐỔI NÀY KHÔNG PHỤ THUỘC VÀO NHỊP THỞ CỦA BỆNH NHÂN
- CÓ MỘT VÀI TRIỆU CHỨNG GỢI Ý TÌNH TRẠNG CHẶN TIM NHƯNG KHÔNG ĐẶC HIỆU NHƯ: SÓNG P NHỌN, CHUYỂN TRỤC TRÁI CỦA PHỨC BỘ QRS.
- + DẤU HIỆU SIÊU ÂM
 - ĐÁNH GIÁ LƯỢNG DỊCH VÀ VỊ TRÍ DỊCH KHU TRÚ HAY LAN TỎA.
 - ĐÁNH GIÁ CÁC TRIỆU CHỨNG DỰ BÁO NGUY CƠ CHẶN TIM: DỊCH CHÈN ÉP TIỂU NHỎ VÀ BUỒNG THOÁT THẤT PHẢI LÀ HAI TRIỆU CHỨNG SỚM NHẤT, TRÊN TM THẤY ĐỀ SỤP THẤT PHẢI TIỀN TÂM THU, VAN SIGMA ĐÓNG SỚM GIỮA THÌ TÂM THU, THẤT PHẢI VÀ NHỎ PHẢI BỊ BỀ SỤP THÌ TÂM TRƯỚC.

5. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH DỰA VÀO SIÊU ÂM VÀ CHỌC DỊCH MÀNG TIM CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI.
- SUY TIM.

TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN: NHỮNG BỆNH NHÂN NGHI NGHỜ TRÀN DỊCH MÀNG TIM CHUYỂN PHÒNG KHÁM CHUYÊN KHOA.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. NGUYÊN TẮC

- ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG CHẶN TIM KHI CÓ.

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- ĐIỀU TRỊ THEO NGUYÊN NHÂN TRÀN DỊCH

6.2. PHÂN CẤP ĐIỀU TRỊ

6.2.1. CẤP 1

- NẾU BỆNH NHI ỔN ĐỊNH, NHẬP VIỆN VÀO KHOA TIM MẠCH.
- ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU.
- ĐỐI VỚI TRÀN DỊCH MÀNG TIM CÓ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HUYẾT ĐỘNG.
 - + ỔN ĐỊNH HÔ HẤP.
 - + HỘI CHẨN CẤP CỨU KHOA TIM MẠCH ĐỂ CHỌC HÚT DỊCH GIẢI ÁP.
 - + TRONG TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU CÓ THỂ TRUYỀN DỊCH, VẬN MẠCH ĐỂ DUY TRÌ HUYẾT ĐỘNG, KHÔNG DÙNG DIGOXIN HAY LỢI TIỂU.

6.2.2. CẤP 2

- ĐIỀU TRỊ THEO NGUYÊN NHÂN.
- ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG:
 - + CHỌC DỊCH MÀNG TIM ĐƯỢC THỰC HIỆN Ở NHỮNG BỆNH NHÂN CÓ RỐI LOẠN HUYẾT ĐỘNG DO DỊCH CHÈN ÉP.
 - + CHỌC DỊCH MÀNG TIM ĐỂ CHẨN ĐOÁN KHI LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CHƯA TÌM RA NGUYÊN NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG TIM.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM TRÙNG

TRƯƠNG BÁ LƯU

1. ĐỊNH NGHĨA

VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN LÀ TỒN THƯƠNG NHIỄM TRÙNG HIỆN DIỆN TẠI NỘI MẠC CƠ TIM, HAY TRÊN CÁC CẤU TRÚC NHÂN TẠO TRONG TIM (*VAN NHÂN TẠO, VẬT LIỆU NHÂN TẠO KHÁC.*). BIỂU HIỆN TỒN THƯƠNG ĐẶC HIỆU DẠNG SỤI (*VEGETATION*). ĐÂY LÀ TỒN THƯƠNG HÌNH THÀNH VỚI SỰ HÌNH THÀNH CỦA FIBRIN, TIỂU CẦU, VI KHUẨN TẮNG SINH, HAY NẤM. TÁC NHÂN LÀ VI KHUẨN, NẤM HAY VIRUS VÀ CÓ THỂ BIỂU HIỆN DƯỚI DẠNG CẤP HAY BÁN CẤP. NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP NHẤT LÀ DO VI KHUẨN VÀ PHẠM VI BÀI NÀY CHỈ ĐỀ CẬP ĐẾN VI NỘI TÂM MẠC BÁN CẤP DO VI KHUẨN.

2. NGUYÊN NHÂN

- VI KHUẨN GÂY BỆNH:
 - + STREPTOCOQUES NHIỀU NHẤT KHOẢNG TRÊN 40%.
 - + STAPHYLOCOQUES CHIẾM KHOẢNG 40% ĐANG CÓ XU HƯỚNG TĂNG DẦN DO CAN THIỆP NGOẠI KHOA NGÀY Càng NHIỀU VÀ PHỨC TẠP HƠN.
- CÁC VI KHUẨN KHÁC:
 - + ESCHERICHIA COLI.
 - + TRỰC KHUẨN GRAM ÂM.
 - + NHÓM HACEK (*HAEMOPHILUS SPP, ACTINOBACILLUS ACTINOMYCETER COMITANTS, CARDIOBACTERIUM HOMINIS, EIKENELLA SPP, KINGELLA KINGAE*)

BẢNG 1. ĐỊNH HƯỚNG TÁC NHÂN GÂY BỆNH DỰA VÀO ĐƯỜNG VÀO CỦA VI KHUẨN

ĐƯỜNG VÀO	TÁC NHÂN VI KHUẨN GỢI Ý
RĂNG MIỆNG	STREPTOCOQUE
RUỘT	STREPTOCOQUE BOVIS, ENTEROCOQUE
TAI MŨI HỌNG	STREPTOCOQUE
ĐƯỜNG TIẾT NIỆU	ENTEROCOQUE
SINH DỤC	ENTEROCOQUE, STAPHYLOCOQUE
DA- THỦ THUẬT CATHERTER	STAPHYLOCOQUE
PHẪU THUẬT TIM, MẠCH MÁU LỚN	STAPHYLOCOQUE, TRỰC QUẢN GRAM ÂM

3. CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ: TRÊN BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ TIM MẠCH, HAY BỆNH NHÂN MÀ KHI KHÁM LÂM SÀNG NGHE ĐƯỢC TIẾNG THỞ Ở TIM CÓ XUẤT HIỆN CÁC TRIỆU CHỨNG DƯỚI ĐÂY THÌ CẦN NGHĨ ĐẾN VIÊM NỘI TÂM MẠC

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- SỐT KÉO DÀI TRÊN 8 NGÀY MÀ CHƯA TÌM ĐƯỢC NGUYÊN NHÂN CHÍNH XÁC.
- MỆT MỎI, VÀ TỔNG TRẠNG CHUNG CỦA BỆNH NHÂN GIẢM SÚT.
- THAY ĐỔI TIẾNG TIM.
- LÁCH LỚN HAY CÓ SANG THƯƠNG DA NGHI NGỜ.
- SỐT LẠI SAU KHI NGỪNG KHÁNG SINH.
- SỐT TRONG VÒNG 2 THÁNG SAU KHI PHẪU THUẬT TIM HAY TIM MẠCH CAN THIỆP

4. THỂ LÂM SÀNG

4.1. THỂ KINH ĐIỂN VỚI SỐT KÉO DÀI

- SỐT KÉO DÀI: TRÊN 8 NGÀY, KHÔNG RÕ LÝ DO, TÁI ĐIỂN KHI NGỪNG KHÁNG SINH, SỐT CAO RÉT RUN TRÊN BỆNH NHÂN CÓ YẾU TỐ NGUY CƠ. TỔNG TRẠNG CHUNG KÉM, XUẤT HIỆN TIẾNG THỞ Ở TIM HAY TIẾNG THỞ THAY ĐỔI SO VỚI TRƯỚC, GAN LÁCH LỚN, CÁC SANG THƯƠNG KHÁC: MẢNG JANEWAY, GIẢ CHÍN MẾ OSLER, NÓT XUẤT HUYẾT, THƯƠNG TỒN ROTH KHI SOI ĐÁY MẮT.

4.2. THỂ BỆNH ÂM Ỉ: TỪNG ĐỢT KHÓ CHẨN ĐOÁN, THƯỜNG BỊ CHẨN ĐOÁN MUỘN.

4.3. THỂ BIẾN CHỨNG

- CÁC BIẾN CHỨNG TẠI TIM NHƯ BIỂU HIỆN PHÙ PHỔI CẤP (*ÍT GẶP Ở TRẺ NHỎ*), SUY TIM TOÀN BỘ, TÌNH TRẠNG HUYẾT ĐỘNG KHÔNG ỔN ĐỊNH HAY CHẶN TIM (*TAMPONADE*).
- CÁC BIẾN CHỨNG NGOÀI TIM: NHỒI MÁU PHỔI, NHỒI MÁU HỆ THỐNG MỘT HAY NHIỀU CHỖ, CÓ TRIỆU CHỨNG HAY KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG, BỆNH NHÂN CÓ THỂ TRONG TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG HUYẾT HAY XUẤT HUYẾT NÃO DO VỠ CÁC TÚI PHÌNH.

4.4. THỂ SAU PHẪU THUẬT TIM: GẶP TRÊN BỆNH NHÂN CÓ CHẠY TUẦN HOÀN NGOÀI CÓ THỂ HAY CHỈ PHẪU THUẬT TẠM THỜI, DƯỚI 2 THÁNG SAU MỔ TIM, BIỂU HIỆN SỐT, TIẾNG TIM THAY ĐỔI VÀ XUẤT HIỆN CÁC BIẾN CHỨNG ĐÃ MIÊU TẢ.

5. CẬN LÂM SÀNG

- BILAN BAN ĐẦU: HUYẾT ĐỎ, CRP, CHỨC NĂNG GAN, ION ĐỒ, NƯỚC TIỂU 10 THÔNG SỐ, PHỨC HỢP MIỄN DỊCH LƯU HÀNH, X QUANG PHỔI VÀ ECG.
- CẮY MÁU CẦN LƯU Ý NHƯ SAU:
 - + TRƯỚC KHI CHO KHÁNG SINH KỂ CẢ KHÁNG SINH UỐNG NẾU ĐƯỢC.
 - + LẬP LẠI: 3-6 LẦN TRONG 24-48 GIỜ.
 - + KHI SỐT CAO HAY RÉT RUN, NẾU KHÔNG THÌ CHIA ĐỀU TRONG 24 GIỜ.
 - + CẮY TRÊN CẢ HAI MÔI TRƯỜNG YẾM KHÍ VÀ KỶ KHÍ, NẾU CẦN THIẾT CẦN CẮY TRÊN MÔI TRƯỜNG ĐƯỢC LÂM GIÀU.
 - + GIỮ LÂU HƠN BÌNH THƯỜNG TRÊN MÔI TRƯỜNG NUÔI CẤY.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- + TRÊN MÔI TRƯỜNG LÀM GIÀU VI KHUẨN NẾU NHƯ CÓ KHÁNG SINH TRƯỚC ĐÓ.
- + KHÁNG SINH ĐỘ VÀ NỒNG ĐỘ ỨC CHẾ VI KHUẨN TỐI THIỂU.
- LÀM XÉT NGHIỆM TÌM KIẾM ĐƯỜNG VÀO: NƯỚC TIỂU, HỌNG, NHỮNG SANG THƯƠNG GHI NHẬN ĐƯỢC KHI THĂM KHÁM LÂM SÀNG.
- PCR BỆNH PHẨM KHI BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT.
- HUYẾT THANH CHẨN ĐOÁN COXIELLA BURNETII (SỐT Q).
- **SIÊU ÂM TIM**
- + ĐÓNG VAI TRÒ CƠ BẢN GIÚP CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ (CAN THIỆP NGOẠI KHOA?), TIỀN LƯỢNG VÀ THEO DÕI DIỄN TIẾN BỆNH.
- + SIÊU ÂM TIM QUA ĐƯỜNG THỰC QUẢN KHI CẦN THIẾT CHẨN ĐOÁN CÁC BIẾN CHỨNG ÁP-XE QUANH VAN.
- BILAN MỞ RỘNG ĐỂ TÌM CÁC BIẾN CHỨNG NHỒI MÁU HAY PHÌNH MẠCH DẠNG NẤM THỰC HIỆN TÙY THEO GỢI Ý LÂM SÀNG: CHỤP CT SCANNER SỌ NÃO, BỤNG HAY NGỰC

6. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- CHẨN ĐOÁN VIÊM NỘI TÂM MẠC THEO TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN DUKE

BẢNG 2. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN VIÊM NỘI TÂM MẠC

<p>CHẮC CHẮN CÓ VIÊM NỘI TÂM MẠC <i>TIÊU CHUẨN TỔ CHỨC HỌC:</i> HIỆN DIỆN VI KHUẨN KHI NUÔI CẤY HAY XÉT NGHIỆM MÔ HỌC CỦA SỤI, TỔ CHỨC THUYỀN TẮC HAY AP-XE TRONG TIM TỒN THƯƠNG BỆNH LÝ CHỨNG TỐ CÓ VIÊM NỘI TÂM MẠC HOẠT ĐỘNG KHI LÀM XÉT NGHIỆM TỔ CHỨC HỌC <i>TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG: 2 TIÊU CHUẨN CHÍNH HOẶC (1 TIÊU CHUẨN CHÍNH VÀ 3 TIÊU CHUẨN PHỤ) HOẶC 5 TIÊU CHUẨN PHỤ.</i></p>
<p>CÓ THỂ CÓ VIÊM NỘI TÂM MẠC CÓ NHỮNG DẤU HIỆU GỢI Ý VIÊM NỘI TÂM MẠC NHƯNG KHÔNG ĐỦ NẴM TRONG TIÊU CHUẨN CỦA CHẮC CHẮN VIÊM NỘI TÂM MẠC HAY LOẠI TRỪ</p>
<p>VIÊM NỘI TÂM MẠC ĐƯỢC LOẠI TRỪ</p> <ul style="list-style-type: none">- KHI CÓ MỘT CHẨN ĐOÁN KHÁC GIẢI THÍCH ĐƯỢC CÁC TRIỆU CHỨNG HIỆN DIỆN TRÊN BỆNH NHI- MẤT ĐI CÁC TRIỆU CHỨNG ĐÃ ĐƯỢC CHO LÀ VIÊM NỘI TÂM MẠC Ở BỆNH NHI KHÔNG DÙNG KHÁNG SINH HAY MỚI CHỈ DÙNG KHÁNG SINH DƯỚI 4 NGÀY- KHÔNG KHI NHẬN ĐƯỢC TỒN THƯƠNG DẠNG VIÊM NỘI TÂM MẠC KHI PHẪU THUẬT HAY TỬ THIẾT Ở BỆNH NHI KHÔNG DÙNG KHÁNG SINH HAY MỚI CHỈ DÙNG KHÁNG SINH DƯỚI 4

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

NGÀY.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA-2008

BẢNG 3. ĐỊNH NGHĨA CÁC TIÊU CHUẨN THEO DUKE

TIÊU CHUẨN CHÍNH
<ul style="list-style-type: none">- <i>CÂY MÁU DƯƠNG TÍNH.</i> CÂY MÁU TRỞ THÀNH TIÊU CHUẨN CHÍNH KHI THỎA MÃN+ 2 LẦN CÂY MÁU MỌC LÊN MỘT LOẠI VI KHUẨN ĐIỂN HÌNH GÂY VIÊM NỘI TÂM MẠC VÍ DỤ: STREPTOCOCCUS VIRIDANTS, STAPHYLOCOCCUS AUREUS HAY NHÓM HACEK. STAPHYLOCOCCUS AUREUS MẮC PHẢI TẠI CỘNG ĐỒNG HAY ENTEROCOCCI TRONG TRƯỜNG HỢP KHÔNG CÓ Ồ NHIỄM KHUẨN TIỀN PHÁT.HOẶC+ CÂY MÁU MỌC LÊN THƯỜNG XUYÊN (TRONG 2 LẦN CÂY LIÊN TIẾP VỚI MẪU MÁU ĐƯỢC LẤY CÁCH NHAU 12 GIỜ VÀ 3 HOẶC HƠN CÁC MẪU MÁU LIÊN TIẾP NHAU VỚI KHOẢNG CÁCH LẦN LẤY MÁU ĐẦU TIÊN VÀ CUỐI CÙNG CÁCH NHAU TRÊN 1 GIỜ) VỚI MỘT LOẠI VI KHUẨN THƯỜNG GÂY VIÊM NỘI TÂM MẠC.- <i>THƯƠNG TỔN NỘI MẠC KHI SIÊU ÂM TIM:</i> CÓ SÙI, ÁP-XE QUANH VAN, CÓ HỖ QUANH VAN NHÂN TẠO MỚI KHI SO SÁNH VỚI CÁC LẦN SIÊU ÂM TRƯỚC- <i>LÂM SÀNG XUẤT HIỆN TIẾNG THỒI HỒ VAN MỚI KHI SO SÁNH VỚI CÁC LẦN THĂM KHÁM TRƯỚC ĐÓ</i>
TIÊU CHUẨN PHỤ:
<ul style="list-style-type: none">- ĐỐI TƯỢNG NGUY CƠ CỦA VIÊM NỘI TÂM MẠC HAY NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY- SỐT TRÊN 38 ĐỘ C- SANG THƯƠNG MẠCH MÁU: THUYỀN TẮC MẠCH, PHÌNH MẠCH DẠNG NẮM, NỖI MÁU PHỔI, XUẤT HUYẾT KẾT MẠC, XUẤT HUYẾT NÃO- SANG THƯƠNG DO PHỨC HỢP MIỄN DỊCH LƯU HÀNH: VIÊM CẦU THẬN CẤP, NỐT OSLER, DẤU HIỆU ROTH, THƯƠNG TỔN JANEWAY, DƯƠNG TÍNH YẾU TỔ THẤP- CÂY MÁU MỌC VI KHUẨN NHƯ KHÔNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐỂ TRỞ THÀNH TIÊU CHUẨN CHÍNH, HUYẾT THANH DƯƠNG TÍNH VỚI MỘT LOẠI VI KHUẨN CÓ THỂ GÂY VIÊM NỘI TÂM MẠC- SIÊU ÂM GỢI Ý NHƯNG KHÔNG ĐỦ TIÊU CHUẨN ĐỂ TRỞ THÀNH TIÊU CHUẨN CHÍNH

7. ĐIỀU TRỊ

- BAO GỒM ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA VÀ NGOẠI KHOA
- + **CẤP 1:** KHI NGHI NGỜ BỆNH NHÂN CÓ VIÊM NỘI TÂM MẠC CẦN LÂM CẮC XÉT NGHIỆM BAN ĐẦU VÀ HỘI CHẨN CHUYỂN KHOA.
- + **CẤP 2:** ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA
 - KHÁNG SINH LIỆU PHÁP

BỆNH VIỆN NỘI ĐỒNG 2

- CẦN PHẢI DỪNG KHÁNG SINH PHỐI HỢP, DIỆT KHUẨN, THÍCH HỢP VỚI VI KHUẨN GÂY BỆNH THEO KHÁNG SINH ĐÒ, ĐƯỜNG TÍNH MẠCH, KÉO DÀI TỪ 4 ĐẾN 6 TUẦN VỚI NỒNG ĐỘ HUYẾT THANH HIỆU QUẢ.
- KHÁNG SINH BAN ĐẦU TRƯỚC KHI CÓ KHÁNG SINH ĐÒ CÓ THỂ SỬ DỤNG
AMOXICILLIN 200MG/KG/NGÀY + GENTAMYCIN 3MG/KG/NGÀY
TRÊN BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG DA HAY HẬU PHẪU MỔ TIM
OXACILLIN 200MG/KG/NGÀY HAY VANCOMYCIN 60MG/KG/NGÀY
KHÁNG SINH ĐƯỢC ĐIỀU CHỈNH THEO KHÁNG SINH ĐÒ VÀ VỊ TRÍ THUYỀN TẮC.

- ĐIỀU TRỊ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH VÀ DO QUÁ TRÌNH

7.1. THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

- LÂM SÀNG: ĐƯỜNG BIỂU DIỄN NHIỆT ĐỘ, TỔNG TRẠNG, TIẾNG TIM, TÌNH TRẠNG HUYẾT ĐỘNG (*NHIP TIM, HUYẾT ÁP, NƯỚC TIỂU*), ĐƯỜNG ĐI MẠCH MÁU TIM HIỆN TƯỢNG THUYỀN TẮC, DẤU HIỆU THẦN KINH.
- SINH HỌC: HUYẾT ĐÒ, CRP, THẬN GAN
- VI KHUẨN: CÂY MÁU, NỒNG ĐỘ HUYẾT THANH CỦA KHÁNG SINH
- TIM MẠCH: X QUANG, ECG, SIÊU ÂM TIM THEO DÕI ĐIỂN TIẾN SÙI VÀ ĐÁNH GIÁ BIẾN CHỨNG.
- CÁC BIẾN CHỨNG CÓ THỂ GẶP TRONG THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ: SHOCK TIM, PHÙ PHỔI CẤP, BLOCK NHÍ THẤT HOÀN TOÀN, TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG HUYẾT KHÔNG KHÔNG CHẾ ĐƯỢC, THƯƠNG TỔN VAN NẶNG HƠN, CÁC BIẾN CHỨNG TRÊN VẬT LIỆU SINH HỌC THAY THẾ ĐANG DÙNG TRÊN BỆNH NHÂN.

4.2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA CÒN TRANH CÃI TUY NHIÊN TỶ LỆ CAN THIỆP NGOẠI KHOA SỚM NGÀY Càng TĂNG LÊN:

- SUY TIM DẠI DẰNG DƯỚI ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TÍCH CỰC.
- NHIỄM KHUẨN HUYẾT KHÔNG KHÔNG CHẾ ĐƯỢC: ĐỐI VỚI NHỮNG TRƯỜNG HỢP CÂY MÁU DƯƠNG TÍNH MÀ SAU KHI SỬ DỤNG KHÁNG SINH 7 NGÀY CÂY MÁU KIỂM TRA VẪN CÒN VI KHUẨN THÌ CẦN HỘI CHẨN NGOẠI KHOA.
- HUYẾT KHỐI NHIỀU CHỖ ĐẶC BIỆT LÀ NỖI MÁU HỆ THỐNG.
- ĐƯỜNG KÍNH SÙI TRÊN 10MM DI ĐỘNG MẠNH Ở BUỒNG TIM TRÁI.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- ÁP-XE QUANH VAN, TỔ CHỨC CẠNH VAN HAY LÀM MỦ KHU TRÚ TRONG CƠ TIM VỚI RỐI LOẠN DẪN TRUYỀN.

5. DỰ PHÒNG

5.1. NGUYÊN TẮC CHUNG:

- PHÁT HIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ SỚM TẤT CẢ CÁC LOẠI NHIỄM KHUẨN.
- ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA TRIỆT ĐỂ CÁC BỆNH TIM BẨM SINH.
- VỆ SINH CÁ NHÂN VÀ DINH DƯỠNG TỐT.
- SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRƯỚC KHI LÀM THỦ THUẬT. KHÁNG SINH PHỤ THUỘC VÀO CƠ ĐỊA, ĐƯỜNG VÀO VÀ VI KHUẨN

5.2. ĐỐI TƯỢNG CẦN DỰ PHÒNG

- ĐỐI VỚI CÁC CAN THIỆP RĂNG MIỆNG
 - + NHỎ RĂNG.
 - + PHẪU THUẬT QUANG RĂNG.
 - + CÂY RĂNG GIẢ.
 - + ĐIỀU TRỊ TÙY RĂNG.
 - + ĐẶT DỤNG CỤ CHÍNH NHA.
 - + CHÍCH GÂY TÊ TẠI CHỖ TRONG DÂY CHẰNG.
 - + LẤY CAO RĂNG.
- ĐỐI VỚI PHẪU THUẬT CÓ NGUY CƠ KHÁC.

BẢNG 4. ĐỐI VỚI PHẪU THUẬT CÓ NGUY CƠ KHÁC

PHẪU THUẬT ĐƯỜNG HÔ HẤP	- CẮT AMYGDAL, NAO VA - PHẪU THUẬT TRÊN NIÊM MẠC ĐƯỜNG TIÊU HÓA - NỘI SOI PHẾ QUẢN VỚI ỚNG CỨNG
TIÊU HÓA	- TIÊM XƠ TRONG GIÁN TÍNH MẠCH THỰC QUẢN - NONG THỰC QUẢN QUA NỘI SOI - CHỤP ĐƯỜNG MẬT NGƯỢC DÒNG - PHẪU THUẬT ĐƯỜNG MẬT VÀ NIÊM MẠC ĐƯỜNG TIÊU HÓA
TIẾT NIỆU	SOI BÀNG QUANG CAN THIỆP NONG NIỆU ĐẠO

5.3. KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CHO THỦ THUẬT RĂNG MIỆNG HAY ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN VỚI GÂY TÊ TẠI CHỖ

BẢNG 5. KHÁNG SINH DÙNG MỘT LẦN TRƯỚC KHI LÀM THỦ THUẬT 1 GIỜ

ĐỐI TƯỢNG	THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG VÀ LIỀU LƯỢNG
KHÔNG DỊ ỨNG VỚI BETALACTAM	AMOXICILLIN	75MG/KG UỐNG
DỊ ỨNG VỚI	PRISTINAMYCIN	25MG/KG UỐNG

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

BETALACTAM		
------------	--	--

5.4. KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CHO THỦ THUẬT RĂNG MIỆNG HAY ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN VỚI GÂY MỀ TOÀN THÂN

BẢNG 6. KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CHO THỦ THUẬT RĂNG MIỆNG HAY ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN VỚI GÂY MỀ TOÀN THÂN

ĐỐI TƯỢNG	THUỐC	LIỀU LƯỢNG VÀ ĐƯỜNG DÙNG	
		1 GIỜ TRƯỚC THỦ THUẬT	6 GIỜ SAU
KHÔNG DỊ ỨNG VỚI BETALACTAM	AMOXICILLIN	50MG/KG TM	25MG/KG UỐNG
DỊ ỨNG VỚI BETALACTAM	VANCOMYCIN	20MG/KG TM	KHÔNG DÙNG LIỀU 2

5.5. KHÁNG SINH DỰ PHÒNG VỚI PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU VÀ TIÊU HÓA

BẢNG 7. KHÁNG SINH DỰ PHÒNG VỚI PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU VÀ TIÊU HÓA

ĐỐI TƯỢNG	THUỐC	LIỀU LƯỢNG VÀ ĐƯỜNG DÙNG	
		1 GIỜ TRƯỚC THỦ THUẬT	6 GIỜ SAU
KHÔNG DỊ ỨNG VỚI BETALACTAM	AMOXICILLIN VÀ GENTAMYCIN	50MG/KG TM	25MG/KG UỐNG
DỊ ỨNG VỚI BETALACTAM	VANCOMYCIN VÀ GENTAMYCIN	20MG/KG TM (TỐI ĐA 1MG) 2MG (TỐI ĐA 80MG)	KHÔNG DÙNG LIỀU 2

BẢNG 8. LIỀU DÙNG, ĐƯỜNG DÙNG, SỐ LẦN DÙNG CỦA CÁC KHÁNG SINH TRONG VIÊM NỘI TÂM MẠC

KHÁNG SINH	LIỀU DÙNG	SỐ LẦN
AMPHOTERICIN B	1MG/KG/24 GIỜ IV	HÀNG NGÀY
AMPICILLIN	300MG/KG/24 GIỜ IV	LIỀN TỤC HAY CÁCH NHAU 4 H
CEFAZOLIN	80-100MG/KG/24 GIỜ IV	CÁCH NHAU 8 GIỜ
CEFOTAXIM	100-200MG/KG/24GIỜ IV	CÁCH NHAU 6 GIỜ
CEFTAZIDIM	100-150MG/KG/24GIỜ IV	CÁCH NHAU 8 GIỜ
CEFTRIAXON	50-100MG/KG/24 GIỜ IV	12-24 GIỜ
CIPROFLOXACIN	20-30MG/KG/24 GIỜ	CÁCH NHAU 12 GIỜ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỊ KHOA-2008

	IV	
	30-40MG/KG/24GIỜ UỐNG	CÁCH NHAU 12 GIỜ
GENTAMYCIN	2-2.5MG/KG/LIỀU	CÁCH NHAU 8 GIỜ
IMIPENEME/CILASTATIN	60-100MG/KG/24GIỜ IV	CÁCH NHAU 6 GIỜ
OXACILLIN	150-200MG/	CÁCH NHAU 4-6 GIỜ
PENICILLIN G	150.000-200.000 UI/KG/24 GIỜ	LIỄN TỤC HAY CÁCH NHAU 4 GIỜ
PENICILLIN G LIỀU CAO	200.000-300.000 UI/KG/24 GIỜ	LIỄN TỤC HAY CÁCH NHAU 4 GIỜ
RIFAMYCIN	10MG/KG/24 LIỀU UỐNG	CÁCH NHAU 12 GIỜ
STREPTOMYCIN	7,5 MG-10 MG/KG/LIỀU IM	CÁCH NHAU 12 GIỜ
VANCOMYCIN	40MG/KG/24 GIỜ IV	CÁCH NHAU 6-12 GIỜ

NHỊP NHANH KÍCH PHÁT TRÊN THẤT

**NGUYỄN VĂN ĐÔNG
TRỊNH HỮU TÙNG**

1. ĐẶC ĐIỂM

NHỊP TIM NHANH ĐỀU, TẦN SỐ TỪ 180-300 LẦN/PHÚT VỚI CƠ CHẾ TẠO NHỊP XUẤT PHÁT NGOÀI NÚT XOANG VÀ TRÊN CHỖ CHIA NHÁNH CỦA BÓ HIS. QRS THƯỜNG HẸP (92%) ĐÔI KHI RỘNG (8%).

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. NHỊP NHANH NHỈ THẤT (ATRIO-VENTRICULAR TACHYARRHYTHMIAS): CƠ CHẾ NHỊP NHANH PHỤ THUỘC NÚT NHỈ-THẤT. THƯỜNG CÓ ĐÁP ỨNG VỚI CÁC THUỐC GÂY BLOC NHỈ-THẤT (ATP, DIGOXINE, VERAPAMIL, THUỐC ỨC CHẾ BETA, CORDARONE)

- VÒNG VÀO LẠI GIỮA NHỈ VÀ THẤT DO CÁC ĐƯỜNG DẪN TRUYỀN PHỤ.
- VÒNG VÀO LẠI Ở NÚT NHỈ THẤT.

2.2. NHỊP NHANH NHỈ (ATRIAL TACHYARRHYTHMIAS): CƠ CHẾ NHỊP NHANH KHÔNG PHỤ THUỘC NÚT NHỈ THẤT. THƯỜNG CÓ ĐÁP ỨNG VỚI THUỐC CHEN BÊTA.

- VÒNG VÀO LẠI Ở NHỈ.
- NHỊP TỰ ĐỘNG Ở NHỈ.

3. CÁC YẾU TỐ THỨC ĐẦY

BỆNH VIỆN NHỊ ĐỒNG 2

CATHETER TRUNG ƯƠNG, SỐT, CATECHOLAMINES, SALBUTAMOL, TOAN HUYẾT, SỐC, GIẢM THỂ TÍCH MÁU, HẠ OXY MÁU, CHÈN TIM, SUY TIM NẶNG, VIÊM CƠ TIM.

4. XÉT NGHIỆM

- ECG.
- CÔNG THỨC MÁU.
- CRP. CẮY MÁU NẾU NGHI NHIỆM TRÙNG HUYẾT.
- ION ĐỒ, KHÍ MÁU.
- X-QUANG TIM, PHỔI NẾU NGHI NGỜ BỆNH LÝ TIM, PHỔI.

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

5.1. PHÂN BIỆT NHỊP NHANH KÍCH PHÁT TRÊN THẤT VỚI QRS RỘNG VÀ NHỊP NHANH Ở THẤT: NGHĨ ĐẾN NHỊP NHANH THẤT KHI CÓ: NHỊP CHẬP (FUSION), NHỊP BẮT (CAPTURE), PHÂN LY NHỈ-THẤT HOẶC BLOCK NHỈ THẤT WENCKE-BACH, TRỤC LỆCH TRÁI, QRS > 140 MSEC, QRS MỘT HOẶC HAI PHASE (KHÔNG CÓ 3 PHASE Ở V1). NHỊP NHANH TRÊN THẤT VỚI DẪN TRUYỀN LỆCH HƯỚNG ÍT GẬP Ở TRẺ < 18 THÁNG. (XEM BẢNG 3).

5.2. PHÂN BIỆT CÁC LOẠI NHỊP NHANH TRÊN THẤT

CÁC BẢNG SAU ĐÂY CÓ THỂ GIÚP ÍCH MỘT PHẦN NÀO:

BẢNG 1. LOẠN NHỊP NHANH VỚI QRS HẸP ĐỀU

TÁC DỤNG CỦA KÍCH THÍCH PHÉ VI HOẶC CỦA ATP	CẮT CƠN HOẶC KHÔNG CẮT CƠN	°TRONG CƠN NHỊP NHANH SỐNG P' ÂM, NĂM SAU QRS, RP' > 0,07 GIẤY °Ở NHỊP XOANG CÓ H/C WPW	P'=QRS TRONG CƠN NHỊP NHANH	NHỊP NHANH VÒNG VÀO LẠI NHỈ-THẤT THUẬN CHIẾU (ORTHODROMIC ATRIO-VENTRICULAR REENTRY TACHYCARDIA)
	CẮT CƠN	TRONG CƠN NHỊP NHANH SỐNG P' NĂM TRONG QRS, RP' < 0,07 GIẤY	P'=QRS TRONG CƠN NHỊP NHANH	NHỊP NHANH VÒNG VÀO LẠI NÚT NHỈ - THẤT (ATRIO - VENTRICULAR NODE REENTRY TACHYCARDIA)
	BLOCK NHỈ THẤT ĐỘ II	NHỊP NHỈ < 240 NHỊP NHỈ > 240	P'>QRS F>QRS	NHỊP NHANH NHỈ (ATRIAL TACHYCARDIA) CUÔNG NHỈ (ATRIAL FLUTTER)

BẢNG 2. LOẠN NHỊP NHANH VỚI QRS HẸP KHÔNG ĐỀU

SÓNG F (BIẾN ĐỘ NHỎ)	RUNG NHỈ (ATRIAL FIBRILLATION)
SÓNG F > 240 L/PH	CUÔNG NHỈ VỚI DẪN TRUYỀN NHỈ -THẤT THAY ĐỔI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỊ KHOA-2008

	ATRIAL FLUTTER WITH VARIABLE AV CONDUCTION
SÓNG F < 240 L/PH	NHỊP NHANH NHỊ VỚI DẪN TRUYỀN NHỊ -THẤT THAY ĐỔI ATRIAL TACHYCARDIA WITH VARIABLE AV CONDUCTION
SÓNG P' ≥ 2 DẠNG	NHỊP NHANH NHỊ ĐA Ô (MULTIFOCAL ATRIAL TACHYCARDIA)

BẢNG 4. LOẠN NHỊP NHANH VỚI QRS RỘNG ĐỀU

KHÔNG CÓ CÁC ĐẶC ĐIỂM Ở BẢNG 3	NHỊP NHANH TRÊN THẤT VỚI BLOCK NHANH SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA WITH BUNDLE BLOCK NHỊP NHANH VÒNG VÀO LẠI NHỊ THẤT NGHỊCH CHIỀU ANTIDROMIC A-V REENTRY TACHYCARDIA
CÓ CÁC ĐẶC ĐIỂM Ở BẢNG 3	NHỊP NHANH THẤT VENTRICULAR TACHYCARDIA

BỆNH VIỆN NHỊ ĐỒNG 2

BẢNG 3. CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA NHỊP NHANH THẤT

CHẨN ĐOÁN NGHIÊNG VỀ NHỊP NHANH THẤT NẾU CÓ
PHÂN LY NHỊ-THẤT
CHỘC THÙNG BLOCK NHỊ-THẤT TRƯỚC NHỊP THẤT → NHỊP BẬT
CHỘC THÙNG BLOCK NHỊ-THẤT ĐỒNG THỜI VỚI NHỊP THẤT → NHỊP CHẬP
MÔ THỨC QRS Ở V1 R TAI THỎ VỚI R > R' QR RS
MÔ THỨC QRS Ở V6 RS QS QR
TRỤC QRS -30 ĐẾN -180 ĐỘ
QRS > 0,14 SEC

BẢNG 5. LOẠN NHỊP NHANH VỚI QRS RỘNG KHÔNG ĐỀU

<ol style="list-style-type: none"> RUNG NHỊ HOẶC CUÔNG NHỊ CÓ DẪN TRUYỀN LỆCH HƯỚNG (BLOCK NHÁNH, ĐƯỜNG PHỤ) ATRAL FIBRILLATION OR FLUTTER WITH ABERRANT CONDUCTION NHỊP NHANH THẤT ĐA Ô MULTIFOCAL VENTRICULAR TACHYCARDIA XOẢN ĐỈNH TORSADE DE POINTES
--

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. NGUYÊN TẮC

- NGĂN NGỪA VÀ ỔN ĐỊNH RỐI LOẠN HUYẾT ĐỘNG HỌC.
- TÌM VÀ ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ THỨC ĐẨY.

6.2. XỬ TRÍ TRONG GIAI ĐOẠN CẤP

- THỜ OXY QUA CANNULA.
- THEO DÕI LIÊN TỤC TRÊN MONITOR ECG, NHỊP THỜ, SAO₂, HUYẾT ÁP
- LUÔN LUÔN DỰ PHÒNG:
 - + MÁY SỐC ĐIỆN BÊN CẠNH BỆNH NHỊ ĐỂ PHÁ RUNG TRONG TRƯỜNG HỢP BỆNH NHỊ CÓ RUNG NHỊ VÀ ĐƯỜNG PHỤ (KHI ĐIỀU TRỊ VỚI THUỐC GÂY BLOCK AV CÓ THỂ ĐƯA ĐẾN RUNG THẤT).
 - + MASK VÀ BALLON GIÚP THỜ. DỤNG CỤ ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN (ATP CÓ THỂ GÂY CO THẤT PHÉ QUẢN VÀ NGỪNG THỜ).
- TÌM VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC YẾU TỐ THỨC ĐẨY+++

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- CHUỖM TÚI NƯỚC ĐÁ ĐỘT NGỘT LÊN MẶT KẼ CẢ MŨI TRONG 10 GIẤY ĐỂ TẠO PHẦN XẠ LẠN (DIVING REFLEX). CÓ THỂ LẠP LẠI NHIỀU LẦN.
- ATP¹ 20MG/ ỚNG 2ML
0,1 MG/ KG/ LIỀU ĐẦU TIÊM MẠCH BƠM THẬT NHANH, NẾU KHÔNG CÓ ĐÁP ỨNG, SAU 3-5 PHÚT TĂNG LÊN 0,2 MG/KG/LIỀU, CÓ THỂ LẠP LẠI. LIỀU TỐI ĐA 0,4 MG/KG.

NẾU VẪN KHÔNG CÓ ĐÁP ỨNG:

- LẠP LẠI CHUỖM ĐÁ LÊN MẶT. NẾU THẤT BẠI:
 - + TRƯỜNG HỢP QRS RỘNG: XỬ TRÍ NHƯ NHỊP NHANH THẬT.
 - + TRƯỜNG HỢP QRS HẸP VÀ HUYẾT ĐỘNG HỌC KHÔNG ỔN ĐỊNH:
- SỐC ĐIỆN ĐỒNG BỘ:
 - + LIỀU ĐẦU: 1 J/ KG, NẾU KHÔNG CÓ ĐÁP ỨNG LẠP LẠI SAU 3 PHÚT VỚI LIỀU 2-3J/ KG, CÓ THỂ LẠP LẠI NẾU CẦN.
 - + NẾU KHÔNG HIỆU QUẢ, KÍCH THÍCH TẦN SỐ NHANH (OVERDRIVE PACING) TRONG TIM HOẶC QUA THỰC QUẢN.

TRƯỜNG HỢP QRS HẸP VÀ CHƯA CÓ RỐI LOẠN HUYẾT ĐỘNG HỌC:

NẾU TRẺ TRÊN 12 THÁNG:

- VERAPAMIL (ISOPTINE 5 MG/ỚNG 2 ML) 0,1 – 0,2 MG/KG TIÊM MẠCH CHẬM TRONG 2 PHÚT, LẠP LẠI NẾU CẦN SAU 10-30 PHÚT. TỔNG LIỀU TIÊM MẠCH ≤ 0,3 MG/KG. NẾU CÓ KẾT QUẢ, DUY TRÌ BẰNG VERAPAMIL UỐNG 5 MG/KG/24 GIỜ CHIA 3 LẦN/NGÀY.
- HOẶC PROPRANOLOL (AVLOCARDYL 1 MG/ỚNG 1 ML) 0,01 MG/KG PHA LOÃNG VỚI GLUCOSE 5% TIÊM MẠCH THẬT CHẬM TRONG 15 PHÚT. CÓ TÁC DỤNG TỐT VỚI NHỊP NHANH CÓ HỘI CHỨNG WOLF-PARKINSON-WHITE. NẾU CÓ KẾT QUẢ, DUY TRÌ BẰNG PROPRANOLOL UỐNG 2-3 MG/KG/24 GIỜ CHIA 3 LẦN/NGÀY. THẬN TRỌNG: CÓ THỂ GÂY NGỪNG TIM.
- NẾU KHÔNG CÓ KẾT QUẢ, DÙNG AMIODARONE TRUYỀN TÍNH MẠCH (XEM PHẦN DƯỚI).

NẾU TRẺ DƯỚI 12 THÁNG:

- AMIODARONE (CORDARONE 150 MG/ ỚNG 3 ML)
 - + LIỀU ĐẦU 5MG/ KG PHA TRONG GLUCOSE 5% (5 ML/KG) TRUYỀN TÍNH MẠCH TRONG 20-30 PHÚT. HOẶC 1MG/KG/LIỀU TIÊM MẠCH CHẬM MỖI 5 PHÚT X 5 LẦN.
 - + LIỀU DUY TRÌ 10-15 MG/ KG/24 GIỜ TRUYỀN TÍNH MẠCH LIÊN TỤC TRONG 24-48G. RẤT THẬN TRỌNG Ở TRẺ CÓ PHẦN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM, Ở TRƯỜNG HỢP NGHI NGỜ VIÊM CƠ TIM.

¹ CÁC LOẠN NHỊP ĐÁP ỨNG TỐT VỚI ATP: NHỊP NHANH TRÊN THẬT DO VÒNG VÀO LẠI Ở NÚT, NHỊP NHANH THẬT DO TĂNG TIẾT CATHACHOLAMINES KHI GÁNG SỨC. ATP LÀM LỘ RỎ CUỒNG NHÍ DO LÀM TĂNG BLOCK AV.

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- + THẬN TRỌNG NẾU BỆNH NHI CÓ VIÊM CƠ TIM VÀ CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT TRÁI GIẢM. TRONG TRƯỜNG HỢP NÀY CÓ THỂ CHO THÊM DOBUTREX ĐỂ GIỮ HUYẾT ÁP ỔN ĐỊNH.

TRONG HAI TRƯỜNG HỢP TRÊN NẾU VẪN CHƯA CÓ KẾT QUẢ:

- XEM LẠI VÀ ĐIỀU CHỈNH CÁC YẾU TỐ THỨC ĐẬY.
- NẾU VẪN KHÔNG HIỆU QUẢ: SỐC ĐIỆN ĐỒNG BỘ
- NẾU VẪN KHÔNG HIỆU QUẢ VÀ CHƯA SỬ DỤNG THUỐC ỨC CHẾ BÊTA: SOTALOL UỐNG 5MG/KG/NGÀY.
- ĐA SỐ BỆNH NHI TRỞ VỀ NHỊP XOANG VỚI CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ TRÊN.
- NẾU VẪN KHÔNG HIỆU QUẢ: KÍCH THÍCH VƯỢT TẦN SỐ QUA THỰC QUẢN HAY NHÍ PHẢI VỚI TẦN SỐ > 300 LẦN/ PHÚT.

6.3. PHÒNG NGỪA TÁI PHÁT

- NHỮNG TRƯỜNG HỢP CẦN ĐIỀU TRỊ PHÒNG NGỪA TÁI PHÁT:
 - + TÁI PHÁT THƯỜNG XUYỀN.
 - + CƠN NHỊP NHANH ĐẦU TIÊN, CHƯA BIẾT CÓ TÁI PHÁT HAY KHÔNG, NHƯNG KHÓ CHUYỂN NHỊP VÀ/HOẶC CÓ RỐI LOẠN HUYẾT ĐỘNG HỌC.
- THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ: 6 THÁNG-ĐẾN 1 NĂM (TÙY MỨC ĐỘ TÁI PHÁT), SAU ĐÓ GIẢM LIỀU DẦN VÀ NGỪNG.
- TRƯỜNG HỢP CÓ HỘI CHỨNG WOLF-PARKINSON-WHITE:
 - + SOTALOL 5 MG/KG/24 GIỜ CHIA 2 LẦN/NGÀY
 - + HOẶC METOPROLOL 1-2 MG/KG/24G
 - + HOẶC CORDARONE UỐNG 10 MG/KG/24 GIỜ TRONG 10 NGÀY; SAU ĐÓ 5 MG/KG/24 GIỜ TRONG 1-3 THÁNG; LIỀU DUY TRÌ LÂU DÀI 2,5 MG/KG/24 GIỜ.
- TRƯỜNG HỢP KHÔNG CÓ HỘI CHỨNG WOLF-PARKINSON-WHITE:
 - + DIGOXIN UỐNG 0,01 MG/KG/24 GIỜ 1 LẦN/NGÀY
 - + SOTALOL HAY METOPROLOL
- TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ PHÒNG NGỪA BẰNG THUỐC KHÔNG HIỆU QUẢ (TÁI PHÁT NHIỀU LẦN): KHẢO SÁT ĐIỆN-SINH LÝ ĐỂ TÌM CƠ CHẾ CHÍNH XÁC VÀ CẮT ĐƯỜNG DẪN TRUYỀN PHỤ BẰNG SÓNG CAO TẦN SỐ HOẶC PHẪU THUẬT.

VẤN ĐỀ	MỨC ĐỘ CHUNG CỨ
ATP CÓ HIỆU QUẢ CẮT CƠN CÁC TRƯỜNG HỢP NHỊP NHANH TRÊN THẬT DO CƠ CHẾ VÀO LẠI TẠI NÚT NHÍ THẬT.	II UPTODATE 2007 15.3

NHỊP NHANH THẬT

NGUYỄN VĂN ĐÔNG
TRỊNH HỮU TÙNG

1. ĐỊNH NGHĨA

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỊP NHANH-2008

- GỌI LÀ NHỊP NHANH THẮT KHI CÓ ÍT NHẤT BA PHỨC BỘ QRS KẾ TIẾP NHAU XUẤT PHÁT TỪ THẮT. NHỊP TIM NHANH 150-250 LẦN PHÚT VỚI CÁC ĐẶC ĐIỂM: QRS RỘNG, PHÂN LY NHÍ-THẮT, CÓ NHỊP CHẬP (*FUSION*), NHỊP BẮT (*CAPTURE*)
- NHỊP NHANH THẮT Ở SƠ SINH VÀ NHỮNG NHỊP NHANH CÓ THỂ CÓ QRS HẸP. NGƯỢC LẠI, NHỊP NHANH TRÊN THẮT VỚI ĐƯỜNG DẪN TRUYỀN PHỤ HAY BLOC NHÁNH CÓ THỂ CÓ QRS RỘNG. (*CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT VỚI NHỊP NHANH TRÊN THẮT: XEM BẢNG 3 BÀI NHỊP NHANH TRÊN THẮT*).

2. CHẨN ĐOÁN

- Ở TRẺ NHỎ CÓ TRIỆU CHỨNG SUY TIM RÕ, Ở TRẺ LỚN CÓ TRIỆU CHỨNG GIẢM CUNG LƯỢNG TIM.
- TRÊN ECG CÓ THỂ CÓ TỪ 3 NGOẠI TÂM THU THẮT HÀNG LOẠT TRỞ LÊN, QRS DỊ DẠNG, THƯỜNG DẪN RỘNG.
- DỰA VÀO HÌNH DẠNG PHỨC BỘ QRS TRÊN MỖI CHUYỂN ĐẠO NGƯỜI TA PHÂN BIỆT NHỊP NHANH THẮT ĐƠN DẠNG VÀ NHỊP NHANH THẮT ĐA DẠNG.

3. NGUYÊN NHÂN

- NHỊP NHANH THẮT MỘT DẠNG (*MONOMORPHE*): HÌNH DẠNG QRS KHÔNG THAY ĐỔI TRONG CƠN NHỊP NHANH.
 - + Ở TRẺ 6 - 18 THÁNG TUỔI: THƯỜNG LÀ VÔ CĂN
 - + Ở TRẺ LỚN HƠN: U Ở TIM, VIÊM CƠ TIM, BỆNH CƠ TIM, LOẠN SẴN THẮT PHẢI GÂY LOẠN NHỊP, TỬ CHỨNG FALLOT, HẸP HOẶC HỖ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ, SA VAN 2 LÁ, SAU MỔ TIM
 - + CÁC NGUYÊN NHÂN KHÁC:
 - CHUYỂN HÓA: GIẢM OXY MÁU, TOAN HUYẾT, GIẢM HOẶC TĂNG KALI HUYẾT.
 - THUỐC: AMPHÉTAMINE, THUỐC ỨC CHẾ MAO, THUỐC CÓ TÁC DỤNG KÍCH THÍCH β , PHENOTHIAZINE, QUINIDINE, THÉOPHYLLINE.
- NHỊP NHANH THẮT ĐA DẠNG (*POLYMORPHE*): HÌNH DẠNG PHỨC BỘ QRS THAY ĐỔI LIÊN TỤC.
 - + KHI GẮNG SỨC DO TĂNG HOẠT CATECHOLAMINES
 - + XOẢN ĐỈNH TRONG HỘI CHỨNG QT DÀI.

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

4. ĐIỀU TRỊ LOẠN NHỊP

4.1. ĐIỀU TRỊ TỔNG QUÁT

- BÙ NƯỚC, DINH DƯỠNG, ĐIỀU CHỈNH KALI VÀ CALCI, GIẢM KÍCH THÍCH, GIẢM ĐAU NẾU CẦN, ĐIỀU TRỊ CÁC NGUYÊN NHÂN VỀ CHUYỂN HÓA, NGỪNG CÁC THUỐC NGHI NGỜ GÂY LOẠN NHỊP.
- *CHỈ ĐIỀU TRỊ NHỮNG TRƯỜNG HỢP NHỊP NHANH THẮT DÀI TRÊN 30 GIÂY HOẶC NGẮN NHUNG LẬP ĐI LẬP LẠI VÀ CÓ TRIỆU CHỨNG (SUSTAINED AND SYMPTOMATIC).*

4.2. NHỊP NHANH THẮT MỘT DẠNG

- XEM LẠI ECG VÀ CÁCH ĐÁP ỨNG VỚI ĐIỀU TRỊ CỦA NHỮNG CƠN NHỊP NHANH TRƯỚC ĐÂY. THƯỜNG BỆNH NHI SẼ ĐÁP ỨNG VỚI THUỐC SỬ DỤNG CÓ HIỆU QUẢ LẦN NHỊP NHANH TRƯỚC.
- NẾU XÁC ĐỊNH RÕ LÀ NHỊP NHANH THẮT, TIẾN HÀNH ĐIỀU TRỊ NHỊP NHANH THẮT.
- NẾU CHƯA PHÂN BIỆT ĐƯỢC VỚI NHỊP NHANH TRÊN THẮT: CHO ADENOSINE TRIPHOSPHATE (*ATP*) (*XEM PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỊP NHANH TRÊN THẮT*). NẾU KHÔNG CÓ HIỆU QUẢ: TIẾN HÀNH ĐIỀU TRỊ NHƯ NHỊP NHANH THẮT:
- NẾU HUYẾT ĐỘNG HỌC KHÔNG ỔN ĐỊNH:
 - + SỐC ĐIỆN ĐỒNG BỘ
 - LIỀU ĐẦU: 0,5 JOULES/KG, SAU 3 PHÚT KHÔNG ĐÁP ỨNG CHO
 - LIỀU HAI: 1 JOULES/KG, SAU 3 PHÚT KHÔNG ĐÁP ỨNG CHO
 - LIỀU BA: 2 JOULES/KG.
 - + SAU KHI SỐC ĐIỆN CHO THÊM LIDOCAINE. SAU KHI CHO LIDOCAINE, SỐC ĐIỆN LẦN 2 CÓ THỂ CÓ HIỆU QUẢ HƠN. LIỀU LIDOCAINE:
 - LIỀU ĐẦU 1 MG/KG TIÊM MẠCH.
 - LIỀU THỨ NHỊ 0,5 MG/KG 15 PHÚT SAU.
 - TRUYỀN TÍNH MẠCH DUY TRÌ 20 - 40 μ G/KG/PHÚT.
- NẾU TÁI PHÁT, LẬP LẠI SỐC ĐIỆN VÀ LIDOCAINE.
- NẾU HUYẾT ĐỘNG HỌC ỔN ĐỊNH, NHỊP NHANH THẮT KÉO DÀI > 30 GIÂY, LẬP ĐI LẬP LẠI VÀ CÓ TRIỆU CHỨNG:
 - + LIDOCAINE: LIỀU NHƯ TRÊN.
 - + NẾU KHÔNG CÓ KẾT QUẢ: KẾT HỢP THÊM VỚI:
 - PROPRANOLOL 0,01 MG/KG PHA VỚI GLUCOSE 5% TIÊM MẠCH THẮT CHẬM TRONG 15 PHÚT. THẬN TRỌNG. NẾU CÓ KẾT QUẢ, DUY TRÌ BẰNG PROPRANOLOL UỐNG 3-5 MG/KG/24 GIỜ CHIA 3 LẦN/NGÀY.
 - HOẶC SOTALOL UỐNG HOẶC BƠM QUA SOND E DẠ DÀY 6-8 MG/KG/24 GIỜ CHIA 2-4 LẦN/NGÀY.
 - HOẶC AMIODARONE LIỀU TÁN CÔNG 5 MG/KG PHA TRONG GLUCOSE 5% (*5 ML/KG*) TRUYỀN TÍNH MẠCH TRONG 20-30 PHÚT. NẾU CÓ KẾT QUẢ DUY TRÌ AMIODARONE 10-20 MG/KG/24 GIỜ TRUYỀN TÍNH MẠCH LIÊN TỤC TRONG VÀI NGÀY.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- HOẶC PHENYTOIN (50 MG/ML) 15 MG/KG TRUYỀN TÍNH MẠCH TRONG 60 PHÚT. NẾU CÓ KẾT QUẢ, DUY TRÌ PHENYTOIN 5-7 MG/KG/24 GIỜ TRUYỀN TÍNH MẠCH HOẶC UỐNG.
- HOẶC PROCAINAMIDE (PRONESTYL) 15 MG/KG TRUYỀN TÍNH MẠCH TRONG 30-60 PHÚT (THEO DỐI HẠ HUYẾT ÁP). NẾU CÓ KẾT QUẢ, DUY TRÌ PROCAINAMIDE TRUYỀN TÍNH MẠCH 20-80 µG/KG/PHÚT.
- HOẶC SỐC ĐIỆN ĐỒNG BỘ.
- NẾU VẪN KHÔNG CÓ KẾT QUẢ SAU KHI ĐIỀU TRỊ NHƯ TRÊN: KÍCH THÍCH THẮT VƯỢT TẦN SỐ VỚI ĐIỆN CỰC Ồ THẮT.

4.3. NHỊP NHANH THẮT ĐA DẠNG

- ĐIỀU TRỊ NHƯ TRÊN, NHƯNG LƯU Ý KHÔNG DỪNG PROCAINAMIDE. PROPRANOLOL THƯỜNG CÓ HIỆU QUẢ TRONG TRƯỜNG HỢP NÀY.
- XOẢN ĐÌNH:
 - + LIDOCAINE TÍNH MẠCH.
 - + MAGNESIUM SULFATE (PHA LOÃNG CÒN NỒNG ĐỘ 2%) 25 - 50 MG/KG TRUYỀN TÍNH MẠCH TRONG 10 - 20 PHÚT.
 - + PHÁ RUNG THẮT (KHÔNG ĐỒNG BỘ).
 - + PROPRANOLOL TÍNH MẠCH (XEM PHẦN TRÊN).

5. ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN

KHẢO SÁT ĐIỆN - SINH LÝ ĐỂ TÌM CƠ CHẾ GÂY LOẠN NHỊP VÀ ĐIỀU TRỊ.

6. PHÒNG NGỪA TÁI PHÁT

- NHỊP NHANH THẮT MỘT DẠNG:
 - + CHỈ ĐỊNH: TÁI PHÁT THƯỜNG XUYÊN VÀ CƠN TÁI PHÁT KÉO DÀI TRONG CƠN NHỊP NHANH CÓ RỐI LOẠN HUYẾT ĐỘNG HỌC.
 - + THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ: 6 THÁNG - 1 NĂM, SAU ĐÓ GIẢM LIỀU DẦN VÀ NGỪNG. CÓ THỂ KÉO DÀI HAY RÚT NGẮN TÙY TỪNG TRƯỜNG HỢP.
 - + THUỐC THƯỜNG DÙNG:
 - SOTALOL: 2 - 5 MG/KG/24 GIỜ UỐNG CHIA 2 LẦN/NGÀY.
 - METOPROLOL: 2 - 3MG/KG/24 GIỜ CHIA 2 LẦN.
- NHỊP NHANH THẮT ĐA DẠNG: DÙNG METOPROLOL, TRÁNH CÁC THUỐC GÂY Q-T DÀI, TRONG ĐÓ CÓ AMIODARONE. NẾU HAY BỊ XOẢN ĐÌNH: ĐẶT MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN, HOẶC CẮT HẠCH SAO TRÁI.

NHỊP CHẬM

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

NGUYỄN VĂN ĐÔNG
TRỊNH HỮU TÙNG

RỐI LOẠN NHỊP CHẬM LÀ MỘT LOẠI LOẠN NHỊP CÓ THỂ GẶP Ở TRẺ EM, XÂY RA DO GIẢM TẦN SỐ KÍCH THÍCH CỦA Ổ TẠO NHỊP, HOẶC BLOC DẪN TRUYỀN TỪ NÚT XOANG ĐẾN THẮT. KẾT LUẬN NHỊP CHẬM Ở TRẺ EM PHẢI DỰA THEO TUỔI.

NHỊP CHẬM NẶNG KHI: < 55 LẦN/PHÚT Ở TRẺ < 12 THÁNG
< 50 LẦN/PHÚT Ở TRẺ 12 THÁNG - 12 TUỔI
< 40 LẦN/PHÚT Ở TRẺ > 12 TUỔI

1. CÁC LOẠI NHỊP CHẬM

- BLOC NHỈ-THẮT ĐỘ I.
- BLOC NHỈ-THẮT ĐỘ II TYPE MOBIZ I (WENCKEBACH).
- BLOC NHỈ THẮT ĐỘ II TYPE MOBIZ II.
- CHẬM NHỊP XOANG.
- HỘI CHỨNG SUY NÚT XOANG.
- BLOC XOANG-NHỈ.
- VỎ TÂM THU.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

2.1. BLOCK NHỈ THẮT ĐỘ I

KHOẢNG CÁCH PR DÀI HƠN GIỚI HẠN CAO CỦA TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG THEO TUỔI ($PR \geq 0,2$ GIẤY), KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG VÀ KHÔNG CẦN ĐIỀU TRỊ.

2.2. BLOCK NHỈ THẮT ĐỘ II TYPE MOBIZ I

- **ĐẶC ĐIỂM:** KHOẢNG CÁCH PR DÀI RA CHO ĐẾN KHI SÓNG P BỊ BLOCK HOÀN TOÀN, THƯỜNG KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG.
- **NGUYÊN NHÂN:** THƯỜNG DO BỆNH CƠ TIM, NHỒI MÁU CƠ TIM; BỆNH TIM BẨM SINH NHƯ THÔNG LIÊN NHỈ TIỀN PHÁT, THÔNG LIÊN THẮT PHẦN MÀNG, TẬT EBSTEIN; VIÊM CƠ TIM DO THẤP, THƯƠNG HÀN, BẠCH HẦU; NGỘ ĐỘ THUỐC DIGITALIS, PROPRANOLOL, QUINIDINE; SAU MỔ TIM, XƠ HÓA CƠ TIM, CƯỜNG PHỐ GIAO CẨM, NẾU XÂY RA SAU MỔ TIM CÓ THỂ DO TỔN THƯƠNG Ở PHẦN CAO CỦA NÚT XOANG NHỈ.
- **ĐIỀU TRỊ:** CHƯA CẦN XỬ TRÍ. THEO DỐI TRONG TRƯỜNG HỢP XÂY RA SAU MỔ TIM VÌ CÓ THỂ CHUYỂN SANG MỘT BLOCK NHỈ THẮT NẶNG HƠN.

2.3. BLOCK NHỈ THẮT ĐỘ II TYPE MOBIZ II

- **ĐẶC ĐIỂM:** KHOẢNG CÁCH PR KHÔNG ĐỔI NHƯNG CỨ 2, 3 HOẶC 4 SÓNG P LẠI BỊ MẤT 1 QRS.
- **NGUYÊN NHÂN:** THƯỜNG CŨNG DO CÁC TẬT TIM BẨM SINH NHƯ MOBIZ I, NHƯNG LOẠI MOBIZ II ÍT GẶP Ở TRẺ EM. HOẶC TỔN THƯƠNG Ở NÚT NHỈ THẮT DO PHẪU THUẬT, HOẶC DO DIGOXINE, VERAPAMIL.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỊ KHOA-2008

- **ĐIỀU TRỊ:** NẾU KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG: THEO DÕI, KHÔNG ĐIỀU TRỊ. NẾU TẦN SỐ THẤT QUÁ CHẬM, CÓ RỐI LOẠN HUYẾT ĐỘNG: ĐIỀU TRỊ NHƯ BLOCK NHỊ THẤT ĐỘ III.

2.4. BLOCK NHỊ THẤT ĐỘ III

- **ĐẶC ĐIỂM:** TRONG BLOCK NHỊ THẤT ĐỘ III, TẤT CẢ CÁC XUNG ĐIỆN TỬ NÚT XOANG ĐỀU KHÔNG XUỐNG THẤT ĐƯỢC, NÉN NHỊ VÀ THẤT ĐẬP ĐỘC LẬP NHAU. NHỊ THEO NHỊP NHỊ, THẤT THEO NHỊP THẤT. CÁC SÓNG P THƯỜNG ĐỀU, VỚI KHOẢNG PP ĐỀU NHAU, TẦN SỐ CỦA P THƯỜNG GẦN BẰNG VỚI TẦN SỐ TIM BÌNH THƯỜNG THEO LỨA TUỔI, PHÂN LY NHỊ THẤT, NHỊP THẤT CHẬM HƠN NHỊP NHỊ, HÌNH DẠNG QRS TÙY VỊ TRÍ PHÁT RA NHỊP THOÁT (Ở NÚT, BỎ HIS HAY THẤT).
- **NGUYÊN NHÂN:**
 - + BẨM SINH: MẸ BỊ LUPUS, TẬT BẨM SINH BẤT TƯƠNG HỢP NHỊ THẤT.
 - + MẮC PHẢI: TỖN THƯƠNG NÚT NHỊ THẤT DO PHẪU THUẬT, VIÊM CƠ TIM DO SIÊU VI, DO BẠCH HẦU, DIGOXIN, THUỐC ỨC CHẾ CANXI, ỨC CHẾ β , GIẢM OXY, TOAN HUYẾT, HẠ THÂN NHIỆT, HẠ ĐƯỜNG HUYẾT.
- **ĐIỀU TRỊ:** KHI CÓ NGUY CƠ SUY TIM, RỐI LOẠN HUYẾT ĐỘNG
 - + ĐIỀU CHỈNH CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA.
 - + ATROPINE 0,01-0,02 MG/KG TIÊM MẠCH, TỐI THIỂU 0,01 MG/KG/LIỀU, TỐI ĐA 0,4 MG/LIỀU.
 - + ISOPROTERENOL 0,1-1 μ G/ KG/ PHÚT, HOẶC ADRÉNALINE 0,1-1 μ G/KG/PHÚT.
 - + NẾU KHÔNG CÓ KẾT QUẢ CÓ THỂ TẠM THỜI DỪNG MÁY TẠO NHỊP QUA DA HOẶC ĐẶT ĐIỆN CỰC TẠM THỜI TRONG BUỒNG TIM TRONG KHI CHỜ ĐẶT MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN.

2.5. CHẬM NHỊP XOANG KHÔNG TRIỆU CHỨNG

- **ĐẶC ĐIỂM:** NHỊP XOANG CÓ LÚC CHẬM, KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG NGẮT.
- **NGUYÊN NHÂN:** TĂNG HOẠT ĐỘNG PHÉ VỊ DO NHỊP THỞ, DIGOXIN, ĐAU NỘI TẠNG, ÔNG THÔNG DẠ DÀY, TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ.
- **XỬ TRÍ:** KHÔNG CẦN ĐIỀU TRỊ, ĐIỀU CHỈNH CÁC YẾU TỐ NẾU TRÊN.

2.6. SUY NÚT XOANG VÀ BLOCK XOANG NHỊ

- **ĐẶC ĐIỂM:** NHỊP XOANG GIẢM < 60 PHÚT, ĐÔI KHI ĐI KÈM VỚI HẠ HUYẾT ÁP, GIẢM CUNG LƯỢNG TIM, NGẮT. THƯỜNG CÓ NHỊP THOÁT Ở NHỊ, BỎ NÓI, HOẶC THẤT XEN KẾ VỚI LOẠN NHỊP NHANH (TRÊN HOLTER).
- **NGUYÊN NHÂN CỦA SUY NÚT XOANG TẠM THỜI:**
 - + NGỘ ĐỘC THUỐC: AMIODARONE, BRETILUM, DIGOXIN, GIẢM ĐAU NHÓM MORPHINE, THUỐC AN THẦN, ỨC CHẾ β , ỨC CHẾ CANXI, CIMETIDINE, RANITIDINE, CYANURE, PHOSPHORE HỮU CƠ, NICOTINE.

BỆNH VIỆN NHỊ ĐỒNG 2

- + HO GÀ (< 2 THÁNG TUỔI), HẠ THÂN NHIỆT, ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN QUA MŨI, SUY GIÁP, TĂNG KALI HUYẾT, TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ, CƯỜNG PHỔ GIAO CẢM.
- **NGUYÊN NHÂN CỦA SUY NÚT XOANG LÂU DÀI:** BẨM SINH, SAU MỔ CHUYỂN VỊ ĐỘNG MẠCH, THÔNG LIÊN NHỊ, BẤT THƯỜNG NỐI LIÊN TÍNH MẠCH PHỔI; BỆNH CƠ TIM, VIÊM CƠ TIM, NHỒI MÁU CƠ TIM.
- **THĂM DÒ CHỨC NĂNG ĐIỆN - SINH LÝ:** KÍCH THÍCH NHỊ VƯỢT TẦN SỐ, THỜI GIAN PHỤC HỒI NÚT XOANG CHẬM SAU KHI NGỪNG KÍCH THÍCH.
- **XỬ TRÍ:** KHI CÓ RỐI LOẠN HUYẾT ĐỘNG, HOẶC NHỊP TIM < 40/PHÚT.
 - + ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN, LOẠI BỎ CÁC NGUYÊN NHÂN LÀM GIẢM CHỨC NĂNG NÚT XOANG.
 - + ATROPINE 0,02 MG/KG TIÊM MẠCH.
 - + ISOPROTERENOL 0,1-1 μ G/KG/PHÚT,
 - + ĐẶT MÁY TẠO NHỊP TẠM THỜI VÀ SAU ĐÓ ĐẶT MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN NẾU KHÔNG CÓ KẾT QUẢ.

2.7. VÔ TÂM THU

- ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN GIÚP THỞ.
- XOA BÓP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC.
- ADRÉNALINE 1/10000: 0,01 MG/KG (0,1 ML/KG) TIÊM MẠCH HOẶC ADRÉNALINE 1/1000: 0,1 MG/KG (0,1 ML KG) QUA NỘI KHÍ QUẢN.
- ATROPINE 0,02 MG/KG TIÊM MẠCH.
- NATRI BICARBONATE 4,2% 2ML/KG TIÊM MẠCH.
- NẾU THẤT BẠI: ADRÉNALINE 1/1000: 0,1 MG/KG (0,1 ML/KG) TIÊM MẠCH HOẶC QUA NỘI KHÍ QUẢN, LẶP LẠI MỖI 3 PHÚT NẾU CẦN CHO ĐẾN KHI TIM ĐẬP LẠI.
- NẾU CÓ KẾT QUẢ: ADRÉNALINE 1-3 μ G/KG/PHÚT HOẶC DOBUTREX 10-15 μ G/KG/PHÚT.
- CHỈ PHÁ RUNG BẰNG MÁY SỐC ĐIỆN KHI CÓ RUNG THẤT.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

NGẤT (SYNCOPE)

NGUYỄN THỊ THANH LAN

1. ĐỊNH NGHĨA

NGẤT LÀ TÌNH TRẠNG MẤT TRI GIÁC & MẤT KIỂM SOÁT TƯ THẾ ĐỘT NGỘT, THOÁNG QUA TRONG THỜI GIAN NGẮN DO GIẢM TƯỚI MÁU NÃO VÀ THƯỜNG HỒI PHỤC TỰ NHIÊN SAU ĐÓ.

2. NHỮNG ĐẶC ĐIỂM TRONG BỆNH SỬ GỢI Ý NGUYÊN NHÂN NGẤT

BẢNG 1. ĐẶC ĐIỂM TRONG BỆNH SỬ GỢI Ý NGUYÊN NHÂN NGẤT

NHỮNG SỰ KIỆN TRƯỚC CƠN NGẤT	NGUYÊN NHÂN GÂY NGẤT
* THUỐC HẠ ÁP, HẠ ĐƯỜNG HUYẾT * ĐAU ĐÓN, XÚC ĐỘNG * CỬ ĐỘNG ĐẦU VÀ CỔ * GẮNG SỨC * GẮNG SỨC CHI TRÊN	HẠ HUYẾT ÁP, HẠ ĐƯỜNG HUYẾT NGẤT DO THẦN KINH PHẾ VỊ, TĂNG THÔNG KHÍ TĂNG NHẢY CẢM XOANG CẢNH TẮC NGHẼN ĐƯỜNG RA CỦA THẤT, TAKAYASU HỘI CHỨNG ĐÁNH CẤP MÁU CỦA MẠCH VÀNH
Kiểu xuất hiện	
* ĐỘT NGỘT * NHANH, CÓ TIỀN TRIỆU * TỰ TỰ	BỆNH LÝ THẦN KINH (ĐỘNG KINH), RỐI LOẠN NHỊP TIM BỆNH LÝ THẦN KINH, NGẤT DO THẦN KINH PHẾ VỊ TĂNG THÔNG KHÍ, HẠ ĐƯỜNG HUYẾT
TƯ THẾ LÚC NGẤT	
* NGỒI DẬY * ĐỨNG LẬU * TƯ THẾ BẤT KỲ	HẠ HUYẾT ÁP TƯ THẾ NGẤT DO THẦN KINH PHẾ VỊ RỐI LOẠN NHỊP TIM, BỆNH LÝ THẦN KINH, HẠ ĐƯỜNG HUYẾT, TĂNG THÔNG KHÍ
HỒI PHỤC SAU NGẤT	
* CHẬM * NHANH	BỆNH LÝ THẦN KINH TẤT CẢ NGUYÊN NHÂN KHÁC
NHỮNG BIẾN CỐ ĐI KÈM	
* TIỂU TIỂU KHÔNG TỰ CHỦ, CẦN LƯỚI, CHẤN THƯƠNG	BỆNH LÝ THẦN KINH

3. NGUYÊN NHÂN

- NGUYÊN NHÂN GÂY NGẤT Ở TRẺ EM RẤT ĐA DẠNG (BẢNG 2).

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- KHÁC VỚI NGƯỜI LỚN ĐA SỐ NGẤT LÀ DO NGUYÊN NHÂN TIM MẠCH, Ở TRẺ EM NGẤT THƯỜNG DO RỐI LOẠN HỆ THẦN KINH THỰC VẬT, CHỦ YẾU NGẤT DO THẦN KINH TIM (NEUROCARDIOGENIC SYNCOPE). NGẤT Ở TRẺ EM HIẾM KHI LÀ DẤU HIỆU BÁO TRƯỚC NGUY CƠ ĐỘT TỬ, NGOẠI TRỪ NẾU TRẺ CÓ BỆNH LÝ NỀN CẦN PHẢI KIỂM TRA.

BẢNG 2. NGUYÊN NHÂN NGẤT Ở TRẺ EM

RỐI LOẠN KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP DO PHẢN XẠ THẦN KINH
- NGẤT DO THẦN KINH PHẾ VỊ
- NGẤT DO XOANG CẢNH
- NGẤT DO HO, HẮT HƠI
- NGẤT DO KÍCH THÍCH ĐƯỜNG HỒ HẤP
- NGẤT DO TĂNG ÁP LỰC TRONG LÒNG NGỰC (NẮNG VẬT NẶNG...)
- NGẤT DO ĐAU DÂY THẦN KINH THIẾT HẦU
- NGẤT DO KÍCH THÍCH Ở ĐƯỜNG TIÊU HÓA (NUỐT, ĐI TIÊU, HỘI CHỨNG TRẢO NGƯỢC DẠ DÂY – THỰC QUẢN)
- NGẤT DO KÍCH THÍCH Ở ĐƯỜNG TIẾT NIỆU (ĐI TIỂU)
RỐI LOẠN KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP DO TƯ THẾ
- HẠ HUYẾT ÁP TƯ THẾ VỖ CĂN
- HẠ HUYẾT ÁP TƯ THẾ DO THUỐC
- RỐI LOẠN NGUYÊN PHÁT DO SUY YẾU HỆ THẦN KINH TỰ ĐỘNG
- THỪ PHÁT SAU BỆNH LÝ THẦN KINH
RỐI LOẠN NHỊP TIM NGUYÊN PHÁT
- RỐI LOẠN CHỨC NĂNG NÚT XOANG (BAO GỒM CẢ HỘI CHỨNG NHỊP NHANH NHỊP CHẬM)
- BỆNH LÝ HỆ THỐNG DẪN TRUYỀN NHÍ THẤT
- NHỊP NHANH KÍCH PHÁT TRÊN THẤT (BAO GỒM NHỊP XOẮN ĐỈNH)
- HỘI CHỨNG QT DÀI
- RỐI LOẠN CHỨC NĂNG HỆ THỐNG TẠO NHỊP NHÂN TẠO, NHỊP TIM NHANH DO MÁY TẠO NHỊP, HỘI CHỨNG MÁY TẠO NHỊP.
BỆNH LÝ TIM MẠCH HOẶC TIM PHỔI
- BỆNH VAN TIM (HỆP ĐỘNG MẠCH CHỦ, ĐỘNG MẠCH PHỔI, VAN 2 LÁ)
- U NHẢY NHÍ TRÁI
- NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TÍNH
- BỆNH CƠ TIM TẮC NGHẼN
- BỆNH MẢNG NGOÀI TIM/CHEN TIM CẤP
- HỘI CHỨNG ĐÁNH CẤP MÁU CỦA ĐỘNG MẠCH DƯỚI ĐÒN
- VIÊM ĐỘNG MẠCH TAKAYASU
- THUYỀN TẮC PHỔI
- TĂNG ÁP PHỔI NGUYÊN PHÁT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

BỆNH LÝ MẠCH MÁU NÃO, THẦN KINH, TÂM THẦN

- BỆNH TẮC NGHẼN MẠCH MÁU NÃO (ĐÁNH CẤP MÁU TRONG NÃO)
- BỆNH LÝ HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG (ĐỘNG KINH, XUẤT HUYẾT DƯỚI MÀNG NHỆN, CƠN NGỪ THOÁNG QUA, NÃO ÚNG THỦY)
- RỐI LOẠN TÂM THẦN (CƠN HOẢNG SỢ, HYSTERIA)

NHỮNG NGUYÊN NHÂN KHÁC (RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA, NỘI TIẾT)

- TĂNG THÔNG KHÍ (GIÁM CO₂ MÁU)
- HẠ ĐƯỜNG HUYẾT
- GIẢM THỂ TÍCH TUẦN HOÀN (THIẾU MÁU, BỆNH ADDISON, U TỬY THƯỢNG THẬN)
- GIẢM OXY MÁU
- KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. BỆNH SỬ

4.1.1. CÁC THÔNG TIN CẦN KHAI THÁC:

- **TRƯỚC CƠN:**
 - + KIỂU XUẤT HIỆN (ĐỘT NGỘT, TỪ TỪ).
 - + HOÀN CẢNH (THỜI TIẾT NÓNG NƯỚC, TRONG PHÒNG KÍN, HOẠT ĐỘNG GẮNG SỨC, ĐÓI, MỆT, ĐAU ĐÓN, XÚC ĐỘNG MẠNH, CỬ ĐỘNG ĐẦU CỔ, HỌ, RẠN, GIỜ CỦA BỮA ĂN CUỐI, NHIỄM SIÊU VI HỒ HẤP TRONG VÒNG 24 GIỜ TRƯỚC KHI CÓ CƠN NGẤT ...)
 - + TƯ THẾ LÚC XẢY RA NGẤT (NGỒI DÂY, ĐỨNG LÂU, TƯ THẾ BẤT KỲ, TƯ THẾ NẤM NGŪA SAU BÚ GỢI Ý TRẢO NGƯỢC DẠ DÂY – THỰC QUẢN, TƯ THẾ BẤT KỲ...)
 - + TIỀN TRIỆU (HỒI HỢP, TIM ĐẬP NHANH, ĐAU NGỰC, LÃO ĐẢO, VẢ MỒ HÔI, TÊ RẦN, LÚ LẤN, LIỆT TAY CHÂN HOẶC MẶT, MỜ MẮT, NHỨC ĐẦU, LO LẮNG, NGẤP...)
- **TRONG CƠN:** THỜI GIAN NGẤT, GÒNG -GIẶT, TIÊU TIỂU KHÔNG TỰ CHỦ, TÍM HOẶC XANH TÁI?
- **SAU CƠN:** HỒI PHỤC TRI GIÁC NHANH HAY CHẬM, QUÊN NHỮNG GÌ ĐÃ XẢY RA, RỐI LOẠN TRI GIÁC, DẤU THẦN KINH ĐỊNH VI, ĐAU CƠ ?

4.1.2. TIỀN CẢN

- **BẢN THÂN:**
 - + MỘT/NHIỀU CƠN NGẤT, ĐẶC ĐIỂM TỪNG CƠN?
 - + BỆNH LÝ TIM MẠCH, BỆNH LÝ NÃO HOẶC THẦN KINH, ĐỘNG KINH, MIGRAINE?RỐI LOẠN TÂM LÝ? CẮT DÂY THẦN KINH GIAO CÂM, THIẾU MÁU, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, GIANG MAI, BỆNH RỒNG ỒNG TỬY, THOÁI HÓA DẠNG BỘT ...
 - + THUỐC ĐÃ SỬ DỤNG ?
- **GIA ĐÌNH:** NGẤT, CƠ GIẶT, ĐIẾC HOẶC ĐỘT TỬ ?

4.2. KHÁM

- XÁC ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGẤT

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- ĐẶC BIỆT CHÚ Ý: SINH HIỆU; ĐÁNH GIÁ CẦN THẬN TÌNH TRẠNG TIM & THẦN KINH.
- KHÁM LÂM SÀNG ĐA SỐ BÌNH THƯỜNG.
- TEST CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC LỰA CHỌN TÙY VÀO BỆNH SỬ VÀ KẾT QUẢ KHÁM LÂM SÀNG.

4.2.1. TEST LÂM SÀNG

TILT TABLE TESTING

A) CHỈ ĐỊNH

- NẾU CÓ NHIỀU CƠN NGẤT TÁI PHÁT, HOẶC NGUYÊN NHÂN CHƯA CHẮC CHẴN.
- NGẤT THẦN KINH TIM ĐIỂN HÌNH: XẢY RA Ở TƯ THẾ ĐỨNG HOẶC NGỒI.
- TIỀN TRIỆU, THAY ĐỔI NHỊP TIM VÀ HUYẾT ÁP.

B) KỸ THUẬT

- BỆNH NHÂN: NHIN ĐÓI, ĐẶT SẴN ĐƯỜNG TRUYỀN TÍNH MẠCH.
- DỤNG CỤ PHẢI CÓ KHI THỰC HIỆN TEST: MONITOR THEO DÕI NHỊP TIM; ECG; HUYẾT ÁP KẾ.

- THUỐC: ISOPROTERENOL, DUNG DỊCH ĐIỆN GIẢI

C) TIẾN HÀNH: LÚC SÁNG SỚM, TRONG MỘT PHÒNG YÊN TĨNH, BỆNH NHÂN NHIN ĐÓI.

- BƯỚC 1: BỆNH NHÂN NẤM NGŪA ĐẦU NGANG KHOẢNG 10 -30'.
- BƯỚC 2: CHUYỂN SANG TƯ THẾ ĐẦU CAO 60° TRONG 60 PHÚT (SỬ DỤNG BÀN CÓ KHẢ NĂNG ĐẠT ĐƯỢC TƯ THẾ THÍCH HỢP TRONG VÒNG 1 PHÚT).

→ THEO DÕI NHỊP TIM, HA LIÊN TỤC TRÊN MONITOR, KHI THẤY BỆNH NHÂN BẮT ĐẦU CÓ TRIỆU CHỨNG → ĐẶT BỆNH NHÂN TRỞ LẠI TƯ THẾ ĐẦU THẤP.

→ NẾU VẪN CHƯA CÓ TRIỆU CHỨNG: LẶP LẠI TEST LẦN 2 VÀ TRUYỀN TIM ISOPROTERENOL LIỀU 0.02 -2 µG/KG/PHÚT.

D) ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ DƯƠNG TÍNH

- KHI CÓ HẠ HUYẾT ÁP/NHỊP TIM CHẬM, KHÔNG CẦN BỆNH NHÂN PHẢI NGẤT.
- KHI CÓ TIỀN TRIỆU (BUỒN NÔN, CHÓNG MẶT, RỐI LOẠN THỊ LỰC) + HUYẾT ÁP GIẢM TỪ 20 -30 MMHG SO VỚI HUYẾT ÁP TRƯỚC ĐÓ, HOẶC THẤP HƠN TRỊ SỐ TỐI THIỂU CỦA HA_{MAX} TỪ 50 -90 MMHG, HOẶC NHỊP TIM DƯỚI 60-90 NHỊP/PHÚT.

4.2.2. CÁC TEST ĐÁNH GIÁ HỆ THẦN KINH THỰC VẬT: XOA XOANG CẢNH, ẮN NHẴN CẦU, NGHIỆM PHÁP VALSALVA, PHẦN XẠ LẠN..., CÓ THỂ THỰC HIỆN TRONG LÚC LÂM TEST TILT TABLE.

4.3. XÉT NGHIỆM

- ECG: QUAN TRỌNG, ĐẶC BIỆT TRONG CƠN NGẤT → GIÚP PHÁT HIỆN RỐI LOẠN NHỊP, QT KÉO DÀI?
- GỢI Ý CÓ BẤT THƯỜNG CẦU TRỤC TIM?
- X QUANG TIM PHỔI THẲNG, SIÊU ÂM TIM.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- DEXTROSTIX, GLYCEMIE, ION ĐỒ MÁU, THĂNG BẰNG KIỂM TOAN.
- EEG: NẾU CÓ BIỂU HIỆN TỒN THƯƠNG NÃO LAN TỎA HAY CƠ GIẬT.
- ĐO NỒNG ĐỘ CATECHOLAMINE TRONG MÁU TRƯỚC VÀ SAU KHI BỆNH NHÂN BỊ NGẮT.

5. ĐIỀU TRỊ

- TRẺ BỊ NGẮT CẦN ĐƯỢC THEO DÕI SÁT TÌNH TRẠNG HÔ HẤP VÀ HUYẾT ĐỘNG HỌC:
 - + NẾU HUYẾT ĐỘNG HỌC ỔN ĐỊNH, THEO DÕI SÁT BỆNH NHI, TRƯỚC MẮT CHƯA CẦN ĐIỀU TRỊ GÌ ĐẶC BIỆT, NHƯNG PHẢI TÌM NGUYÊN NHÂN ĐỂ NGỪA TÁI PHÁT.
 - + NẾU HUYẾT ĐỘNG HỌC BỊ ẢNH HƯỞNG, HỒI SỨC HÔ HẤP – TIM MẠCH PHẢI THỰC HIỆN KHẨN CẤP, NHƯNG TRƯỚC TIÊN PHẢI LOẠI TRỪ NGUYÊN NHÂN RỐI LOẠN NHỊP.
- XÁC ĐỊNH ĐIỀU TRỊ TÙY THUỘC VÀO SỐ LẦN NGẮT, NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH CỦA NGẮT, CŨNG NHƯ NGUY CƠ ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN.
 - + NGUYÊN NHÂN DO TIM HOẶC KHÔNG DO TIM: ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU NGUYÊN NHÂN GÂY NGẮT.
 - + BỆNH NHÂN BỊ CƯỜNG PHÉ VỊ CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ BẰNG KÍCH THÍCH GIAO CẢM TÁC DỤNG DÀI, HIẾM KHI PHẢI TẠO NHỊP VĨNH VIỄN.

NGUYÊN NHÂN GÂY NGẮT Ở TRẺ EM ĐA SỐ DO RỐI LOẠN HỆ THẦN KINH THỰC VẬT. NGẮT THẦN KINH TIM (*NEUROCARDIOGENIC SYNCOPE*) NÓI CHUNG KHÔNG NGUY HIỂM VÀ THƯỜNG ĐÁP ỨNG VỚI ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC.

ĐIỀU TRỊ NGẮT THẦN KINH TIM

CÁC PHƯƠNG THỨC ĐIỀU TRỊ SAU ĐÂY CÓ THỂ ĐƯỢC CHỌN PHỐI HỢP, TÙY VÀO CƠ CHẾ BỆNH SINH GÂY NGẮT.

1. TĂNG TÀI DỊCH: LÀ CHỦ YẾU, THƯỜNG ĐÁP ỨNG TỐT, KHÔNG CẦN CAN THIỆP NÀO KHÁC. Ở THIẾU NIÊN THƯỜNG CẦN TỪ 3- 4 LÍT /NGÀY (*LƯỢNG DỊCH THÍCH HỢP NHẤT LÀ BAO NHIÊU VẪN CHƯA RÕ*). NÊN SỬ DỤNG DỊCH GIẢI ĐIỆN GIẢI VÀ CÁC LOẠI THỨC UỐNG DỪNG TRONG THỂ THAO. TRÁNH DÙNG THỨC UỐNG CHỨA CAFFEIN VÌ CHÚNG CÓ TÁC DỤNG TƯƠNG TỰ ISOPROTERENOL, CÓ THỂ LÀM TĂNG PHẦN XẠ THỰC VẬT BẤT THƯỜNG. CŨNG KHÔNG NÊN DÙNG THỨC UỐNG GIÀU NANG LƯỢNG VÀ GIÀU LIPID, VÍ DỤ SỮA NGUYÊN KEM.

NẾU TĂNG LƯỢNG DỊCH KHÔNG HIỆU QUẢ, CẦN PHỐI HỢP THÊM MUỐI HOẶC FLUDROCORTISONE. (*FLUDROCORTISONE PHÒNG NGỪA ĐƯỢC NGẮT ĐẾN 90%*). TUY NHIÊN, ĐIỀU TRỊ PHỐI HỢP NHƯ TRÊN ĐỂ ĐƯA ĐẾN RỐI LOẠN ĐIỆN GIẢI, DO ĐÓ CẦN THEO DÕI SÁT ION ĐỒ MÁU (*NỒNG ĐỘ Na^+ VÀ K^+ ĐƯỢC DUY TRÌ TỐT, NHƯNG NỒNG ĐỘ NATRIBICARBONATE THƯỜNG TĂNG*).

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

2. THUỐC CHẸN β : TÁC DỤNG NGĂN THẮT CƠ BÓP QUÁ MẠNH, ĐỒNG THỜI CÓ TÁC DỤNG ỨC CHẾ EPINEPHRINE TRONG TUẦN HOÀN, ĐÂY CÓ THỂ LÀ YẾU TỐ TRUNG ƯƠNG GÂY PHẦN XẠ BẤT THƯỜNG, KÈM VỚI NHỊP TIM NHANH. THUỐC CHẸN β CÓ THỂ NGỪA NGẮT TÁI PHÁT Ở TRẺ EM.

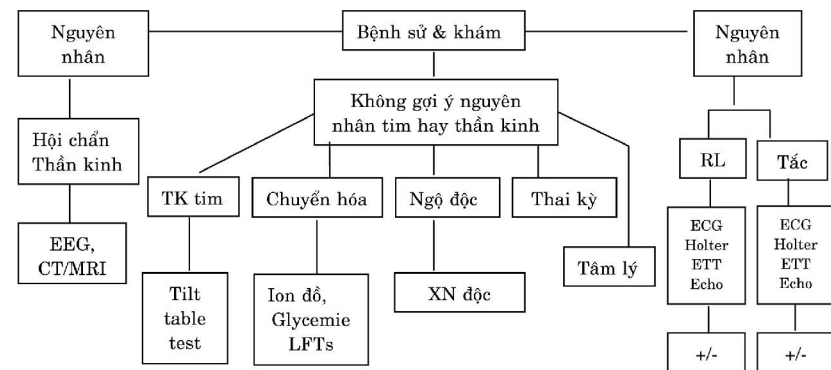
3. DISOPYRAMIDE: CÓ TÁC DỤNG ANTICHOLINERGIC, GIÚP NGĂN NGỪA CHẬM NHỊP TIM TRONG GIAI ĐOẠN ỨC CHẾ TIM, VÀ CÓ TÁC DỤNG TĂNG KHÁNG LỰC NGOẠI BIÊN. THUỐC CÓ THỂ GÂY LOẠN NHỊP, KHOẢNG QT KÉO DÀI, CÓ THỂ DẪN ĐẾN CUỒNG ĐỘNG THẮT, VÀ CÓ TÁC DỤNG INOTROPE (-).

4. α - ADRENERGIC AGONIST: EPINEPHRINE & PSEUDOEPHERINE CÓ TÁC DỤNG KÍCH THÍCH GIAO CẢM TRỰC TIẾP → TĂNG TRƯỞNG LỰC TĨNH MẠCH → NGĂN TÌNH TRẠNG DẪN MẠCH VÀ Ứ MÁU Ở TĨNH MẠCH, ĐỒNG THỜI CÓ TÁC DỤNG CO ĐỘNG MẠCH LÀM TĂNG KHÁNG LỰC NGOẠI BIÊN. THUỐC CÓ HIỆU QUẢ TRONG NHỮNG TRƯỜNG HỢP NGẮT DO GIẢM TRƯỞNG LỰC TĨNH MẠCH.

5. ỨC CHẾ THU NHẬN SEROTONIN: FLUOXETINE HYDROCHLORIDE (*PROZAC*) VÀ SETRALIN HYDROCHLORIDE (*ZLOFT*), ĐƯỢC SỬ DỤNG CHO BỆNH NHÂN NGẮT KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI CÁC THUỐC KHÁC. TÁC DỤNG PHỤ: BUỒN NÔN, TIÊU CHẢY, NHỨC ĐẦU & MẮT NGỦ.

6. MÁY TẠO NHỊP: LÀ ĐIỀU TRỊ CUỐI CÙNG Ở BỆNH NHÂN NGẮT TÁI PHÁT NHIỀU LẦN, KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI THUỐC ĐIỀU TRỊ. TUY NHIÊN VẪN CÒN NHIỀU TRANH CÃI.

LƯU ĐỒ TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN NGẮT Ở TRẺ EM



(EPS: Electrophysiologic study; ETT: Exercise tolerance test; LFTs: liver function test)

ĐỘT TỬ DO NGUYÊN NHÂN TIM MẠCH Ở TRẺ EM

NGUYỄN THỊ THANH LAN

1. ĐẠI CƯƠNG

ĐỘT TỬ Ở TRẺ EM THƯỜNG DO NHIỀU NGUYÊN NHÂN GÂY NÊN, TRONG ĐÓ NGUYÊN NHÂN TIM MẠCH LÀ MỘT TRONG NHỮNG NGUYÊN NHÂN HÀNG ĐẦU. DÙ ĐỘT TỬ DO TIM MẠCH Ở TRẺ EM KHÔNG THƯỜNG GẶP TRÊN LÂM SÀNG, NHƯNG LÀ MỐI QUAN TÂM LO LẮNG CỦA THẦY THUỐC VÀ CỘNG ĐỒNG. KHÁC VỚI NGƯỜI LỚN, ĐỘT TỬ DO TIM MẠCH Ở TRẺ EM HIẾM KHI LIÊN QUAN VỚI BỆNH THIẾU MÁU CƠ TİM. TİM HIỂU VỀ VẤN ĐỀ ĐỘT TỬ DO NGUYÊN NHÂN TIM MẠCH LÀ MỐI BẠN TÂM CỦA BÁC SĨ TIM MẠCH NHI CŨNG NHƯ CÁC BÁC SĨ NHI TỔNG QUÁT.

2. ĐỊNH NGHĨA

- ĐỘT TỬ DO NGUYÊN NHÂN TIM MẠCH LÀ TÌNH TRẠNG TRUY TIM MẠCH CẤP TÍNH DẪN ĐẾN TỬ VONG HAY KHÔNG BAO GIỜ HỒI TỈNH LẠI TRONG VÒNG 1 ĐẾN 24 GIỜ.
- CƠ CHẾ ĐỘT TỬ THEO *THE CARDIAC ARRHYTHMIA PILOT STUDY*, CÓ THỂ PHÂN LOẠI NHƯ SAU:
 - (1) ĐỘT TỬ DO TIM VÀ CÓ RỐI LOẠN NHỊP NHANH.
 - (2) ĐỘT TỬ DO TIM NHƯNG KHÔNG CÓ RỐI LOẠN NHỊP NHANH.
 - (3) ĐỘT TỬ KHÔNG DO TIM.

3. DỊCH TỄ HỌC

3.1. TỈ SUẤT BỆNH MỚI DO ĐỘT TỬ Ở TRẺ EM VÀ TUỔI THIẾU NIÊN LÀ 1-8/100.000 BỆNH NHÂN/NĂM. TỈ LỆ NÀY CAO HƠN Ở TRẺ NHỮ NHI 5% SO VỚI TẤT CẢ TRẺ TỬ VONG.

3.2. Ở TRẺ NHỮ NHI, THEO AUREORE COTE, TỈ LỆ ĐỘT TỬ CHIẾM 80% SO VỚI CÁC ĐỘT TỬ CÁC LỨA TUỔI KHÁC. TRONG SỐ NGUYÊN NHÂN ĐỘT TỬ TİM ĐƯỢC Ở TRẺ EM, TIM MẠCH ĐỨNG THỨ 2 SAU NHIỄM TRÙNG.

3.3. TRONG NHÓM NGUYÊN NHÂN TIM MẠCH, NGUY CƠ TỬ VONG TÙY THUỘC VÀO BỆNH LÝ NỀN. ĐỘT TỬ DO RỐI LOẠN NHỊP THẮT Ở TRẺ EM BAO GỒM: 4% SAU SỬA CHỮA THÔNG LIÊN THẮT, 5% SAU SỬA CHỮA TỬ CHỨNG FALLOT, 18% SAU SỬA CHỮA THẮT PHẢI HAI ĐƯỜNG RA, 12-18% Ở BỆNH NHỊ CÓ PHỨC HỢP EISENMENGER, ĐỘT TỬ SAU PHẪU THUẬT MUTARD CỦA CHUYỂN VỊ ĐẠI ĐỘNG MẠCH CHIẾM 3-15%, PHẪU THUẬT FONTAN 2-3%. TRONG SỐ BỆNH NHI CÓ NHỊP NHANH THẮT KHÔNG QUAN TRỌNG, TRẺ CÓ BỆNH CƠ TİM PHÌ ĐẠI CÓ TẦN SUẤT ĐỘT TỬ HÀNG NĂM LÀ 3 -5-7%. Ở BỆNH NHI WOLFF PARKINSON WHITE (WPW), TẦN SUẤT ĐỘT TỬ KHÔNG RÕ VÌ TẦN SUẤT CHÍNH XÁC CỦA HỘI CHỨNG WPW KHÔNG TRIỆU CHỨNG KHÔNG CHÍNH XÁC.

4. XÁC ĐỊNH NGUY CƠ ĐỘT TỬ DO NGUYÊN NHÂN TIM MẠCH

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- TRẺ SỐNG SỐT SAU HỒI SỨC TİM PHỔI THƯỜNG CÓ TIỀN LƯỢNG XẤU, VÌ THỂ XÁC ĐỊNH NGUY CƠ ĐỘT TỬ Ở TRẺ CÓ BỆNH LÝ TIM MẠCH MÀ KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG, THẬM CHÍ Ở TRẺ KHỎE MẠNH, CÓ TẦM QUAN TRỌNG ĐẶC BIỆT.
- CÁC NGUY CƠ ĐỘT TỬ:
 - + BỆNH TİM BẨM SINH CHƯA ĐƯỢC GIẢI QUYẾT BẰNG PHẪU THUẬT: QUÁ TẢI THỂ TÍCH, ÁP SUẤT ĐỐI VỚI THẮT PHẢI GÂY RỐI LOẠN CHỨC NĂNG THẮT, DỄ DẪN ĐẾN RỐI LOẠN NHỊP.
 - + BỆNH NHÂN TĂNG ÁP ĐỘNG MẠCH PHỔI NẶNG NGUYÊN PHÁT HAY THỨ PHÁT TRONG PHỨC HỢP EISENMENGER, CÓ TỶ LỆ ĐỘT TỬ CHIẾM 30 -50% CÁC TRƯỜNG HỢP.
 - + LOẠN NHỊP TİM: NHỊP NHANH KÍCH PHÁT TRÊN THẮT GÂY DUNG NẠP KÉM VÀ DỄ DẪN ĐẾN NHỊP NHANH THẮT HAY RUNG THẮT Ở BỆNH NHÂN THẮT PHẢI HỆ THỐNG HAY THẮT ĐƠN ĐỘC. TỈ SUẤT TƯƠNG ĐỐI CỦA LOẠN NHỊP TİM VỚI ĐỘT TỬ DO NGUYÊN NHÂN TIM MẠCH CÓ LIÊN QUAN ĐẾN BẤT THƯỜNG TİM ĐẶC BIỆT:

BẢNG 1. TỈ SUẤT CỦA LOẠN NHỊP HAY ĐỘT TỬ LIÊN QUAN ĐẾN BẤT THƯỜNG TİM MẠCH ĐẶC BIỆT

BẤT THƯỜNG TIM MẠCH	NHỮNG NGUY CƠ
TỬ CHỨNG FALLOT	VT 10%; SCD 2.25%
THÔNG LIÊN THẮT VÀ KÍNH NHỈ THẮT	SCD 5.8% (<i>BLỐC TİM ?</i>)
BẤT THƯỜNG EBSTEIN	SCD 2.5-20.0%
HẸP ĐỘNG MẠCH CHỦ	SCD 1%
D-CHUYỂN VỊ SAU SỬA CHỮA TRONG NHỈ	SCD 2.8% (<i>VT AND SVT</i>)
PHẪU THUẬT FONTAN	SCD 3%
HỘI CHỨNG EISENMENGER	SCD 10-47%

VT, VENTRICULAR TACHYCARDIA (*NHỊP NHANH THẮT*); SCD, SUDDEN CARDIAC DEATH (*ĐỘT TỬ*); SVT, SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA (*NHỊP NHANH TRÊN THẮT*).

- TRẺ CÓ BỆNH TİM NHƯNG CHƯA ĐƯỢC PHÁT HIỆN, RỐI LOẠN NHỊP THẮT VÀ ĐỘT TỬ DO TIM MẠCH CÓ THỂ LÀ BIỂU HIỆN ĐẦU TIÊN VÀ DUY NHẤT. Ở NHÓM BỆNH NHÂN NÀY TIỀN TRIỆU CHIẾM KHOẢNG 50% BAO GỒM HỒI HỢP ĐÁNH TRỐNG NGỰC, ĐAU NGỰC, NGẮT. MẶC DÙ NHỮNG TRIỆU CHỨNG NÀY KHÔNG ĐẶC HIỆU VÀ CÓ THỂ XẢY RA Ở CẢ TRẺ EM BÌNH THƯỜNG, NHƯNG ĐAU NGỰC KHI GẮNG SỨC HAY NGẮT XẢY RA ĐỘT NGỘT, CÓ THỂ LÀ DẤU HIỆU CẢNH GIÁC TRIỆU CHỨNG CỦA ĐỘT TỬ DO TIM.
- TIỀN SỬ GIA ĐÌNH CÓ NGƯỜI ĐỘT TỬ, NHẤT LÀ ANH CHỊ EM TRONG GIA ĐÌNH HAY Ở CÂY PHẢ HỆ THỨ NHẤT LÀ YẾU TỐ NGUY CƠ.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- BỆNH LÝ CƠ TIM, BỆNH LÝ MẠCH VÀNH DO BẨM SINH HAY THỨ PHÁT SAU BỆNH LÝ KHÁC NHƯ KAWASAKI CŨNG LÀ NHỮNG YẾU TỐ NGUY CƠ.

5. NGUYÊN NHÂN ĐỘT TỬ DO TIM:

- Ở TRẺ EM NGUYÊN NHÂN ĐỘT TỬ DO TIM RẤT ĐA DẠNG, KHÔNG GIỐNG NHƯ Ở NGƯỜI LỚN NGUYÊN NHÂN ĐỘT TỬ DO TIM ĐA SỐ DO BỆNH LÝ MẠCH VÀNH BỊ XƠ VỮA.
- CÓ NHIỀU NGUYÊN NHÂN TIM MẠCH GÂY ĐỘT TỬ Ở TRẺ EM. MỘT SỐ TÁC GIẢ PHÂN CHIA NGUYÊN NHÂN THEO CÁC NHÓM BỆNH LÝ TIM MẠCH NHƯ: BẤT THƯỜNG CẤU TRÚC TIM MẠCH, RỐI LOẠN NHỊP, RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA.
- DỰA VÀO BỆNH SỬ CÓ BỆNH LÝ TIM MẠCH CÓ THỂ PHÂN LOẠI THÀNH HAI NHÓM NGUYÊN NHÂN CHÍNH NHƯ SAU:

BẢNG 2. NGUYÊN NHÂN ĐỘT TỬ DO TIM MẠCH Ở TRẺ EM

1. NHÓM XÁC ĐỊNH CÓ BỆNH TIM TRƯỚC ĐÓ: <ul style="list-style-type: none">- BẨM SINH: TỬ CHỨNG FALLOT; CHUYỂN VỊ ĐẠI ĐỘNG MẠCH; PHẪU THUẬT FONTAN BẤT CẦU CHỦ PHỔI; HỆP CHỦ; HỘI CHỨNG MARFAN; PHỨC HỢP EISENMENGER; LOẠN NHỊP BẨM SINH.- MẮC PHẢI: BLOCK TIM SAU PHẪU THUẬT; BỆNH KAWASAKI; VIÊM CƠ TIM; BỆNH CƠ TIM DẪN NỖ.
2. NHÓM KHÔNG BIẾT CÓ BỆNH TIM TRƯỚC ĐÓ: <ul style="list-style-type: none">- LIÊN QUAN ĐẾN CẤU TRÚC TIM: BỆNH CƠ TIM PHÍ ĐẠI, HẠN CHẾ; BẤT THƯỜNG ĐỘNG MẠCH VÀNH BẨM SINH; LOẠN SẢN THẤT PHẢI GÂY LOẠN NHỊP.- KHÔNG THUỘC CẤU TRÚC TIM: HỘI CHỨNG QT KÉO DÀI; HỘI CHỨNG WPW; RUNG THẮT, NHỊP NHANH THẤT NGUYÊN PHÁT; CAO ÁP PHỔI NGUYÊN PHÁT; COMMOTIO CORTIS.

5.1. NGUYÊN NHÂN ĐỘT TỬ Ở BỆNH NHI CÓ XÁC ĐỊNH BỆNH TIM TRƯỚC

5.1.1. NHÓM NGUYÊN NHÂN BẨM SINH

A) TỬ CHỨNG FALLOT

- ĐỘT TỬ Ở TRẺ TỬ CHỨNG FALLOT CÓ THỂ DO RỐI LOẠN NHỊP THẮT. BẤT THƯỜNG HUYẾT ĐỘNG HỌC NHƯ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THOÁT THẤT PHẢI GÂY PHÍ ĐẠI THẤT PHẢI, GIẢM LƯỢNG MÁU LÊN PHỔI GÂY QUÁ TẢI THỂ TÍCH THẤT PHẢI, RỐI LOẠN CHỨC NĂNG THẤT TRÁI HAY THẤT PHẢI LÀ NHỮNG YẾU TỐ GÓP PHẦN GÂY RỐI LOẠN NHỊP THẮT.
- HIỆN TẠI VỚI SỰ CAN THIỆP PHẪU THUẬT SỚM ĐỘT TỬ ÍT XẢY RA HƠN Ở BỆNH NHI BỊ TỬ CHỨNG FALLOT. TUY NHIÊN, SAU PHẪU

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

THUẬT, BỆNH NHI CŨNG CẦN PHẢI ĐƯỢC THEO DÕI SÁT HUYẾT ĐỘNG HỌC VÀ ĐIỆN SINH LÝ VÌ CÓ THỂ XẢY RA RỐI LOẠN NHỊP THẮT GÂY ĐỘT TỬ. BLOCK Ở TIM SAU PHẪU THUẬT CŨNG CÓ THỂ GÂY NÊN ĐỘT TỬ. TỈ LỆ ĐỘT TỬ SAU PHẪU THUẬT 4 FALLOT HOÀN CHÍNH LÀ 4,6%.

B) CHUYỂN VỊ ĐẠI ĐỘNG MẠCH:

- ĐỘT TỬ DỄ XẢY RA SAU PHẪU THUẬT MUTARD HAY SENNING. CƠ CHẾ ĐỘT TỬ CÓ THỂ DO NHỊP NHANH NHỈ VỚI DẪN TRUYỀN NHANH ĐẾN THẤT VÌ QUÁ TRÌNH CẮT BỎ RỘNG LỚN VÙNG MÔ DẪN TRUYỀN Ở TÂM NHỈ DỄ DẪN ĐẾN HÓA SỢI. TỈ LỆ TỬ VONG GIA TĂNG THEO TUỔI.

C) PHẪU THUẬT FONTAN:

- SAU PHẪU THUẬT FONTAN THƯỜNG XẢY RA NHỊP NHANH NHỈ VÀ RỐI LOẠN NÚT XOANG DO CẮT PHẦN TÂM NHỈ RỘNG LỚN TẠO THÀNH SẸO. TẦN SUẤT ĐỘT TỬ SAU PHẪU THUẬT NÀY KHÔNG RÕ.

D) HỆP CHỦ:

- BỆNH LÝ VẠN ĐỘNG MẠCH CHỦ THƯỜNG ĐƯỢC PHÁT HIỆN Ở TRẺ EM. ĐỘT TỬ THƯỜNG XẢY RA Ở CÁC TRƯỜNG HỢP CÓ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THOÁT THẤT TRÁI NẶNG. TỈ SUẤT ĐỘT TỬ CAO HƠN NGƯỜI LỚN, CHIẾM TỪ 1- 18%, TRUNG BÌNH 7,5%, MẠC DÙ KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG. CƠ CHẾ ĐỘT TỬ THƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN NHỊP DO GIẢM MÁU NUÔI MẠCH VÀNH DẪN ĐẾN THIẾU MÁU CƠ TIM. CÁC RỐI LOẠN NHỊP GHI NHẬN ĐƯỢC GỒM CẢ LOẠN NHỊP NHANH VÀ CHẬM NHƯ RUNG THẮT, NHỊP NHANH THẮT, NGỪNG XOANG VỚI NHỊP BỘ NỒI CHẬM ...

E) HỘI CHỨNG MARFAN:

- BỆNH NHÂN BỊ HỘI CHỨNG MARFAN CÓ 30 - 60% BẤT THƯỜNG TIM MẠCH NHƯ: DẪN GÓC ĐỘNG MẠCH CHỦ, HỆP ĐỘNG MẠCH CHỦ, PHÌNH GÓC ĐỘNG MẠCH CHỦ, SA VAN 2 LÁ, HOẶC HỖ VAN 2 LÁ. CƠ CHẾ ĐỘT TỬ THƯỜNG DO BỐC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ CẤP TÍNH VÀ VỠ ĐỘNG MẠCH. BỆNH NHI BỊ DẪN GÓC ĐỘNG MẠCH CHỦ KÈM HỖ CHỦ KHÔNG NÊN VẬN ĐỘNG MẠNH.

F) HỘI CHỨNG EISENMENGER:

- ĐÂY LÀ HẬU QUẢ CỦA BỆNH TIM BẨM SINH CÓ LƯỜNG THÔNG TRÁI PHẢI (THÔNG LIÊN THẤT, THÔNG LIÊN NHỈ, CÒN ỚNG ĐỘNG MẠCH ...) DIỄN TIẾN LÂU DÀI KHÔNG ĐƯỢC CAN THIỆP PHẪU THUẬT SỚM. HẬU QUẢ LÀ TĂNG ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI THỨ PHÁT KHÔNG HỜI PHỤC ĐƯỢC, CHÍNH ĐIỀU NÀY LÀM GIA TĂNG NGUY CƠ ĐỘT TỬ LÊN 15 - 20%. CƠ CHẾ ĐỘT TỬ BAO GỒM RỐI LOẠN NHỊP THẮT VÀ CƠN CAO ÁP PHỔI CẤP TÍNH.

G) BLOCK BẨM SINH Ở TIM:

- BLOCK BẨM SINH Ở TIM KHÔNG THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM, CHIẾM KHOẢNG 1/20.000 TRẺ NHỮ NHI, CÓ THỂ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN CHẤT COLLAGEN Ở MẠCH MÁU. BỆNH NHI CÓ THỂ DUNG NẠP VỚI

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

NHỊP TIM CHẬM, NHƯNG CÓ TỈ LỆ DẪN ĐẾN CƠN NGẮT STOKES-ADAM, ĐỘT TỬ CÓ LỀ DO KÉO DÀI QT VÀ XOẢN ĐỈNH.

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

H) HEP PHỔI:

- NGUYÊN NHÂN HIẾM GẶP GÂY ĐỘT TỬ, CHIẾM 1/186 BỆNH NHÂN ĐỘT TỬ Ở TUỔI TỪ 1 ĐẾN 21.

K) SA VAN 2 LÁ:

- TỈ SUẤT ĐỘT TỬ HÀNG NĂM Ở TRẺ EM HIẾM GẶP SO VỚI NGƯỜI LỚN. ĐỘT TỬ THƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN NHỊP NHANH THẮT. QTC KÉO DÀI LÀ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG DẪN ĐẾN NHỊP NHANH THẮT.

L) CƠN TÍM THIẾU OXY:

- XẢY RA Ở CÁC LOẠI TIM BẨM SINH NHƯ TỬ CHỨNG FALLOT, TEO VAN 3 LÁ, CHUYỂN VỊ ĐẠI ĐỘNG MẠCH, CÓ THỂ DẪN ĐẾN ĐỘT TỬ.

5.1.2. NGUYÊN NHÂN MẮC PHẢI:

A) BỆNH KAWASAKI:

- ĐÂY LÀ NGUYÊN NHÂN BỆNH MẠCH VÀNH MẮC PHẢI THƯỜNG GẶP NHẤT, GÂY TỬ VONG Ở TRẺ EM. TỈ LỆ BIẾN CHỨNG TRÊN MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN KAWASAKI LÀ 10%. ĐỘT TỬ DO TIM MẠCH XẢY RA 1-2% Ở CÁC BỆNH NHÂN KAWASAKI KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ. HIỆN NAY VIỆC SỬ DỤNG GAMMA-GLOBULIN SỚM LÀM GIẢM BIẾN CHỨNG TRÊN MẠCH VÀNH VÀ GIẢM ĐỘT TỬ.

B) BỆNH CƠ TIM DẪN NỖ:

- BIỂU HIỆN LÂM SÀNG THƯỜNG THẤY NHẤT LÀ SUY TIM SUNG HUYẾT. TUY NHIÊN, ĐỘT TỬ CÓ THỂ LÀ BIỂU HIỆN ĐẦU TIÊN GIÚP PHÁT HIỆN BỆNH LÝ TẠI TIM. ĐIỀU TRỊ SUY TIM VÀ THUỐC CHỐNG LOẠN NHỊP LÀM GIẢM CHỨ KHÔNG LOẠI HỎN NGUY CƠ ĐỘT TỬ.

C) VIÊM CƠ TIM:

- VIÊM CƠ TIM DO VIRUS, VI TRÙNG, SARCOIDOSIS... CÓ THỂ GÂY ĐỘT TỬ. ĐỘT TỬ CÓ THỂ DO SUY TIM HAY RỐI LOẠN NHỊP.

5.2. ĐỘT TỬ DO NGUYÊN NHÂN TIM MẠCH Ở NHÓM NGUYÊN NHÂN KHÔNG ĐƯỢC XÁC ĐỊNH TRƯỚC

5.2.1. BỆNH LIÊN QUAN ĐẾN CẤU TRÚC TIM

A) BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI:

- ĐỘT TỬ LÀ BIẾN CHỨNG THƯỜNG GẶP TRONG NHÓM BỆNH NÀY. TỈ SUẤT HÀNG NĂM CHIẾM 6% Ở TRẺ EM. BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI LÀ NGUYÊN NHÂN HÀNG ĐẦU GÂY ĐỘT TỬ Ở TUỔI THANH THIẾU NIÊN. CHẨN ĐOÁN BỆNH NÀY TƯƠNG ĐỐI KHÓ. NGẮT LÀ DẤU HIỆU BẢO ĐỘNG ĐỘT TỬ. TIỀN CĂN GIA ĐÌNH CÓ NGƯỜI ĐỘT TỬ HAY CÓ NGƯỜI BỊ BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI GIÚP ÍCH CHO CHẨN ĐOÁN. HỎI LẠI CÁC TRIỆU CHỨNG NHƯ ĐAU NGỰC, HỒI HỢP ĐÁNH TRÔNG NGỰC, BẤT DUNG NẠP KHI GẮNG SỨC GỢI Ý CHẨN ĐOÁN. ĐỘT TỬ DO THIẾU MÁU CƠ TIM, RỐI LOẠN NHỊP KIỂU RUNG THẮT, RUNG NHÍ. HỎI CHỨNG WOLFF-PARKINSON-WHITE HAY BLOCK NHÍ THẮT CŨNG ĐƯỢC GHI NHẬN Ở CÁC BỆNH NHÂN NÀY. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐỘT TỬ Ở BỆNH NHI BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI LÀ TIỀN CĂN GIA ĐÌNH CÓ NGƯỜI ĐỘT TỬ DO BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI, LÂM SÀNG VÀ TIỀN CĂN CÓ RỐI LOẠN NHỊP THẮT. ĐIỀU TRỊ BỆNH NÀY BAO GỒM ĐIỀU TRỊ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

NỘI, PHẪU THUẬT, GHÉP TIM. PHÒNG NGỪA BAO GỒM KHÔNG HOẠT ĐỘNG MẠNH, KHÔNG CHƠI CÁC MÔN THỂ THAO CÓ TÍNH CẠNH TRANH.

B) **BẤT THƯỜNG ĐỘNG MẠCH VÀNH BẨM SINH:**

- ĐỘT TỬ DO TIM MẠCH CÓ THỂ LÀ BIỂU HIỆN CỦA BỆNH LÝ BẤT THƯỜNG BẨM SINH ĐỘNG MẠCH VÀNH. MỘT SỐ BỆNH NHI CÓ TRIỆU CHỨNG TRƯỚC ĐÓ NHƯ ĐAU NGỰC KHI GẮNG SỨC, NGẮT KHI GẮNG SỨC, LOẠN NHỊP THẮT, THAY ĐỔI SÓNG ST-T. CÁC TRƯỜNG HỢP CÓ BẤT THƯỜNG ĐỘNG MẠCH VÀNH, 40% CÓ TRIỆU CHỨNG TRƯỚC KHI ĐỘT TỬ.
- THIẾU MÁU CƠ TIM DO BẤT THƯỜNG LỖ ĐỘNG MẠCH VÀNH TỪ ĐỘNG MẠCH CHỦ NHƯ KHE HỖ, BẤT THƯỜNG LỘ TRÌNH CỦA ĐỘNG MẠCH VÀNH TRONG ĐỘNG MẠCH CHỦ, CHÈN ÉP ĐỘNG MẠCH VÀNH BỞI ĐỘNG MẠCH CHỦ VÀ PHỔI, HAY BẤT THƯỜNG XUẤT PHÁT ĐỘNG MẠCH VÀNH TỪ ĐỘNG MẠCH PHỔI.
- SAU ĐÂY LÀ CÁC KIỂU BẤT THƯỜNG ĐỘNG MẠCH VÀNH:
 - + ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI XUẤT PHÁT TỪ XOANG VALSALVA PHẢI (HIẾM HƠN ĐỘNG MẠCH ĐỘNG MẠCH VÀNH PHẢI XUẤT PHÁT TỪ XOANG VALSALVA TRÁI): Ở VỊ TRÍ NÀY ĐỘNG MẠCH VÀNH NẪM GIỮA ĐỘNG MẠCH CHỦ VÀ PHỔI, NÊN KHI TRẺ HOẠT ĐỘNG SẼ BỊ CHÈN ÉP VÀ GÂY THIẾU MÁU. 50% CÓ TRIỆU CHỨNG NGẮT TRƯỚC KHI ĐỘT TỬ.
 - + BẤT THƯỜNG NGUỒN GỐC CỦA ĐỘNG MẠCH VÀNH XUỐNG TRÁI TRƯỚC TỪ ĐỘNG MẠCH PHỔI: TRƯỜNG HỢP NÀY ÍT GÂY ĐỘT TỬ, THƯỜNG BIỂU HIỆN BẰNG SUY TIM, BỆNH CƠ TIM DẪN NỖ HAY ĐIỂN HÌNH HƠN LÀ NHỒI MÁU CƠ TIM.
 - + HẸP LỖ VAN ĐỘNG MẠCH VÀNH: TRƯỜNG HỢP NÀY TƯƠNG ĐỐI HIẾM, NHƯNG THƯỜNG ĐI KÈM VỚI HỘI CHỨNG WILLIAM HAY HẸP VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ.
 - + LỖ ĐỘNG MẠCH VÀNH DUY NHẤT.
 - + DÒ ĐỘNG MẠCH VÀNH.

C) **LOẠN SẢN THẤT PHẢI GÂY LOẠN NHỊP TIM:**

- ĐÂY LÀ BỆNH LÝ HIẾM GẶP CÓ TÍNH CHẤT GIA ĐÌNH DI TRUYỀN THEO TÍNH TRỘI, LIÊN QUAN VỚI LOẠN NHỊP THẤT TÀI PHÁT VÀ ĐỘT TỬ. KIỂU RỐI LOẠN NHỊP THẤT ĐẶC TRƯNG BỞI BLOCK NHÁNH TRÁI LUÔN LUÔN CÓ NGUỒN GỐC TỪ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THOÁT THẤT PHẢI. BỆNH SINH DO CHUYỂN DẠNG CƠ TÂM THẤT THÀNH DẠNG XƠ MỠ (FIBROFATTY TRANSFORMATION), ĐA SỐ ẢNH HƯỞNG TẠI VÙNG THOÁT THẤT PHẢI VÀ VÙNG THẤT TỬ DO Ở DƯỚI ĐỈNH. TRIỆU CHỨNG GỢI Ý LÀ HỒI HỢP ĐÁNH TRÔNG NGỰC, NGẮT, ĐỘT TỬ. ĐÂY LÀ NGUYÊN NHÂN GÂY ĐỘT TỬ QUAN TRỌNG Ở TRẺ THIẾU NIÊN, NGƯỜI TRẺ. TIỀN CẢN GIA ĐÌNH CÓ NGƯỜI NHỊP NHANH THẮT, NGẮT, ĐỘT TỬ VÀ LOẠN SẢN THẤT PHẢI GIÚP ÍCH CHO CHẨN ĐOÁN. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH THÔNG QUA SINH THIẾT CƠ TIM.

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

5.2.2. **BỆNH KHÔNG LIÊN QUAN ĐẾN CẤU TRÚC CƠ TIM**

A) **HỘI CHỨNG QT KÉO DÀI**

- CẢ HAI LOẠI QT KÉO DÀI BẨM SINH HAY MẮC PHẢI ĐỀU GÂY ĐỘT TỬ. HỘI CHỨNG QT KÉO DÀI BẨM SINH DI TRUYỀN THEO TÍNH TRỘI, THỂ DỊ HỢP TỬ THƯỜNG GẶP NHẤT CÒN GỌI LÀ HỘI CHỨNG ROMANOWARD. THỂ ĐỒNG HỢP TỬ NẶNG HƠN GỌI LÀ HỘI CHỨNG JERVELL VÀ LANGE-NIELSEN, LIÊN QUAN ĐẾN ĐIEC BẨM SINH. NGUY CƠ TỬ VONG CAO KHI QTC KÉO DÀI HƠN 0,5 GIÂY. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HỘI CHỨNG QT KÉO DÀI LÀ HẠ CALCIUM MÁU, HẠ THÂN NHIỆT, DÙNG THUỐC LOẠN NHỊP (QUINIDIN, PROCAINAMIDE, DISOPYRAMIDE), TỔN THƯƠNG THẦN KINH TRUNG ƯƠNG, DÙNG THUỐC CHỐNG TRÂM CẢM 3 VÒNG, KHÁNG HISTAMINES... TIỀN CẢN GIA ĐÌNH CÓ NGƯỜI BỊ ĐỘT TỬ, NGẮT, CO GIẬT, NGÃ ĐỘT NGỘT, ĐIEC BẨM SINH, GỢI Ý CHO CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG QT KÉO DÀI. ĐIỀU TRỊ LÀM GIẢM TRIỆU CHỨNG NHƯNG KHÔNG LOẠI NGUY CƠ ĐỘT TỬ.

B) **HỘI CHỨNG WOLF-PARKINSON-WHITE:**

- TỈ SUẤT BỆNH KHOẢNG 0,1% Ở TRẺ EM. THƯỜNG KHÔNG LIÊN QUAN ĐẾN BẤT THƯỜNG CẤU TRÚC TIM, MỘT VÀI TRƯỜNG HỢP LIÊN QUAN BẤT THƯỜNG EBSTEIN CỦA VAN 3 LÁ, CHUYỂN VỊ ĐẠI ĐỘNG MẠCH CÓ SỬA CHỮA. HỘI CHỨNG WPW HIẾM KHI LÀ NGUYÊN NHÂN GÂY ĐỘT TỬ Ở TRẺ EM, THANH THIẾU NIÊN. BỆNH NHI BỊ HỘI CHỨNG WPW NẾU KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG THÌ ÍT CÓ NGUY CƠ BỊ ĐỘT TỬ. ĐỘT TỬ THƯỜNG GẶP Ở NHỮNG TRƯỜNG HỢP CÓ ĐƯỜNG DẪN TRUYỀN PHỤ NHANH VỚI RUNG CUÔNG NHỊ VÀ RUNG THẮT.

C) **NHỊP NHANH THẮT, RUNG THẮT NGUYÊN PHÁT:**

- CỰC KỲ HIẾM. NGUY CƠ TỬ VONG Ở LOẠI LOẠN NHỊP NÀY KHÔNG RÕ RÀNG.

D) **CAO ÁP PHỔI NGUYÊN PHÁT:**

- NGUY CƠ TỬ VONG Ở NHÓM BỆNH NHI NÀY TÙY THUỘC VÀO MỨC ĐỘ TĂNG ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI. CÁC TRIỆU CHỨNG GỢI Ý CHẨN ĐOÁN LÀ NGẮT HAY ĐAU NGỰC KHI GẮNG SỨC. ĐỘT TỬ CÓ THỂ LÀ TRIỆU CHỨNG ĐẦU TIÊN.

E) **COMMOTIO CORDIS:**

- BỆNH LÝ ĐƯỢC ĐỀ CẬP ĐẾN GẦN ĐÂY, ĐÂY LÀ TÌNH TRẠNG ĐỘT TỬ DO TIM SAU MỘT CÚ VA CHẠM VÀO THÀNH NGỰC MÃ KHÔNG CÓ TỔN THƯƠNG CẤU TRÚC TIM, DẪN ĐẾN RUNG THẮT HAY NHỊP NHANH THẮT. ĐỘT TỬ THƯỜNG XẢY RA Ở NHỮNG VẬN ĐỘNG VIÊN KHÚC CÔN CẦU, BÓNG CHÀY, BÓNG ĐÁ, ĐÁNH BÓC ... VA CHẠM VÀO THÀNH NGỰC XẢY RA 15 - 30 GIÂY TRƯỚC ĐỈNH SÓNG T, NGAY THỜI KỲ TÁI CỤC CỦA CƠ TIM.

F) **THUYỀN TẮC PHỔI:**

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG KHÔNG VẬN ĐỘNG HOẶC TÌNH TRẠNG TĂNG ĐÔNG. NHỮNG YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG BAO GỒM PHẪU THUẬT GÂN ĐÂY, TIM BẮM SINH, ĐẶT CATHETER TÍNH MẠCH, NHIỄM TRÙNG HUYẾT, DỊ DẠNG ĐỘNG TÍNH MẠCH, BỆNH LÝ ÁC TÍNH, BẤT ĐỘNG LẬU DÀI.

6. HỘI CHỨNG ĐỘT TỬ Ở TRẺ NHỮ NHI

- Ở MỸ CÓ KHOẢNG 5.000 – 7.000 TRƯỜNG HỢP ĐỘT TỬ HÀNG NĂM Ở TRẺ NHỮ NHI. NGUYÊN NHÂN CHƯA RÕ KỂ CẢ SAU KHI TỬ THIẾT. HIỆN NAY CÓ GIẢ THIẾT CHO RẰNG RỐI LOẠN NHỊP TIM (THEO SCHWARTZ) VÀ NGỪNG THỞ LÀ CƠ CHẾ GÂY BỆNH. NHỮNG TRẺ NHỮ NHI CÓ NGUY CƠ BỊ ĐỘT TỬ BAO GỒM TRẺ SINH NON, SUY DINH DƯỠNG BẢO THAI, CON CỦA NHỮNG BÀ MẸ TRẺ TUỔI, CON NHỮNG BÀ MẸ CÓ DÙNG THUỐC GÂY NGHIỆN, THUỐC LÁ ...

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP THIỂU NIÊN

NGUYỄN THỊ THANH LAN

1. ĐỊNH NGHĨA

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP THIỂU NIÊN (VKDTTN), HAY VIÊM KHỚP MẠN THIỂU NIÊN LÀ MỘT THỂ LÂM SÀNG CỦA BỆNH TỰ MIỄN TRẺ EM, BIỂU HIỆN BẰNG VIÊM BAO HOẠT DỊCH KHỚP MẠN TÍNH ẪN MÒN SỤN KHỚP VÀ HỦY XƯƠNG DƯỚI SỤN. ĐÂY LÀ MỘT TRONG SỐ CÁC NGUYÊN NHÂN QUAN TRỌNG GÂY TÀN PHÉ CHO TRẺ EM. TỶ LỆ THƯƠNG NỘ TẠNG Ở THỂ HỆ THỐNG THƯỜNG GÂY TỬ VONG CAO.

2. NGUYÊN NHÂN: CHƯA RÕ

CÓ 4 GIẢ THUYẾT VỀ SINH BỆNH HỌC CỦA BỆNH VKDTTN:

1. THUYẾT NHIỄM TRÙNG: VI TRÙNG; VIRUS; MYCOPLASMA.
2. THUYẾT TỰ MIỄN.
3. THUYẾT MIỄN DỊCH DI TRUYỀN.
4. SAU CHẤN THƯƠNG (NHE/NẶNG) Ở CHI; KÍCH XÚC (SANG CHẤN TÂM LÝ TRONG GIA ĐÌNH).

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA BỆNH VKDTTN RẤT ĐA DẠNG, THAY ĐỔI TÙY THỂ LÂM SÀNG.

3.1. THỂ VIÊM ĐA KHỚP (> 4 KHỚP) NỮ > NAM

- NHÓM RF (+): KHỞI PHÁT TRẺ, TỶ LỆ THƯƠNG VIÊM KHỚP THƯỜNG NẶNG, THƯỜNG KÈM BAN THẤP, NỐT THẤP, VIÊM MẠCH MÁU, HC SJOGREN ... TIẾN TRIỂN THƯỜNG DẪN TỚI PHÁ HỦY KHỚP, MẤT CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG, TÀN PHÉ.
- NHÓM RF (-): KHỞI PHÁT Ở BẤT KỲ LỨA TUỔI. TIỀN LƯỢNG THƯỜNG NHE.

3.2. THỂ VIÊM ÍT KHỚP (≤ 4 KHỚP)

- TYPE I: NỮ > NAM; KHỞI PHÁT < 4 TUỔI; ANA (+) 90%; RF (-), CÓ THỂ CÓ BIẾN CHỨNG VIÊM MÓNG MẮT THỂ MI (VMMTM). TIẾN TRIỂN THƯỜNG TỰ GIỚI HẠN, KHỚP ÍT KHI BỊ PHÁ HỦY, NHƯNG TRẺ THƯỜNG BỊ BIẾN CHỨNG Ở MẮT, CẦN ĐƯỢC KHÁM ĐÈN KHE MỖI 3 THÁNG/2 NĂM ĐẦU VÀ MỖI 6 THÁNG/7 NĂM KẾ.
- TYPE II: NAM > NỮ; KHỞI PHÁT > 8 TUỔI; RF, ANA (-); CÓ THỂ CÓ VMMTM. TỶ LỆ THƯƠNG THƯỜNG Ở KHỚP LỚN HAI CHÂN, CÓ THỂ KÈM VIÊM GÂN BẮM Ở GÓT, BÀN CHÂN. MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP CÓ THỂ DIỄN TIẾN THÀNH VIÊM CỘT SỐNG ĐỈNH KHỚP THIỂU NIÊN VẾ SAU.

3.3. THỂ HỆ THỐNG

- ĐÂY LÀ BIỂU HIỆN TỶ LỆ THƯƠNG NỘ TẠNG CỦA BỆNH VKDTTN (BỆNH STILL- CHAUFFARD), VỚI SỐT CAO ĐẶC TRƯNG CỦA BỆNH, KÈM BIỂU HIỆN NGOÀI KHỚP (DA, MẠCH MÁU, TIM, PHỔI, GAN, LÁCH, HẠCH ...). TRONG THỂ NÀY CÁC TỶ LỆ THƯƠNG NGOÀI KHỚP

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

THƯỜNG NẶNG VÀ KÉO DÀI CÓ THỂ GÂY TỬ VONG CHO TRẺ. CẦN PHÂN BIỆT VỚI CÁC BỆNH: NHIỄM TRÙNG HUYẾT, VIÊM DA CƠ, VIÊM ĐA CƠ, KAWASAKI, LUPUS BAN ĐỎ, BỆNH BEHÇET, BẠCH HUYẾT CẤP...

4. CẦN LÂM SÀNG

CẦN THỰC HIỆN KHI BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ VÀ KIỂM TRA ĐỊNH KỲ TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ.

4.1. PHẢN ỨNG VIÊM & MIỄN DỊCH: CÔNG THỨC MÁU; TIỂU CẦU ĐÊM; TỐC ĐỘ TĂNG LĂNG MÁU; CRP; ĐIỆN DI PROTEIN HUYẾT TƯƠNG; ANA; RF; ASO.

4.2. XÉT NGHIỆM ĐÁNH GIÁ TỶ THƯƠNG XƯƠNG

- XQUANG XƯƠNG KHỚP THÔNG THƯỜNG TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ ĐỂ ĐÁNH GIÁ TỶ THƯƠNG XƯƠNG.
- SIÊU ÂM KHỚP GIÚP ĐÁNH GIÁ CÓ TRÀN DỊCH KHỚP.

4.3. XN CẦN THIẾT CHO CHẨN ĐOÁN LOẠI TRỪ (TÙY THUỘC VÀO BỆNH CẢNH LÂM SÀNG CỤ THỂ)

- CHỌC DỖ DỊCH KHỚP.
- TỤY ĐỒ.
- CÁC KỸ THUẬT HÌNH ẢNH KHÁC NHƯ XẠ HÌNH (SCINTIGRAPHIE), CHỤP CẮT LỚP (SCANNER), HOẶC CỘNG HƯỞNG TỪ (MRI) SẼ ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH TÙY BỆNH CẢNH, HOẶC ĐỂ XÁC ĐỊNH MỨC ĐỘ LAN RỘNG CỦA TỶ THƯƠNG, HOẶC ĐỂ XÁC ĐỊNH BẢN CHẤT TỶ THƯƠNG, GIÚP LOẠI TRỪ CÁC BỆNH LÝ XƯƠNG KHỚP KHÁC.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: DỰA VÀO MỘT TRONG HAI TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN SAU:

- TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP THIỂU NIÊN CỦA HIỆP HỘI THẤP KHỚP MỸ (ACR: AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY) 1982, ĐƯỢC BỔ SUNG THEO CASSIDY.JT 1987.
- TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN BỆNH VIÊM KHỚP MẠN THIỂU NIÊN CỦA HIỆP HỘI CHỐNG THẤP ÂU CHÂU (EULAR: EUROPEAN LEAGUE AGAINST RHEUMATISM).
 - + TUỔI KHỞI PHÁT < 16 TUỔI.
 - + VIÊM ≥ MỘT KHỚP (SUNG HAY TRÀN DỊCH KHỚP; HOẶC CÓ ≥ 2 DẤU HIỆU SAU: GIỚI HẠN BIẾN ĐỘ CỬ ĐỘNG, NHẠY CẢM HAY ĐAU KHI CỬ ĐỘNG VÀ NÓNG).
 - + THỜI GIAN VIÊM KHỚP ≥ 6 TUẦN, THEO ACR; HOẶC ≥ 3 THÁNG, THEO EULAR.
 - + CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH SAU KHI LOẠI TRỪ CÁC BỆNH KHỚP KHÁC Ở TRẺ EM.

5.2. CHẨN ĐOÁN LOẠI TRỪ: CẦN LOẠI TRỪ CÁC NHÓM BỆNH LÝ SAU ĐÂY:

- NHIỄM TRÙNG (VIRUS, VI TRÙNG).

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- HẬU NHIỄM TRÙNG (VIÊM KHỚP SAU TIỂU CHẢY, HỘI CHỨNG REITER, THẤP KHỚP CẤP ...)
- LOẠN SẢN MÁU (BẠCH HUYẾT CẤP, HÉMOPHILIE, VON WILLEBRAND ...)
- NEOPLASM (NEUROBLASTOME, BUỒU XƯƠNG NGUYÊN PHÁT).
- KHÔNG VIÊM (ĐAU CHI LÀNH TÍNH, BỆNH XƯƠNG KHỚP DI TRUYỀN, CÒI XƯƠNG ...)
- BỆNH MÔ LIÊN KẾT (LUPUS ĐỎ, KAWASAKI, BEHÇET, VIÊM MẠCH MÁU, VIÊM ĐA CƠ ...).
- VIÊM KHỚP THỦY PHÁT SAU VIÊM RUỘT, BỆNH VẢY NÉN ...
- KHÁC: GIẢM GAMMA GLOBULIN MÁU, SARCOIDOSIS...

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- ĐIỀU TRỊ PHÙ HỢP VỚI CƠ CHẾ BỆNH SINH:
“CHỐNG VIÊM TÍCH CỰC ĐỂ NGĂN NGỪA PHẢN ỨNG VIÊM TIẾN TRIỂN GÂY HỦY XƯƠNG SỚM VÀ TỶ THƯƠNG PHỦ TẠNG. ỨC CHẾ MIỄN DỊCH ĐỂ GIẢM TÁI PHÁT”.
- BẢO TỒN CHỨC NĂNG KHỚP & ĐIỀU TRỊ CÁC TRIỆU CHỨNG NGOÀI KHỚP.
- TÂM LÝ TRỊ LIỆU CHO GIA ĐÌNH VÀ BỆNH NHI ĐỂ CÓ SỰ CỘNG TÁC TỐT VỚI THẦY THUỐC, GIÚP TRẺ AN TÂM ĐIỀU TRỊ, HỌC TẬP, ĐỂ CÓ MỘT CUỘC SỐNG GẦN NHƯ BÌNH THƯỜNG.
- CẦN CÓ SỰ PHỐI HỢP CỦA NHIỀU CHUYÊN NGÀNH: KHỚP NHI, CHÍNH HÌNH NHI, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, MẮT, HỌC ĐƯỜNG, XÃ HỘI...

6.2. THUỐC ĐIỀU TRỊ: VIỆC CHỌN LỰA THUỐC ĐIỀU TRỊ CẦN DỰA TRÊN CÁC DỮ KIỆN SAU:

- MỨC ĐỘ NẶNG CỦA PHẢN ỨNG VIÊM.
- MỨC ĐỘ TĂNG ĐÁP ỨNG MIỄN DỊCH.
- MỨC ĐỘ TỶ THƯƠNG XƯƠNG.

6.3. THUỐC ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG: BAO GỒM CÁC THUỐC KHÁNG VIÊM TÁC DỤNG NHANH.

6.3.1. KHÁNG VIÊM KHÔNG CORTICOID (NSAIDS):

- **CHỈ ĐỊNH:** VKDTTN CÓ PHẢN ỨNG VIÊM TĂNG NHẹ HOẶC VỪA, TỶ THƯƠNG KHỚP KHU TRÚ, CHƯA CÓ TĂNG GLOBULIN MIỄN DỊCH, CHƯA CÓ TỶ THƯƠNG XƯƠNG.
- CÁC NSAIDS ĐỀU CÓ HIỆU QUẢ KHÁNG VIÊM TƯƠNG ĐƯƠNG NHAU, DO ĐÓ VIỆC LỰA CHỌN LOẠI THUỐC NÀO TÙY THUỘC SỰ DUNG NẠP CỦA BỆNH NHI, HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÊN MỖI CÁ THỂ, VÀ ĐIỀU KIỆN KINH TẾ.
- TRÁNH LẠM DỤNG NSAIDS (TRÁNH PHỐI HỢP NSAIDS; CHỈ ĐỔI SANG NSAIDS KHÁC KHI THUỐC ĐANG DÙNG KHÔNG HIỆU QUẢ, NHƯNG VỚI ĐIỀU KIỆN PHẢN ỨNG VIÊM KHÔNG TIẾN TRIỂN NẶNG HƠN).
- CÁC NSAIDS ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH CHO TRẺ EM:

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- + ASPIRINE: 75 – 100MG/KG/NGÀY, CHIA 4 LẦN.
 - + NAPROXEN: 15 – 20 MG/KG/NGÀY, CHIA 2 LẦN.
 - + IBUPROFEN: 35 MG/KG/NGÀY, CHIA 3 – 4 LẦN.
- 6.3.2. CORTICOID**
- CHỈ ĐỊNH:
 - + THỂ HỆ THỐNG VỚI TỔN THƯƠNG PHỤ TẠNG.
 - + VKDTTN CÓ PHẦN ỨNG VIÊM TIẾN TRIỂN NẶNG, KHÔNG KHÔNG CHẾ ĐƯỢC BẰNG NSAIDS
 - + VKDTTN CÓ BIẾN CHỨNG VIÊM MÓNG MẮT THỂ MI/VIÊM MÀNG BỘ ĐÀO.
 - THUỐC:
 - + PREDNISON: LIỀU TẤN CÔNG 1 – 2 MG/KG/NGÀY, ĐỐI VỚI TRẺ < 20 KG (*LIỀU TỐI ĐA KHÔNG QUÁ 60 MG/NGÀY, ĐỐI VỚI TRẺ > 40 KG*), UỐNG BUỔI SÁNG.
 - + METHYL PREDNISOLONE (*SOLUMEDROL*): CHỈ ĐỊNH TRONG TRƯỜNG HỢP PHẦN ỨNG VIÊM TIẾN TRIỂN NẶNG KHÔNG KHÔNG CHẾ ĐƯỢC BẰNG CORTICOID UỐNG TẤN CÔNG, HOẶC NHỮNG TRƯỜNG HỢP CÓ TỔN THƯƠNG PHỤ TẠNG NẶNG ĐE DỌA SINH MẠNG TRẺ. LIỀU 3 – 5 MG/KG /NGÀY (*TRƯỜNG HỢP NẶNG CÓ THỂ DỪNG TỚI LIỀU 10 -20 MG/KG/NGÀY*), TTM TRONG 3 – 5 NGÀY, SAU ĐÓ CHUYỂN SANG PREDNISON UỐNG.
 - THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ:
 - + TRONG ĐỢT CẤP, CORTICOID ĐƯỢC DỪNG VỚI LIỀU TẤN CÔNG CHO TỚI KHI PHẦN ỨNG VIÊM GIẢM (*HẾT SỐT, HẾT ĐAU KHỚP VÀ TỐC ĐỘ LẮNG MÁU GIỜ ĐẦU GIẢM < 50 MM*). THỜI GIAN TẤN CÔNG THAY ĐỔI TÙY ĐÁP ỨNG CỦA PHẦN ỨNG VIÊM TRÊN LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG, NHƯNG KHÔNG NÊN KÉO DÀI > 4 TUẦN. ĐỐI VỚI CÁC TRƯỜNG HỢP ĐÁP ỨNG KÉM VỚI CORTICOID TẤN CÔNG NÊN PHỐI HỢP SỚM ĐIỀU TRỊ CƠ BẢN.
 - + SAU ĐỢT CẤP, CORTICOID ĐƯỢC GIẢM LIỀU DẦN (*TỐC ĐỘ GIẢM LIỀU TÙY THUỘC VÀO SỰ CẢI THIỆN NHIỀU HAY ÍT CỦA PHẦN ỨNG VIÊM*), VÀ THAY THẾ DẦN BẰNG NSAIDS SAU ĐÓ.
 - KHÁNG CORTICOID: HIỆN TƯỢNG KHÁNG CORTICOID KHÔNG LIÊN QUAN VỚI ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH, CŨNG NHƯ VẤN ĐỀ DỪNG THUỐC (*LIỀU LƯỢNG, THỜI GIAN*), NHƯNG CÓ LIÊN QUAN MẬT THIẾT VỚI CƠ ĐỊA CỦA BỆNH NHI (*ĐỘT BIẾN GEN TẠO RA THỤ THỂ GLUCOCORTICOID BẤT THƯỜNG, HOẶC CÓ SỰ HIỆN DIỆN KHÁNG THỂ KHÁNG LIPOCORTIN*). DO ĐÓ, KHÔNG CÓ PHÁC ĐỒ CỨNG NHẮC ĐỐI VỚI CORTICO LIỀU PHÁP TRONG BỆNH KHỚP. ĐỐI VỚI CÁC TRƯỜNG HỢP CÓ BIỂU HIỆN KHÁNG CORTICOID, NÊN PHỐI HỢP SỚM THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH MẠNH.

6.4. THUỐC ĐIỀU TRỊ CƠ BẢN

6.4.1. THUỐC THAY ĐỔI DIỄN TIẾN BỆNH (DISEASE MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS, DMARDS):

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- CHỈ ĐỊNH:
 - KHI PHẦN ỨNG VIÊM TIẾN TRIỂN MẠNH, ĐÁP ỨNG KÉM VỚI THUỐC KHÁNG VIÊM TÁC DỤNG NHANH, GÂY NGUY CƠ HỦY XƯƠNG SỚM DO VIÊM; HOẶC VKDTTN ĐÃ CÓ TỔN THƯƠNG XƯƠNG.
- THUỐC:
 - + **SULFASALAZINE (SZP):**
 - THỜI GIAN BẮT ĐẦU CÓ TÁC DỤNG TỪ 1 – 3 THÁNG, DO ĐÓ THUỐC CẦN ĐƯỢC PHỐI HỢP VỚI KHÁNG VIÊM TÁC DỤNG NHANH (*CORTICOID/NSAIDS*) TRONG GIAI ĐOẠN VIÊM CẤP. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TỐT KHI TỔN THƯƠNG XƯƠNG NHẸ (*< GĐ II*) VÀ PHẦN ỨNG VIÊM TĂNG VỪA, KHU TRÚ. THUỐC CỨNG TỎ RA CÓ HIỆU QUẢ Ở THỂ ÍT KHỚP VỚI VIÊM CỘT SỐNG ĐÍNH KHỚP.
 - **LIỀU & CÁCH CHO THUỐC:** SZP ĐƯỢC CHO THEO PHƯƠNG PHÁP GIẢI MẮN CẢM VỚI LIỀU TĂNG DẦN MỖI TUẦN TỪ 250 - 500MG, CHO ĐẾN KHI ĐẠT TỔNG LIỀU 50 MG/KG/NGÀY (*HOẶC CÓ THỂ DỪNG LẠI Ở LIỀU THUỐC TỎ RA CÓ HIỆU QUẢ TRÊN LÂM SÀNG*).
 - CHỐNG CHỈ ĐỊNH DÙNG SZP Ở BỆNH NHÂN CÓ DỊ ỨNG VỚI SALICYLATE HOẶC SULFONAMIDE.
 - KHÔNG PHỐI HỢP SZP VỚI CORTICOID TRONG GIAI ĐOẠN CẤP CỦA VKDTTN THỂ HỆ THỐNG.
 - TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ CẦN THEO DÕI SÁT CÁC TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC, CẦN KIỂM TRA MỖI THÁNG/3 THÁNG ĐẦU, SAU ĐÓ MỖI 3 THÁNG MỘT LẦN CÁC XN: SGOT, PT; TQ, TCK; CTM; VS; TPTNT...
 - + **METHOTREXATE (MTX):**
 - CHỈ ĐỊNH TRONG CÁC TRƯỜNG HỢP VKDTTN KHÁNG TRỊ, HOẶC PHỤ THUỘC CORTICOID. NGOÀI RA, THUỐC CẦN ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH SỚM Ở CÁC TRƯỜNG HỢP VKDTTN CÓ PHẦN ỨNG VIÊM TIẾN TRIỂN NẶNG KÉM TĂNG ĐÁP ỨNG MIỄN DỊCH DỊCH THỂ MẠNH VÀ KÉO DÀI, HOẶC VKDTTN CÓ TỔN THƯƠNG XƯƠNG NẶNG.
 - **LIỀU LƯỢNG & CÁCH CHO THUỐC:** MTX TỎ RA CÓ HIỆU QUẢ VỚI LIỀU THẤP 10 MG/M²/1 TUẦN. CẢ BIỆT CÓ THỂ TĂNG ĐẾN 1 MG/KG (*1 LẦN TRONG TUẦN, UỐNG VÀO NGÀY GIỜ NHẤT ĐỊNH*).
 - **PHỐI HỢP THUỐC:**
 - CORTICOID LÀ THUỐC PHỐI HỢP TỐT VỚI MTX, TRONG GIAI ĐOẠN TẤN CÔNG DỪNG LIỀU 1 – 2MG/KG/NGÀY, GIẢM LIỀU DẦN VÀ DUY TRÌ VỚI LIỀU THẤP 7,5MG/NGÀY TRONG MỘT THỜI GIAN DÀI TRƯỚC KHI NGỪNG CORTICOID. MTX CÓ THỂ TIẾP TỤC SỬ DỤNG LÂU DÀI SAU KHI HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐẠT ĐƯỢC (*TỪ 3 – 6 THÁNG KỂ TỪ LÚC BẮT ĐẦU SỬ*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

DỤNG), NHƯNG CẦN THEO DÕI SÁT CÁC TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC NHƯ VIÊM DẠ DÀY, PHÁT BAN, ĐỘC GAN, VIÊM PHỔI KẾ, ỨC CHẾ TỦY XƯƠNG ... ĐỂ GIÁN ĐOẠN THUỐC KỊP THỜI.

- o PHỐI HỢP MTX VÀ NSAIDS KHÔNG CÓ LỢI VÌ NSAIDS LÀM GIẢM HOẠT TÍNH CỦA MTX, ĐỒNG THỜI MTX LÀM TĂNG TÁC DỤNG ĐỘC CỦA NSAIDS TRÊN THẬN. NẾU CẦN THIẾT PHẢI PHỐI HỢP, NÊN NGỪNG NSAIDS 24 GIỜ TRƯỚC KHI UỐNG MTX. ASPIRINE KHÔNG NÊN PHỐI HỢP VỚI MTX VÌ LÀM GIẢM NỒNG ĐỘ MTX TRONG MÁU VÀO GIỜ THỨ 3 SAU KHI UỐNG, DO ĐÓ LÀM GIẢM HIỆU QUẢ TRỊ LIỆU CỦA MTX.

6.4.2. THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH

- NGOÀI METHOTREXATE LÀ THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH ĐƯỢC CƠ QUAN ĐĂNG KIỆM DƯỢC PHẨM CỦA MỸ (FDA) CŨI NHƯ MỘT THUỐC CHỐNG THẮP KHỚP LÀM THAY ĐỔI DIỄN TIẾN CỦA BỆNH (DMARDS), ĐƯỢC SỬ DỤNG RỘNG RÃI TRONG ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH LÝ KHỚP Ở NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM. MỘT SỐ THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH MẠNH KHÁC NHƯ CYCLOSPORINE A, AZATHIOPRINE, CYCLOPHOSPHAMIDE ... CŨNG ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH KHI CÓ NHỮNG BIẾN CHỨNG NẶNG ĐE DỌA SINH MẠNG TRẺ NHƯ: HỘI CHỨNG THỰC BẢO TẾ BẢO MÁU, HỘI CHỨNG ĐÔNG MÁU NỘI MẠCH LAN TỎA, VIÊM MẠCH MÁU (ĐẶC BIỆT VIÊM MẠCH MÁU PHỔI GÂY CAO ÁP PHỔI, DẪN ĐẾN BIẾN CHỨNG SUY TIM, SỐC TIM), BIẾN CHỨNG THOẢI HÓA TINH BỘT (AMYLOIDOSE) Ở CÁC PHỤ TẠNG (ĐẶC BIỆT Ở THẬN)

...

6.5. ĐIỀU TRỊ NÂNG ĐỒ

- VẬT LÝ TRỊ LIỆU VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG; TÂM LÝ LIỆU PHÁP; CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG HỢP LÝ.

7. THEO DÕI & TÁI KHÁM

7.1. TRONG GIAI ĐOẠN CẤP

- CẦN THEO DÕI ĐÁP ỨNG CỦA PHẢN ỨNG VIÊM TRÊN LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG (SÓT, SỰNG ĐAU KHỚP, TỔN THƯƠNG NGOÀI KHỚP, VS, ĐIỆN DI PROTEIN HUYẾT TƯƠNG), VÀ TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC ĐỂ ĐIỀU CHỈNH TRỊ LIỆU KỊP THỜI.

7.2. TRONG GIAI ĐOẠN DUY TRÌ

- VKD TTN LÀ MỘT BỆNH LÝ MẠN TÍNH, DO ĐÓ BỆNH NHI CẦN ĐƯỢC THEO DÕI, TÁI KHÁM LÂU DÀI TRONG NHIỀU NĂM ĐỂ DUY TRÌ CHẾ ĐỘ ĐIỀU TRỊ HỢP LÝ, NHẪM MỤC ĐÍCH NGĂN CHẶN PHẢN ỨNG VIÊM TIẾN TRIỂN GÂY PHÁ HỦY KHỚP, VÀ TỔN THƯƠNG PHỤ TẠNG.
- THEO DÕI CÒN NHẢM PHÁT HIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ KỊP THỜI CÁC BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH VÀ TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC.

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2