

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 50

HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 50

HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

- 06 < Điều trị nội khoa cho các vấn đề không liên quan đến hiếm muộn của hội chứng buồng trứng đa nang
Hồ Mạnh Tường
- 10 < Đề kháng insulin trong hội chứng buồng trứng đa nang
Lý Thiện Trung, Hồ Ngọc Anh Vũ
- 15 < Vai trò của AMH trong hội chứng buồng trứng đa nang
Võ Văn Cường
- 18 < Hội chứng buồng trứng đa nang ở thanh thiếu niên
Phạm Mỹ Hoàng Văn
- 22 < Thừa cân, béo phì ở phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang và cách quản lý Lê Long Hồ
- 25 < Cập nhật tình hình nghiên cứu về tình trạng thiếu vitamin D ở phụ nữ mang hội chứng buồng trứng đa nang
Lâm Đỗ Phương Uyên
- 30 < Cải thiện triệu chứng nam hóa ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 34 < Hội chứng buồng trứng đa nang và mối liên quan với rối loạn tăng huyết áp thai kỳ
Bùi Quang Trung
- 37 < Nguy cơ đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang Lê Tiểu My
- 41 < Hội chứng buồng trứng đa nang và nguy cơ sinh non
Nguyễn Khánh Linh
- 44 < So sánh giữa myo-inositol và metformin trên lâm sàng, chuyển hóa và tham số di truyền ở hội chứng buồng trứng đa nang Tăng Quang Thái
- 50 < Nên thực hiện IVF hay IVM ở bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang?
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 54 < Chia sẻ một số kinh nghiệm lâm sàng trong việc lựa chọn bệnh nhân PCOM tối ưu cho IVM
Nguyễn Khánh Linh
- 57 < Ngân hàng sữa mẹ bệnh viện Từ Dũ: công trình mang ý nghĩa khoa học và tính nhân văn
Nguyễn Thị Minh Tâm
- 60 < Các hệ thống đánh giá và phân giai đoạn lạc nội mạc tử cung
Lê Tiểu My
- 65 < Đưa ra quyết định dựa trên thực chứng trong y học sinh sản
Nguyễn Thùy Linh Trang, Châu Uy Bằng, Lê Đăng Khoa
- 69 < Lựa chọn ưu tiên và chuyển viện trẻ sơ sinh bệnh tim bẩm sinh
Nguyễn Khôi

JOURNAL CLUB

- 74 < Vị thế của nuôi dưỡng thành non trong ống nghiệm trong kỹ thuật hỗ trợ sinh sản
- 76 < Nghiên cứu đầu tiên trên thế giới so sánh trực tiếp hiệu quả dự phòng sinh non trên song thai của hai biện pháp can thiệp: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng được thực hiện tại Việt Nam
- 78 < Kết cục thai kỳ tiền sản giật khởi phát sớm theo phương thức chấm dứt thai kỳ
- 79 < Cập nhật hướng dẫn thực hành lâm sàng về tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ
- 81 < Đồng thuận về định nghĩa thai chậm tăng trưởng chọn lọc trên thai kỳ song thai
- 82 < Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản không làm tăng nguy cơ ung thư ở trẻ em và thanh thiếu niên
- 83 < Điều trị cấp cứu tăng huyết áp nặng cấp tính trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản
- 85 < U buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh: phẫu thuật hay theo dõi?
- 87 < Hiệu quả sử dụng GnRH agonist so với hCG trong gây phóng noãn ở bệnh nhân PCOS điều trị IUI: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng

89 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 52
LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG - BỆNH TUYẾN CỐ TỬ CUNG
Tập 52 sẽ xuất bản vào tháng 12/2019.
Hạn gửi bài cho tập 52 là 20/8/2019.

Chuyên đề tập 53
CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN - Y HỌC BẢO THAI
Tập 53 sẽ xuất bản vào tháng 3/2020.
Hạn gửi bài cho tập 53 là 20/11/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin – kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 – 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 – 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất).

Journal Club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 700 – 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2019



Hội viên liên kết Vàng 2019



LỰA CHỌN ƯU TIÊN VÀ CHUYỂN VIỆN TRẺ SƠ SINH BỆNH TIM BẨM SINH

Nguyễn Khôi

Bệnh viện Đại học Y Dược



Những tiến bộ trong chăm sóc, điều trị bệnh tim mạch đã mang lại sự sống cho những trẻ dị tật bẩm sinh tim mà trước đây khi chúng bị khiếm khuyết này thì đồng nghĩa với cái chết. Phần lớn những trẻ này xuất hiện tại các nơi xa xôi như đơn nguyên sơ sinh tuyến huyện, tỉnh hay phòng khám và cũng có thể tại khoa cấp cứu. Sự ổn định ban đầu cho trẻ để chuyển đến những trung tâm chuyên sâu nhằm chẩn đoán can thiệp hay phẫu thuật kịp thời là rất quan trọng.

Trong một nghiên cứu đa trung tâm gần đây đã chứng minh rằng gần 10% trong những trẻ cần được chuyển viện có chẩn đoán là bệnh tim mạch. Trong đó, đa số là bệnh tim bẩm sinh tím kèm những vấn đề khác như: suy tim, suy hô hấp, hội chứng nhiễm trùng nên sự ổn định ban đầu và chuyển viện thường phức tạp bởi đòi hỏi rất nhiều can thiệp, thiếu chẩn đoán xác định cùng những bệnh nặng tiềm ẩn khác.

LỰA CHỌN ƯU TIÊN

Để chuyển viện thành công thì ngay lúc đầu bác sĩ cần nắm bắt được nhu cầu cần chuyển viện của trẻ qua thăm khám, sàng lọc, lựa chọn thông tin để đưa ra những khuyến cáo thích hợp nhằm ổn định trẻ. Dưới đây là những thông tin tối thiểu cần được tóm tắt và hoàn tất trước chuyển viện:

- Tiền sử và bệnh sử.
- Tình trạng hiện tại, bao gồm dấu hiệu sinh tồn: đường thở, nhịp thở, nhiệt độ, nhịp tim, huyết áp, mạch, dấu hiệu tưới máu mô. Đánh giá thần kinh:

thang điểm Glasgow hay mức độ ý thức, tổng trạng.

- Kết quả xét nghiệm: glucose máu, công thức máu, điện giải đồ, cấy máu.
- Kết quả chẩn đoán hình ảnh.
- Các can thiệp và điều trị đã làm.

ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG TỔNG QUÁT

Đường thở

Đánh giá đường thở trẻ gồm có hai phần: tình trạng thông thoáng đường thở và khả năng bảo vệ đường thở. Tùy theo tình trạng trẻ, có thể chỉ cần đặt lại tư thế đầu cho trẻ hay cũng có thể cần phải đặt nội khí quản giúp thở.

Hô hấp

Nên quan sát cách trẻ thở với khí trời trước khi can thiệp. Xác định tư thế bệnh nhân, nhịp thở, kiểu thở hay công thở để đánh giá mức độ suy hô hấp sẽ cung cấp chỉ định ngay lập tức cho tình trạng nặng. Nên sử dụng SpO₂ để đánh giá mức độ tím.

T tuần hoàn

Nhịp tim, mạch ngoại biên so với trung tâm, thời gian đổ đầy mao mạch, huyết áp tứ chi, mức độ ý thức, và phân suất nước tiểu. Xác định sớm và hồi sức cho những trẻ tưới máu kém có ý nghĩa rất lớn trong giới hạn những tác hại liên quan đến sốc mất bù và hội chứng suy đa cơ quan.

Đường huyết

Đường huyết là xét nghiệm bắt buộc cho mọi trẻ cần phải chuyển viện. Đánh giá đường huyết là rất quan trọng, có khoảng 18% trẻ có hạ đường huyết

khi nhập khoa cấp cứu nhận bệnh và liên quan đến 55% tỷ lệ tử vong trong chuyển viện.

Nhiệt độ

Trẻ sơ sinh xảy ra mất nhiệt rất nhanh và làm ấm ổn định lại thân nhiệt rất chậm. Mỗi 1 độ giảm dưới thân nhiệt 36°C thì trẻ sẽ tăng tỷ lệ tử vong lên 28% và tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh muộn lên 11%.

CHẨN ĐOÁN VÀ SỰ ỔN ĐỊNH TRƯỚC CHUYỂN VIỆN

An toàn và ổn định trong chuyển viện là trách nhiệm được chia đều cho cả nơi chuyển đi, đội ngũ chuyển viện và nơi tiếp nhận. Mục tiêu của bài viết này tập trung vào những dị tật bẩm sinh tim, những tình huống đặc biệt cần chuyển viện nhằm cung cấp kiến thức và kinh nghiệm cho tuyến chuyển đi cũng như đội ngũ thực hiện nhiệm vụ này.

DỊ TẬT TIM KÈM TĂNG DÒNG MÁU LÊN PHỔI

Dị tật tim bẩm sinh có kèm tăng dòng máu lên phổi thường xuất hiện với dấu hiệu quá tải tuần hoàn. Những trẻ này sẽ xuất hiện triệu chứng suy tim vào khoảng 3 tháng tuổi. Nếu suy tim trước 8 tuần tuổi nên được đánh giá về khả năng tắc nghẽn đường thoát thất trái, xuất hiện ngay sau khi ống động mạch (PDA) đóng và biểu hiện sốc.

Biểu hiện lâm sàng

Như đã đề cập trên, đánh giá bệnh nhân cần theo trình tự như được khuyến cáo ABC: airways, breathing, circulation. Những trẻ có tổn thương tim dẫn đến suy tim, triệu chứng xuất hiện chính là hô hấp vì trẻ sẽ bị phù phổi cấp hay viêm phổi. Khi hỏi bệnh sẽ phát hiện có sự gia tăng dần dần hoạt động gắng sức của cơ hô hấp, ăn uống kém, sụt cân.

Qua thăm khám: trẻ này thường biểu hiện gầy, tái nhợt nhưng chiều dài và vòng đầu thì bình thường. Nhịp tim nhanh, thở nhanh kèm triệu chứng suy hô hấp và gan to. Nghe phổi thường không phát hiện rale, tuy nhiên trẻ hay có triệu chứng khó khè. Nhìn chung, những trẻ này hiếm khi xuất hiện suy chức năng cơ tim hay sốc nhưng thường có giảm oxy máu và suy hô hấp tiến triển.

X-quang tim phổi

X-quang sẽ cho hình ảnh có hay không dấu hiệu

tăng tuần hoàn phổi. Có thể có xẹp phổi hay tăng thông khí quá mức.

Can thiệp ổn định

Ổn định trước tiên là hệ hô hấp. Nếu trẻ có giảm oxy máu hay suy hô hấp cần cung cấp oxy sớm và hỗ trợ hô hấp nhằm ngăn ngừa đặt nội khí quản. Sử dụng nồng độ oxy mức thấp nhất có thể để duy trì SpO₂ thích hợp, và lưu ý khả năng dẫn mạch của oxygen, làm cho bệnh cảnh xấu đi ở những trẻ có shunt trái phải. Nếu trẻ đảm bảo được SpO₂ nhưng vẫn thở khó nên xem xét chỉ định lợi tiểu. Ngay cả khi đã cung cấp đầy đủ oxy và lợi tiểu nhưng tình trạng trẻ vẫn xấu thì nên xem xét chỉ định đặt nội khí quản trước khi chuyển viện. Trong trường hợp chức năng tim kém, có thể bắt đầu thuốc vận mạch như epinephrine và dopamine; tuy nhiên, thuốc ức chế men phosphodiesterase III như amrinone hay milrinone cũng có thể sử dụng. Nếu trẻ phải dùng thuốc vận mạch với mức cao thì nên xem xét những chẩn đoán khác có thể như nhiễm trùng huyết.

– Thông liên nhĩ và thông liên thất có thể dẫn đến quá tải tim phải và phổi. Nếu trẻ có suy tim thì nên chỉ định oxygen, thuốc trợ tim và lợi tiểu. Hạn chế dịch, giữ tốc độ dịch: 60 – 80 ml/kg/ngày.

– Nếu trẻ có PDA kháng trị với thuốc cần chuyển đến khoa tim mạch can thiệp. Oxygen nên sử dụng rất cẩn trọng đối với những trẻ non tháng có PDA lớn vì nó sẽ làm gia tăng quá tải tuần hoàn phổi sau khi kháng lực mạch máu phổi giảm. Khi quá tải tuần hoàn phổi xảy ra thì khả năng đảo shunt tại PDA và gây giảm oxygen máu.

– Thân chung động mạch: thường động mạch phổi xuất phát từ thân chung và nhận lượng máu từ tuần hoàn hệ thống kèm với shunt trái phải làm cho quá tải tuần hoàn phổi. Suy tim thường hiếm xảy ra ở giai đoạn sơ sinh.

– Bất thường tĩnh mạch phổi về tim: biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào số lượng, vị trí, và có hay không sự tắc nghẽn các nhánh tĩnh mạch phổi bất thường này. Cơ tim có thể xuất hiện trong giai đoạn sơ sinh khi kháng lực mạch máu phổi (PVR) còn cao làm hạn chế dòng máu phổi, nhưng khi PVR giảm thì SpO₂ có thể dao động từ 80 – 90%. Đối với thể tắc nghẽn thường xuất hiện triệu chứng tím sớm trong giai đoạn sơ sinh, suy thất phải và sốc tim đòi

hỏi phải can thiệp cấp cứu. Cần hạn chế dịch cho những bệnh nhân này và nên bắt đầu prostaglandin E1, tuy nó không giúp ích trong cải thiện độ bão hòa oxy máu nhưng giúp mở PDA cải thiện dòng máu hệ thống. Lưu ý, tổn thương này rất khó phân biệt với cao áp phổi tồn tại ở trẻ sơ sinh ở những nơi giới hạn về phương tiện chẩn đoán.

TỔN THƯƠNG TẮC NGHẼN BUỒNG TỔNG THẤT TRÁI

Đây là tổn thương gây ra sốc tim hay gặp nhất ở trẻ dưới 1 tháng tuổi. Những trẻ này có thể xuất hiện triệu chứng suy tim trước khi ống động mạch đóng lại. Một khi ống động mạch đóng lại, dường như trẻ có một bệnh cảnh giống nhiễm trùng huyết vì cung lượng tim kém (tưới máu kém) và toan chuyển hóa nặng. Chính vì lý do này mà sốc nhiễm trùng là chẩn đoán phân biệt đầu tiên và trẻ nên được điều trị hai tình trạng này song song cho đến khi có được chẩn đoán rõ ràng.

Biểu hiện lâm sàng

Khám lâm sàng thấy trẻ thở nhanh, suy hô hấp diễn tiến nặng dần, có cơn ngưng thở, nhịp tim nhanh, lơ mơ, hay kích thích, gan to. Trường hợp nặng, sẽ sốc, mạch yếu hay không bắt được, khí máu động mạch cho thấy toan chuyển hóa nặng ($\text{pH} < 7,2$), PaCO_2 thấp, PaO_2 50 – 70 mmHg. Giảm oxy máu có thể do phù phổi và/hoặc shunt phải trái qua PDA, tuy nhiên cung cấp oxy cho bệnh nhân này cần hết sức thận trọng vì khả năng co thắt PDA làm nặng thêm bệnh nhân này.

X-quang tim phổi

Có thể biểu hiện bóng tim to kèm phù phổi

Can thiệp ổn định

Ổn định tình trạng cấp cứu trong những trường hợp này tập trung việc duy trì ống động mạch và gia tăng dòng máu hệ thống. Truyền PGE1 rất quan trọng trong việc giữ PDA không đóng lại. Khi dòng máu hệ thống cải thiện, tưới máu ngoại biên sẽ hồi phục, công suất nước tiểu sẽ tăng lên, và tình trạng toan chuyển hóa sẽ giải quyết từ từ. Trường hợp toan chuyển hóa nặng gây rối loạn chức năng cơ tim nên được điều trị với sodium bicarbonate. Ngoài ra, còn có thể sử dụng dopamine, dobutamine, amrinone, và milrinone.

Chỉ định đặt nội khí quản khi:

- Trễ ngưng thở (trẻ truyền PGE1 liều $> 15 \text{ ng/kg/ph}$ có thể gây ngưng thở).
- Sốc dai dẳng.
- Lơ mơ hay hôn mê.
- Nguy cơ suy hô hấp trở nặng trên đường chuyển viện.

Điều trị thông khí hỗ trợ giúp ngăn ngừa quá tải tuần hoàn phổi bằng giữ tỷ số tưới máu phổi và tưới máu hệ thống (Qp:Qs) 1:1, SpO_2 : 80 – 85% và PaO_2 : 35 – 40 mmHg.

– Thiếu sản động mạch chủ (AS: aortic stenosis): triệu chứng xuất hiện ngay giai đoạn sơ sinh hay trẻ nhỏ. Trong thiếu sản nặng, động mạch chủ biểu hiện sớm giai đoạn sơ sinh khi mà ống động mạch đóng lại. Huyết áp tứ chi thấp. Trường hợp AS không được chẩn đoán trong giai đoạn sơ sinh, trẻ lớn hơn sẽ có biểu hiện mệt, khó thở khi gắng sức và hiếm khi sốc.

– Hẹp eo động mạch chủ: triệu chứng có thể xuất hiện trễ lúc 8 tuần tuổi và nên nghi ngờ khi có dấu hiệu sốc tim ở trẻ trong giai đoạn này. Bắt mạch sẽ thấy sự khác biệt giữa mạch cảnh và chi trên so với mạch chi dưới hay mạch đùi. Huyết áp cũng có sự khác nhau này.

– Hội chứng thiếu sản tim trái: triệu chứng xuất hiện sớm trong tuần lễ đầu đời. Bệnh nhân suy sụp nhanh do nguồn cung cấp máu hệ thống qua PDA bị đóng lại. Trẻ tím nặng, tụt huyết áp, và toan chuyển hóa. Cần đặt nội khí quản, thuốc vận mạch và bù NaHCO_3 . Giữ tỷ số tưới máu phổi và tưới máu hệ thống (Qp:Qs) 1:1 là hết sức quan trọng trong duy trì tính mạng trẻ. Khí máu động mạch: pH : 7,4; PaO_2 : 35 – 40 mmHg; PaCO_2 : 35 – 40 mmHg; HCO_3 : 24 mmol/l; FiO_2 cung cấp sao cho đạt SpO_2 quanh 70%. Có thể cho thêm an thần và dân cơ để kiểm soát hô hấp.

DỊ TẬT TIM BẨM SINH KÈM GIẢM DÒNG MÁU PHỔI

Tiền sử

Gia đình có ai mắc bệnh dị tật bẩm sinh tim, dị tật khác, hay chết lúc sinh không? Tiền sử mẹ có bị đái tháo đường, nhiễm trùng rubella, coxsackie, nhiễm xạ.

Khám lâm sàng

Đánh giá tổng trạng, tình trạng kích thích hay bất rút, thở nhanh, thở rên, phập phồng cánh mũi và co kéo. Trẻ bị tim bẩm sinh tím thường thấy tím trung tâm, thở nhanh và ít khi gia tăng công thở. Sử dụng SpO_2 trước ống động mạch và sau ống động mạch đặc biệt hữu ích để xác định shunt ống động mạch cũng như dấu chỉ điểm của tim bẩm sinh tím.

Cận lâm sàng

X-quang có thể cho thấy: phế trường phổi tăng sáng, tuần hoàn phổi giảm, bóng tim to. Nếu có bất cứ dấu hiệu nghi ngờ nào, test hyperoxia có thể hữu ích trong xác định nguyên nhân tím. Khả năng có shunt phải trái khi $\text{PaO}_2 < 200 \text{ mmHg}$ với $\text{FiO}_2 100\%$. Những can thiệp ngay lập tức ở trẻ tím và có khí máu động mạch $\text{pH} < 7,28$; $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$; $\text{PaO}_2 < 50 \text{ mmHg}$ với $\text{FiO}_2 \geq 50\%$.

Can thiệp ổn định

Prostaglandin E1 nên được sử dụng bất cứ tình huống nào nếu nghi ngờ tim bẩm sinh tím. Một số tác giả khuyến cáo nên đặt nội khí quản trước chuyển viện để tránh nguy cơ ngưng thở và giảm nguy cơ tím nặng hơn. Thêm thuốc an thần và dẫn cơ để kiểm soát tốt hô hấp.

– **Tứ chứng Fallot:** Trong giai đoạn sơ sinh có một lượng ít máu qua shunt phải trái nên tạo cho trẻ trông có vẻ đặc trưng hay còn gọi “hồng kiểu fallot”. Lâm sàng có thể xuất hiện cơn tím do giảm oxy máu nặng nhưng hiếm trong giai đoạn sơ sinh. Khi trẻ phát triển, sự tắc nghẽn dạng hình phễu tại động mạch phổi ngày càng rõ dẫn đến shunt phải trái càng nhiều và dễ xuất hiện tím hơn. Chủ yếu xảy ra khoảng từ 2 đến 4 tháng tuổi. Yếu tố khởi phát cơn tím gồm: sốt, mất nước, đau hay các thủ thuật như hút đàm nhớt. X-quang: có thể thấy dấu hiệu hình chiếc hài. Xử trí cơn tím bao gồm: thông khí đường thở, cung cấp oxy, thuốc an thần: morphin, ức chế beta, và kiểm soát thể tích máu. Thuốc vận mạch làm gia tăng kháng lực ngoại biên, nhưng cách đơn giản là cho bệnh nhân ở tư thế gối – ngực.

– **Hẹp hay thiếu sản động mạch phổi nặng kèm vách liên thất nguyên vẹn:** do sự tắc nghẽn của dòng máu qua van động mạch phổi nên trẻ tím rất nặng. Những trẻ này ngay sau sinh phải truyền ngay PGE1 để đảm bảo đủ thể tích dòng máu phổi và khi có

suy chức năng thất thì nên sử dụng thuốc vận mạch. Những trẻ lớn hơn với hẹp động mạch phổi hiếm khi diễn tiến đến cơn tím, nếu có thường do ASD có shunt phải sang trái.

– **Chuyển vị đại động mạch (TGA):** là khiếm khuyết tim bẩm sinh tím thường gặp nhất. Bất cứ trẻ nào có dấu hiệu tím trung ương, tím khác biệt và diễn tiến khác lạ: như tím chi trên, chi dưới hồng. Trong trường hợp này, trẻ đáp ứng rất ít với điều trị dịch, cung cấp oxy và truyền PGE1. Tuy nhiên, khi trẻ không đáp ứng, cần một thủ thuật xé vách liên nhĩ cấp cứu để tạo điều kiện pha trộn máu đỏ và máu đen. Thời gian để chuyển đến trung tâm tim mạch nhi khoa phá vách liên nhĩ là yếu tố sống còn đối với trẻ này. Những trẻ này có kèm VSD có thể có suy tim, nên thuốc trợ tim và lợi tiểu sẽ được chỉ định. Nên theo dõi canxi và ghi nhớ rằng TGA hay đi kèm hội chứng DiGeorge.

CÁC NGUYÊN NHÂN ĐẶC BIỆT KHÁC (NGUYÊN NHÂN RỐI LOẠN NHỊP ĐỀ CẬP TRONG MỘT BÀI KHÁC)

Bệnh cơ tim là một nguyên nhân thường gặp gây suy tim ở trẻ em. Bệnh cơ tim dần nở và phì đại là hai loại gây khó khăn, thách thức cho đội ngũ chuyển viện vì khó phân biệt nếu không có chỉ dẫn của siêu âm tim. Sự khác biệt của hai nguyên nhân này cần dựa vào lâm sàng, huyết động học, đặc điểm cấu trúc, một số cái chồng lấp lên nhau.

Đặc điểm lâm sàng

Những triệu chứng suy tim có thể xảy ra ở giai đoạn sơ sinh hay trẻ nhỏ. Tuy nhiên, nặng hơn ở trẻ nhỏ, có thể biểu hiện cả suy tuần hoàn và sốc. Trẻ có chức năng tim kém sẽ biểu hiện lo lắng kèm nhịp tim nhanh, thở nhanh, có thể có rên rì, CRT kéo dài và giảm hay tụt huyết áp. Tụt huyết áp do giảm phân suất tống máu và trong trường hợp nặng có thể gây phù phổi cấp. Sự ổn định tập trung lên giảm tải công cơ tim kèm với tăng chức năng cơ bóp.

Can thiệp ổn định

Mức độ tổn thương tim phổi sẽ chỉ ra mức độ can thiệp để ổn định. Những bệnh nhân nhẹ chỉ cần cung cấp oxy và thuốc lợi tiểu để cải thiện huyết động. Trong trường hợp nặng, cần kiểm soát đường thở và công thở. Giảm công thở sẽ làm giảm nhu cầu

chuyển hóa của cả cơ hô hấp và cơ tim. Do đó làm giảm tác động xấu lên hệ thống tim phổi đang suy yếu. Hơn nữa, áp lực trung bình đường thở cao sẽ làm giảm shunt trong phổi ngăn ngừa phù phổi nặng. Sử dụng PEEP cao phải thật cẩn thận vì nó làm giảm lưu lượng máu về tim phải. Sau khi kiểm soát được đường thở và công thở thì sự ổn định tiếp theo là sử dụng thuốc vận mạch. Những thuốc kích thích giao cảm như dopamine, dobutamine, epinephrine nên được chỉ định và lưu ý liều cao làm gia tăng hoạt động co mạch và tăng nhịp tim. Amrinone hay milrinone có thể hữu ích trong cải thiện sức co bóp cơ tim hỗ trợ dẫn mạch và gia tăng chức năng tâm thu cũng có thể là tâm trương của tim. Thuốc dẫn mạch ngoại biên như nitroprusside và hydralazine có thể giúp làm giảm hậu tải. Khi toan chuyển hóa nặng sẽ làm cho xấu thêm chức năng tim mạch của trẻ, sodium bicarbonate có thể được chỉ định.

– Bệnh cơ tim dẫn nở: lý do chính phải ghép tim. Có khoảng 31% bệnh nhân diễn tiến dẫn thất, suy chức năng tâm thu nặng và phải được ghép tim

trong 1 năm sau khi phát hiện. Bệnh đặc trưng bởi dẫn thất và suy chức năng tâm thu. X-quang phổi thấy bóng tim to kèm sung huyết tuần hoàn phổi.

– Bệnh cơ tim phì đại là một bệnh chủ yếu cơ tim, có thể chẩn đoán dựa vào sự phì đại của thất trái và không dẫn buồng thất. Nhìn chung, X-quang ngực bình thường. Đây là nguyên nhân đột tử ở trẻ em và người lớn.

Tóm lại, chuyển viện là một công việc khó khăn và nhiều rủi ro tiềm ẩn. Thành công trong chuyển viện được quyết định bởi sự đánh giá và nhận định ban đầu của bác sĩ khám trẻ vì sự chậm trễ sẽ làm trẻ nặng hơn và có thể tử vong trên đường chuyển viện. Ngoài ra, kỹ năng lâm sàng và kiến thức cũng không kém phần quan trọng để đảm bảo an toàn và tính mạng cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bradley A. Kuch and Richard A. Orr. Basic Medical and Surgical Concepts: triage and transport of infants and children with cardiac disease. *Critical Care of Children with Heart Disease* 2010, 2: 13-21.
2. Hilary EA Whyte, Ann L. Jefferies. Statement of Canadian Paediatric Society: the interfacility transport of critically ill newborn. *Paediatr Child Health*. 2015, 20: 265-269.
3. Padmanabhan Ramnarayan, Zafurallah Intikhab, Neil Spenceley, Ilias Iliopoulos, Alana Duff, Johnny Millar. Inter-hospital transport of the child with critical cardiac disease. *Cardiology in the Young*. 2017, 27: S40 – S46.

Mời gửi bài báo tham gia dự án

CẬP NHẬT CÔNG BỐ QUỐC TẾ SẢN PHỤ KHOA 2017 - 2018

