

ĐIỀU TRỊ CƠN TÍM

I- ĐỊNH NGHĨA:

Cơn tím là hiện tượng khó thở dữ dội và tím tái nặng thường xảy ra ở trẻ nữ nhi và trẻ nhỏ bị tứ chứng Fallot, ít gặp ở trẻ dưới 2 tháng và trẻ lớn. Là bệnh lý nặng có thể dẫn đến tử vong. Tuy vậy cơn tím có thể xảy ra ở bất kỳ bệnh tim bẩm sinh nào có kết hợp thông liên thất rộng và hẹp động mạch phổi nặng.

II- CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a) Hỏi:

- Thời gian xuất hiện cơn tím: sáng sớm (sau một giấc ngủ dài), sau gắng sức (khóc, đi tiêu...), khi sốt, ói, tiêu chảy.
- Đặc điểm cơn: mức độ tím, tư thế, phương pháp làm giảm cơn (tư thế gối ngực, ngồi xổm), kéo dài của cơn.

b) Khám:

- Tím tăng nhiều, SaO₂ giảm
- Thở nhanh, sâu
- Khám tim: nhịp tim thường không tăng, âm thổi tâm thu dạng phụt của hẹp ĐMP giảm hoặc biến mất.
- Kích thích, vật vã, lơ mơ, có thể co giật do giảm ôxy não.

c) Đề nghị xét nghiệm:

- Công thức máu (lấy máu TM). Chú ý tình trạng cô đặc máu và giảm tiểu cầu.
- ECG: khi tình trạng tạm ổn (hết cơn tím).
- X quang tim phổi thẳng: phổi sáng, tuần hoàn phổi giảm.
- Siêu âm tim: nếu trước đó bệnh nhân chưa thực hiện để xác định tật tim bẩm sinh.

2. Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng: tím tăng nhiều đột ngột, thở nhanh sâu, vật vã kích thích, SaO₂ giảm.
- X quang tim phổi: tuần hoàn phổi giảm.
- Siêu âm tim: tật tim bẩm sinh có hẹp đường thoát thất phải + thông liên thất.

3. Chẩn đoán phân biệt: tim bẩm sinh tím có suy tim.

	Cơn tím	Suy tim
- Nhịp thở:	Nhanh sâu	Nhanh nông, co lõm ngực
- Nhịp tim:	Bình thường	Tăng ± gallop
- Da niêm:	Tím đậm	Tím, ẩm, vã mồ hôi.
- Phế âm:	Thô, không ran	Thường có ran ẩm
- Gan:	Không to	To
- Xq ngực:	Tuần hoàn phổi giảm	Tuần hoàn phổi tăng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Tăng oxy ở máu động mạch
- Tăng lượng máu lên phổi
- Giảm kích thích (giảm thở nhanh sâu, giảm tiêu thụ oxy).

2. Điều trị cấp cứu: Theo từng bước sau:

- Giữ trẻ ở tư thế gối-ngực. Giữ trẻ nằm yên không bị kích thích.
- Thở oxy qua mask có túi dự trữ với lưu lượng 6 - 10 l/p là thích hợp nhất.
- Morphine: 0,1 mg / kg tiêm bắp hoặc tiêm dưới da. Hoặc các thuốc an thần khác: Midazolam, Seduxen.
- Truyền dịch điện giải khi Hct > 60%.
- Bicarbonate 0,5 - 1 mEq / kg tiêm mạch khi tím tái nặng kéo dài.
- Propranolol chỉ định khi thất bại với các biện pháp trên: 0,05-0,1mg/kg tiêm mạch chậm (tổng liều <1mg). Tổng liều được pha trong 10 ml dịch và $\geq 50\%$ bolus tiêm mạch. Liều còn lại tiêm mạch chậm trong vòng 5 đến 10 phút nếu liều đầu chưa hiệu quả.

3. Điều trị dự phòng:

- Bổ sung sắt: 10 mg sắt nguyên tố/ ngày, để làm tăng nồng độ Hemoglobine trung bình của hồng cầu (MCHC), tăng khả năng chuyên chở ôxy của hồng cầu.
- Propranolol 1 - 4 mg/kg/ ngày, chia 2 - 3 lần, uống (không hiệu quả trong trường hợp teo van động mạch phổi).
- Giữ ống động mạch mở bằng prostaglandine E₁(nếu có) (0,05-0,2 μ g/kg/ phút) ở thời kỳ sơ sinh cho đến lúc phẫu thuật.
- Chăm sóc răng miệng, điều trị các ổ nhiễm trùng (nếu có).

4. Điều trị phẫu thuật:

- Triệt để: khi đúng chỉ định và nếu có thể.
- Tạm thời: tạo shunt chủ - phổi trong trường hợp không hoặc chưa cho phép làm phẫu thuật triệt để ngay.