**THÔNG LIÊN NHĨ**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Thông liên nhĩ (TLN) là một nhóm bệnh gồm những tổn thương của vách liên nhĩ. Lỗ thông thứ phát nằm ở phần cao của vách liên nhĩ, lỗ thông tiên phát nằm ở phần thấp của vách liên nhĩ, có thể đơn thuần hoặc kèm với bất thường của gối nội mạc và một số ít ở vị trí xoang tĩnh mạch, xoang vành. TLN lỗ tiên phát nằm trong bệnh cảnh kênh nhĩ thất. Tần suất TLN từ 7% đến 15% các bệnh tim bẩm sinh.

**2. CHẨN ĐOÁN**

**2.1. Hỏi bệnh:**

- Triệu chứng mệt, khó thở khi gắng sức.

- Sốt, ho tái phát nhiều lần.

- Chậm lớn, chậm biết đi.

**2.2. Khám lâm sàng:**

- Âm thổi tâm thu ở khoảng liên sườn II bờ trái ức, cường độ < 3/6, dạng phụt, âm sắc trung bình, không kèm rung miêu.

- T2 tách đôi rộng cố định.

**2.3. Cận lâm sàng:**

- ECG: Bloc nhánh phải không hoàn toàn.

- Xquang: bóng tim lớn (lớn nhĩ P, thất P), tăng tuần hoàn phổi, động mạch phổi dãn to.

- Siêu âm tim qua thành ngực: xác định vị trí, kích thước thông liên nhĩ, đo áp lực động mạch phổi → đủ chẩn đoán.

- Siêu âm tim qua thực quản: TLN khó chẩn đoán, xét chỉ định đóng TLN bằng dù, tầm soát TMP trở về bất thường.

- Thông tim: khi cần đo sức cản mạch phổi, khi lâm sàng có tăng áp ĐMP nặng (xấp xỉ áp lực ĐM hệ thống) + SAT có shunt hai chiều.

**2.4. Chẩn đoán xác định: Dựa vào siêu âm tim .**

**3. ĐIỀU TRỊ**

**Bảng 1: Lưu đồ điều trị thông liên nhĩ**



**3.1. Nguyên tắc:**

- Đóng lỗ thông (phẫu thuật hoặc thông tim can thiệp).

- Phòng ngừa và điều trị các biến chứng nội khoa.

**3.2. Phòng ngừa và điều trị các biến chứng nội khoa:**

- Suy tim: phần lớn TLN không dẫn đến suy tim hoặc dẫn đến suy tim nhưng muộn.

- Nhiễm trùng hô hấp.

- Viêm nội tâm mạc nhiểm trùng: TLN ít biến chứng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, không cần dùng kháng sinh phòng ngừa khi mổ, chữa răng hay làm thủ thuật ngoại khoa.

- Những trường hợp tăng áp lực động mạch phổi nặng (hội chứng Eisseinmenger, áp lực động mạch phổi tâm thu > áp lực hệ thống) → hội chẩn khoa điều trị Sildenafil uống 0.3mg/kg/3-6 giờ (tối đa lmg/kg/liều), sau 04 tuần nếu không đáp ứng ngừng sử dụng.

- Những bệnh nhân không đáp ứng với Sildenafil hoặc cơn cao áp phổi nặng sau phẫu thuật tim, xem xét chỉ định về khả năng dùng Bonsentan uống 1mg/kg (tối đa 62.5mg) mỗi 12 giờ trong 01 - 04 tuần, sau đó tăng lên 2mg/kg (tối đa 125mg) mỗi 12 giờ.

**3.3. Đóng lỗ thông liên nhĩ bằng dù:**

- TLN lỗ thứ phát, còn shunt trái - phải. Các loại TLN khác (lỗ tiên phát, xoang tỉnh mạch , xoang vành...) không bít được bằng dụng cụ qua da.

- Lỗ thông kích thước không quá lớn (<40 mm) và phải có các gờ xung quanh mép lỗ TLN đủ rộng (>4 mm) (riêng gờ ĐMC có thể không có) để thiết bị bít có đủ chỗ bám. (Level B)

- Không có tổn thương kết hợp như: hở van ba lá tăng áp ĐMP nặng, hở van hai lá, kênh nhĩ thất, không bất thường đổ về tĩnh mạch phổi...

- TLN lỗ thứ phát, đã từng bị thuyên tắc nghịch như tai biến mạch máu não hoặc cơn thiếu máu não tạm thời hay tái phát. (Level B)

- TLN lỗ thứ phát, có cơ địa huyết khối và thuyên tắc (có đặt máy tạo nhịp đường tĩnh mạch hoặc có mang catheter tĩnh mạch lâu dài hoặc có bệnh lý tăng đông). (Level C)

- Tất cả các bệnh nhân sau bít TLN bằng dù được dùng Aspirin liều 5mg/kg/ngày trong 6 tháng và phòng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng trong vòng 1 năm. Tái khám định kỳ theo dõi lâm sàng, ECG, X-quang ngực và siêu âm tim sau khi đóng 01 tuần, 01 tháng, 06 tháng và 12 tháng.

**3.4. Phẫu thuật:**

- TLN thứ phát lỗ nhỏ (< 8mm) có thể tự đóng vào khoảng 2 - 3 tuổi với tần suất 14 - 16%, do đó không nên phẫu thuật với trẻ nhỏ hơn 01 tuổi, ngoại trừ có suy tim hay tăng áp động mạch phổi không kiểm soát.

- Khi Qp/Qs >1.5 tuổi thích hợp 03 - 05 tuổi.

- Chỉ định thông tim đo kháng lực mạch máu phổi trước khi quyết định phẫu thuật trong trường hợp áp lực động mạch phổi trên siêu âm tim > 2/3 áp lực mạch máu hệ thống.

- Làm test oxy lúc thông tim, nếu tỉ số kháng lực mạch máu phổi trên kháng lực mạch máu hệ thống > 0.5, thì không còn khả năng phẫu thuật. Nếu tỉ số này <0.5 cho phẫu thuật ngay và dùng Sildenafil hoặc Bonsentan trước và sau phẫu thuật.

**4. CHĂM SÓC HẬU PHẪU**

- Phần lớn tiên lượng tốt.

- Một số biến chứng có thể gặp: tràn dịch màng ngoài tim, rối loạn nhịp, nhịp nhanh kịch phát trên thất, rung nhĩ... Điều trị chống loạn nhịp (chẹn beta, amiodaron, sốc điện .) và chống đông khi cần.

- Lịch tái khám và SAT sau khi ra viện: 01 tuần, 01 tháng, 03 tháng, 06 tháng, 01 năm hoặc khi có triệu chứng bất thường. Sau 03 năm BN không có shunt tồn lưu, không tăng áp ĐMP → không cần tái khám.