1. **ĐẠI CƯƠNG**

Tâm phế mạn (TPM) là một dạng bệnh tim thứ phát hậu quả của rối loạn chức năng phổi lên tim phải thông qua tăng huyết áp động mạch phổi (TAĐMP). Vào giai đoạn muộn của nhiều bệnh phổi, TAĐMP dẫn đến tăng hậu tải thất phải. Tùy mức độ và thời gian, dãn thất phải có thể có hay không có phì đại thất phải. suy tim phải là biểu hiện phổ biến của TPM, nhưng không nhất thiết là dấu hiệu chẩn đoán TPM.

1. **NGUYÊN NHÂN**
2. **CHẨN ĐOÁN**
   1. **Chẩn đoán xác định**
3. ***Lâm sàng :***

* Tiền sử mắc bệnh phổi mạn tính hoặc bệnh của hệ thống cơ xương ở lồng ngực:
* Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản , giãn phế quản.
* Lao, xơ phổi, dày dính màng phổi,
* Gù vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực bẩm sinh, mắc phải
* Bệnh lý mạch máu phổi
* Hội chứng suy tim phải:
* Khó thở lúc đầu khi gắng sức sau đó khó thở cả khi nghỉ ngơi.
* Triệu chứng tim mạch: nhịp tim nhanh, mỏm tim đập dưới mũi ức, T2 vang mạnh ở ổ van ĐMP, tiếng thổi tâm thu do hở van ba lá cơ năng.
* Triệu chứng ngoại biên : phù mềm, tiểu ít, tím môi và đầu chi, gan to và đau, phản hồi gan tĩnh mạch cảnh (+).

1. ***Cận lâm sàng***:

* ***ECG***: Hình ảnh phì đại thất phải. rS ở V5 – V6 ; qR ở aVR ; P phế . Lớn nhĩ phải. Có thể có block nhánh phải. Rối loạn nhịp nếu có thường là rối loạn nhịp trên thất và thường chứng tỏ có bất thường về khí máu, hạ Kali máu, quá liều các thuốc như digoxin, theophyllin, thuốc kích thích beta giao cảm.
* ***Xquang ngực***: Phần lớn có hình ảnh 2 phế trường sáng hơn bình thường. ĐMP dãn to, thất phải dãn có thể khó xác định vì bóng tim thẳng đứng trong khí phế thũng. Đo đường kính ĐMP phải và trái: ĐMP phải dãn > 16mm và ĐMP trái dãn > 18mm là dấu chỉ điểm TAĐMP.
* ***Siêu âm tim***: rất hữu ích để xác định và theo dõi diễn tiến TPM. Siêu âm 2D cho thấy toàn bộ thất phải, đo đường kính thất phải, độ dầy thành thất, vách liên thất. Tăng gánh thể tích thất phải thường gây dãn buồng thất phải và vách liên thất chuyển động nghịch thường. Siêu âm Dopple TAĐMP và cung lượng tim.
* ***Khí máu động mạch***: Giai đoạn đầu, suy hô hấp từng phần, PaO2 thường giảm, nhất là khi gắng sức; PaCO2 không tăng, có khi còn giảm do tăng thông khí; SaO2 giảm nhẹ; pH máu còn bình thường. Giai đoạn suy hô hấp toàn bộ: PaO2 giảm nhiều < 70mmHg; PaCO2 tăng cao 50 – 80mmHg; SaO2 giảm < 75%; pH máu giảm < 7,2.
* ***Công thức máu***: Đa hồng cầu và tăng Hct.
  1. **Chẩn đoán nguyên nhân**

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), bệnh mô kẽ phổi lan tỏa, các hội chứng giảm thông khí: gù vẹo cột sống, hội chứng Pickwick, bất thường não Arnold – Chiari, bệnh thần kinh cơ như hội chứng Guillain – Barre, các bệnh mạch máu phổi.

* 1. **Chẩn đoán phân biệt**

Suy tim toàn bộ do bệnh van tim mắc phải (hẹp 2 lá), bệnh tim bẩm sinh, bệnh cơ tim; suy tim do bệnh tim thiếu máu cục bộ; hội chứng Pick: viêm màng ngoài tim co thắt; tim người già: người lớn tuổi, không có tiền sử bệnh phổi mạn.

1. **ĐIỀU TRỊ**
   1. **Oxy liệu pháp**

Oxy liệu pháp liều thấp 1 – 2 lít/phút, kéo dài (12 – 24 giờ/ngày, trong vài tháng đến nhiều năm) cải thiện tỉ lệ sống còn. Oxy liệu pháp cũng cải thiện chức năng thần kinh và thường đạt sau 1 tháng dùng oxy. Oxy liệu pháp kéo dài được khuyến cáo cho TPM có PaO2 lúc nghỉ < 55mmHg và đã được điều trị ổn định trong 3 tuần với các thuốc dãn phế quản, kháng sinh, lợi tiểu… Nếu PaO2 lúc nghỉ > 55mmHg thì chỉ dùng oxy liệu pháp kéo dài khi có đa hồng cầu hoặc có TAĐMP rõ. 2 – 3 tháng sau nếu PaO2 tăng lên thì có thể điều trị bằng thuốc mà không dung oxy nữa.

1. **Điều trị bằng thuốc**
2. ***Thuốc lợi tiểu:*** Nhóm ức chế men anhydrase carbonic như acetazolamide (Diamox), hoặc lợi tiểu spironolactone (aldactone) có ích cho TPM, liều 10mg/kg cho từng đợt 3 – 4 ngày. Không dùng lợi tiểu khi pH máu < 7.3.
3. ***Thuốc trợ tim digitalis:*** Chỉ nên dùng digitalis ở bệnh nhân TPM khi đồng thời có suy tim trái. Phải rất thận trọng vì digitalis có thể gây loạn nhịp tim, chỉ nên sử dụng khi suy tim bù trừ và dùng liều thấp. Không dùng khi suy tim mất bù. Thuốc lợi tiểu và digitalis trong trường hợp này không quan trọng bằng các biện pháp cải thiện thông khí phế nang như oxy liệu pháp.
4. ***Các thuốc dãn phế quản:*** Theophyllin là thuốc dãn phế quản được dùng nhiều nhất. Tác dụng chủ yếu ở bệnh đường thở tắc nghẽn. Aminophyllin dùng đường TM làm giảm nhanh áp lực ĐMP và làm tăng phân suất tống máu cả thất phải và thất trái. Theophyllin uống lâu dài cải thiện phân suất tống máu thất phải. Các thuốc kích thích thụ thể beta adrenergic như salbutamol, terbutaline được sử dụng như thuốc dãn phế quản, có tác dụng dãn mao mạch phổi hoặc trực tiếp làm tăng co bóp cơ tim.
5. ***Các thuốc dãn mạch:*** Các thuốc làm giảm sự trở về của máu tĩnh mạch (nhóm nitrate) hoặc thuốc làm giảm chức năng thất phải (nifedipin) có thể giảm bớt tăng áp lực ĐMP do làm giảm cung lượng tim. Tuy nhiên không có thuốc nào trong các thuốc trên được khuyến cáo dùng thường qui cho TPM vì vai trò không rõ ràng.
6. ***Kháng sinh:***Vai trò của kháng sinh trong điều trị đợt bội nhiễm rất quan trọng. Nên dùng loại có phổ kháng khuẩn rộng, duøng liều cao, duøng trong 2 – 3 tuần nhö betalactam keát hôïp quinolone hay aminoside.
7. ***Corticoid:*** có hiệu quả trong đợt cấp, có tác dụng kháng viêm, kháng dị ứng và giảm xuất tiết dịch. Dùng prednisolone uống, Budesonide phun khí dung, hydrocortisone hoặc methylprednisolone (Solumedrol) tiêm TM.
   1. **Điều trị hỗ trợ**

* Chế độ ăn uống và nghỉ ngơi: bệnh nhân COPD đã có khó thở thì nên làm việc nhẹ, không gắng sức. Khi suy tim phải thì phải nghỉ hoàn toàn, ăn hạn chế muối.
* Không duøng morphin, gardenal và các thuốc an thần trong TPM vì ức chế trung tâm hô hấp.
* Tập thở để tăng độ dãn nở của phổi, tăng thông khí phế nang. Loại các yếu tố kích thích như thuốc lá, thuốc lào…

1. **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**
2. **TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG**
3. **PHÒNG BỆNH**
4. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu tham khảo:

1. Phác đồ điều trị 2013, Bệnh viện Chợ Rẫy
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa, 2011, Bệnh viện Bạch Mai.