

BỆNH TAY-CHÂN-MIỆNG
Hand, foot and mouth disease
(HFMD)

GV: Trần Thị Hồng Vân

- **Định nghĩa:** bệnh tay-chân-miệng là hội chứng bệnh ở người gây ra bởi virus đường ruột thuộc họ Picornaviridae, thường gặp nhất là Coxsackie A virus và Enterovirus 71 (EV-71)

1. Phân loại virus

1.1. Nhóm virus (group): 7 nhóm

(theo phân loại của Baltimore, lần đầu tiên vào năm 1971)

- Nhóm I: **dsDNA viruses**
(Adenoviruses, Herpesviruses, Poxviruses)
- Nhóm II: **ssDNA viruses (+)sense DNA**
(Parvoviruses)
- Nhóm III: **dsRNA viruses**
(Reoviruses)
- Nhóm IV: **(+)ssRNA viruses (+)sense RNA**
([Picornaviruses](#), Togaviruses)
- Nhóm V: **(-)ssRNA viruses (-)sense RNA**
(Orthomyxoviruses, Rhabdoviruses)
- Nhóm VI: **ssRNA-RT viruses (+)sense RNA with DNA intermediate in life-cycle** (Retroviruses)
- Nhóm VII: **dsDNA-RT viruses** (e.g. Hepadnaviruses)

1. Phân loại virus (tiếp)

1.2. Dưới nhóm: theo International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV)

- Order (-virales) : có 5 order : *Caudovirales*, *Herpesvirales*, *Mononegavirales*, *Nidovirales*, and *Picornavirales*.

Caudovirales are tailed dsDNA (group I)

Herpesvirales ; dsDNA viruses

Mononegavirales: ssRNA (Group V)

Nidovirales : ssRNA (Group IV)

Picornavirales : ssRNA viruses

- Family (Họ) (-viridae)
 - Subfamily (-virinae)
 - Genus (chi) (-virus)
 - Species (loài) : hầu hết được đặt tên theo bệnh
- 2008: 82 họ and 2083 loài virus đã được định danh

1.Phân loại virus (tiếp)

Family	Picornaviridae
Genus	<i>Enterovirus</i>
Subgroups	<ul style="list-style-type: none">•Poliovirus serotypes 1–3•Coxsackie A virus serotypes A1–A22, A24 (A23 được phân loại lại là echovirus 9)•Coxsackie B virus serotypes B1–B6•Echovirus serotypes 1–9,11–27,29–33 (echoviruses 10 and 28 được phân loại lại là non- enteroviruses;echovirus 34 được phân loại lại là coxsackievirus A24;echoviruses 22 and 23 được phân loại lại thuộc the genus <i>Parechovirus</i>)•Numbered enterovirus serotypes (enterovirus 72 được phân loại lại là hepatitis A virus)

1. Phân loại virus (tiếp)

- **Coxsackievirus**

- serotypes CV-A2, CV-A3, CV-A4, CV-A5, CV-A6, CV-A7, CV-A8, CV-A10, CV-A12, CV-A14, & CV-A16 found under the species: Human enterovirus A.
- serotypes CV-B1, CV-B2, CV-B3, CV-B4, CV-B5, CV-B6, CV-A9, & CV-A23 found under the species: Human enterovirus B.
- serotypes CV-A1, CV-A11, CV-A13, CV-A17, CV-A19, CV-A20, CV-A21, CV-A22, & CV-A24 found under the species: Human enterovirus C.

- **Echovirus**

- serotypes E-1, E-2, E-3, E-4, E-5, E-6, E-7, E-8, E-9, E-11, E-12, E-13, E-14, E-15, E-16, E-17, E-18, E-19, E20, E-21, E-24, E-25, E-26, E-27, E-29, E-30, E-31, E-32, & E-33 found under the species: Human enterovirus B.

- **Enterovirus**

- serotypes EV-71, EV-76, EV-89, EV-90, EV-91, & EV-92 (species: Human enterovirus A).
- serotypes EV-69, EV-73, EV-74, EV-75, EV-77, EV-78, EV-79, EV-80, EV-81, EV-82, EV-83, EV-84, EV-85, EV-86, EV-87, EV-88, EV-93, EV-97, EV-98, EV-100, EV-101, EV-106, & EV-107 (species: Human enterovirus B).
- serotypes EV-95, EV-96, EV-99, EV-102, EV-104, EV-105, & EV-109 (species: Human enterovirus C.)
- serotypes EV-68, EV-70, & EV-94 (species: Human enterovirus D.)

2. DỊCH TỄ HỌC

- Bệnh do EV rất phổ biến và phân bố trên toàn thế giới
- Có thể gây thành vụ dịch thường niên, và rải rác quanh năm (US: chiếm 33-65% các trường hợp sốt, 55-65% các trường hợp nhập viện trong vụ dịch và chiếm 25% trong cả năm)
- Coxsackievirus A16 thường gặp nhất ở US
- EV 71 gây ra các vụ dịch lớn

2. DỊCH TỄ HỌC (tiếp)

- Yếu tố nguy cơ:
 - tuổi nhỏ (25% là trẻ dưới 1 tuổi), trẻ trai
 - điều kiện VS kém, đông đúc, kinh tế thấp.
 - Bú sữa mẹ làm giảm nguy cơ mắc bệnh
- Người là nguồn chứa tự nhiên của EV người.
VR lây truyền từ người sang người, bằng đường phân-miệng, hô hấp, lây truyền dọc mẹ-con
- Bệnh lây truyền trong tuần đầu mắc bệnh

2. DỊCH TỄ HỌC (tiếp)

Các vụ dịch HFMD:

- **1997:** 31 trẻ tử vong trong vụ dịch ở **Malaysia** (EV 71)
- **1998:** vụ dịch ở **Đài loan**, ảnh hưởng chủ yếu tới trẻ em, ước tính tới 1,5 triệu trẻ, 405 trẻ có biến chứng nặng, 78 trẻ TV
- **2006:** dịch ở Kuching, Sarawak làm 7 người chết
- **2007:** vụ dịch lớn ở **Ấn độ**, 38 trường hợp đã được tìm thấy ở Kolkata và vùng lân cận
- **2008:** vụ dịch lớn ở **Trung quốc**, 25 000 người mắc bệnh, 42 người TV; ở **Singapor** (26000 trường hợp), **Việt nam** (2300 cases, 11 TV), **Mongolia** (1600), **Brunei** (1053)
- **2009:** vụ dịch vào tháng 3 và 4 ở **Trung quốc**, 115000 cases, 773 cases nặng, 50 TV. Dịch ở **Indonesia**, **Singapore**.
- **2010**
Ở **Trung quốc**: 70756 trẻ mắc bệnh, 40 TV

* IDD 2011-2012: >2500 trẻ nhập khoa

2. DỊCH TỄ HỌC (tiếp)

- Thời gian ủ bệnh từ 3-7 ngày (viêm kết mạc xuất huyết: 1-3 ngày)
- Thời gian đào thải virus (cả trường hợp có tr/ch và không tr/ch) qua đường hô hấp <1-3 tuần, qua đường phân 7-11 tuần sau NT

3. SINH BỆNH HỌC

- Sau khi xâm nhập, VR nhân lên ở hầu họng và ruột non, sau vài ngày nhân lên ở các tổ chức lympho như họng, mảng Peyer ở ruột, hạch lympho.
- Nhiễm VR máu tiên phát dẫn đến lan tràn VR vào hệ võng nội mô (gan, lách, tủy xương, hạch lympho ở xa)
- Đáp ứng MD của cơ thể có thể ngăn chặn VR dẫn đến NT không tr/ch

3. SINH BỆNH HỌC (tiếp)

- NT có tr/ch: VR tiếp tục nhân lên ở hệ vớng nội mô, giải phóng VR vào máu gây nhiễm VR máu thứ phát và đến cơ quan đích như hệ TKTU', tim, da...
- VR gây tổn thương CQ bằng cách phá hủy tổ chức tại chỗ hoặc qua đáp ứng viêm của cơ thể.
- EV gây viêm não, đặc trưng bằng tổn thương thân não và tủy sống nặng, viêm tim, phù phổi, viêm phổi kẽ

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- EV gây các biểu hiện LS khác nhau:
 - Sốt không đặc hiệu
 - Tổn thương ở da: ban dạng chấm, ban sần, mày đay, ban phồng nước, ban XH
 - HFMD
 - Biểu hiện hô hấp
 - Viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim
 - Viêm kết mạc xuất huyết
 - Viêm ruột, viêm tiết niệu
 - TK: viêm não (EV71)
 - Viêm cơ, viêm khớp...

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG(tiếp)

- Sốt
- Đau đầu
- Nôn, mệt mỏi, khó chịu, kích thích, ăn kém
- Đau tai
- Đau họng
- Các nốt phỏng ở miệng, đau
- Ban không ngứa trên da, các nốt phỏng ở lòng bàn chân, tay và đầu. ở trẻ nhỏ có cả nốt phỏng ở mông (xuất hiện sau sốt 1-2 ngày)
- ỉa chảy









4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG(tiếp)





4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG(tiếp)

- Biến chứng:
 - Các BC ít xảy ra.
 - VMN virus hoặc VMN không NT. Bệnh nhẹ, thường không cần ĐT
 - Viêm não : có thể gây tử vong
 - Liệt (giống bại liệt)

Các giai đoạn của bệnh

1. Giai đoạn ủ bệnh: 3-7 ngày, không tr/ch
2. Giai đoạn khởi phát: 1-2 ngày
sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn,
tiêu chảy(vài lần/ngày, phân lỏng)
3. Giai đoạn toàn phát: 3-10 ngày
- loét miệng: nốt loét 2-3 mm, ở miệng,
lưỡi, lợi, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

- Phát ban dạng phỏng nước:
 - vị trí: lòng bàn tay, bàn chân, đầu gối, mông, quanh miệng
 - thời gian tồn tại < 7 ngày
 - ít khi nhiễm trùng bội nhiễm
 - Sốt nhẹ, nôn: nếu sốt cao và nôn nhiều dễ có biến chứng.
 - Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xảy ra vào ngày 2-5
4. Giai đoạn lui bệnh: 3-5 ngày
- phục hồi hoàn toàn nếu không có biến chứng

Các thể lâm sàng

- Thể tối cấp: diễn biến nhanh, biến chứng nặng (suy hô hấp, suy tuần hoàn, hôn mê; tử vong trong vòng 24-48 giờ)
- Thể cấp tính:
- Thể không điển hình:
 - phát ban không rõ, kín đáo hoặc không phát ban, chỉ có ở miệng
 - chỉ thấy có biến chứng thần kinh, tim mạch mà không thấy phát ban.

Cận lâm sàng

- Công thức máu:
BC bình thường
BC tăng $> 16000/\text{mm}^3$ hoặc đường máu tăng $> 160\text{mg}\%$ có thể có biến chứng
- CRP: bình thường ($<10\text{mg/L}$)
- Đường huyết, điện giải đồ, khí máu, Xquang khi có biến chứng
- Troponin, siêu âm tim khi nghi có biến chứng viêm cơ tim, sốc.
- Chọc dò tủy sống: khi nghi có biến chứng thần kinh hoặc chẩn đoán phân biệt VMN khác

- Xét nghiệm virus:
 - phân lập virus, PCR
 - Bệnh phẩm: dịch hầu họng, dịch nốt phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy
- MRI: tìm tổn thương thần kinh và chẩn đoán phân biệt

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. LS:

- Tr/ch LS: các ban phỏng nước ở bàn tay, chân, miệng
- Mùa, vụ dịch
- Có yếu tố tiếp xúc

5.2. CLS

- Phân lập VR, PCR: dịch nốt phỏng, DNT, họng, trực tràng. Độ nhạy 50-75%, tăng nếu lấy bệnh phẩm ở nhiều vị trí
- ELISA

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

BIỂU HIỆN LS	BỆNH DO VK	BỆNH DO VR
SỐT KHÔNG ĐẶC HIỆU	FC, Hib, não mô cầu	Cúm, HV6,7
BAN	LCK nhóm A, tụ cầu, não mô cầu	HSV, adenoviruses, varicella-zoster virus, Epstein-Barr virus, measles virus, rubella virus, human herpesviruses 6 and 7
BỆNH HH, VIÊM KM	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> (nontypable and type b), <i>Neisseria meningitidis</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i>	Adenoviruses, influenza viruses, respiratory syncytial virus, parainfluenza viruses, rhinovirus
VIÊM CƠ TIM, MNT	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> type b, <i>Mycoplasma</i>	Adenoviruses, influenza virus, parvovirus

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Các bệnh có loét miệng:
 - viêm loét miệng (áp-tơ): loét sâu, có mũ
- Các bệnh có phát ban:
 - Hồng ban: sốt phát ban.
Không có phỏng nước
 - viêm da mủ: mụn mủ nhỏ, đỏ đau
 - Thủy đậu:
 - Xuất huyết: Sốt XH Dengue, ban xuất huyết hoại tử do não mô cầu
- Viêm não- viêm màng não:
- Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn

Biến chứng

1. Biến chứng thần kinh: viêm não, viêm thân não, viêm não-tủy, VMN
 - Rung giật cơ, giật mình (myoclonic jerk)
 - Run chi, bút rút, chơi vơi, ngủ gà, mắt nhìn ngược. Rung giật nhãn cầu, liệt mềm cấp, liệt TK sọ, co giật, hôn mê, tăng trương lực cơ...
2. Biến chứng tim mạch, hô hấp: viêm cơ tim, tăng huyết áp, phù phổi cấp, suy tim, trụy mạch
 - Mạch nhanh > 150 bpm, refill > 2 s, da nổi vân tím
 - HA tăng ở gđ đầu: HATT trẻ $> 1T: \geq 100\text{mmHg}$, $1-2T: \geq 110\text{mmHg}$, $> 2T: \geq 115\text{mmHg}$
 - Khó thở: thở nhanh, co kéo cơ HH
 - Phù phổi cấp: khó thở, tím tái, sùi bọt hồng qua miệng, qua NKQ, phổi đầy ra ẩm

Phân độ lâm sàng

6.1. Độ 1: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.

6.2. Độ 2:

6.2.1. Độ 2a: có một trong các dấu hiệu sau:

+ Bệnh sử có giạt mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám

+ Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39°C , nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô
cớ.

6.2.2. Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2 :

**** Nhóm 1: Có một trong các biểu hiện sau:***

- Giật mình ghi nhận lúc khám.
- Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần /30 phút.
- Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:
 - + Ngủ gà.
 - + Mạch nhanh > 130 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

- **Nhóm 2:**

- Sốt cao $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$ (đo nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng với thuốc
- Mạch nhanh > 150 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng.
- Rung giật nhãn cầu, lác mắt.
- Yếu chi hoặc liệt chi.
- Liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói...

6.3. Độ 3: có các dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).
- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tâm thu tăng:
 - + Trẻ dưới 12 tháng HA > 100 mmHg.
 - + Trẻ từ 12 tháng đến dưới 24 tháng HA > 110 mmHg.
 - + Trẻ từ trên 24 tháng HA > 115 mmHg.
- Thở nhanh, thở bất thường: Con ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thì hít vào.
- Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).
- Tăng trương lực cơ.

6.4. Độ 4: có một trong các dấu hiệu sau:

- Sốc.
- Phù phổi cấp.
- Tím tái, $SpO_2 < 92\%$.
- Ngưng thở, thở nấc.

7. ĐIỀU TRỊ

- Bệnh nhẹ, không có biểu hiện TKTU':
không có điều trị ĐH, chỉ ĐT tr/ch
Cung cấp đủ dịch
Giảm đau: **không được** dùng aspirin
Vệ sinh da, miệng lưỡi
Phòng chống NT bội nhiễm
Tăng cường dinh dưỡng

7. ĐIỀU TRỊ(tiếp)

- VN do EV 71:
 - ĐT tr/ch
 - IVIG
- Phòng chống NT bội nhiễm: da, HH, TH
- Chăm sóc, dinh dưỡng
- Antiviral therapy: pleconaril ? ức chế kết dính và hòa màng của picornavirus
 - Corticosteroid?

Điều trị theo phác đồ Bộ Y tế

1. Nguyên tắc điều trị:

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).
- Theo dõi sát, phát hiện sớm, phân độ đúng và điều trị phù hợp.
- Đối với trường hợp nặng phải đảm bảo xử trí theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu (ABC...)
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

Điều trị cụ thể

- Độ 1:
 - Dinh dưỡng đầy đủ, trẻ còn bú tiếp ăn sữa mẹ
 - Hạ sốt khi sốt cao: Paracetamol 10mg/kg/lần (uống) hoặc 15mg/kg/lần (tọa dược) mỗi 6 giờ
 - Vệ sinh răng miệng, nghỉ ngơi, tránh kích thích.

- **Độ 2: ĐT nội trú trong bệnh viện**

- Điều trị như độ 1. Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với paracetamol có thể phối hợp với ibuprofen 5-10 mg/kg/lần lặp lại mỗi 6-8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng paracetamol, không dùng thuốc hạ sốt nhóm aspirin). Tổng liều tối đa của ibuprofen là 40 mg/kg/ngày.

- Thuốc: Phenobarbital 5 - 7 mg/kg/ngày, uống.

- Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.

- **Độ 2b: ĐT tại phòng hồi sức hoặc CC**

- Nằm đầu cao 30° .

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.

- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.

- Thuốc:

- + Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.

- + Immunoglobulin:

- ✓ *Nhóm 2:* 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ nếu còn dấu hiệu độ 2b: Dừng liệu thứ 2

- ✓ *Nhóm 1:* Không chỉ định Immunoglobulin thường quy. Nếu triệu chứng không giảm sau 6 giờ điều trị bằng Phenobarbital thì cần chỉ định Immunoglobulin. Sau 24 giờ đánh giá lại để quyết định liệu thứ 2 như nhóm 2.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tri giác, ran phổi mỗi 1- 3 giờ trong 6 giờ đầu, sau đó theo chu kỳ 4-5 giờ.

- Đo độ bão hòa oxy SpO_2 và theo dõi mạch liên tục (nếu có máy).

- **Độ 3: ĐT tại khoa HSCC**

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút, sau 30 – 60 phút nếu đáp ứng kém nên đặt nội khí quản giúp thở sớm.

- Chống phù não: nằm đầu cao 30° , hạn chế dịch (tổng dịch bằng $1/2-3/4$ nhu cầu bình thường), thở máy tăng thông khí giữ PaCO_2 từ 30-35 mmHg và duy trì PaO_2 từ 90-100 mmHg.

- Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần. Liều tối đa: 30 mg/kg/24 giờ.

- Immunoglobulin (Gammaglobulin): 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ, dùng trong 2 ngày liên tục.

- Dobutamin được chỉ định khi suy tim mạch > 170 lần/phút, liều khởi đầu 5µg/kg/phút truyền tĩnh mạch, tăng dần 1-2,5µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có cải thiện lâm sàng; liều tối đa 20µg/kg/phút (không dùng Dopamin).

- Milrinone truyền tĩnh mạch 0,4 – 0,75 µg/kg/phút chỉ dùng khi HA cao trong 24-72 giờ. Nếu huyết áp ổn định trong 12-24 giờ, giảm dần liều milrinone 0,1 µg/kg/phút mỗi 30-60 phút cho đến liều tối thiểu 0,25 µg/kg/phút. Nếu huyết áp ổn định ở liều tối thiểu này trong ít nhất 6 giờ thì xem xét ngưng milrinone.

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, điều trị hạ đường huyết.

- Hạ sốt tích cực.

- Điều trị co giật nếu có: Midazolam 0,15 mg/kg/lần hoặc Diazepam 0,2-0,3 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm, lập lại sau 10 phút nếu còn co giật (tối đa 3 lần).

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂ mỗi 1- 2 giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

- **Độ 4: ĐT tại HSCC**

- Đặt Nội khí quản thở máy: Tăng thông khí giữ PaCO_2 từ 30-35 mmHg và duy trì PaO_2 từ 90-100 mmHg.

- Chống sốc: Sốc do viêm cơ tim hoặc tổn thương trung tâm vận mạch ở thân não.

- + Nếu không có dấu hiệu lâm sàng của phù phổi hoặc suy tim: Truyền dịch Natri clorua 0,9% hoặc Ringer lactat: 5 ml/kg/15 phút, điều chỉnh tốc độ theo hướng dẫn CVP và đáp ứng lâm sàng. Trường hợp không có CVP cần theo dõi sát dấu hiệu quá tải, phù phổi cấp.

- + Đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.

- + Dobutamin liều khởi đầu $5\mu\text{g/kg/phút}$, tăng dần 2- $3\mu\text{g/kg/phút}$ mỗi 15 phút cho đến khi có hiệu quả, liều tối đa $20\mu\text{g/kg/phút}$.

- Phù phổi cấp:

- + Ngừng ngay dịch truyền nếu đang truyền dịch.

- + Dừng Dobutamin liều 5-20 $\mu\text{g/kg/phút}$.

- + Furosemide 1-2 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch chỉ định khi quá tải dịch.

- Điều chỉnh rối loạn kiềm toan, điện giải, hạ đường huyết và chống phù não:

- Lọc máu liên tục hay ECMO (nếu có điều kiện).

- Immunoglobulin: Chỉ định khi HA trung bình $\geq 50\text{mmHg}$

- Kháng sinh: Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc chưa loại trừ các bệnh nhiễm khuẩn nặng khác

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO_2 , nước tiểu mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng; Áp lực tĩnh mạch trung tâm mỗi giờ, nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

8. PHÒNG BỆNH

- VS, phòng lây qua đường TH, HH: rửa tay, nước uống, nước hồ bơi
- Tránh tiếp xúc với người bệnh, mang khẩu trang, rửa tay khi tiếp xúc
- Tránh cho trẻ ngậm đồ chơi, rửa đồ chơi của trẻ thường xuyên
- IVIG liều cao có thể phòng ngừa VMN do EV mãn tính

1. Nguyên tắc phòng bệnh:

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.
- Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

2. Phòng bệnh tại các cơ sở y tế:

- Cách ly theo nhóm bệnh.
- Nhân viên y tế: Mang khẩu trang, rửa, sát khuẩn tay trước và sau khi chăm sóc.
- Khử khuẩn bề mặt, giường bệnh, buồng bệnh bằng Cloramin B 2%. Lưu ý khử khuẩn các ghế ngồi của bệnh nhân và thân nhân tại khu khám bệnh.
- Xử lý chất thải, quần áo, khăn trải giường của bệnh nhân và dụng cụ chăm sóc sử dụng lại theo quy trình phòng bệnh lây qua đường tiêu hoá.

3. Phòng bệnh ở cộng đồng:

- Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước bọt).
- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà.
- Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B 2% hoặc các dung dịch khử khuẩn khác.
- Cách ly trẻ bệnh tại nhà. Không đến nhà trẻ, trường học, nơi các trẻ chơi tập trung trong 10-14 ngày đầu của bệnh./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed.
- Principles and practice of Pediatric Infectious Diseases-Sarah S. Long MD
- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Tay-Chân-Miệng của Bộ Y tế 2012

XIN CẢM ƠN

HƯỚNG DẪN

Chẩn đoán, điều trị bệnh tay - chân - miệng

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*