



**ĐẠI HỌC Y DƯỢC HÀI PHÒNG**  
**CLB NHI KHOA – NHÓM TRUYỀN NHIỄM**

# **TAY CHÂN MIỆNG**

( Hand Foot Mouth Disease)

# Mục tiêu:

- ▶ Tình hình dịch tễ bệnh TCM
- ▶ Tác nhân gây bệnh
- ▶ Triệu chứng lâm sàng cận lâm sàng và chẩn đoán bệnh TCM
- ▶ Phân độ và xử trí bệnh TCM
- ▶ Phòng ngừa bệnh TCM

# Định nghĩa

- ▶ Tay Chân Miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người dễ gây thành dịch do virus đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71).
- ▶ Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông gối.
- ▶ Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm.

# Tình hình bệnh TCM



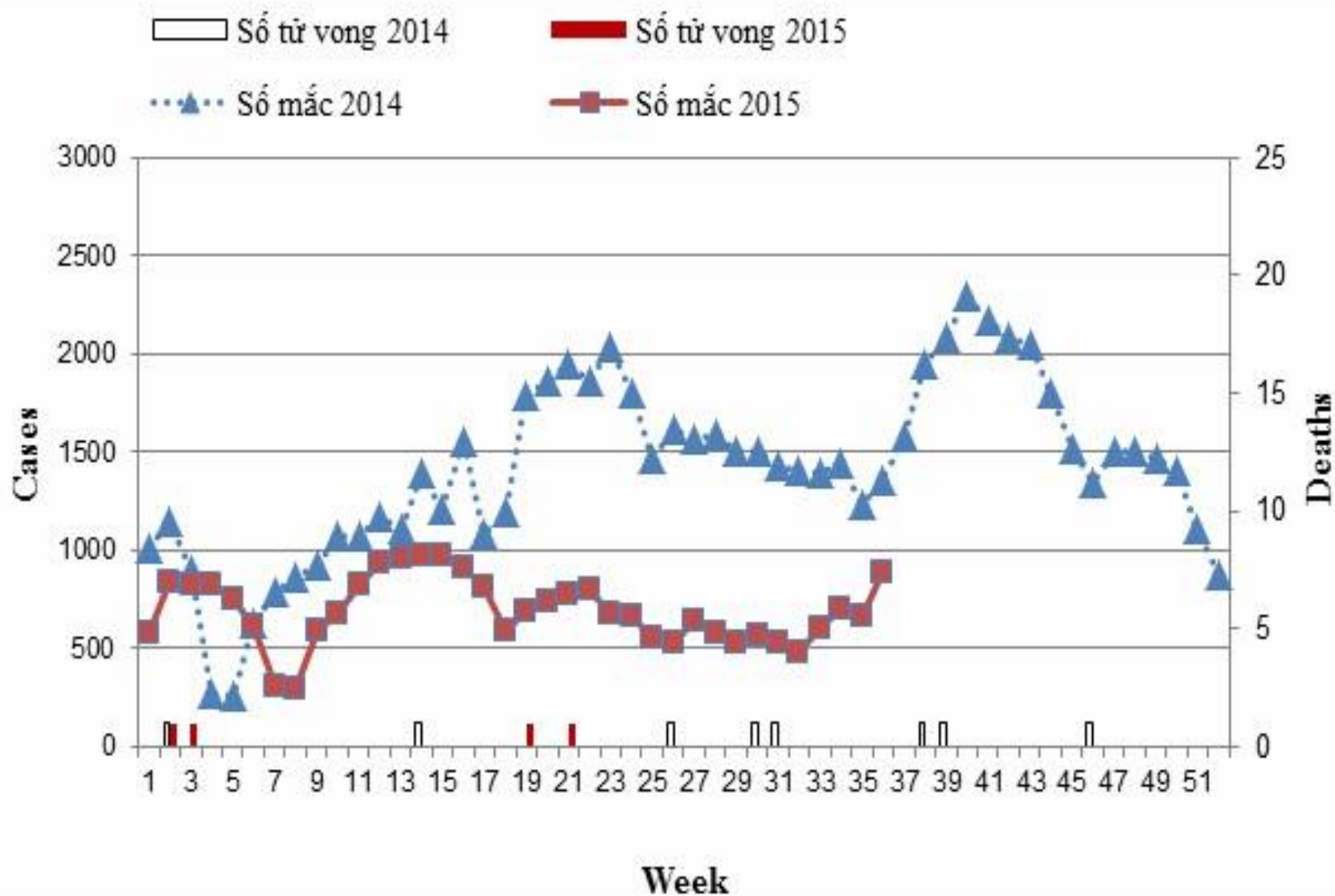
## ❖ Trên thế giới

- Được mô tả lần đầu tại Toronto-Canada (1957)
- Trung Quốc (2011) 1.217.768 TH (bằng 70% so với năm 2010 là 1.567.254 TH) trong đó 399 TH tử vong.
- Đài Loan, TCM bùng phát 6-10/1998 tổng số 129.106 TH (405 TH nặng - 78 tử vong ).
- EV 71 cũng đã được ghi nhận là căn nguyên chính.

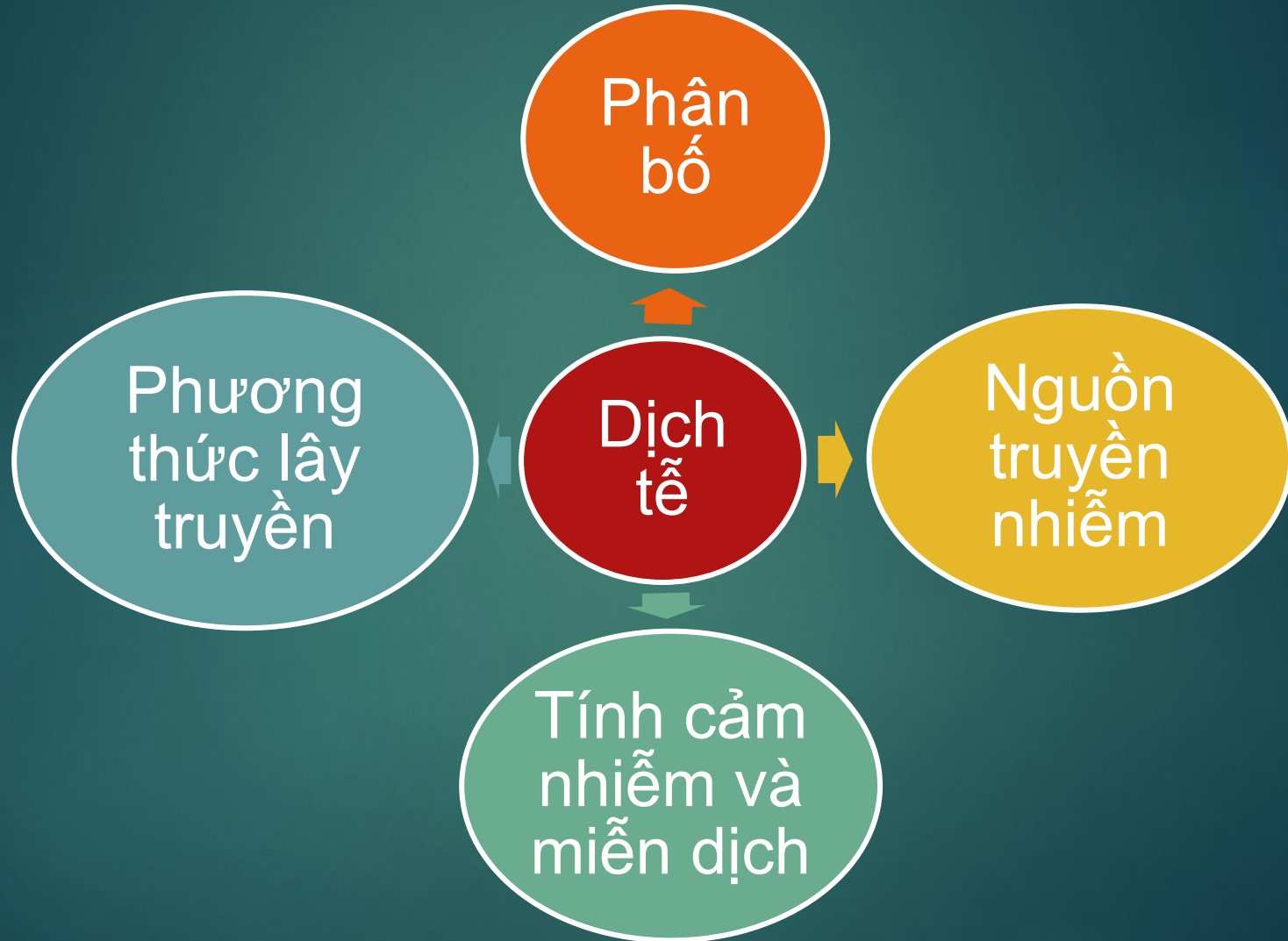
# Tình hình bệnh TCM

## ❖ Tại Việt Nam

- TCM được phát hiện năm 1997
- 2017 hơn 50.000 TH, trong đó có 30.000 TH nhập viện điều trị.
- Từ đầu năm 2018, khoảng 4000 TH, trong đó 2000 TH nhập viện điều trị.



# Dịch tễ bệnh



# Dịch tễ bệnh

## 1. Phân bố

a. Phân bố theo thời gian: quanh năm, tăng mạnh 2 đợt: tháng 3 - 5 và tháng 9 - 12.

b. Phân bố theo tuổi:

Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, thường là trẻ em.

Bệnh có ở trẻ em dưới 10 tuổi, đỉnh cao là 1-2 tuổi.

## 2. Nguồn truyền nhiễm.

- Người bệnh.
- Người lành mang virus.
- Thời gian lây nhiễm: Thời gian ủ bệnh (3-7 ngày) và một tuần sau khi phát bệnh.



# Dịch tễ bệnh

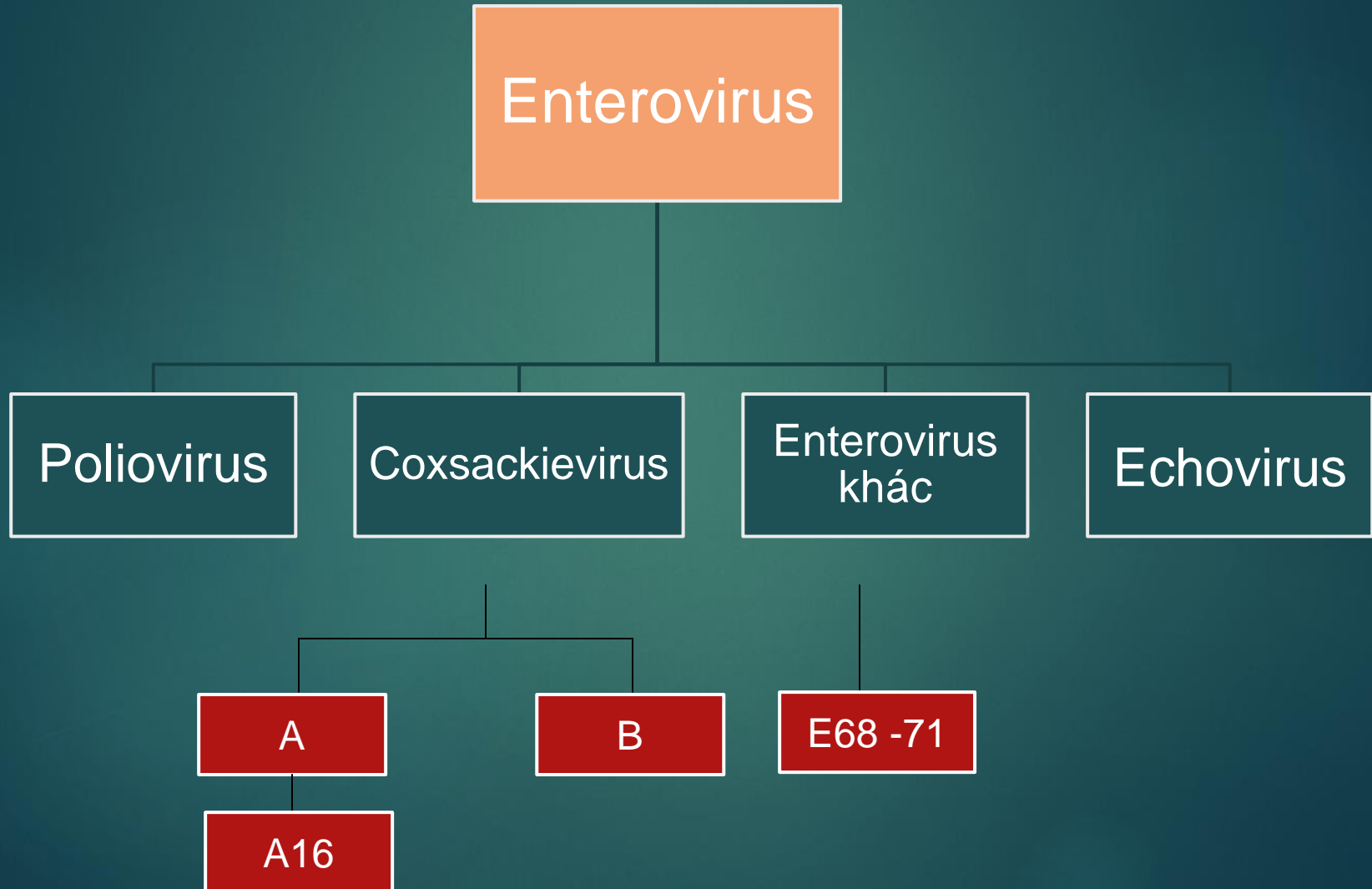
## 3. Phương thức lây truyền.

Đường tiêu hóa.: Phân – miệng, miệng – miệng.

## 4. Tính cảm nhiễm và miễn dịch.

- TCM có tính cảm thụ cao.
- Có thể biểu hiện thành bệnh hoặc ở thể ẩn.
- Không có miễn dịch bền vững sau khi mắc bệnh.
- Đối tượng: trẻ nhũ nhi, trẻ em, thiếu niên người trưởng thành chưa có miễn dịch.

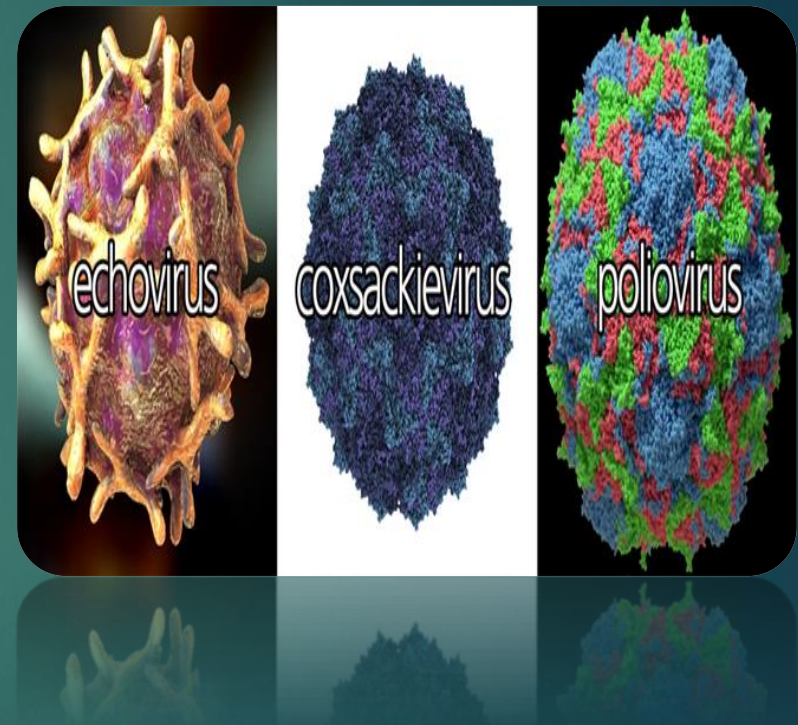
# Tác nhân gây bệnh



# Tác nhân gây bệnh

## ► Cấu trúc:

- Hình khối đa diện đều, đối xứng.
- Kích thước: 20 – 30nm.
- AN là ARN.
- Vỏ capsid bao bọc bên ngoài gồm 32 capsome.



# Tác nhân gây bệnh

- ▶ Đặc điểm đề kháng:
  - Đề kháng với các dung môi hòa tan lipid như: ether, cồn, clorofom, acid dạ dày.
  - Bị bất hoạt bởi nhiệt độ trên  $56^{\circ}\text{C}$ , clo hóa formandehyde, tia cực tím.

# Cơ chế gây bệnh

Trẻ bệnh

Chất tiết mũi miệng, nước bọt lúc ho,  
Lúc hắt hơi, phân

Trẻ lành

Máu

Hạch bạch huyết

Máu

Da, niêm  
Hệ TKTW  
Hệ tim mạch

Mầm bệnh:  
Mạnh nhất trong 7 ngày đầu  
1-3 tuần trong dịch tiết mũi họng  
7-11 tuần trong phân

Hệ tiêu hóa

# Lâm sàng

Giai đoạn ủ  
bệnh:  
3-7 ngày

Giai đoạn khởi  
phát:  
Từ 1-2 ngày  
sau

Giai đoạn toàn  
phát:  
Có thể kéo dài  
3-10 ngày

Giai đoạn lui  
bệnh:  
Thường từ 3-5  
ngày sau

# Lâm sàng

- ❑ Không ĐH ( GĐ 1,2 )
  - Sốt nhẹ đến sốt cao
  - Chán ăn, mệt mỏi
  - Buồn nôn, nôn
  - Tiêu chảy
  - Đau mỏi cơ

# Lâm sàng

## □ Đặc hiệu

-Loét miệng : loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2-3 mm





# Lâm sàng

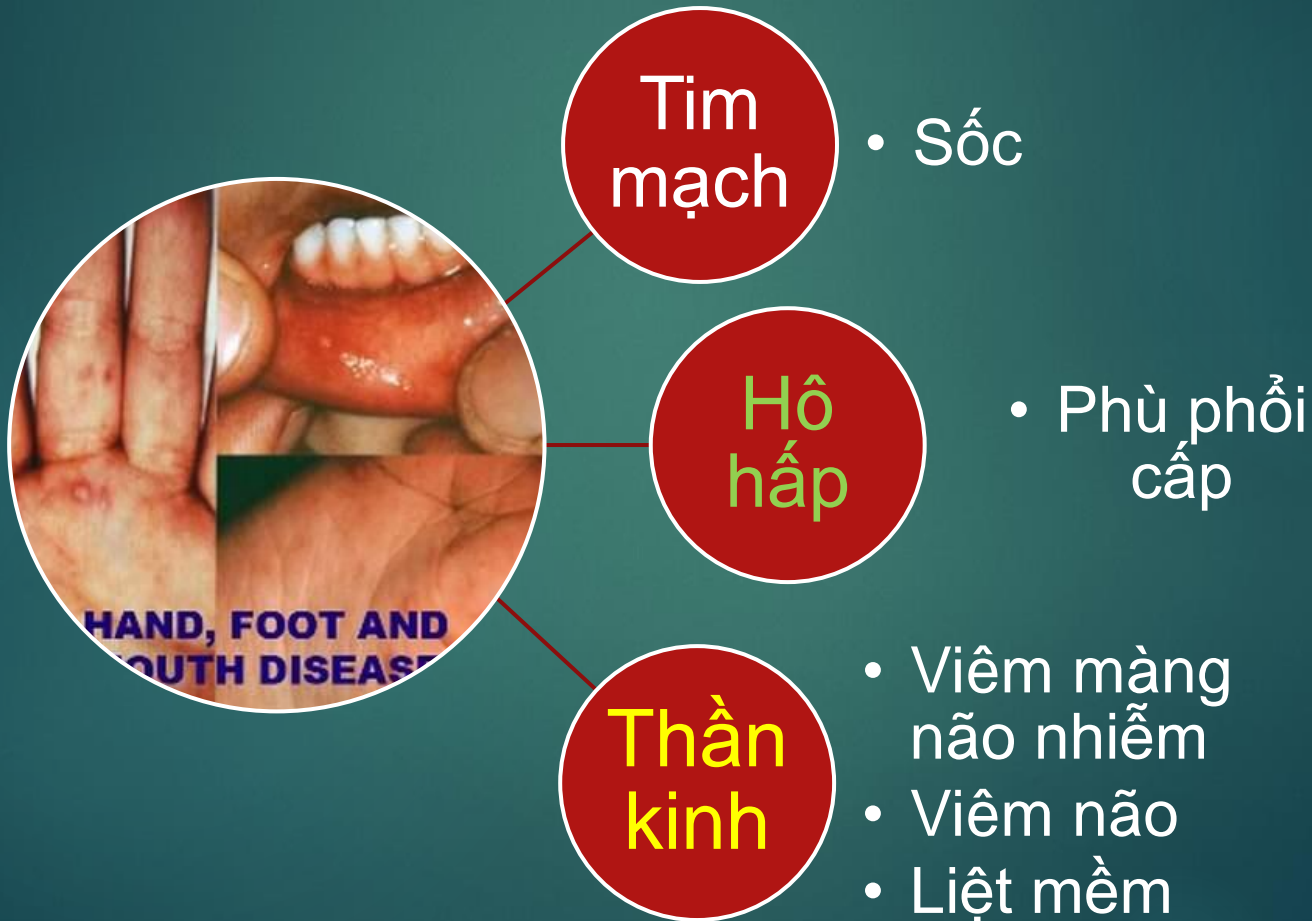
## □ Đặc hiệu

- Phát ban dạng phỏng nước:
  - + Lòng bàn tay chân, gối, mông
  - + Tồn tại trong thời gian ngắn (<7 ngày) có thể để lại vết thâm, hiếm khi loét và bội nhiễm.



# Lâm sàng

❑ Biểu chứng (thường xuất hiện ngày 2-5 của bệnh) :



# Lâm sàng



## □ Các thể lâm sàng:

**1.Thể tối cấp:** diễn tiến rất nhanh có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn, suy hô hấp, hôn mê dẫn đến tử vong trong vòng 24-48 giờ.

**2.Thể cấp tính :** bốn giai đoạn diễn hình như trên.

**3.Thể không điển hình:** Dấu hiệu phát ban không rõ ràng hoặc chỉ có loét miệng hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.

# Cận lâm sàng

## 1. Các xét nghiệm cơ bản:

- ▶ Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên  $16.000/\text{mm}^3$  hay đường huyết tăng  $> 160 \text{ mg\%}$  ( $8,9 \text{ mmol/L}$ ) thường liên quan đến biến chứng
- ▶ Protein C phản ứng (CRP) (nếu có điều kiện) trong giới hạn bình thường ( $< 10 \text{ mg/L}$ ).
- ▶ Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

# Cận lâm sàng

## 2. Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng:

- ▶ Khí máu khi có suy hô hấp
- ▶ Troponin I, siêu âm tim khi nhịp tim nhanh  $\geq 150$  lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc.
- ▶ Dịch não tủy:
  - + Chỉ định chọc dò tủy sống khi có biến chứng thần kinh hoặc không loại trừ viêm màng não mủ.
  - + Xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng, số lượng tế bào trong giới hạn bình thường hoặc tăng, có thể là bạch cầu đơn nhân hay bạch cầu đa nhân ưu thế.

# Cận lâm sàng

## 3. Xét nghiệm phát hiện vi rút (nếu có điều kiện)

Từ độ 2b trở lên hoặc cần chẩn đoán phân biệt:  
Lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy để thực hiện xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân.

## 4. Chụp cộng hưởng từ não

# CHẨN ĐOÁN

*Chẩn đoán  
xác định*

Yếu tố dịch  
tễ

Lâm sàng

Xét nghiệm

*Chẩn đoán  
phân biệt*

Bệnh có loét  
miệng

Bệnh có phát  
ban da

Viêm não  
màng não

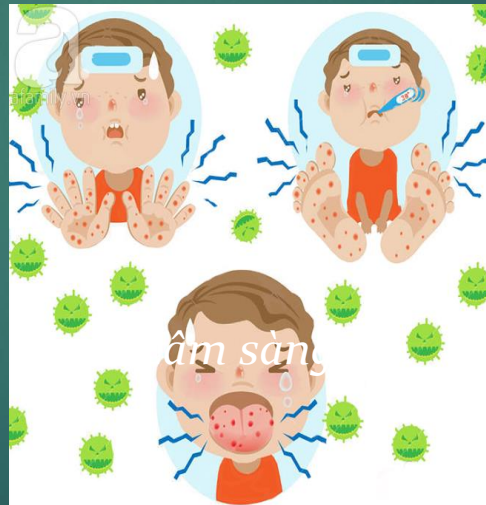
Nhiễm khuẩn  
huyết



# Chẩn đoán

## 1. Chẩn đoán xác định

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2012, chẩn đoán ca bệnh được xác định bởi





# Chẩn đoán

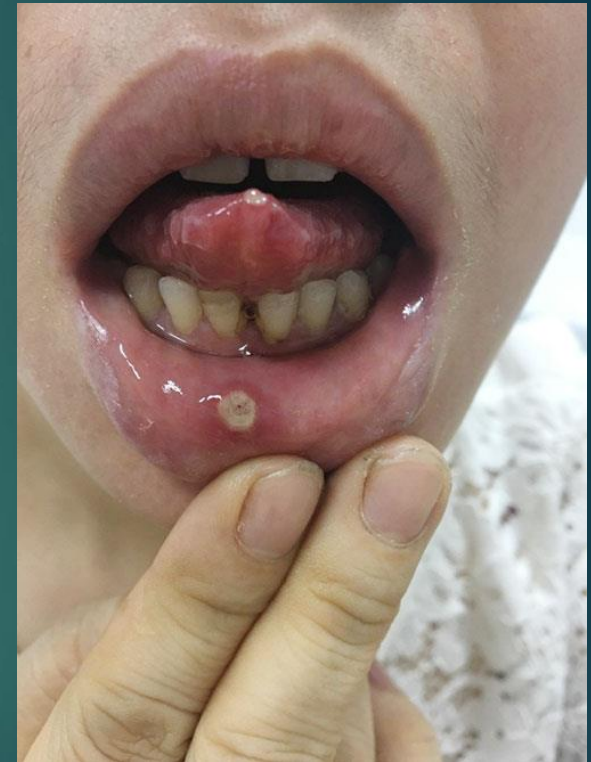
## 2. Chẩn đoán phân biệt

- ▶ Với các bệnh có loét miệng
  - **Viêm miệng lợi do Herpes:** bệnh nhân thường có sốt và vẻ mặt nhiễm độc. Lợi sưng đỏ, chảy máu, kèm theo hạch cổ. Có nhiều tổn thương loét và mụn nước xung quanh miệng nhưng không có tổn thương ở các chi.
  - **Bệnh lở mồm long móng (hoof and mouth):** Virus gây bệnh cho con người và gia súc là khác nhau, không có sự liên quan. Con người không mắc bệnh động vật và ngược lại

# Chẩn đoán

## 2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm loét miệng (áp-tơ):
  - Vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.
  - Viêm loét miệng do áp tơ thường có tổn thương loét rộng ở môi, lưỡi và niêm mạc miệng.
  - Tổn thương đau rất, thường gặp ở trẻ lớn và người lớn, tái phát nhiều lần và thường không đi kèm triệu chứng toàn thân.



# Chẩn đoán

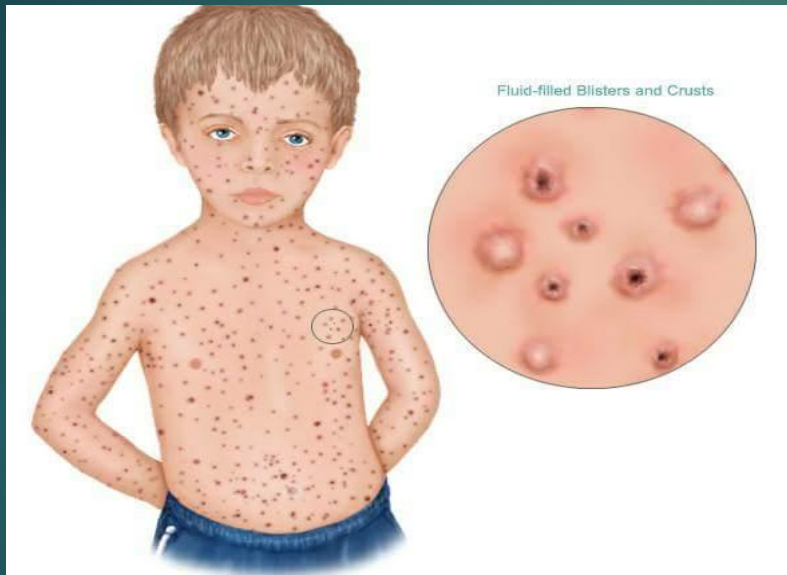
## 2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm não- màng não:
  - Viêm màng não do vi khuẩn
  - Viêm não do virus khác
- Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi

# Chẩn đoán

## 2. Chẩn đoán phân biệt

Với các bệnh có phát ban da:



**Thủy đậu:** phỏng nước rải rác toàn thân, đa lứa tuổi, tổn thương ở trung tâm, thường để lại sẹo



**Ban xuất huyết hoại tử của bệnh viêm não mô cầu**

# Chẩn đoán

## 2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh có biểu hiện phát ban da:

- ▶ - *Sốt phát ban*: hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.
- ▶ - *Dị ứng*: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.
- ▶ - *Viêm da mủ*: Đỏ, đau, có mủ
- ▶ - *Sởi, Rubella*
- ▶ - *Sốt xuất huyết Dengue*: Chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.



# Biến chứng và tiên lượng



# Biến chứng và tiên lượng

1. **Biến chứng thần kinh:** viêm não, viêm thân não, viêm não tủy, viêm màng não



## Clip co giật trong tay chân miệng





# Biến chứng và tiên lượng

## 2. Biến chứng tim mạch, hô hấp

- ▶ Mạch nhanh  $>150$  lần/ phút
- ▶ Thời gian đổ đầy mao mạch chậm  $>2s$
- ▶ Các biểu hiện rối loạn vận mạch: nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh,...
- ▶ Sự thay đổi huyết áp: giai đoạn đầu huyết áp tăng, giai đoạn sau không đo được huyết áp
- ▶ Khó thở
- ▶ Phù phổi cấp

# Phân độ lâm sàng và điều trị

Phân độ	Biểu hiện lâm sàng	Điều trị
<b>Độ 1</b>	Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da	<b>Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi.</li><li>- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10 mg/kg/lần (uống) hoặc 15 mg/kg/lần (toạ dược) mỗi 6 giờ.</li><li>- Vệ sinh răng miệng.</li><li>- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.</li><li>- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 8-10 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.</li></ul>

# Phân độ lâm sàng và điều trị

**Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ 2a trở lên như:**

- ▶ + Sốt cao  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ .
- ▶ + Thở nhanh, khó thở.
- ▶ + Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.
- ▶ + Đi loạn choạng.
- ▶ + Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.
- ▶ + Co giật, hôn mê.

# Clip trẻ giật mình do bệnh tay chân miệng



## Độ 2

### 1.Độ 2a

Có một trong các dấu hiệu sau:

+ Bệnh sử có giật 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.

**Điều trị như độ 1.**

- Phối hợp với ibuprofen 5-10 mg/kg/lần lặp lại mỗi 6-8 giờ nếu cần. 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**

### **Nhóm 1**

*Có một trong các biểu hiện sau:*

- Giật mình ghi nhận lúc khám.

- Bệnh sử có giật mình  $\geq 2$  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).

- Nằm đầu cao  $30^\circ$ .

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.

- Hạ sốt tích cực.

- Thuốc:

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

+ Immunoglobulin 1g/kg/ngày TTM 6-8h.

-Theo dõi dấu hiệu sinh tồn

- Đo độ bão hòa oxy SpO<sub>2</sub> và theo dõi mạch liên tục (nếu có máy).

# Clip trẻ ngủ gà, rung giật nhãn cầu



Ngủ gà



Rung giật nhãn cầu

Độ 2b  
Nhóm  
2

Có một trong các biểu hiện sau:

- Sốt cao  $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$  không đáp ứng với thuốc hạ sốt.
- Mạch  $> 150$  lần/phút
- 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...

Điều trị tại phòng cấp cứu hoặc hồi sức

- Thuốc:
  - + Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.
  - + Immunoglobulin: 1g/kg/ngày TMC trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ nếu còn dấu hiệu độ 2b: Dùng liều thứ 2
- Theo dõi chỉ số sinh tồn.
- Đo độ bão hòa oxy  $\text{SpO}_2$  và theo dõi mạch liên tục (nếu có máy).



### Độ 3

Có các dấu hiệu sau:

- Mạch > 170 lần/phút hoặc mạch chậm
- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tâm thu tăng:
- Thở bất thường: Cơ ngừng 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.

### Điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực

- Như độ 2b
- Dobutamin được chỉ định khi suy tim mạch > 170 lần/phút
- Milrinone chỉ dung khi huyết áp cao
- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, điều trị hạ đường huyết.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO<sub>2</sub>, mỗi 1- 2 giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

## Độ 4

Có một trong các dấu hiệu sau:

- **Sốc.**
- **Phù phổi cấp.**
- **Tím tái, SpO2 < 92%.**
- **Ngưng thở, thở nấc.**

### *Điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực*

- Đặt Nội khí quản thở máy
- Chống sốc
- Phù phổi cấp
- 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
- Kháng sinh: khi có bội nhiễm
- Theo dh sinh tồn
- SpO2, nước tiểu mỗi 30 phút
- Áp lực TMTT mỗi giờ, nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

# Phân độ lâm sàng và điều trị

## 3. Tiêu chuẩn xuất viện

- ▶ Không còn các biến chứng
- ▶ Đối với các TH **điều trị nội trú khác** có thể xuất viện **khi có đủ 4 điều kiện sau:**
  - Không sốt ít nhất 24 giờ liên tục
  - Không còn các bhs từ độ 2a trở lên ít nhất trong 48 giờ.
  - Có điều kiện theo dõi tại nhà và tái khám ngay nếu có diễn tiến nặng.
  - Các di chứng (nếu có) đã ổn định.

# Phòng bệnh

## 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.



# Phân độ lâm sàng và điều trị

## 2. Phòng bệnh ở các cơ sở y tế






# Phân độ lâm sàng và điều trị

## 3. Phòng bệnh ở cộng đồng

- ▶ Vệ sinh ăn uống.
- ▶ Vệ sinh cá nhân.
- ▶ Cách ly trẻ bệnh.



- 
- ▶ Những năm gần đây, người ta đã phát triển nhiều vắc xin phòng EV-71 khác nhau nhưng vẫn ở giai đoạn tiền lâm sàng.
  - ▶ Do vậy, cần phải có hợp tác ở phạm vi toàn thế giới để kiểm soát có hiệu quả EV-71.
  - ▶ ***Do vi rút này ảnh hưởng lớn đến trẻ em ở các nước đang phát triển, nên một vắc xin phòng EV-71 có hiệu quả, an toàn, rẻ tiền và chấp nhận được với cộng đồng là một vấn đề có ý nghĩa quan trọng.***



***Thanks for watching!***