

CÁC BỆNH PHÁT BAN THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

GVC: Trần Thị Hồng Vân

1. Định nghĩa

- Phát ban là tình trạng bệnh lý do nhiều căn nguyên gây nên với biểu hiện đỏ hoặc/và viêm da và niêm mạc do giãn và ứ máu ở mao mạch ngoại biên. Các dạng ban đỏ thường gặp là: Nốt, mảng, vòng hoặc đa hình thái
- Sốt phát ban: Là tình trạng phát ban có biểu hiện sốt kèm theo, thường do các căn nguyên nhiễm khuẩn

Các thuật ngữ

- **Phát ban:** Rash, skin eruption (sự phát ban ở da)
 - Ban cánh bướm: Butterfly rash
 - Diaper Rash
 - Drug Rash
 - Heat Rash (prickly heat)
- **Ban đỏ:** Erythema
 - Dạng nốt sần: Papule
 - Dạng chấm: Macule
 - Dạng nốt: Nodule
 - Dạng mụn nước, bóng nước: Vesicle or Bullae
 - Ban vòng: Erythema Marginatum

2. Căn nguyên

2.1. Phát ban do nguyên nhân nhiễm trùng:

- Bệnh do virus: EV(36 loại), sởi, thủy đậu, CMV, EBV...
- Bệnh do vi khuẩn: tụ cầu, liên cầu, Rickettsia...
- Bệnh do ký sinh trùng, nấm

2.2. Phát ban do nguyên nhân không nhiễm trùng:

- Dị ứng: với thuốc, tiếp xúc...
- Ban nhiệt
- Nhiễm độc : chì...
- Bệnh tự miễn: SLE...

2.3. Bệnh ngoài da: chàm, trứng cá...

<p>Acne vulgaris: P</p> <p>Actinic prurigo: P</p> <p>Acute graft(ghép)-versus-host reaction: M, Pa, P</p> <p>Acute sunburn reaction: Pa</p> <p>Arthropod bite: P</p> <p>Atopic dermatitis: Pa, P, PI</p> <p>Chemotherapy-associated acral erythema: M, Pa</p> <p>Contact dermatitis: M, Pa, P, PI</p> <p>Dermatomyositis: M, Pa, P, PI</p> <p>Eosinophilic pustular folliculitis: P</p> <p>Granuloma annulare: M, P, PI</p> <p>Hemangiomas, disseminated: P</p> <p>Drug reaction: M, Pa, P, PI</p> <p>Juvenile rheumatoid arthritis: M, Pa, P</p> <p>Kawasaki syndrome: M, Pa, PL</p>	<p>ivedo reticularis: M, Pa</p> <p>Miliaria rubra: P</p> <p>Nevus flammeus: M, Pa</p> <p>Panniculitis, cold: PI</p> <p>Papular urticaria: P</p> <p>Phototoxic or photoallergic dermatitis: M, Pa, P, PI</p> <p>Pityriasis lichenoides: P</p> <p>Pityriasis rosea: P, PI</p> <p>Pityriasis rubra pilaris: M, Pa, P, PI</p> <p>Polymorphous light reaction: P, PI</p> <p>Psoriasis: Pa, P, PI</p> <p>Subcutaneous fat necrosis: PI</p> <p>Systemic lupus erythematosus: M, Pa, P, PI</p> <p>Telangiectasias: M</p> <p>[M, macule(chấm); P, papule(sần); Pa, patch(loang lổ); PI, plaque(mảng).]</p>
---	--

3. Tiếp cận chẩn đoán

3.1. Thăm khám LS toàn diện:

- Hình thái ban:
- Cách thức phát ban: khởi đầu, vị trí và thứ tự xuất hiện ban, thời gian mọc, thời gian ban bay, tái diễn...
- Tính chất sốt
- Các triệu chứng kèm theo
- Yếu tố dịch tễ

3.2. Xét nghiệm:

Scarlet fever

Scarlet fever is simply strep throat with a rash. Symptoms include sore throat, fever, headache, abdominal pain, and swollen neck glands. After 1-2 days, a red rash with a sandpaper texture appears, after 7-14 days, the rash sloughs off. Scarlet fever is very contagious, but good hand washing can reduce its spread. Call your pediatrician immediately if you think your child has it, and treat with antibiotics to avoid serious complications.



Hives (urticaria)

mày đay

Hives occur as a rash or welts and are often itchy, or may burn or sting. They can appear anywhere on the body and may last minutes or days.

Hives can signal serious problems, especially if accompanied by difficult breathing or facial swelling. Medications like aspirin or penicillin; foods like eggs, nuts, and shellfish; food additives; temperature extremes, and infections like strep throat can cause hives. Removing the trigger often resolves the hives and an antihistamine can help. If hives persist or are accompanied with other symptoms, seek medical help.



Atopic dermatitis

A chronic problem causing dry skin, intense itching, and a raised rash, some children outgrow atopic dermatitis, or have milder cases as they age. What causes atopic dermatitis isn't clear, but those affected may have a personal history of allergies and asthma and a sensitive immune system.



Hand-foot-mouth disease (coxsackie)

This common, contagious childhood illness starts with a fever, then painful mouth sores and a non-itchy rash with blisters on hands, feet, and sometimes buttocks and legs follow. It spreads through coughing, sneezing, and used diapers, so wash hands often when dealing with coxsackie. Home treatment includes ibuprofen or acetaminophen (do not give aspirin) and lots of fluids. Not serious, coxsackie usually goes away on its own in about a week.



Contact dermatitis

Contact dermatitis is an allergic reaction caused by touching a substance, such as food, soap, or the oil of plants like poison ivy, sumac, or oak. The rash usually starts within 48 hours after exposure. Minor cases may cause mild skin redness or a rash of small red bumps, while severe reactions can cause swelling, redness, and larger blisters. Contact dermatitis is usually mild and goes away when contact with the substance ends.



Heat rash ('prickly heat')

The result of blocked sweat ducts, heat rash looks like small red or pink pimples. Appearing over an infant's head, neck, and shoulders, the rash is often caused when well-meaning parents dress baby too warmly, but it can happen to any infant in very hot weather. A baby should be dressed with only one more layer than an adult; though their feet and hands may feel cool to the touch, this is usually not a problem.



Impetigo

A contagious infection, impetigo causes red sores or blisters that can break open, ooze, and develop a yellow-brown crust. Sores can occur anywhere on the body but usually appear around the mouth and nose. Impetigo can be spread to others through close contact or by sharing items like towels and toys. Scratching can also spread it to other parts of the body. Antibiotic ointment usually cures it. Antibiotic pills may be needed.



Ban XH hoại tử



Thủy đậu





Chickenpox

Although chickenpox rash was a common rash when most current adults were children, it isn't commonly seen in children these days because of the chickenpox vaccine. Very contagious, chickenpox spreads easily, leaving an itchy rash and red spots or blisters all over the body.

Chickenpox spots go through stages: blistering, bursting, drying, and crusting. Chickenpox can lead to serious complications such as pneumonia, brain damage, or death. People who have had chickenpox are also at risk for developing shingles later in life. A chickenpox vaccine is recommended for all young children. Teens and adults who never had chickenpox or received the vaccine should be vaccinated.



Fifth disease ('Slapped Cheek')

A contagious and usually mild illness that passes in a couple weeks, fifth disease starts with flu-like symptoms, followed by a face and body rash. Spread by coughing and sneezing, it's most contagious the week before the rash appears. Treatment includes rest, fluids, and pain relievers (do not use aspirin if your child has fever), but watch for signs of more serious illness. If your child has Fifth's and you are pregnant, contact your doctor.



Ringworm

Worms don't cause ringworm. Instead, this skin infection is caused by a fungus living off dead skin, hair, and nail tissue. Starting as a red, scaly patch or bump, it develops into an itchy red ring with raised, blistery, or scaly borders. Ringworm is passed on by skin-to-skin contact with a person or animal, and by sharing items like towels or sports gear. Most ringworm infections can be treated with antifungal creams.





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 SPB

Bệnh	Tg ủ bệnh	Khởi phát	Toàn phát	Tr.ch khác
Sởi	8-11 ngày	Viêm long Mắt đỏ Koplik	Phát ban kiểu sởi	Viêm thanh quản Viêm não
Rubella	12-14 ngày	Không có	Ban sần, đỏ sậm tím, lan nhanh	Hạch to (sau tai, gáy)
Đào ban TE (Roseola infantum)	10-14 ngày	3 ngày Sốt Không mệt	Ban sần, hồng, cách xa nhau, thoáng qua, hết nhanh	Hay co giật trong cơn sốt đầu tiên

Chẩn đoán phân biệt SPB

Bệnh	Tg ủ bệnh	Khởi phát	Toàn phát	Tr.ch khác
Hồng ban NK	7-14 ngày	Không	Vết đỏ ở má, ban như vết cắt ở chi, 7-14 ngày	
Sốt tinh hồng nhiệt (Scarlet fever)	2-5 ngày	1-2 ngày, nôn, đau họng	Ban chấm đỏ, đau, tụ từng đám, đỏ da toàn thân, 7 ngày ban bay, bong da	Ban chấm đậm ở nếp gấp da, họng đỏ, a. hạnh nhân to, đỏ, lưỡi sưng đỏ
Nhiễm VR đường ruột	Thay đổi	Thay đổi	Ban, Mụn nước Chấm XH	Gây dịch Viêm dạ dày ruột

4. Điều trị:

- Theo từng bệnh
- ĐT căn nguyên
- Điều trị triệu chứng
- Chăm sóc, dinh dưỡng, vệ sinh da-niêm mạc
- Tránh : bôi thuốc ngoài da không đúng chỉ định; kiêng không vệ sinh da

5. Một số bệnh phát ban thường gặp

5.1. Bệnh Sởi

5.1.1. Căn nguyên:

- VR sởi thuộc loài Morbillivirus, họ Paramyxoviridae; hình cầu 120-250nm, RNA
- VR sởi có 6 protein cấu trúc chính:
Hemagglutinin (H) protein và Fusion (F) protein: vỏ glycoproteins bề mặt, có vai trò quan trọng để tạo kháng thể trung hòa
protein H giúp VR tấn công TB vật chủ; protein F giúp VR lan tràn từ TB sang TB
Matrix (M) protein: ở lớp trong của vỏ VR có vai trò lắp ráp, tập hợp (assembly) VR
Nucleoprotein (NP), polymerase phosphoprotein (P), và large protein (L) ở bên trong VR: protein L và P có vai trò quan trọng trong hoạt động của RNA polymerase, NP là protein cấu trúc của nucleocapsid .
- VR sởi có vỏ lipid nên dễ bị bất hoạt bởi các chất diệt khuẩn thông thường, nhiệt độ $> 37^{\circ}\text{C}$ và $< 20^{\circ}\text{C}$, ánh sáng mặt trời, tia cực tím, và môi trường có pH cao và thấp (>10 và <5); bị diệt ở nhiệt độ 56°C trong 30 phút; tồn tại lâu ở nhiệt độ -70°C
- Kháng thể chống VR sởi xuất hiện từ ngày thứ 2-3 sau khi mọc ban, bền vững, tồn tại lâu dài

5.1. Bệnh Sởi (tiếp)

5.1.2. Dịch tễ học:

- Nguồn bệnh: người và các ĐV linh trưởng
- Đường lây:
Lây theo đường hô hấp qua các giọt nhỏ dịch tiết mũi-họng.
VR tồn tại khoảng 1h trong các giọt này ở ngoài môi trường
không lây gián tiếp qua đồ vật vì khó tồn tại ở ngoại cảnh
Có khả năng lây bệnh cao trong 7 ngày sau phơi nhiễm và 4 ngày sau phát ban
- Chủ yếu gây bệnh ở TE và người chưa có đáp ứng MD
- Bệnh giảm nhiều nhờ có chương trình TCMR

- **Measles is one of the leading causes of death among young children even though a safe and cost-effective vaccine is available.**
- **In 2010, there were 139 300 measles deaths globally – nearly 380 deaths every day or 15 deaths every hour.**
- **More than 95% of measles deaths occur in low-income countries with weak health infrastructures.**
- **Measles vaccination resulted in a 74% drop in measles deaths between 2000 and 2010 worldwide.**
- **In 2010, about 85% of the world's children received one dose of measles vaccine by their first birthday through routine health services – up from 72% in 2000.**

5.1. Bệnh Sởi (tiếp)

5.1.3. Cơ chế sinh bệnh:

- GĐ nung bệnh: VR vào hầu họng → TB biểu mô đường HH → hạch bạch huyết vùng → máu (viremia lần 1)
- GĐ toàn phát: Từ máu, VR vào phủ tạng (phổi, lách, hạch, não...) và da gây triệu chứng LS
- GĐ lui bệnh: KT xuất hiện, VR bị loại khỏi máu

5.1. Bệnh Sởi (tiếp)

5.1.4. Triệu chứng LS:

5.1.4.1. Thể điển hình:

- Gđ nung bệnh: 8-11 ngày
- Gđ khởi phát: 3-4 ngày
 - sốt cao
 - viêm long HH, mắt, tiêu chảy
 - Koplik
- Gđ toàn phát: 3 ngày
 - Phát ban sởi
 - Sốt giảm dần
- Gđ lui bệnh:
 - Ban bay theo thứ tự mọc (trong 3 ngày), để lại vết thâm kéo dài, có thể bong da nhẹ lấm tấm
 - Bớt mệt mỏi, ăn ngon miệng

5.1. Bệnh Sởi (tiếp)

5.1.4.2. Các thể LS khác:

- Thể nhẹ:

trẻ < 6 th

Sau tiêm phòng

- Thể nặng: có biến chứng

5.1. Bệnh Sởi (tiếp)

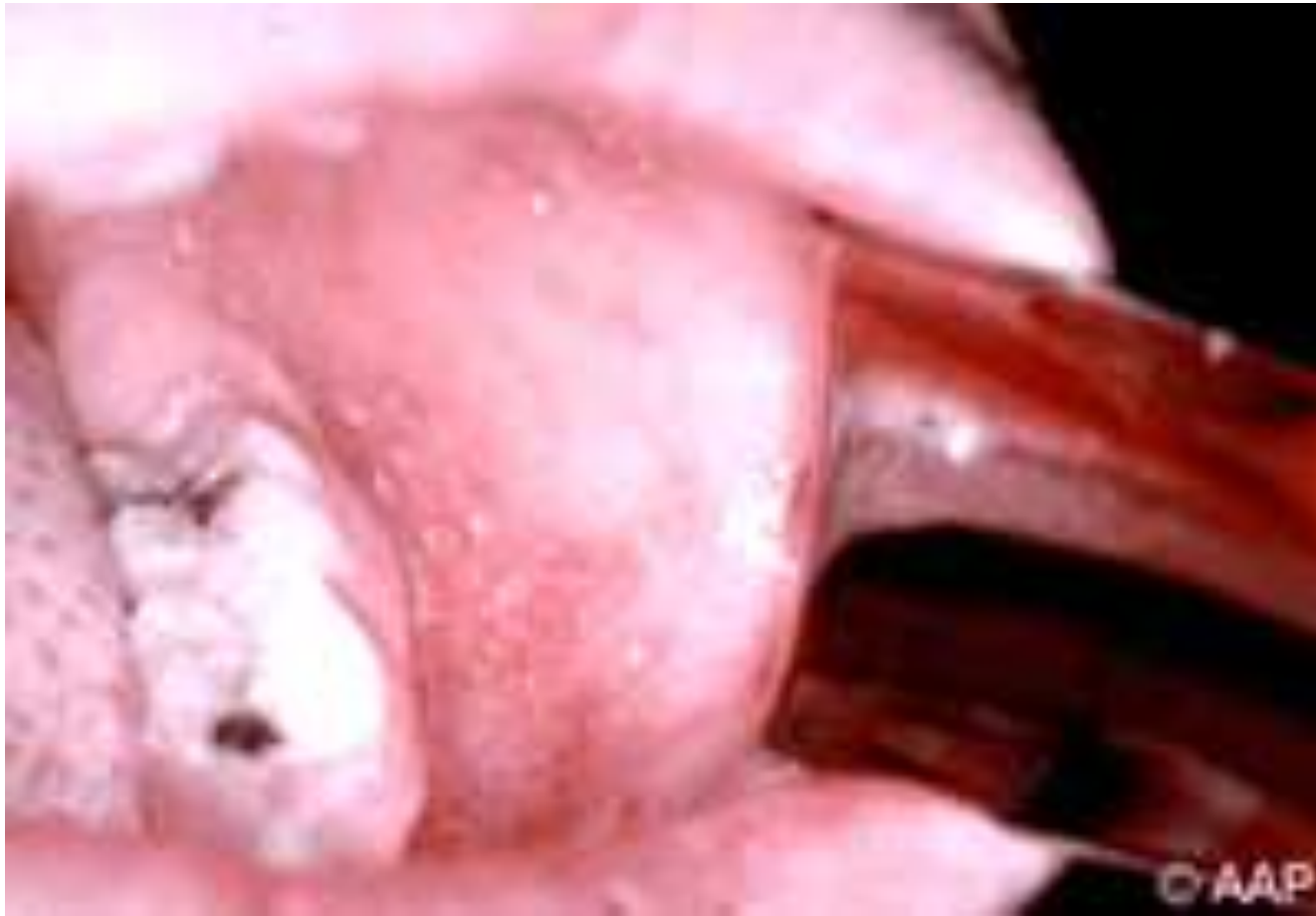
5.1.5. Biến chứng:

- Do VR sởi (trong gđ khởi phát và toàn phát):
 - Viêm thanh quản
 - VPQP do VR
 - Viêm não-màng não-tủy cấp
 - VMN chất trắng (bệnh VR chậm)
- Do nhiễm trùng bội nhiễm:
 - Viêm phổi, NT miệng, viêm ruột, TMH...
 - SGMD: mắc nhiều bệnh NT khác
- Thiếu vitamin A
- SDD

Measles. Child with measles rash and conjunctivitis



Measles (rubeola). Koplik spots on third day of rash. Note characteristic white lesion with erythematous margin.



5.1. Bệnh Sởi (tiếp)

5.1.6. Điều trị:

Triệu chứng, chăm sóc, phòng bội nhiễm và các biến chứng.

- Hạ sốt.
- Vệ sinh da, mắt, mũi, miệng
- Ăn lỏng, dễ tiêu, giàu dinh dưỡng, uống nước.
- Vitamin A
- DT biến chứng

5.1.7. Phòng bệnh:

- Tiêm chủng:
- Cách ly nguồn bệnh.
- Vệ sinh các nhân và môi trường

5.2. Bệnh Rubella

- Virus Rubella thuộc loài Rubivirus, họ Togavirus.
- Hình cầu, đường kính 50-70 nm, gen ARN chuỗi đơn, nhân nucleoprotein được bao bọc ngoài bởi vỏ glycolipid. Thành phần lipid được lấy từ tế bào vật chủ.
- Virus Rubella chỉ có 1 antigen duy nhất.
- Người là vật chủ tự nhiên duy nhất của Rubella, nhưng có thể gây được nhiễm trùng thực nghiệm ở nhiều loại động vật có xương sống khác.
- Virus Rubella có 3 cấu trúc protein chính là E1, E2 và C.
- Protein E1 và E2 là vỏ protein được glycosylate, protein này hình thành nên các chỗ lồi hình que 5-6 nm trên bề mặt của virus.
- Các kháng thể đơn dòng trực tiếp chống lại cả E1 và E2, có hoạt tính trung hòa. E1 là chất Hemagglutinin mà nó kết hợp cả hemagglutination và kháng thể ngăn cản sự tan máu.

5.2. Bệnh Rubella (tiếp)

5.2.1. Bệnh Rubella mắc phải:

- Virus Rubella được lây truyền qua các giọt nước nhỏ từ chất tiết đường hô hấp của người bị nhiễm bệnh.
- Thời gian ủ bệnh 3-8 ngày sau khi nhiễm virus vào đường mũi họng.
- Bệnh kéo dài 11-14 ngày.
- Người mắc Rubella có thể lây bệnh từ 5 ngày trước phát ban đến 6 ngày sau phát ban.

5.2. Bệnh Rubella (tiếp)

- Bệnh Rubella xảy ra vào cuối mùa đông và suốt mùa xuân.
- Ở những nơi không có tiêm phòng, bệnh xảy ra thành chu kỳ mỗi 2-4 năm, những vụ dịch lớn xảy ra mỗi 6-9 năm.
- Bệnh giảm ở những vùng có tiêm vaccine thường quy.

5.2. Bệnh Rubella (tiếp)

5.2.1.1. Triệu chứng LS

- Thời kỳ ủ bệnh: 14-21 ngày (trung bình 18 ngày).
- Khởi phát: trước phát ban 1-5 ngày, triệu chứng không đặc hiệu: sốt, đau nhức mắt, đau họng, đau khớp, rối loạn tiêu hóa.

Các dấu hiệu tiền triệu này hay xảy ra ở thanh niên và người lớn hơn ở trẻ nữ nhi và trẻ nhỏ.

5.2. Bệnh Rubella (tiếp)

- Toàn phát: phát ban và hạch sau gáy.
Ban đầu tiên xuất hiện ở mặt và lan nhanh từ đầu đến chân và toàn thân trong vòng 24h.
ban nhạt màu đi cũng theo hướng từ đầu đến chân trong vòng 2-3 ngày.
Ban thường có dạng ban đỏ hoặc ban sần, nhưng cũng có thể ban dạng tinh hồng nhiệt, dạng sởi, chấm nốt, ở thanh niên có thể giống mụn trứng cá.
Sốt thường mức độ nhẹ.
Hạch to trong hầu hết trường hợp.
Phát ban có thể kéo dài < 1 ngày hoặc > 5 ngày.





5.2. Bệnh Rubella (tiếp)

- Bệnh tái nhiễm là cực kỳ hiếm.
- Biến chứng: 20%. Viêm đa khớp, viêm não, viêm dây thần kinh ngoại biên, xuất huyết giảm TC...

5.2.2. Bệnh Rubella bẩm sinh:

- nhiễm Rubella bẩm sinh gây ra tình trạng bệnh tiến triển và kéo dài.
- Nhiễm Rubella rau thai và bào thai chắc chắn xảy ra nếu mẹ bị bệnh Rubella trong quý đầu thai kỳ(80-100%) và làm tăng tỉ lệ chết bào thai và quái thai.
- Nhiễm bệnh vào tuần thai thứ 16, tỉ lệ nhiễm bệnh cho thai giảm còn 10-20%,
- tăng lại đến 60% từ sau tuần thứ 30.
- IgM của bào thai xuất hiện sớm vào tuần thứ 20 của thai kỳ,
- IgG xuất hiện vào quý 2 của thai kỳ.
- IgM và IgG tiếp tục tăng trong vài tháng đầu sau sinh.
- IgM giảm dần vào lúc 6 tháng tuổi và IgG tồn tại trong nhiều năm.
- Đáp ứng miễn dịch tế bào yếu hơn so với đáp ứng miễn dịch trong nhiễm Rubella mắc phải.

- Nhiễm trùng bào thai giai đoạn sớm dẫn đến thai chết lưu, sảy thai, chết ngay sau sinh.
- Ở những trẻ đẻ sống, nguy cơ mắc bệnh Rubella bẩm sinh phụ thuộc vào tuổi thai khi nhiễm bệnh.
- LS: hạch to hệ thống, gan lách to, chậm phát triển bào thai, viêm gan, vàng da, thiếu máu huyết tán, bệnh não-màng não, mờ giác mạc, xuất huyết giảm tiểu cầu... các triệu chứng này xuất hiện tạm thời, kéo dài vài ngày đến vài tuần nhưng thường để lại hậu quả lâu dài.
- Bệnh có thể gây tổn thương vĩnh viễn ở nhiều cơ quan: tim bẩm sinh, mắt, bệnh não, điếc.
- Một số bệnh xuất hiện muộn 2 năm sau sinh hoặc muộn hơn: bệnh nội tiết (đái tháo đường phụ thuộc insulin, cường giáp, suy giáp,...), thiếu hụt miễn dịch miễn tính, , giảm chức năng thị giác(bất thường giác mạc, thủy tinh thể...) và thính giác, bệnh mạch máu, bệnh hệ thần kinh trung ương ...

5.2. Bệnh Rubella (tiếp)

5.2.3. Triệu chứng CLS:

Bệnh Rubella mắc phải:

- CTM: giảm bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính
- ELISA: IgM, IgG, IgA
- Phân lập virus trong chất tiết dịch tỵ hầu
- PCR

Bệnh Rubella bẩm sinh:

- IgM máu cuống rốn, máu ngoại vi
- IgG: nhằm IgG của mẹ

5.2. Bệnh Rubella (tiếp)

5.2.4. Chẩn đoán:

Bệnh Rubella mắc phải:

Chẩn đoán xác định:

- LS
- XN: hiệu giá KT tăng 4 lần sau 2 tuần/ IgM (+)

Chẩn đoán phân biệt: nhiễm EV, adenovirus, EBV, nhiễm liên cầu khuẩn, mycoplasma pneumoniae.

Bệnh Rubella bẩm sinh:

- LS: não bé, gan lách to, hạch to, xuất huyết giảm TC, bệnh mắt
- XN: ELISA, phân lập virus

5.2. Bệnh Rubella (tiếp)

5.2.5. Phòng bệnh:

Tiêm phòng:

- Miễn dịch chủ động (vaccine): MMR vaccine sống giảm độc
 - Mũi 1: 12-15 tháng tuổi
 - Mũi 2: 4-6 tuổi hoặc 11-12 tuổi
 - Không tiêm cho phụ nữ đang mang thai hoặc dự định có thai trong thời gian 3 tháng
 - Cơ địa SGMD (HIV): có thể tiêm nếu nguy cơ mắc bệnh cao
 - Bệnh nhân có sử dụng IG : không tiêm trong vòng 3 tháng hoặc lâu hơn nếu dùng IG liều cao.

Miễn dịch thụ động: IG không được khuyến cáo sử dụng thường quy

Các biện pháp PB khác:

- Cách ly trẻ mắc bệnh: 7 ngày từ lúc phát ban
- Trẻ mắc Rubella BS có thể lây truyền bệnh đến 1 năm tuổi (trừ khi có kết quả XN VR âm tính sau 3 tháng tuổi)

5.3. Bệnh Thủy đậu

5.3.1. Căn nguyên:

- VR: Varicella Zoster virus
- Là VR có kích thước lớn, 150-200nm, nhân DNA
- Gây 2 thể bệnh: thủy đậu và Herpes zoster (bệnh Zona)
- Kém bền vững ở ngoài cơ thể người

5.3. Bệnh Thủy đậu (tiếp)

5.3.2. DTH:

- Lây qua đường HH, qua các giọt nhỏ dịch tiết mũi họng.
- Người mắc bệnh là nguồn bệnh.
- Tuổi mắc bệnh: 6th đến 7 tuổi.

Trẻ SS mắc bệnh nếu mẹ chưa có MD, bệnh rất nặng

- Gây MD suốt đời

5.3. Bệnh Thủy đậu (tiếp)

5.3.3. Triệu chứng LS:

- Thời kỳ ủ bệnh: 10-21 ngày
- Thời kỳ khởi phát: 1 ngày
sốt, đau mình, mệt mỏi, viêm họng, viêm long HH trên
- Thời kỳ toàn phát: Ban phỏng nước
 - Ban đỏ, nổi phỏng nước trên nền ban đỏ
 - Phỏng nước rất nông, nước trong, sau 1-2 ngày ngả màu vàng, hơi lõm ở giữa, kt < 5 mm, to nhỏ không đều
 - Ban rải rác toàn thân, mọc không theo trình tự
 - Dễ bội nhiễm, ngứa
- Thời kỳ lui bệnh: ban khô, đóng vảy màu nâu, bong không để lại sẹo

5.3. Bệnh Thủy đậu (tiếp)

5.3.4. Thể LS:

- Thủy đậu ở trẻ SS: rất nặng, lan tràn nhanh, rất dễ bội nhiễm VK Tụ cầu, VK Gr(-), NTH
- Thủy đậu ở trẻ có bệnh về máu: ban phỏng nước có máu bên trong

5.3.5. Biến chứng:

Viêm thanh quản (croup)

Viêm niêm mạc miệng lưỡi, tai,...

Viêm thận, viêm cơ tim, viêm khớp, viêm hạch, viêm não

Nhiễm khuẩn bội nhiễm: da, HH, miệng lưỡi...

5.3. Bệnh Thủy đậu (tiếp)

5.3.6. Chẩn đoán:

- LS: tính chất ban
- XN: VZV ở dịch tiết mũi họng, nốt phỏng nước

5.3. Bệnh Thủy đậu (tiếp)

5.3.7. Điều trị:

- Cách ly đến sau khi hết mọc ban 5 ngày
- ĐT triệu chứng, chăm sóc vệ sinh phòng NT bội nhiễm:
 - ĐT sốt
 - VS miệng, TMH
 - VS da, Xanh Methylen bôi nốt phỏng
- Chế độ dinh dưỡng, vitamin

5.3. Bệnh Thủy đậu (tiếp)

- Thuốc chống VR:

Acyclovir chỉ sử dụng trong những trường hợp ĐB sau:

- mắc bệnh K, suy tủy, ghép cơ quan
- đang sử dụng steroid liều cao
- Thiếu hụt T-lymphocyte BS
- HIV
- Trẻ SS mắc Thủy đậu trong vòng 5 ngày trước và 2 ngày sau sinh
- Có kèm viêm phổi, viêm não.

Liều:

- trẻ <30mg/kg/ngày, chia 3 lần, cách mỗi 8 giờ, TMC 60ph
- trẻ > 1 tuổi: 1,5g/m²/ngày, chia 3 lần, cách mỗi 8 giờ, TMC 60ph

Thời gian DT: 7 ngày hoặc đến khi hết tổn thương ở da

- IG

5.3. Bệnh Thủy đậu (tiếp)

5.3.8. Phòng bệnh:

- VS cá nhân và môi trường
- Cách ly người bệnh
- Vaccine: LAVV, MMR

1-13 tuổi: tiêm 2 liều, cách nhau ít nhất 3 tháng (thường 1 tuổi và 4 tuổi)

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng

Hand, foot and mouth disease (HFMD)

- 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)

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(tiếp)

5.4.1. 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

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(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

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(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 casé nặng, 50 TV. Dịch ở **Indonesia**, **Singapore**.
- **2010**
Ở **Trung quốc**: 70756 trẻ mắc bệnh, 40 TV

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(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

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(tiếp)

5.4.2. Cơ chế bệnh sinh:

- 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

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(tiếp)

- NT có tr/ch: VR tiếp tục nhân lên ở hệ vãng 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

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(tiếp)

5.4.3. Triệu chứng LS:

- EV gây các biểu hiện LS khác nhau:
 - Sốt không đặc hiệu
 - Tổn thương ở da: ban dạng chấm, ban sần, mào đay, ban phỏng 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...

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







5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(tiếp)

- Biểu 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)

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(tiếp)

5.4.4. Chẩn đoán:

LS: dựa vào các yếu tố:

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

CLS

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

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(tiếp)

5.4.5. 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

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(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

5.4. Bệnh Tay Chân Miệng(tiếp)

5.4.6. 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- **Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed.**
- **Principles and practice of Pediatric Infectious Diseases-Sarah S. Long MD**
- **Bệnh học truyền nhiễm-NXBYH 2009**
- **Cẩm nang điều trị Nhi khoa-NXBYH 1994**