

**CASE BỆNH TAY CHÂN MIỆNG**  
**GIẢNG VIÊN BS BÙI THANH LIÊM**  
**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

Click to add title

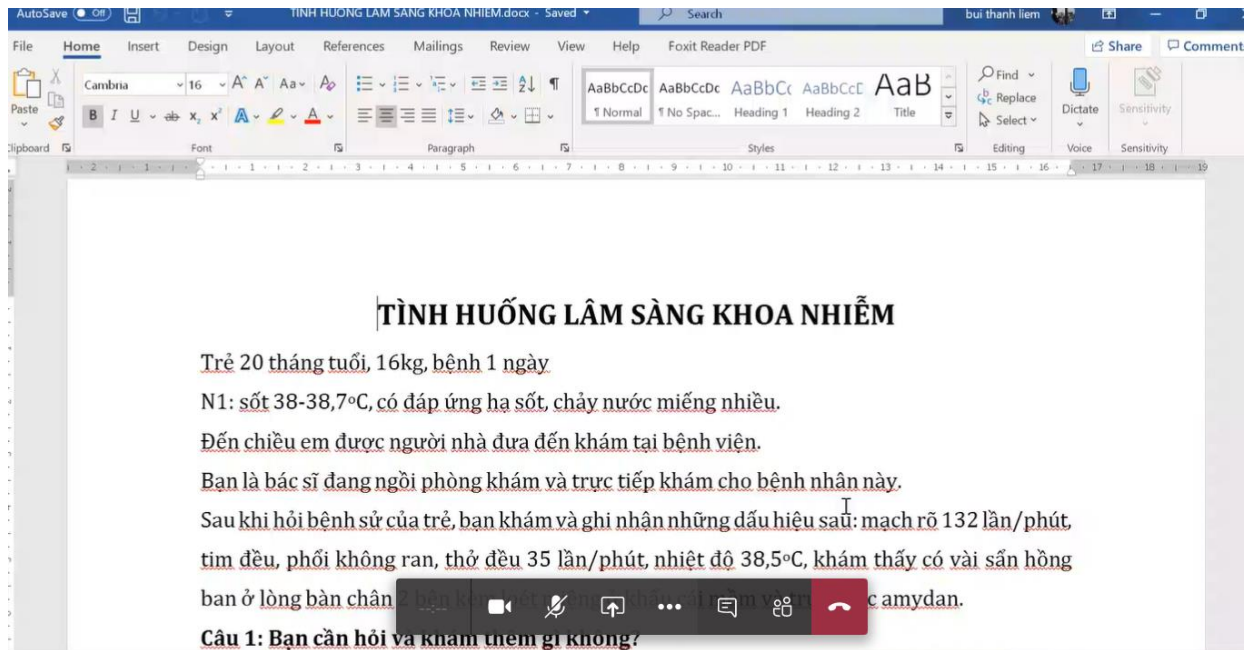


- Trẻ 20 tháng tuổi, 16kg, bệnh 1 ngày
- N1: sốt 38-38,7°C, có đáp ứng hạ sốt, chảy nước miếng nhiều.
- Đến chiều em được người nhà đưa đến khám tại bệnh viện.
- Bạn là bác sĩ đang ngồi phòng khám và trực tiếp khám cho bệnh nhân này.

Click to add title



- Sau khi hỏi bệnh sử của trẻ, bạn khám và ghi nhận những dấu hiệu sau: mạch rõ 132 lần/phút, tim đều, phổi không ran, thở đều 35 lần/phút, nhiệt độ 38,5°C, khám thấy có vài sản hồng ban ở lòng bàn chân 2 bên kèm loét miệng ở khẩu cái mềm và trụ trước amydan.
- **Câu 1: Bạn cần hỏi và khám thêm gì không?**
- **Câu 2: Chẩn đoán và xử trí của bạn là gì?**



## 1. Cần hỏi khám gì thêm ?

- Sốt → Trẻ có dấu nguy hiểm toàn thân không: Nôn ói, bỏ bú, co giật, khó đánh thức. Khám dấu mất nước, khám dấu màng não.
- Sốt → Tìm ổ nhiễm trùng
- Sang thương da → Khám toàn thân tìm các vị trí sang thương còn lại
- Hạ sốt đã dùng là gì, bao nhiêu ngày, liều
- Đã đi khám ở đâu chưa
- Nghi tay chân miệng, hỏi biến chứng thần kinh hô hấp
- + Giật mình lừ đừ quấy khóc
- + Thất điều, rung nhật nhĩ cầu
- Tiền căn tiếp xúc gần đây
- + Những bé quanh bé có bị vậy không
- + Bệnh này phân biệt Sởi thủy đậu → Hỏi bé tiêm ngừa mấy cái đó chưa

Anh sửa

- Các bạn tham gia tốt, ý tốt
- Đầu tiên là triệu chứng cấp cứu ngay, dấu nguy hiểm toàn thân
- Nguyên tắc em bé vô có sốt
  - + Thì phải khám hết
  - + Sợ nhất là nhiễm trùng, tìm ổ nhiễm trùng: Hở nôn ói tiêu chảy, chảy dịch mũi, chảy mủ tai ho khó thở, quấy khóc khi đi tiểu ...
  - + Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: bỏ bú, co giật, ...
- Loại trừ hết những ổ nhiễm trùng mới nghĩ do nguyên nhân khác, nhưng đầu tiên vẫn là nhiễm trùng
- Tuy nhiên tình huống này cho thêm thông tin, có mạch sinh hiệu ổn, phổi không có gì hết, nhiệt độ 39.5 có sốt.
- Hạ sốt loại gì, liều lượng, bao lần, lần cuối cách đây bao lâu.
- Khám ghi nhận vài sản hồng bàn lòng bàn tay bàn chân kèm loét miệng. Coi chừng em bé có bị tay chân miệng không.
- Như vậy bên cạnh những cái trên cần chú ý tới tay chân miệng
  - + Chẩn đoán
  - + Biện chứng
  - + Chẩn đoán phân biệt
  - Biện chứng
    - + Giật mình hay không, ở nhà có giật mình: đặc điểm, tần suất
    - + Run chi yếu liệt nôn ói tiêu lỏng ...
- Như trên là tối ưu nhất, tuy nhiên hiện tại bệnh khá là đông. Mình cần tiếp cận nhanh để đánh giá em bé. 50-60 bệnh không hỏi được đâu. Đi thi trả lời vậy
- Thực tế lâm sàng mình làm gì
  - + Nhìn: Cảm nhận đầu tiên rất quan trọng. Nhìn sơ ra tổng trạng em bé đó: mặt tươi tỉnh hơn hờ yên tâm rồi. Chứ nó nằm im đờ là mệt rồi.

- + Sau đó mình mới hỏi tới triệu chứng nguy hiểm toàn thân, không có là an tâm
- + Sốt tìm ổ nhiễm trùng vừa hỏi vừa khám, ngoài sốt có gì không, có tiêu chảy ới ăn uống được không, đi tiểu sao ...?
- + Coi cái tay, cái da có nốt gì không. Da khám có sẵn hồng ban, dấu xuất huyết ...
- + Vô người ta khai con tôi sốt (1) có nổi sẩn (2) tháng 9-12 mùa tay chân miệng (3) → Nghĩ luôn cao là tay chân miệng, tập trung vô tay chân miệng. Nhưng vẫn còn hỏi sơ nhiễm trùng cơ quan khác tránh bỏ sót. Đây là thực tế lâm sàng
- Tuy nhiên vẫn phải nhớ: Con nít sốt sợ nhiễm trùng, biến chứng nhiễm trùng huyết sốc ... Nghĩ TCM vẫn phải hỏi khám đầy đủ loại bỏ nhiễm trùng.
- Ngày 1 TCM ít biến chứng, biến chứng thường ngày 2 trở đi.

**Đáp án: Sinh viên cần hỏi và khám thêm những vấn đề sau đây: (2 điểm)**

- Hỏi thêm triệu chứng giật mình, đặc điểm giật mình nếu có, tần suất giật mình, run chi, yếu liệt, rung giật nhãn cầu, quấy khóc liên tục, nôn ói và tiêu lỏng.
- Hỏi việc sử dụng thuốc tại nhà nhất là thuốc hạ sốt: loại thuốc, liều lượng.
- Khám: dấu thần kinh khu trú, rung giật nhãn cầu, rối loạn thần kinh thực vật (vã mồ hôi), giật mình lúc khám.

**(Giảng viên cung cấp cho sinh viên: tất cả triệu chứng trên đều âm tính, trẻ được hạ sốt với Hapacol 150mg 1,5 gói, uống 5 lần/ngày, ngoài ra không dùng thuốc gì khác)**

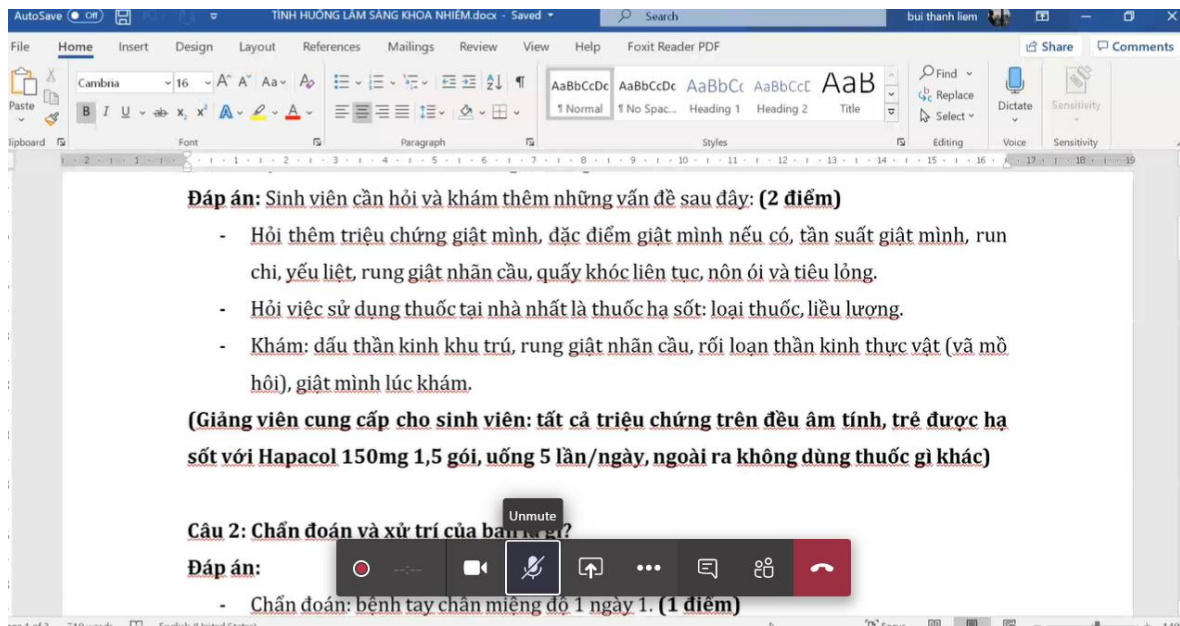
I

**Câu 2: Chẩn đoán và xử trí của bạn là gì?**

**Đáp án:**

- Chẩn đoán: bệnh tay chân miệng độ 1 ngày 1. (1 điểm)

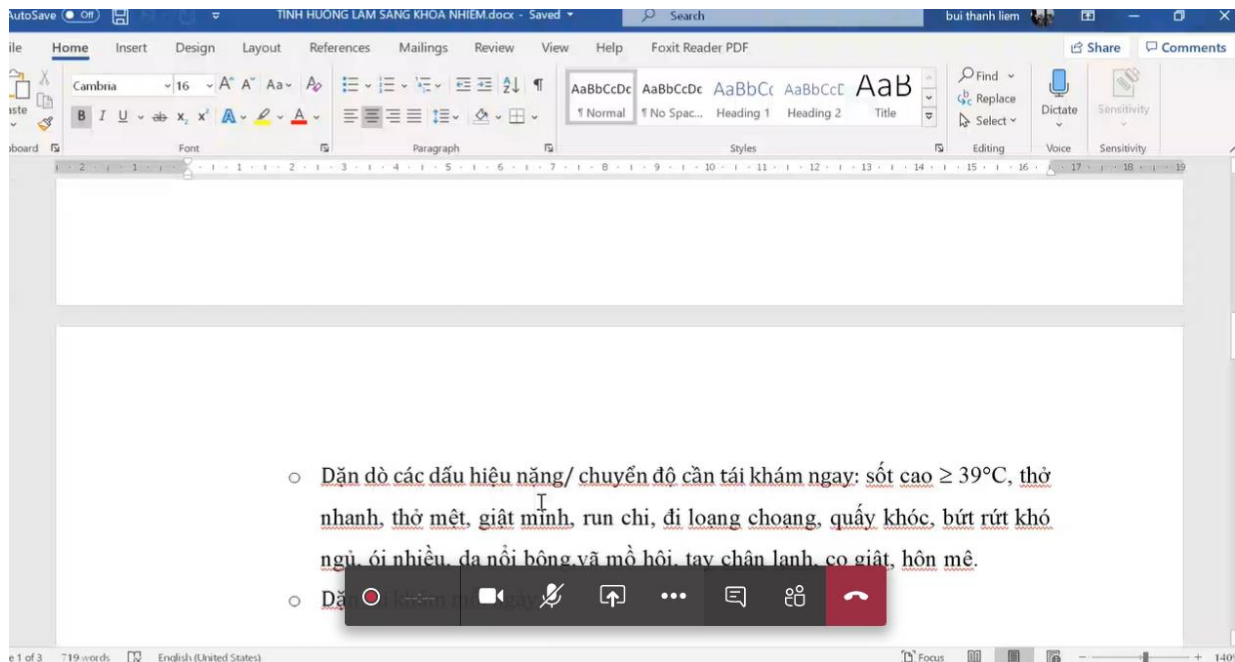
Bé Hapacol 150mg mỗi lần sốt 1 gói rưỡi. Sáng giờ 5 lần rồi. Bé 16kg. Ngoài ra không có thuốc gì khác



## 2. Xử trí

- Chẩn đoán: Bệnh tay chân miệng độ I ngày 1
- Điều trị ngoại trú trừ khi bé ở nhà xa trung tâm (1) mẹ lo lắng (2) không chăm sóc được
- Bé có sốt nên tái khám mỗi ngày, cho tới khi hết sốt thì tái khám mỗi 2 ngày trong 7 ngày đầu
- Bé xa nhi đồng thì khám gần nhà được rồi vì bệnh viện tuyến dưới là được rồi
- Cho thuốc hạ sốt: Hapacol 150mg 1.5 gói uống mỗi 4-6h
- Dẫn dò theo dõi dấu hiệu nặng





- Dẫn thường khó lắm người nhà không nhớ hết được, ghi cũng không ghi hết được, thường bây giờ kê toa có sẵn lời dẫn (phần mềm). Thường phòng khám sẽ có tờ rơi phát cho người nhà. Có những cái ghi thì vô khám ngay không thì tới đúng lịch tái khám. → Tóm lại phát cho tờ giấy.

- Ăn uống sao

+ Vô với mình có ban tay chân kèm loét miệng

+ Loét miệng rất là đau, nguy cơ không chịu ăn uống: Hạ đường huyết thiếu dịch

+ Trên lâm sàng bs photphologel nó bám vô niêm nhưng bé cũng nuốt, vitamin BB gì thì cũng chưa có bằng chứng lành loét nhanh

+ Khuyến cáo cho ăn thức ăn lỏng dễ tiêu mềm. Nhưng chưa chắc nó chịu ăn, đôi khi mình pha sữa trong cho vô tủ lạnh mát rồi hãng cho nó uống cho nó dễ chịu

+ Ngoài ra thuốc hạ sốt cũng giúp giảm đau

+ Chú ý tới chuyện bé loét miệng nguy cơ bội nhiễm nhiễm trùng → Cần vệ sinh răng miệng sạch sẽ không là bội nhiễm loét

- Sản hồng ban lòng bàn tay bàn chân không cần lo lắng

+ Hai con thường gặp nhất là EV71 và AC16. EV71 hay gây biến chứng

+ AC16 gây phát ban nhiều, EV71 thì ban ít nhưng triệu chứng tk nặng nề. EV71 đôi khi kh có ban nhưng triệu chứng tk rất điển hình. Có những đứa ngày 3-4 sờ tìm luôn mà tìm khắp người không có hồng ban gì luôn.

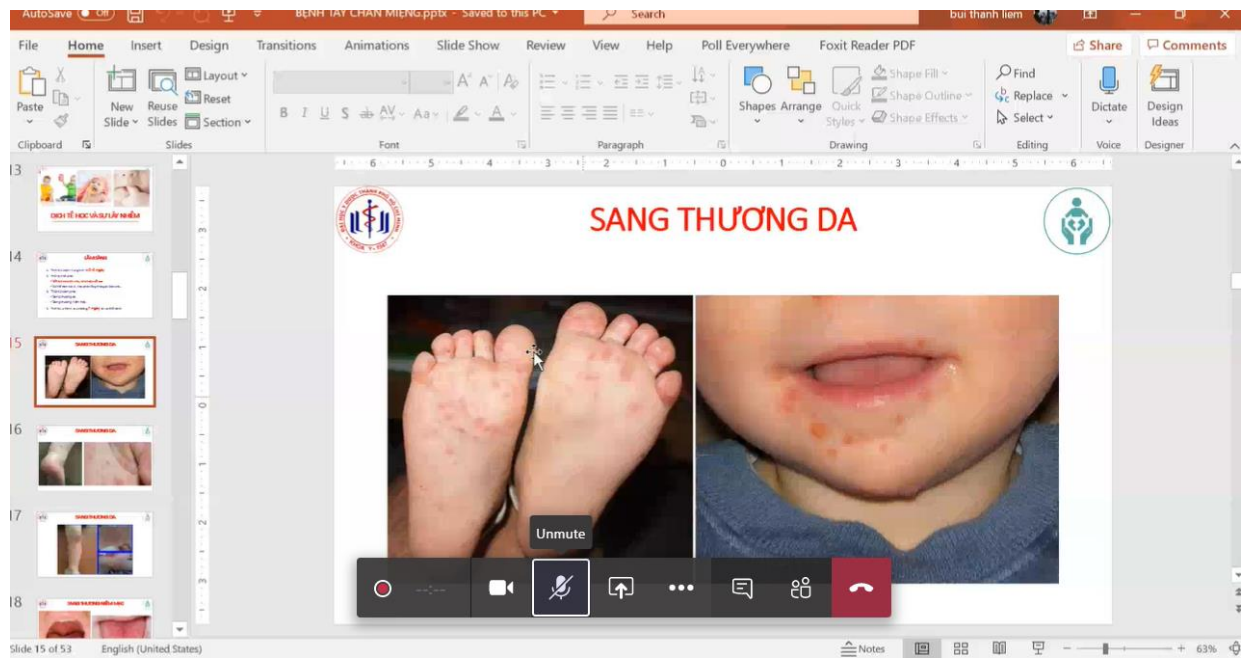
+ Ngược lại mấy đứa AC16 ban dữ dội, đôi khi có mụn nước rất lớn.

**TÁC NHÂN**

- Họ Picornaviridae => chi Enterovirus => loài Enterovirus A => **CA16** và **EV71**.
- Hiếm gặp hơn: coxsackievirus A6, coxsackievirus A10 và coxsackievirus A12.
- Nhiều biến chứng và gây dịch lớn: **EV71**.

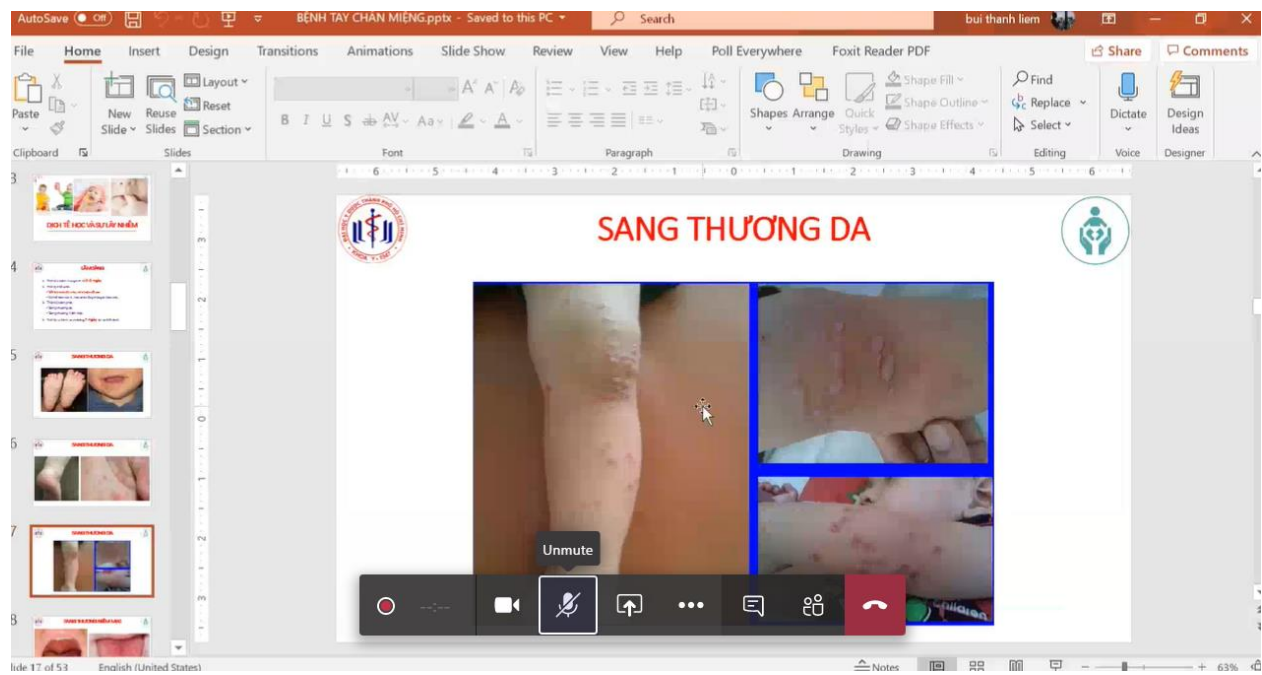
**SANG THƯƠNG DA**

Sẩn hồng ban



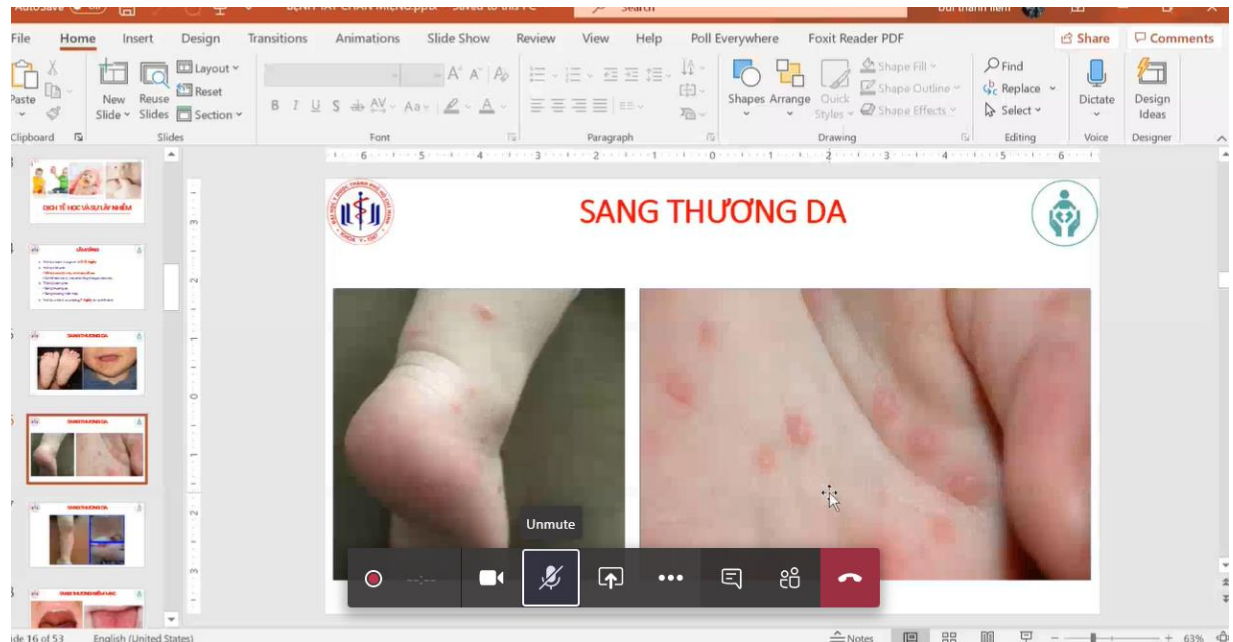
*Sân quanh miệng*

*Mụn nước nhỏ 1-3mm*





*Ac16 mụn nước to mọc thành đám, vùng khủy vùng gối, có thể trên mông. Sợ nhất là ngứa gãi vỡ mụn nước nhiễm trùng da. Nhưng đa số diễn tiến lành tính khác EV71. Hạn chế cào cấu, ngứa quá cho antihistamin thế hệ mới dexloratidine*



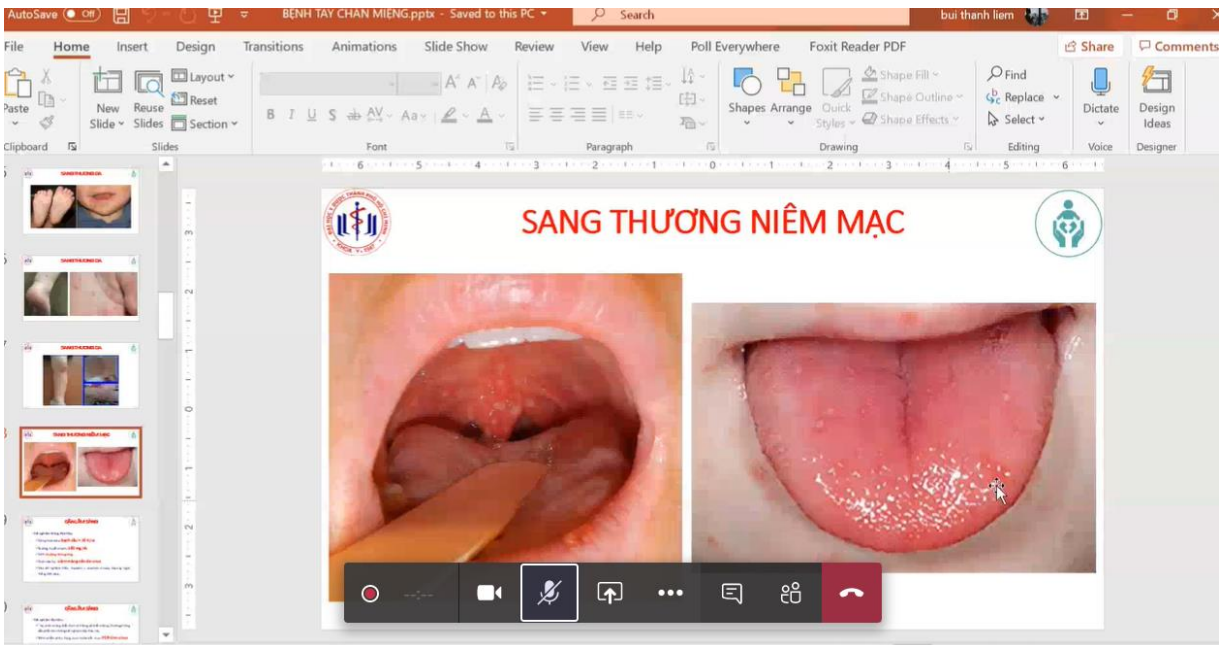
*Mấy đứa sản hồng ban thì thường không vấn đề gì, mụn nước dễ vỡ kh dễ sẹo. Như trong ca này nên lau mát bình thường, tắm rửa bình thường*

**@VUONGYDS**  
**TIẾP CẬN NHI KHOA**  
**DRAFT VERSION**

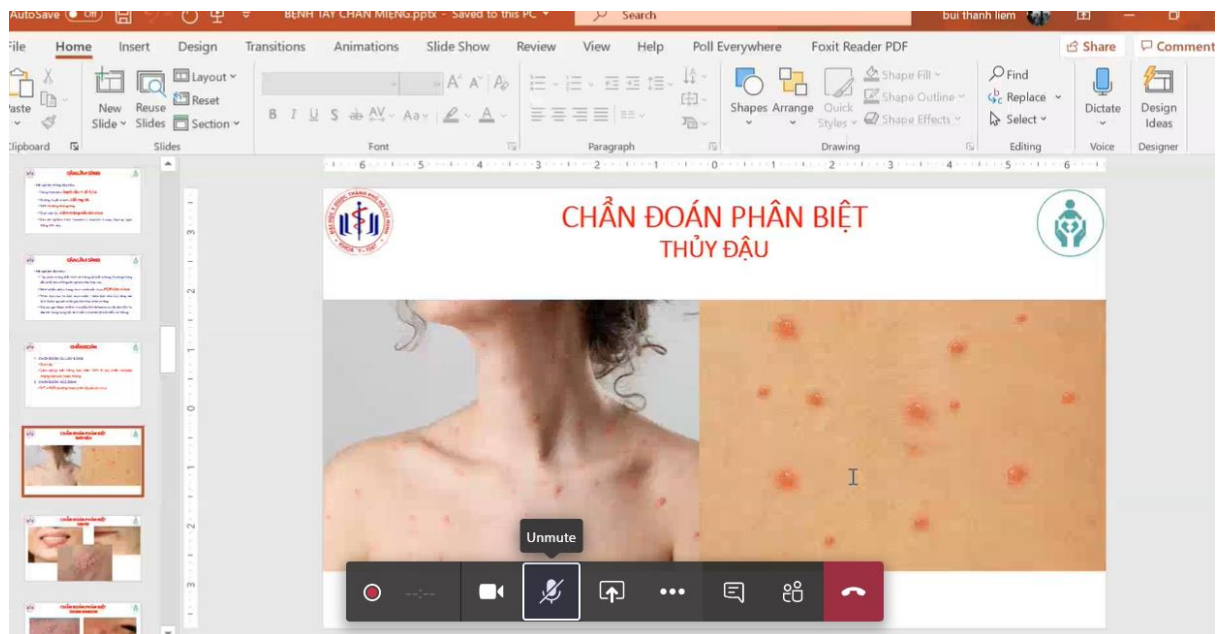
Một sản phẩm của team  
[Youtube.com/VuongYDS](https://www.youtube.com/VuongYDS).

Tài liệu được thực hiện bởi những bạn sinh viên nên không tránh khỏi sai sót. Mong người đọc tự đánh giá nội dung. Xin chân thành cảm ơn.

Saigon 2020.

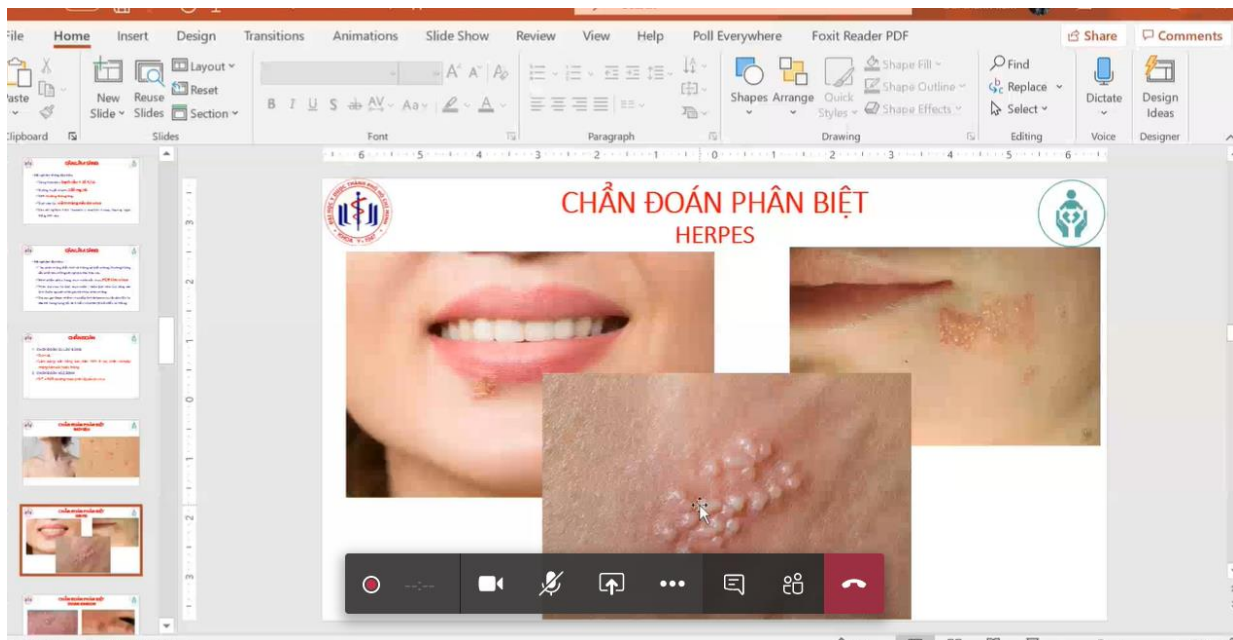


*Mụn nước miệng trắng trong vờ đáy sạch bờ đều kh để lại sẹo*  
*Thỉnh thoảng thấy mụn nước nổi trên lưỡi.*

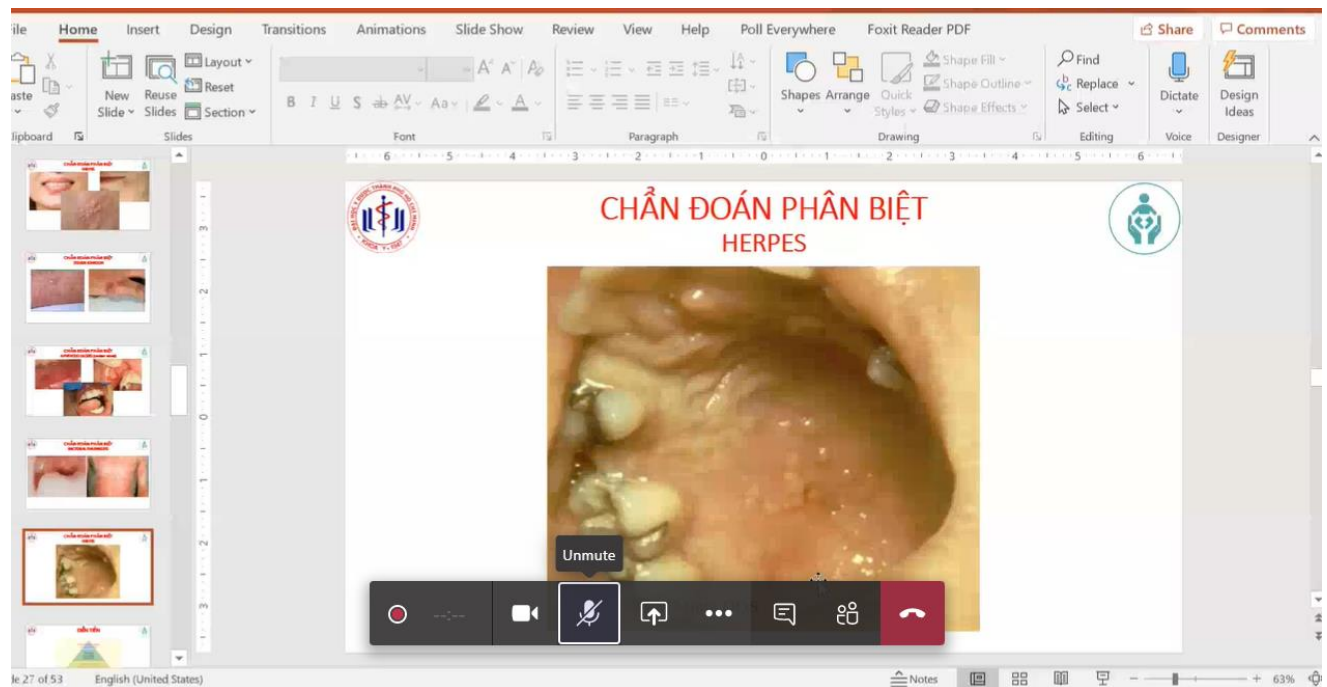


- Thủy đậu  
 + Bị có một lần thôi

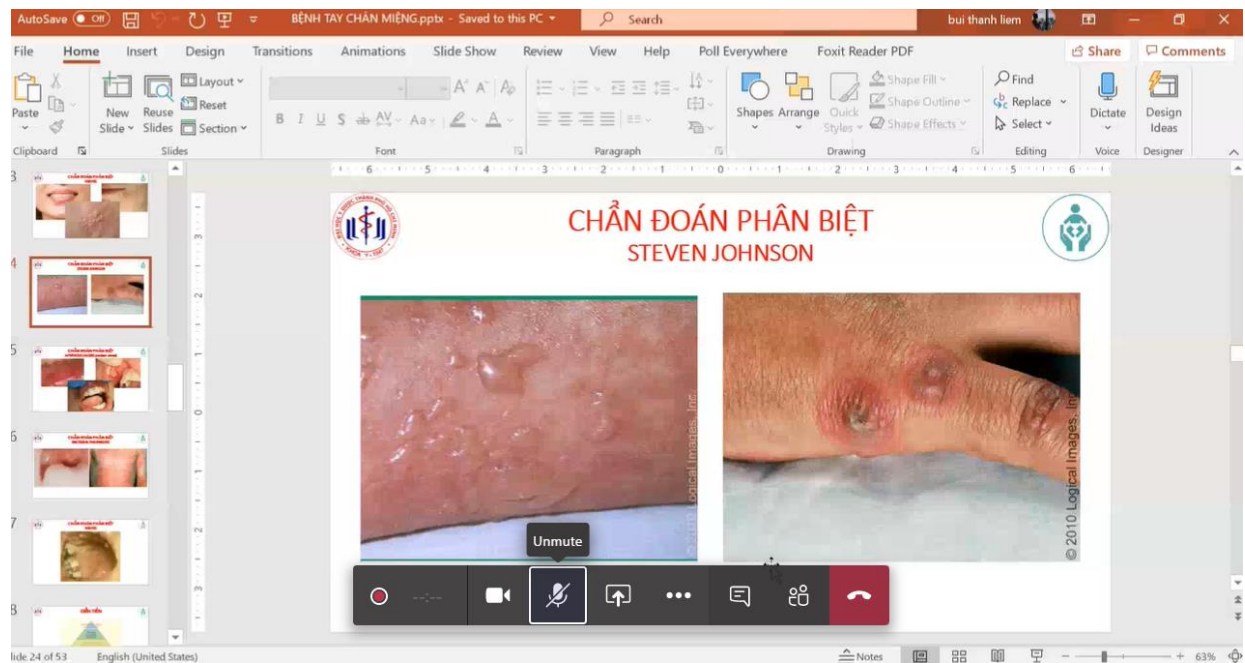
- + Chưa chích ngừa / chưa bị lần nào
- + Mụn nước bóng nước / hồng ban
- + Thường là lớn hơn và nhiều lứa tuổi
- + Quan trọng là thân mình → tay chân còn tay chân miệng là lòng bàn tay bàn chân khi nhiều lắm mới vô thân.
- + TCM võ kh sẹo, thủy đậu võ sinh sẹo



- Herpes quanh môi dạng chùm
- Nhìn rất dễ phân biệt

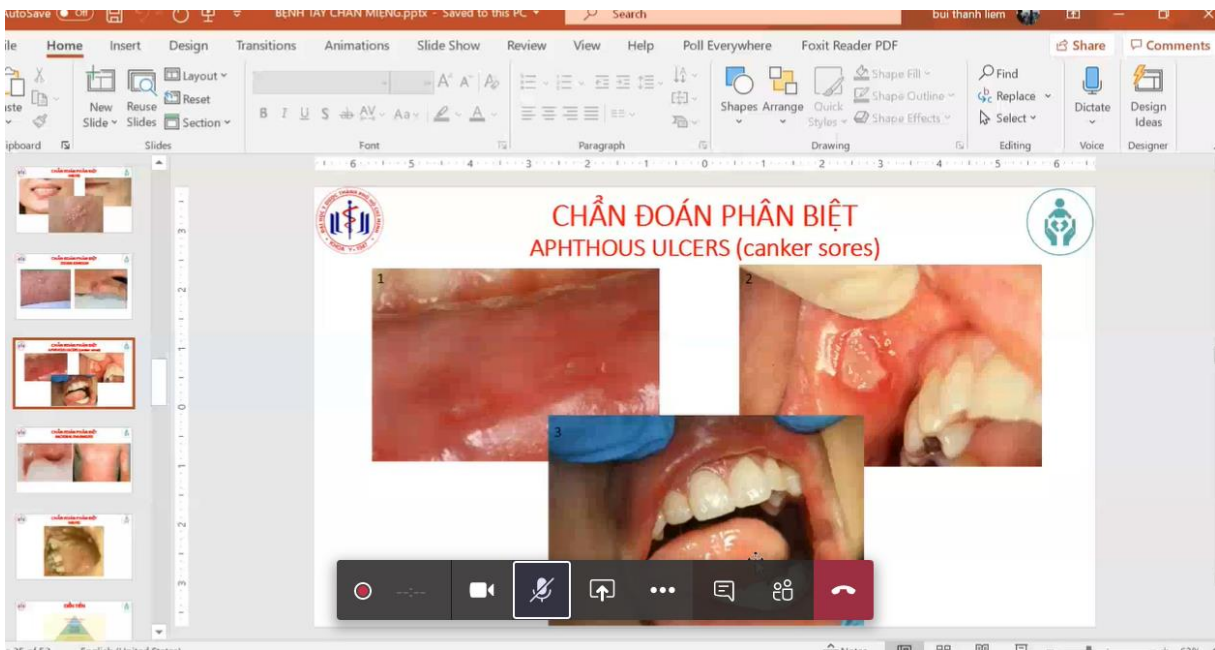


- Herpes trong miệng thường nổi ở khẩu cái cứng
- TCm ở khẩu cái mềm



- Đỏ da nổi bóng nước lớn, vỡ da tạo trợt rỗ, bn sẽ rất là đau
- Cái này dễ phân biệt





- Khó thấy hình ảnh mụn nước trong miệng của TCM, nó rất dễ vỡ nên khi vỡ nhìn vô cũng là vết loét nên cần phân biệt với Apte

- Nảy TCM đáy loét nông (1) sạch (2) không nham nhở (3) khẩu cái mềm amidan (4)

- Còn apte loét sâu (1) đáy xám (2) nham nhở (3) niêm mạc môi má (4) hay tái phát bị hoại (5)

- Y lệnh

+ Ha sốt

+ Ăn qua đường miệng mềm lỏng dễ tiêu bỏ mát

+ Vệ sinh răng miệng sạch sẽ tránh bội nhiễm

+ Ngoài ra tắm rửa bình thường

+ Dầu tái khám ngay

+ Sốt nên cần tái khám mỗi ngày



Ngày sau người nhà đưa trẻ quay lại bệnh viện vì em vẫn còn sốt cao 39 – 39,5°C, kèm giật mình nhiều lần lúc ngủ, quấy khóc nhiều tuy nhiên em vẫn đi đứng vững.

Bác sĩ phòng khám chỉ định cho em nhập viện.

Tại khoa nhiễm bạn là bác sĩ khám cho trẻ và ghi nhận các dấu hiệu sau: em quấy, mạch rõ 146 lần/phút, tim đều, phổi không ran, thở đều 42 lần/phút, nhiệt độ 39°C (em đã uống hapacol 150mg 1,5 gói cách nhập viện 2 giờ), SpO2 95%/khí trời. Em đứng vững, không rung giật nhãn cầu, ghi nhận giật mình 2 lần lúc khám, ngoài ra khám thấy có vài sẩn hồng ban ở lòng bàn chân và bàn tay 2 bên kèm loét miệng ở khẩu cái mềm và trụ trước amydan, không xuất huyết da niêm.

**Câu 3: Đặt vấn đề và chẩn đoán lâm sàng.**

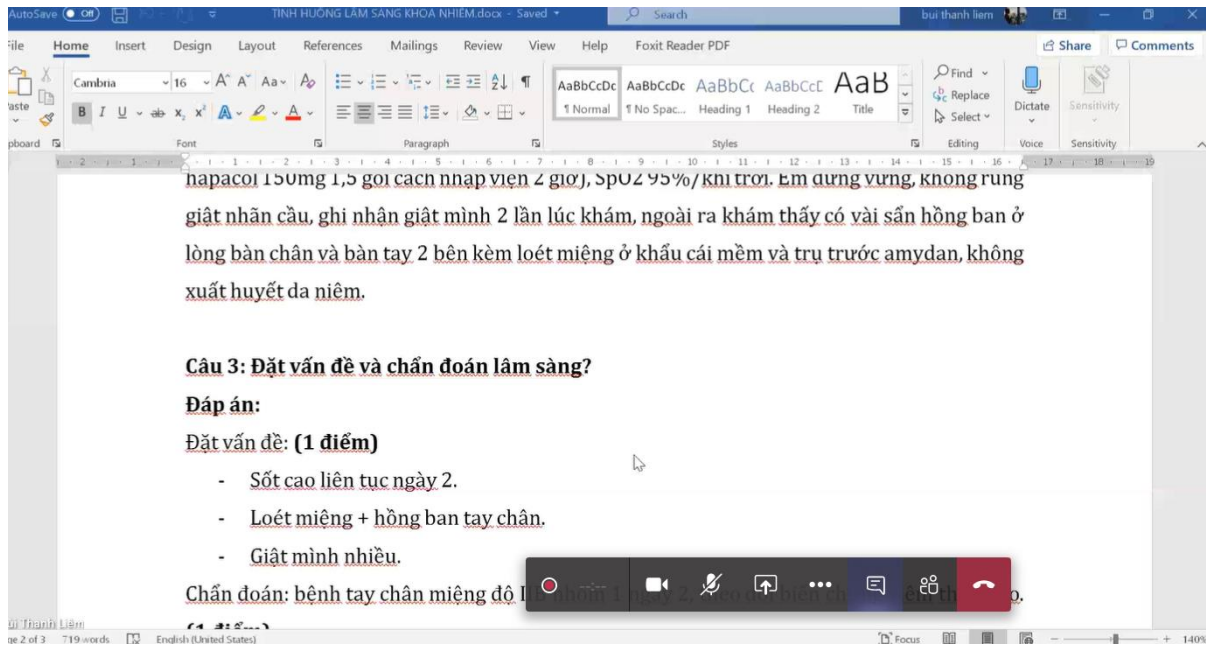
Ngày sau người nhà đưa trẻ quay lại bệnh viện vì em vẫn còn sốt cao 39 – 39,5°C, kèm giật mình nhiều lần lúc ngủ, quấy khóc nhiều tuy nhiên em vẫn đi đứng vững.

Bác sĩ phòng khám chỉ định cho em nhập viện.

Tại khoa nhiễm bạn là bác sĩ khám cho trẻ và ghi nhận các dấu hiệu sau: em quấy, mạch rõ 146 lần/phút, tim đều, phổi không ran, thở đều 42 lần/phút, nhiệt độ 39°C (em đã uống hapacol 150mg 1,5 gói cách nhập viện 2 giờ), SpO2 95%/khí trời. Em đứng vững, không rung giật nhãn cầu, ghi nhận giật mình 2 lần lúc khám, ngoài ra khám thấy có vài sẩn hồng ban ở lòng bàn chân và bàn tay 2 bên kèm loét miệng ở khẩu cái mềm và trụ trước amydan, không xuất huyết da niêm.

**Câu 3: Đặt vấn đề**

**Đáp án:**



- Vấn đề hiện tại
- + Sốt cao liên tục ngày 2 đáp ứng kém hạ sốt
- Bệnh tay chân miệng độ 2b nhóm 1 ngày thứ
- Chú ý tim nhanh thì phải nằm im và không sốt
- Bảo nói sốt kh đáp ứng hạ sốt → nhiệt có thể cao hơn → có thể nhóm 2
- Nguyên tắc phân độ trên xuống dưới độ 4 kh, độ 3 kh, độ 2b nhóm 2 kh, kh có loại ra xuống tới nhóm 1
- Tay chân miệng có thể vô biến chứng nặng sớm
- + Nhất là mấy đứa quấy khóc liên tục
- + Những đứa này phải cẩn thận
- Ca này rõ ràng phân vân độ 3 kh vì cần đo thêm huyết áp
- 2b nhóm 2: triệu chứng nghi ngờ sốt 39 độ, nhưng mà thường cho thuốc hạ thuốc khác như ibuprofen mới đưa vô độ 2. Nước ngoài đầu tiên hay dùng nsaid hạ sốt vì mình có sxh nên hạn chế ibu ưu tiên para, loại sxh mới cho ibuprofen. Ca này thử

*Ibuprofen rồi mới đánh giá lại coi kém đáp ứng thật sự kh, cho lau mát thêm coi hạ không. Nếu kh hạ thì nhiều khả năng 2b nhóm 2.*

*- Hiện tại sốt cao trước 2b nhóm 1, theo dõi biến chứng viêm thân não (chưa có bằng chứng dựa trên lâm sàng thôi), nếu với triệu chứng vô viêm thân não, nhiều khi sốt cao liên tục tổn thương tới hạ đồi trung khu điều hòa thân nhiệt r, cho thuốc gì cũng kh đáp ứng nên mới là độ 2 đó*

lòng bàn chân và bàn tay 2 bên kèm loét miệng ở khẩu cái mềm và trụ trước amydan, không xuất huyết da niêm.

**Câu 3: Đặt vấn đề và chẩn đoán lâm sàng?**

**Đáp án:**

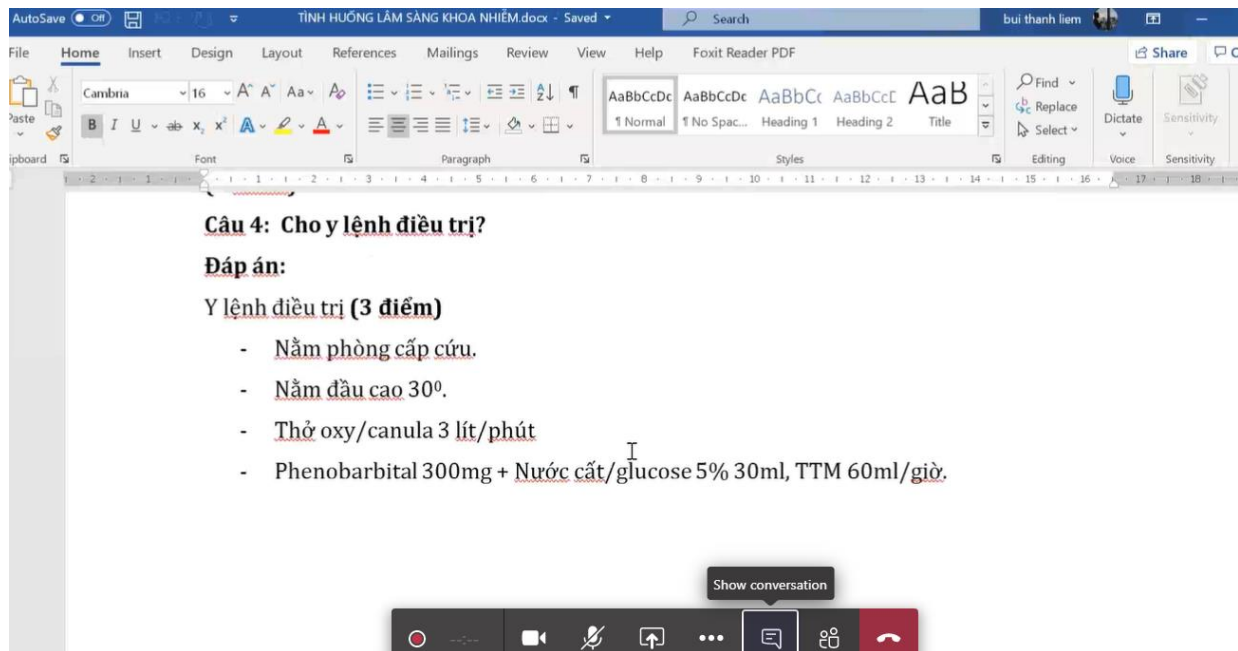
**Đặt vấn đề: (1 điểm)**

- Sốt cao liên tục ngày 2.
- Loét miệng + hồng ban tay chân.
- Giật mình nhiều.

Chẩn đoán: bệnh tay chân miệng độ IIB nhóm 1 ngày 2, theo dõi biến chứng viêm thân não.

**(1 điểm)**

**Câu 4: Cho v lệnh điều trị?**



*Y lệnh*

- *Cấp cứu*
- *Đầu cao*
- *Thở oxy: spo2 ... + Giật mình nhiều kích thích dữ. Nếu cũng 2b mà kh có giật mình bứt rứt spo2 thấp thì kh cần thở oxy*
- *Bắt buộc pheno truyền liều 10-20mg/kg 16kh cho liều 300mg*
- *Hạ sốt tích cực*
- + *Đổi thuốc vì liều para đã cao và mới dùng gần đây, sợ quá liều ngộ độc*
- + *Nc ngoài chỉ định aspirin hoặc ibu ít dùng para. Vn dịch tế sxh sợ cho ibu gây xh tiêu hóa. Ca này mấy ngày đầu siêu vi kh phân biệt được. Giờ loại r mới cho ibuprofen*
- + *Ibuprofen liều 5-10mg/kg với ca này anh hco 10 x 16 là 160mg*
- + *Dạng chế phẩm siro hàm lượng 100mg/5ml lấy 8ml là 160*
- + *Đơn giản là mình lấy kg bé chia đôi ra sẽ ra liều.*
- *Có điều kiện theo dõi giật mình qua camera*
- *Mắc monitor theo dõi nhịp tim*

## **- Theo dõi 6 tiếng**

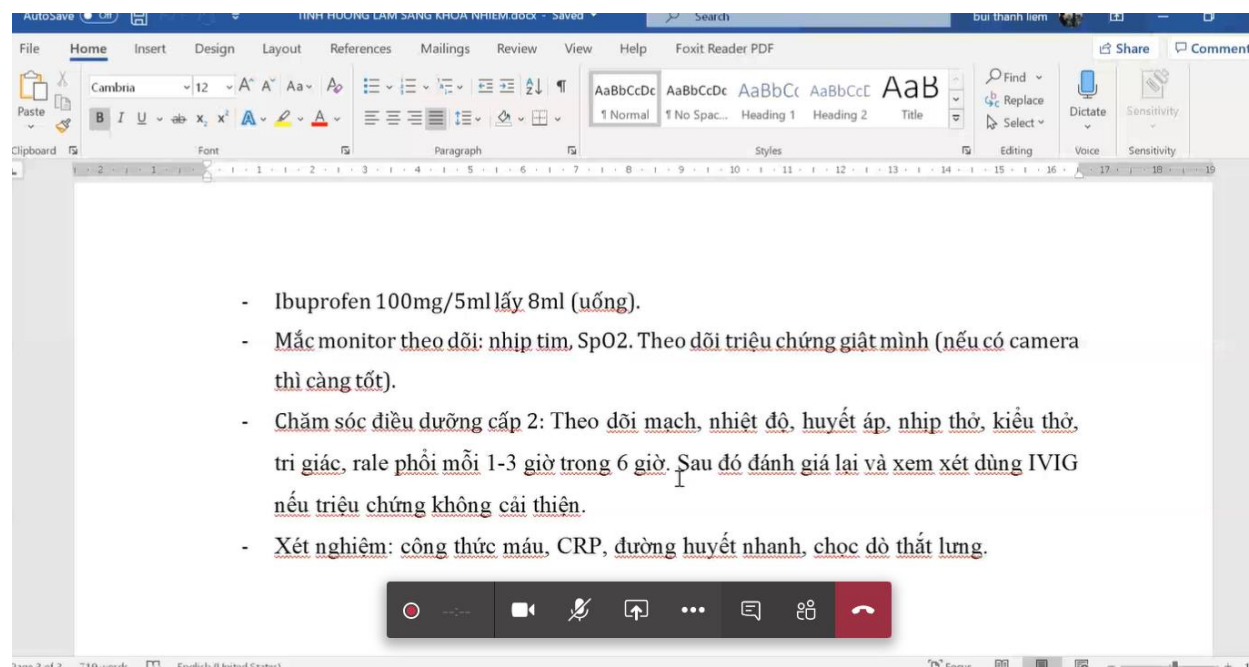
+ Kh hạ sốt

+ Giật mình nhiều

→ Có biến chứng não

→ Khởi động IVIG ngay lập tức. Ca này chưa rõ nhóm 2 nên đợi theo dõi. Sau 6 tiếng mà kh cải thiện thì qua nhóm 2 khởi động IVIG.

- Độ 2b bắt buộc phải làm xét nghiệm



- CTM BC > 16000 hoặc đường huyết > 160mg%

- TH này theo dõi bc viêm thân não thì cần tìm tác nhân PCR phát hòng phát trực tràng coi ra EV71 kh, đây mới là thời điểm mình cần làm. Xem xét chọc dò dịch não tủy, sốt cao kh loại trừ viêm màng não. Do chỗ này có biến chứng tk cần tìm, nhiều khi do những tác nhân khác. Thường là EV71 vì nó gây nặng chứ AC16 ít làm, chỉ làm trong nghiên cứu

- Virus thì không nuôi cấy phân lập được, làm PCR thôi.



*Giả sử sau sáu tiếng, sốt còn cao, 30ph gần nhất còn giật mình nhiều 3-4 lần. Thời điểm này làm gì ? Y lệnh truyền IVIG cụ thể*

*- IVIG 4g TTM 6h*

*- Chế phẩm lọ IVIV 2.5g/30ml*

*2.5g/30ml*

*30 giọt / ph tương ứng 90ml / giờ*

*20 giọt / ph tương ứng 60 ml /giờ*

*Giờ bệnh viện tuyến trên đều có bơm tiêm tự động set bao nhiêu ml / giờ không cần lo lắng đếm giọt. Kh có BTTĐ mới phải ghi giọt.*

*- Tuy nhiên*

*+ IVIG là immunoglobulin*

*+ Lấy từ huyết tương của người cho khỏe mạnh*

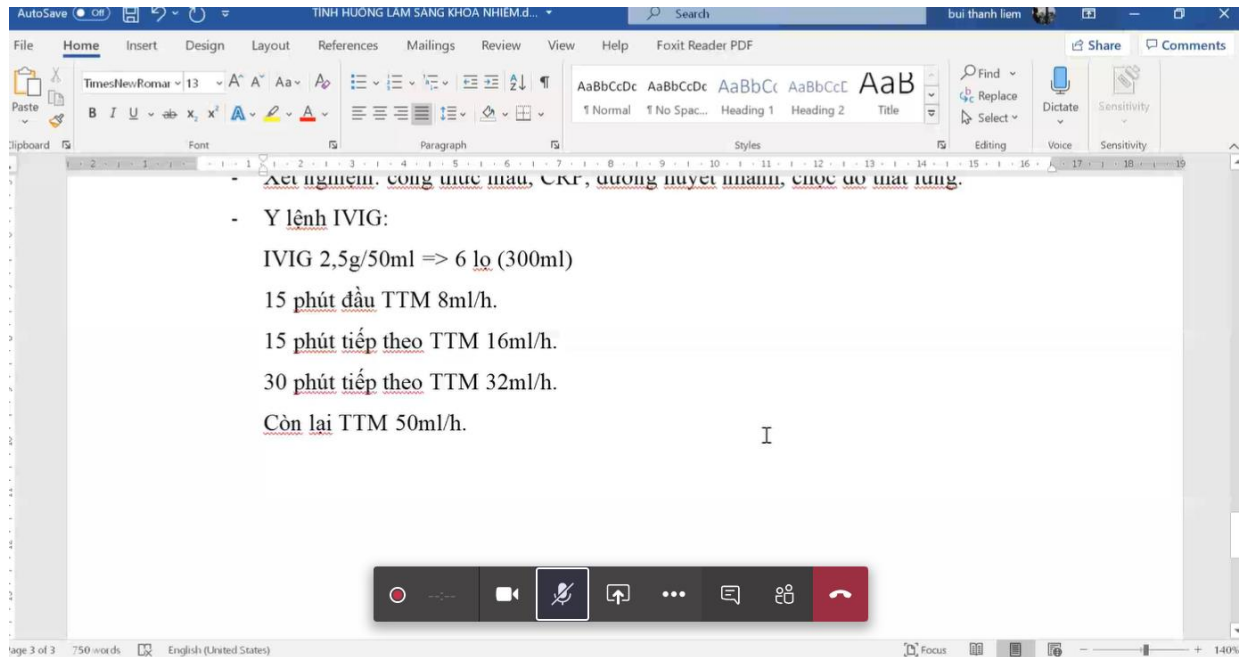
*+ Bản chất là protein người khác nên có khả năng dị ứng và sốc phản vệ*

*+ Bắt buộc khuyến cáo truyền rất chậm*

*+ Khởi đầu thấp tăng tốc độ từ từ*

*+ Ổn mới đưa lên tốc độ tối ưu*

*+ Đảm bảo nguyên tắc 6-8 tiếng kh nhanh hơn*



- Truyền chậm
- Khởi động từ từ
- + Có phản vệ ngừng nhanh được
- + Lượng IVIG vô chưa nhiều nên phản ứng bé nhẹ
- Kh nên cho dư nhiều nên lấy 6 lọ thôi
- 15ph đầu 0.5mg/kg/h → 16 là 8ml/h → 15ph đầu được 2ml
- 15ph tiếp nhân đôi 1mg/kg/h → 16ml/h → 15ph tiếp được 4ml
- 30ph tiếp nhân đôi tiếp 2ml/kg/h là 32ml/h → 30ph tiếp được 16ml
- Còn lại là 50ml/h đảm bảo truyền trong thời gian 6-8h : hoàn thành 300ml trong tầm 6h
- Là cover đủ 6 lọ 300ml trong 6-8 giờ.
- Xuất hiện triệu chứng phản vệ là ngưng ngay, điều trị sốc phản vệ
- Đánh giá sau 24h, còn triệu chứng thì truyền liều 2 y chang vậy
- Kh phải truyền xong 6h là 24h sau mới đánh giá mà là đánh giá liên tục trong thời gian đó, lên độ 3-4 thì mình xử trí như độ 3-4. Sau 24h mà diễn tiến kh xấu hơn vẫn tiếp tục như vậy thì 24h sau đánh giá bệnh nhân. Cho pheno lặp lại mỗi

8h, nãy tấn công 20mg/kg rồi, mình chỉ cho tối đa 40mg/kg thì 2 liều tiếp theo chỉ mỗi liều 10mg/kg thôi.

- Nếu 24h sau triệu chứng 2b kh giảm thì IVIG liều 2, triệu chứng giảm r thì ngưng truyền IVIG.

- Thường đa số em bé sẽ đáp ứng sau liều IVIG đầu tiên. Số ít sau liều thứ 2. Rất ít trường hợp diễn tiến sau liều IVIG2. Nếu đưa nặng vô 3-4 thì sẽ xuống hồi sức điều trị, ngoài IVIG còn lọc máu đủ thứ hết. Chưa có khuyến cáo liều tối đa IVIG, một số nơi khuyến cáo mỗi ngày 1g/kg trong 3 ngày

**→ Tóm lại là 3 liều tối đa thôi.**

**Lâm sàng chỉ giới hạn tới 2b cho thì cử thôi.** Độ 3-4 thì làm cho chuyên khoa. Mùa này không phải TCM chưa chắc có TCM cho các bạn coi. Có những năm TCM đông nặng. Năm nay ít. Như năm 2011 và 2018 còn lại thì không nặng

### **Câu hỏi thêm**

- Nôn ói nhiều, bao nhiêu là nhiều ? 3 lần / một h

- Những dấu hiệu diễn tiến nặng ? Là warning signs trong WHO

- Có dấu hiệu ghi theo dõi biến chứng viêm thân não. Đôi khi hình ảnh học không thấy vì nó nằm sâu như nhân răng hạ đồi thân não. Đa số đánh giá lâm sàng. Muốn rõ cần làm MRI nhưng chưa chắc. Độ nhạy trên hình ảnh học rất thấp.

**→ Tóm lại: Nếu ls có gợi ý ghi theo dõi viêm thân não. Có thất điều có quyền ghi theo dõi biến chứng tiểu não ....**