

TAY CHÂN MIỆNG

Đánh giá
H.T. x. ch. h.v
4.3.17

- D.

④ Δ

⊕ Tác nhân:

- Picornaviridae $\left\{ \begin{array}{l} \text{Pico: } 10^{-12} \text{ (k thước)} \\ \text{RNA} \end{array} \right.$

chẩn đoán số 1* VMN vô trùng

- 2 tác x thường gặp - Enterovirus A71 *; D68

Coxsackie A 1-6: ít nặng hơn (tx mã nã 16 A 16)

- Enterovirus 1 số gây bệnh cho người: Aphthovirus: gây bệnh Foot-and-mouth disease ở ĐV.
(1c phải TCM!)

- Tác x SV có 20 thiết diện, 4 thiết diện gồm 3 KN n° k° gây bệnh \rightarrow VL nằm mặt trong mả gây MĐ

⊕ Cơ chế lây: $\left\{ \begin{array}{l} \text{nha tré} \text{ tiếp xúc k đúng cách} \rightarrow \text{dịch lan nhanh} \\ \text{Qua đường phân miệng (miệng - miệng ít do số lg SV n° nước bọt k đủ lớn)} \end{array} \right.$

- SV xâm nhập người: tăng sinh lần 1 ở bạch huyết hầu họng $\left\{ \begin{array}{l} \text{xâm nhập vào máu} \\ \text{theo đường TH} \rightarrow \text{phân} \end{array} \right.$

- SV đi từ cơ \rightarrow dọc theo sợi trục TK cơ \rightarrow neuron sống trí tuỷ sống \rightarrow não.

+ 4 virus thường gặp

$\left\{ \begin{array}{l} \text{hạ đường} \\ \text{tiểu não} \\ \text{thần kinh} \end{array} \right.$

neuron sống trí tuỷ sống \rightarrow liệt mềm, hiếm khi đỡ xưng
(Bệnh cảnh giáng bại liệt)

+ H/a MRI não $\left\{ \begin{array}{l} \text{tăng tín hiệu di dọc thân não} \\ \text{k° t° đại não} \end{array} \right.$

+

ở bệnh SV có virus t° I định như $\left\{ \begin{array}{l} \text{HSV}_1: \text{thủy thối dể, tảo} \\ \text{VPIV}_B: \text{đầu thối} \end{array} \right.$

⊕ B/Kiến LS:

- Sang thương điển hình

ngoại ban (da)

mụn nước nhỏ

3-5mm

ít khi vỡ \rightarrow thủy đậu tiến triển \rightarrow vỡ \rightarrow đóng mả.

ở lòng bàn tay, chân

nội ban (niêm)

mụn nước nhỏ

2-3mm

vỡ

miệng

- Hồng ban ẩn:

$\left\{ \begin{array}{l} \text{HB chứa mọc mụn nước} \\ \text{nhìn chìm n° lỗ vào gỗ (+ di ứng)} \end{array} \right.$

- Sang thương ở miệng: HB \rightarrow mụn nước vỡ: loét

$\left\{ \begin{array}{l} \text{viên tiền / bầu dục đều (do từ mụn bé)} \\ \text{chứa thanh sần, tụ ami, lưỡi gồ, khâu cái} \end{array} \right.$

thường gặp, nãi ở chổ + vãn t nghi TCM.

điển hình: TCM

k° — : TCM là 1 Áp.

\Rightarrow Khi có các sang thương

④ Hạ đái

- TCM gây t^h hạ đái → Sốt cao k^h hạ (thật ra là t^h thân t^h ác tính do RL ở chiều t^h)

④ Tiêu não

- Giật mình do TCM: t^h thân não.

± 6-7 giờ gây giật mình.

- Trung tâm ở thân não → a^h n^h = 1s.

- Trung tâm h^h → RLHH: th^h k^h đều, cơn ngừng th^h; khi liệt TK so: khô khê...

- T^h vận mạch: thân não là vùng phó GC = g^h d^h đều: ở vùng GC.

④ Tiểu não

- Di lỏng choạng, run chi (cơng tập trung chú ý càng lun)
g^h d^h sau: phù phổi cấp, ngừng v, ngừng th^h.

④ Tuỷ

- Liệt mềm, k^h d^h cứng.

* TCM di từ nhẹ đến nặng: Hand, Foot and Mouth Disease / Herpangina

↓
Central Nervous System Involvement

↓
Automatic Nervous System Dysregulation.

↓
Cardiopulmonary failure.

④ Δ LS:

- 2 bệnh cảnh thường gặp
diện hình: phát ban long bàn tay, chân
sốt + lợi họng $\xrightarrow[\text{dịch tế TCM}]{\text{VN là vùng}}$ phải nghĩ → TCM.

- T^h ch^h ±:

+ Giật mình trong 1/20 (s) (chớp mắt cái k^h hết thấy)

thường lúc ngủ.

tuổi này trẻ chưa từng giật mình như vậy (nếu từng giật mình MT xung quanh có thay đổi t^h thay đổi k^h tâm số...)

+ Run chi

(±) run thân

pb vs Parkinson: Run tiểu não cũng tập trung cũng run.

t^h tiểu não k^h bị h^h phức tạp → lúc khám phải có run (k^h bị hết run)

bắt buộc đo t^h HM-TT (do t^h trong ngoài cách 2-3° khi d^h điều t^h RL)

+ Co giật: thường do sốt (TCM k^h t^h đại não)

* World Health Organization (2011): tập trung CA^h.

- Trong vùng dịch tế^h trẻ có t^h ch^h TCM → hỏi t^h ch^h gợi ý biến chứng ST da niêm th^h: ở ngoại vi t^h 4 cq TK → NV.

≥ 1/10 Warning Sign → NV.

+ Ngủ gà (t^h thân não): cho trẻ đi chơi cho tỉnh mà vẫn k^h thức dậy để tư gi^h k^h mở mắt n^h ánh mắt k^h (vô hồn, lơ đãng...)

+ Thân m^h: g^h d^h t^h

+ Wandering eyes: giật mắt kiểu nào cũng có

+ Chân lạnh chân ấm do RL vận mạch.

- Diễn tiến bệnh thường tử nặng 17-5.

④ Δ_{pb}

- Aphthovirus

thể ở mô hay gặp I'

bờ k' đều \rightarrow 3 thể

bờ k' đều

giống herpes.

+ loét sâu (có tiền căn bị tét, kéo dài vài tháng)

- Sốt $> 39^{\circ}C$, hạch cổ, k' ho, k' sờ mũi + phát ban vùng miệng \rightarrow nghi ngờ liên cầu.

- TCM k' nã ở thân mình \rightarrow sởi.

- Chẩn: vệt mô hô (thường chẩn sữa)

- Tăng BC ĐN NK (EBV) - sang thường diễn hình
 \downarrow LS: sốt kéo dài, gan lách to, BC T
chỉ theo dõi biến chứng, tiên lượng tốt.

⑤ Phân độ:

I: ST da niêm

II: bắt đầu có b/ch.

IIb: Nhóm 1: t' thân nạc nặng hơn \rightarrow nguy cơ
Nhóm 2: tuyên IVIG ngay. mạch nhanh (lq TK thực vật)

III: a' h' h', vận mạch.

IV: phù phổi cấp.

⑥ θ

- Ngạc tử: độ I + BV gần + 1 thân đủ khả năng nhận thuốc diệt t/ ch ng.
tái khám t/d.

- TCM có giật mình \rightarrow xai phenobarbital.

- Theo sát ĐH, BC: có d/hiệu ngộ độc.

- IIb \rightarrow nhóm 1: Phenobarbital $\xrightarrow[\text{cần giật mình}]{6h}$ IVIG (đủ liều lưn)
 \downarrow
khi t' \downarrow co giật \rightarrow do HA quyết định dùng Milrinone.
nhóm 2: cấp cứu tuyên liều 1 IVIG liên $\xrightarrow[\text{lại}]{\text{đánh giá}}$ liều 2.

- III, IV: θ hô sức là cy'.

+ Milrinone là e' hạ áp n' dùng t' TCM vs t/d \downarrow viêm.

+ Chưa có bằng chứng IVIG t' bệnh não có hiệu quả
 \rightarrow tùy loại KT bên t' mà có t/d θ TCM không.

+ Vacxin TQ mới có: 3 loại