

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

Ở TRẺ EM

PGS.TS. ĐOÀN THỊ NGỌC DIỆP

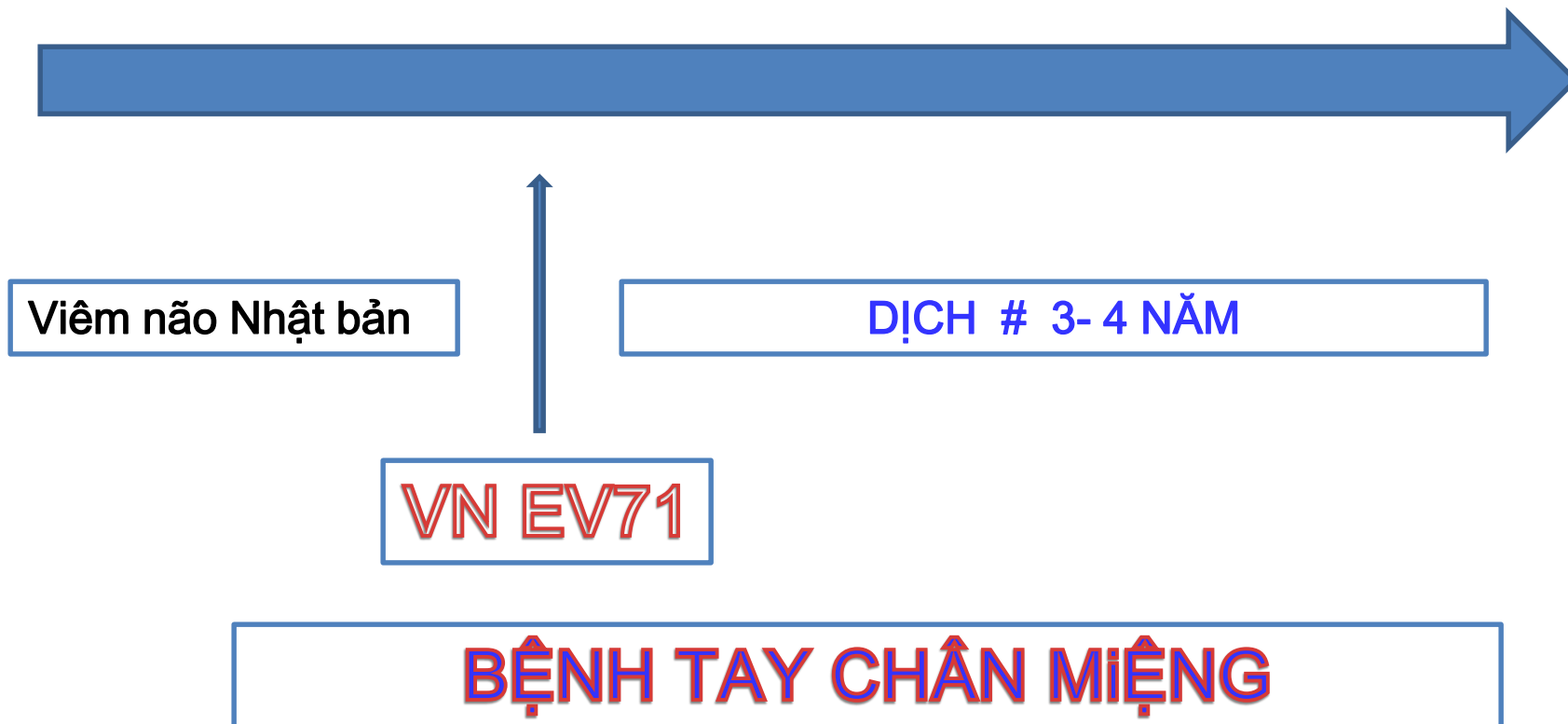
BỘ MÔN NHI – ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM

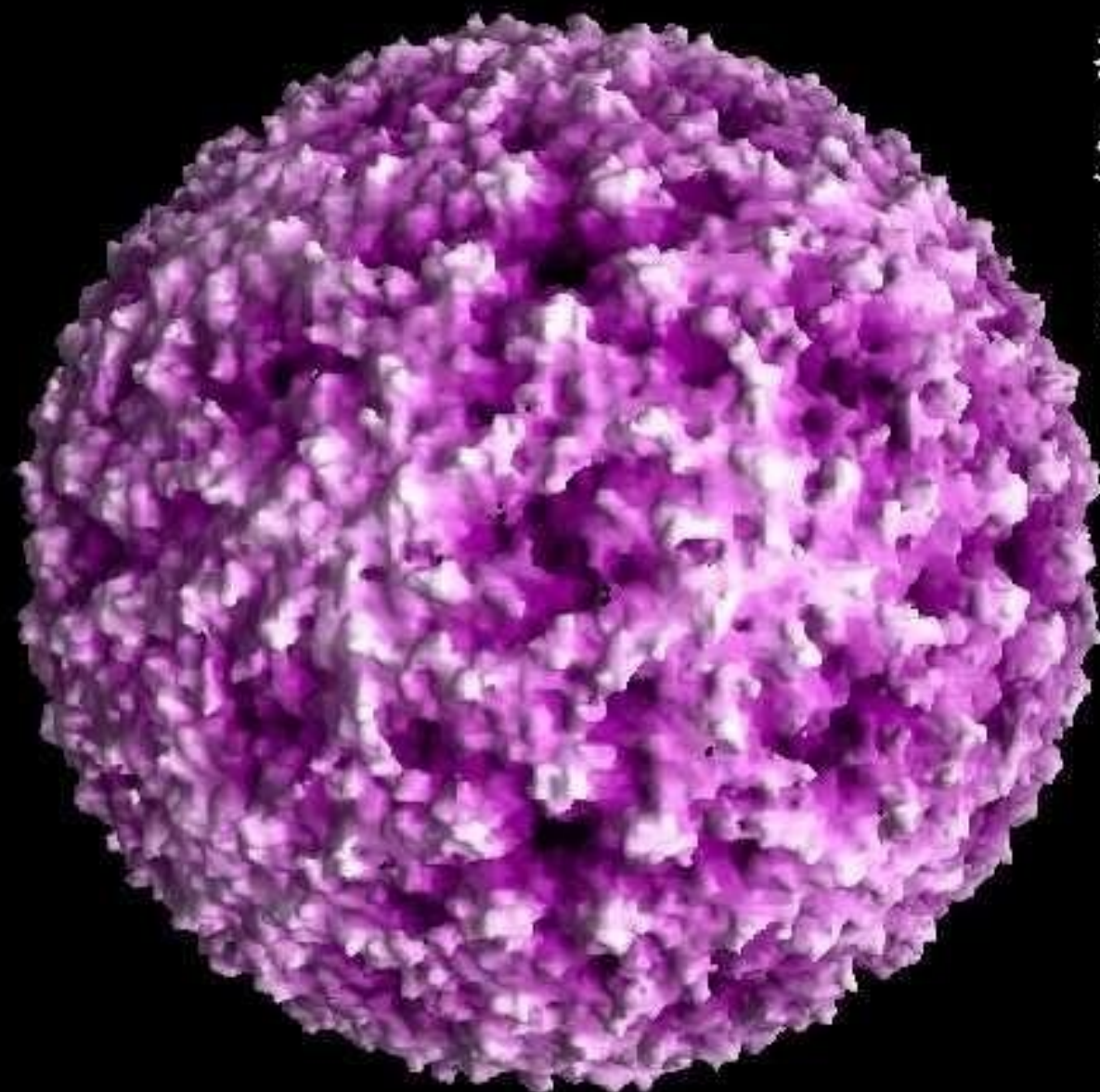
Mục tiêu

- 1. Nhận biết được bệnh tay chân miệng và chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác**
- 2. Phân độ được bệnh tay chân miệng**
- 3. Trình bày được các chỉ định điều trị bệnh tay chân miệng theo phân độ bệnh dựa trên phác đồ Bộ Y tế**

LỊCH SỬ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG TẠI VIỆT NAM

2003





Foot and Mouth Disease Virus

X-ray Structure determination:

JD. LOGAN, R.
ABU-GHAZALEH,
W. BLAKEMORE, S. CURRY,
T. JACKSON, A. KING, S. LEA,
B. LEWIS, J. NEWMAN, N.
PARRY,
D. ROWLANDS, D. STUART,
E. FRY
Nature 362 566 1993

(PDB ENTRY: 1FOD)

*Radial Depth Cue Rendering
with grasp (A. NEHOLLS)
on Silicon Graphics:*

J-Y. SGR0

image © 1994 Jean-Yves Sgr0

Enterovirus gây bệnh ở người

```
graph TD; A[Enterovirus gây bệnh ở người] --> B[Poliovirus]; A --> C[Coxsackie virus A, B]; A --> D[Echovirus]; A --> E[Enterovirus 68-71];
```

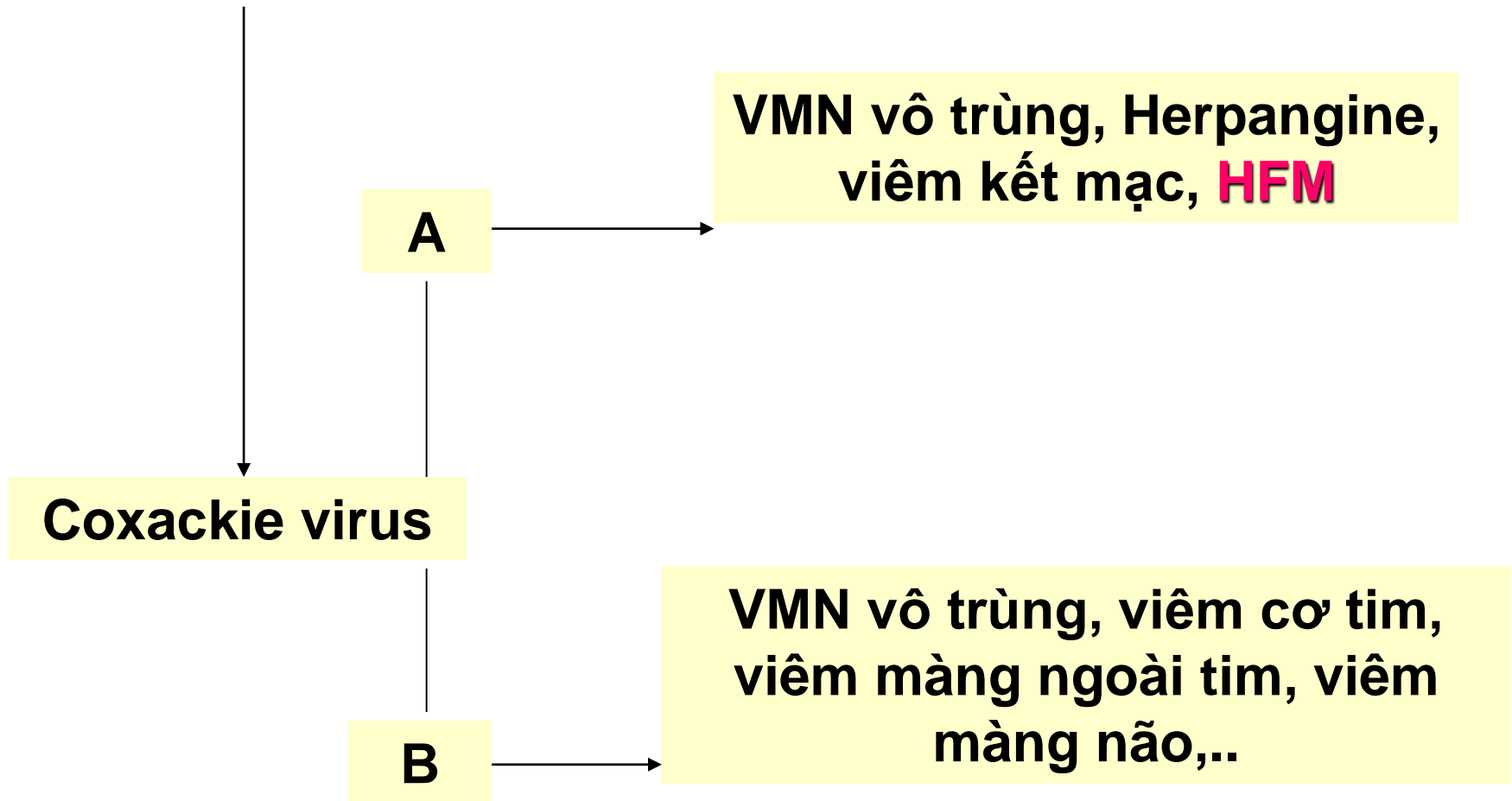
Poliovirus

**Coxsackie virus
A, B**

Echovirus

**Enterovirus
68-71**

Enterovirus gây bệnh ở người



Enterovirus gây bệnh ở người

Enterovirus
68-71

Bệnh giống sốt bại liệt(71)

VMN vô trùng (71)

HFM disease (71)

Dịch viêm kết mạc (70)

CƠ CHẾ SINH BỆNH do ENTEROVIRUS

XÂM NHẬP QUA ĐƯỜNG
HÔ HẤP -
TIÊU HÓA

TĂNG SINH Ở
hầu-học-mô lympho

Nhiễm virus máu
thứ phát
Cơ quan đích

Nhiễm virus máu
nguyên phát

TĂNG SINH Ở
màng PAYER

Polio
Cox

Echo, Polio
Cox

Hep A

Echo
Cox A

Echo
Cox A B

Não

Màng não

Gan

Da

Cơ

Viêm
màng não

Bệnh tay chân miệng
Ban - Loét họng

Viêm não
Liệt mềm

Viêm gan A

Viêm cơ tim
Viêm màng ngoài tim
Đau cơ vùng ngực

HIỆN DIỆN
TRONG PHẦN

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG ĐIỂN HÌNH CỦA BỆNH TAY CHÂN MIỆNG



**Sang thương hồng ban bóng nước và loét miệng
trên trẻ mắc bệnh tay chân miệng**

TỬ VONG TRONG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG / VIÊM LOÉT MIỆNG



TỒN THƯƠNG HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG



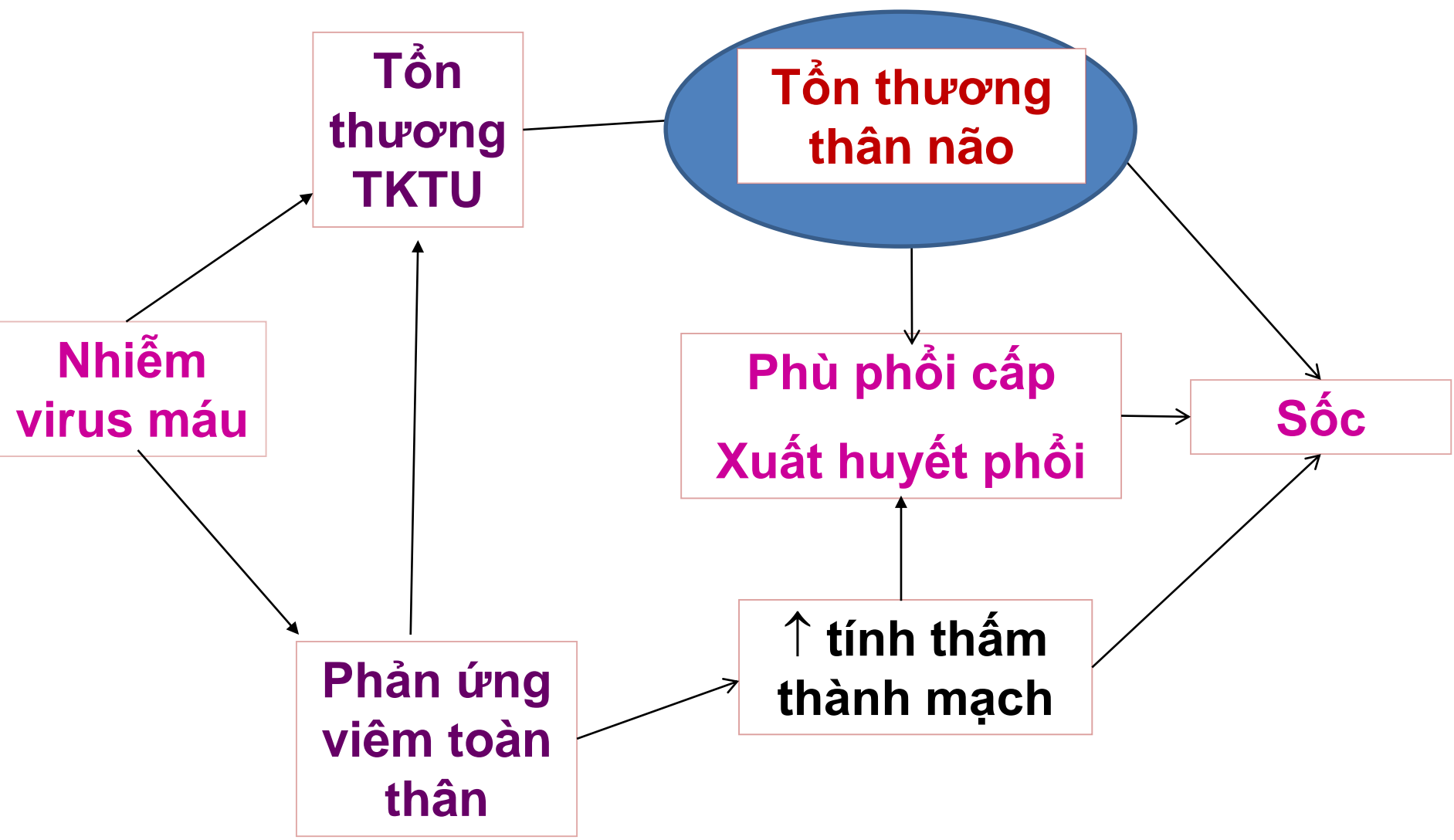
RỐI LỘAN ĐIỀU HÒA HỆ THẦN TỰ ĐỘNG



SUY HÔ HẤP TUẦN HOÀN



TỬ VONG

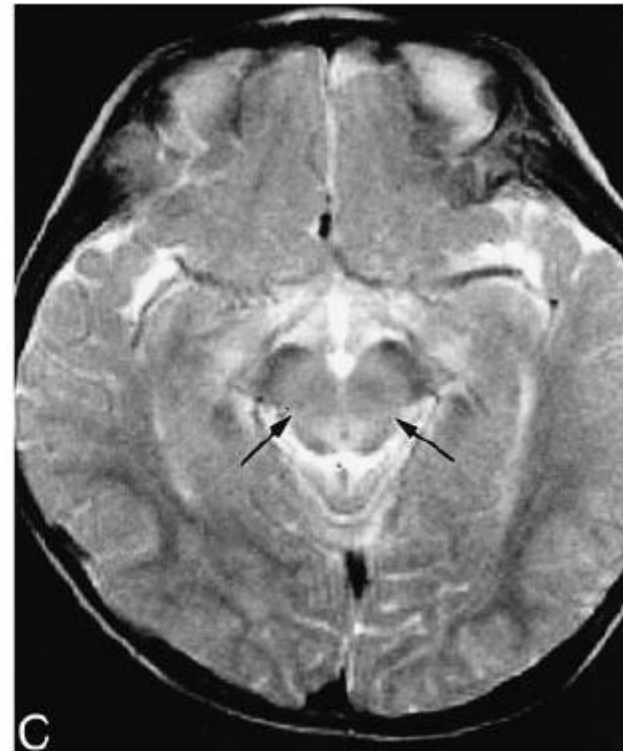




Tử vong: Phù phổi cấp - Trụy tim mạch



MRI NÃO



Tổn thương tăng tín hiệu ở

A: phía sau hành não (mũi tên) và nhân răng tiểu não (đầu mũi tên)

B: phía sau cầu não (mũi tên)

C: phần trung tâm não giữa (mũi tên)

**1. Nhận biết được bệnh tay chân miệng và
chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác**

CÁC LÝ DO ĐẾN KHÁM

THƯỜNG GẶP

TRONG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

Các trường hợp bệnh nhẹ, bệnh nhân được đưa đến phòng khám vì:

- Trẻ có nổi hồng ban và hoặc bóng nước lòng bàn tay lòng bàn chân
- Trẻ nhỏ ăn uống kém, chảy nước miếng liên tục (nhều nhào - *dribbling*) do loét miệng làm trẻ đau nên không dám nuốt

Các trường hợp bệnh nhẹ, bệnh nhân được đưa đến phòng khám vì:

- **Trẻ lớn đến khám vì đau họng**
- **Trẻ sốt và khám thấy có hồng ban tay chân miệng hoặc l loét miệng**

Các trường hợp bệnh nặng, thân nhân đưa trẻ đến trong tình trạng cấp cứu:

- **Sốt cao liên tục khó hạ, lừ đừ**
- **Giật mình chơi với, thất thần**
- **Run chi**
- **Đi lạng chạng**

Các trường hợp bệnh nặng, thân nhân đưa trẻ đến trong tình trạng cấp cứu:

- **Co giật**
- **Khó thở, tím tái**
- **Đặc biệt, trẻ lớn có thể than nhức đầu, tức ngực. Đây là dấu hiệu nặng**
- **Đôi khi trẻ được đưa đến trong tình trạng ngưng tim ngưng thở**

GHI NHỚ

**Lý do thân nhân đưa trẻ đến khám
rất đa dạng**

**→ cần khám kỹ
để tìm hồng ban, bóng nước ở lòng
bàn tay, lòng bàn chân và các vết
l loét miệng, bất kể bệnh nhân đến
khám vì lý do gì**

Biến chứng thần kinh

- Triệu chứng thần kinh trong bệnh tay chân miệng có thể xuất hiện từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 8 kể từ khi có triệu chứng sốt
- Bệnh nhân thường sốt cao khó hạ
- Vết loét lờ lờ

Biến chứng thần kinh

- Triệu chứng thần kinh khởi đầu có thể là:
 - Giật mình, chơi vơi, thất thần. Cần phân biệt với giật mình khó ngủ do đau loét miệng
 - Run chi. Khi đưa bé đồ chơi, biểu hiện run chi rõ khi trẻ đưa tay lấy đồ chơi
 - Đi lạng chạng
 - Yếu chi
 - Run giật nhãn cầu

Biến chứng thần kinh nặng

Biến chứng viêm thân não, biểu hiện lâm sàng điển hình là “tứ chứng viêm thân não”, gồm:

TỨ CHỨNG VIÊM THÂN NÃO

Giật mình chơi với
Rối loạn tri giác
Co giật
Co gồng mắt vỏ, mắt nâu
Tăng đường huyết

Sốt cao liên tục $> 40^{\circ}\text{C}$

**Viêm thân
não**

Thở nhanh
Thở bụng (phù phổi mô kẽ)
Thở co kéo liên sườn
Phổi có ran ẩm (OAP cánh bướm)
Ngưng thở

Mạch nhanh > 200
Huyết áp tăng
→ Huyết áp tuột
→ Sốc

(1)Triệu chứng sốt cao liên tục, khó hạ: do

– phản ứng viêm quá mức

– có thể có tổn thương trung tâm điều nhiệt

(2) Triệu chứng thần kinh:

- tử giật mình chơi với, run chi, đi loạng choạng, yếu chi**
- cho đến co giật, hôn mê, co gồng mắt não, co gồng mắt vỏ**

Biến chứng thần kinh

(3) Triệu chứng hô hấp:

- từ thở nhanh, thở bụng, thở co kéo cơ liên sườn, thở rút lõm hõm trên ức
- cho đến thở không đều, có cơn ngưng thở đến ngưng thở hoàn toàn
- và trào bọt hồng (phù phổi cấp)

Biến chứng thần kinh

(4) Triệu chứng tuần hoàn:

- biểu hiện đầu tiên là mạch nhanh so với tuổi,
- sau đó rất cao có thể đến 250 lần/phút.
- Huyết áp lúc đầu còn trong giới hạn bình thường,
- sau đó HA có thể tăng cao.
- Vào giai đoạn cuối, huyết áp tụt
- và cuối cùng là sốc nặng.

Diễn tiến bệnh tay chân miệng

Ngày bệnh	1	2	3	4	5	6	7
Sốt	Sốt cao liên tục > 39°C Mạch nhanh						
Thần kinh		Giật mình chới với Yếu chi Đảo mắt	Ataxie Run tay lơ mơ	Co giật Hôn mê	Hôn mê Mất vỏ Mất não		
Hô hấp			Thở nhanh Thở bụng Phù phổi mô kẽ	Co kéo OAP	Ngưng thở		
Tuần hoàn			Mạch ↑ HA → / ↑	Mạch ↑↑ HA ↑↑	M=O HA=0		
Giai đoạn	Sốt	Nguy hiểm				Phục hồi	



Bóng nước thủy đậu trên cẳng chân cẳng tay và bóng nước to ở lòng bàn chân lòng bàn tay của hội chứng Steven Johnson



**Bóng nước phân bố theo dây thần kinh
liên sườn trong bệnh zona**



Bóng nước do *Herpes simplex* 1



Sang thương da do rôm sảy



Phát ban do siêu vi khác

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT VỚI BỆNH TAY CHÂN MIỆNG



Hồng ban ở trẻ dị ứng với acetaminophen



Hồng ban bóng nước ở trẻ nhiễm trùng huyết



**Tử ban nhiễm trùng huyết
do não mô cầu**

XEM HÌNH

ĐOÁN BỆNH



Bóng nước không điển hình – Cần tìm nguyên nhân khác



Sẩn hồng ban – Bệnh tay chân miệng



EV /HSV1

**Loét miệng do bóng nước vỡ - do HSV1 hoặc EV – tìm
sang thương da để chẩn đoán phân biệt**



Sẩn hồng ban – Bệnh tay chân miệng



Không đánh giá được vì xức methylen



Sẩn hồng ban do viêm da (rôm sảy)



Sẩn hồng ban – Bệnh tay chân miệng hoặc HSV1
Tìm các tổn thương da khác để chẩn đoán phân biệt



**Không giống tổn thương
bệnh tay chân miệng**

Không giống tổn thương bệnh tay chân miệng



Tổn thương bệnh tay chân miệng



Cần chẩn đoán phân biệt với thủy đậu



Chàm



Viêm da



**Không giống tổn thương
bệnh tay chân miệng**

**Không phải vết loét điển hình
bệnh tay chân miệng**





Tổn thương bệnh tay chân miệng

2. Phòng ngừa bệnh tay chân miệng



HÃY RỬA TAY THƯỜNG XUYÊN ĐỂ PHÒNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

RỬA TAY BẰNG XÀ PHÒNG VÀ NƯỚC SẠCH



Trước khi chế biến thức ăn
và trước khi cho trẻ ăn.



Sau khi đi vệ sinh
và sau khi vệ sinh cho trẻ.

RỬA TAY THEO CÁC BƯỚC SAU:



Bước 1:

Làm ướt hai bàn tay bằng nước sạch.
Xoa xà phòng vào lòng bàn tay.
Chà xát hai lòng bàn tay vào nhau.



Bước 2:

Dùng ngón tay và lòng bàn tay này cuộn và xoay
lần lượt từng ngón của bàn tay kia và ngược lại.



Bước 3:

Dùng lòng bàn tay này chà xát chéo
lên mu bàn tay kia và ngược lại.



Bước 4:

Dùng đầu ngón tay của bàn tay này miết vào
kẽ giữa các ngón của bàn tay kia và ngược lại.



Bước 5:

Chụm 5 đầu ngón tay của tay này cọ vào lòng
bàn tay kia bằng cách xoay đi, xoay lại.



Bước 6:

Xả cho tay sạch hết xà phòng dưới nguồn
nước sạch. Lau khô tay bằng khăn hoặc giấy sạch.



TRUNG TÂM TRUYỀN THÔNG
GDSK TRUNG ƯƠNG

Tháng 8/2011



Điều trị bệnh TAY CHÂN MIỆNG NGOẠI TRÚ

- **Dinh dưỡng**
- **Giảm đau / loét miệng**
- **Hạ sốt**
- **Uống sữa mát / loét miệng**
- **Kháng sinh nếu có nhiễm trùng vết loét**
- **Theo dõi các dấu hiệu cần tái khám ngay**

Điều trị bệnh TAY CHÂN MIỆNG NGOẠI TRÚ

Các biện pháp không hiệu quả:

- Vitamine PP
- Thoa acyclovir tại chỗ
- Kháng viêm
- Các loại men

Điều trị bệnh TAY CHÂN MIỆNG NGOẠI TRÚ

Tham vấn:

1. Bệnh gì, diễn tiến ra sao
2. Điều trị như thế nào
3. Dinh dưỡng
4. Khi nào tái khám
5. Khi nào tái khám ngay

3. Phân độ bệnh tay chân miệng

PHÂN ĐỘ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

Độ	Tình trạng BN	Điều trị
I	Chỉ có hồng ban/bóng nước/lóet miệng	Ngoại trú
IIA	Có biến chứng thần kinh	Nội trú
IIB	Có biến chứng thần kinh nặng	ICU
III	Có biến chứng suy hô hấp tuần hoàn	ICU
IV	Có biến chứng suy hô hấp tuần hoàn nặng	ICU

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ I

- Chỉ có phát ban và / hoặc loét miệng
- Có sốt hoặc không

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IIA

Có dấu hiệu của độ I kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Bệnh sử có giật mình ít (< 2 lần trong 30 phút và không ghi nhận lúc khám)**
- Lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ**
- Sốt trên 2 ngày hoặc có ít nhất một lần khám xác định nhiệt độ $\geq 39^{\circ}\text{C}$**
- Nôn ói nhiều**

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IIB

Dấu hiệu độ I kèm theo 1 trong 2 nhóm triệu chứng sau:

Nhóm 1: có ít nhất 1 trong các triệu chứng sau:

- **Giật mình lúc khám**
- **Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần trong vòng 30 phút**
- **Bệnh sử có giật mình, kèm theo ít nhất một trong những dấu hiệu sau:**
 - **Ngủ gà**
 - **Mạch > 130 lần / phút khi trẻ nằm yên và không sốt**

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IIB

Dấu hiệu độ I kèm theo 1 trong 2 nhóm triệu chứng sau:

Nhóm 2 : có ít nhất 1 trong các triệu chứng sau:

- Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng
- Rung giật nhãn cầu, lé
- Yếu chi (sức cơ $<4/5$), liệt mềm cấp
- Liệt thần kinh sọ (nuốt sặc hay thay đổi giọng nói)
- Sốt cao khó hạ (nhiệt độ hậu môn $\geq 39^{\circ}\text{C}$ và không đáp ứng thuốc hạ sốt)
- Mạch > 150 lần / phút khi trẻ nằm yên và không sốt

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ III

Dấu hiệu độ I kèm theo 1 trong các dấu hiệu sau đây:

- Mạch > 170 lần / phút khi trẻ nằm yên và không sốt**
- Vã mồ hôi lạnh toàn thân hoặc khu trú**
- Huyết áp cao so với giá trị bình thường theo tuổi:**

HA max:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| • <1 tuổi: | > 100 mmHg |
| • 1 - 2 tuổi | > 110 mmHg |
| • ≥2 tuổi | > 115 mmHg |

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ III (tt)

**Dấu hiệu độ I kèm theo 1 trong các dấu hiệu sau đây:
Có nhịp thở nhanh so với tuổi :**

<2 tháng, thở ≥ 60 lần / phút

Trẻ từ 2 tháng đến 12 tháng thở ≥ 50 lần / phút

Trẻ từ 12 tháng trở lên thở ≥ 40 lần / phút

Có nhịp thở bất thường, có nghĩa là có một trong những dấu hiệu sau đây:

Cơn ngưng thở

Thở bụng

Thở nông

Rút lõm lồng ngực

Thở khò khè

Thở rít thì hít vào

Gồng chi / hôn mê với chỉ số GCS < 10 điểm

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IV

Dấu hiệu độ I kèm theo 1 trong các dấu hiệu sau đây:

Ngưng thở, thở nấc

Tím tái / SpO₂ < 92%

Phù phổi cấp, khi có một trong những dấu hiệu sau đây:

Sùi bọt hồng

Có máu ra từ nội khí quản

X quang phổi có dấu hiệu phù phổi cấp

Sốc khi có một trong những dấu hiệu sau đây:

Mạch không bắt được, huyết áp không đo được

Tụt huyết áp, có nghĩa là khi huyết áp tâm thu

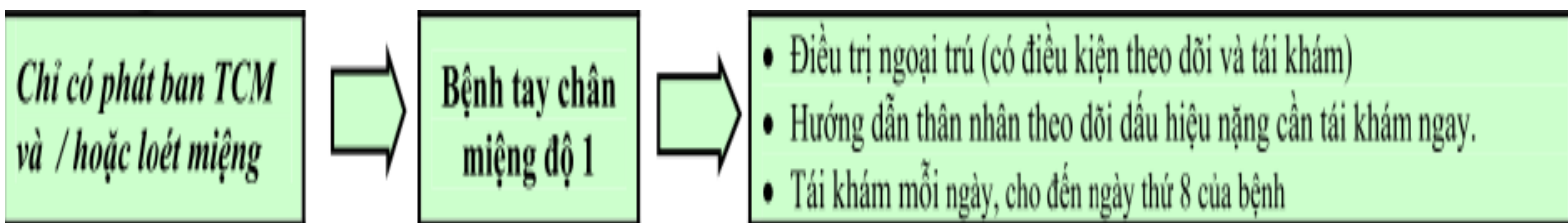
Trẻ dưới 12 tháng: < 70 mmHg

Trẻ từ 12 tháng trở lên: < 80 mmHg

Huyết áp kẹt, có nghĩa là khi hiệu áp ≤ 25 mmHg

3. Trình bày được các chỉ định điều trị bệnh tay chân miệng theo phân độ bệnh dựa trên phác đồ Bộ Y tế

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ I



BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ I

Điều trị ngoại trú

**nếu có điều kiện chăm sóc tốt
và có thể trở lại cơ sở y tế ngay nếu có dấu hiệu trở
nặng**

- Hạ sốt: paracetamol 15 mg/kg/4-6 giờ**
- Loét miệng + sốt cao: có thể kháng sinh**

Không cho vitamine PP

**Không nên thoa milian hoặc các thuốc sát trùng có
màu lên bóng nước (khó đánh giá)**

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ I

•Hướng dẫn thân nhân:

- Giải thích về bệnh tay chân miệng và khả năng xảy ra biến chứng**
- Cách phòng tránh lây lan cho trẻ khác**
- Chế độ ăn, đặc biệt là trẻ có loét họng**
- Tái khám mỗi ngày đến ngày thứ 8 của bệnh**
- Tái khám ngay khi thấy bất kỳ dấu hiệu nào sau đây: bệnh nặng hơn, sốt cao, lừ đừ, li bì, giật mình chói với, run chi, yếu chi, đi không vững, thở mệt, ói nhiều**

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IIA

- **Nhập viện điều trị nội trú**
- **Điều trị:**
 - **Phenobarbital 5 – 7 mg/kg/ngày (uống)**
 - **Hướng dẫn thân nhân theo dõi dấu hiệu chuyển độ bằng phiếu theo dõi bệnh dành cho thân nhân**
 - **Theo dõi sinh hiệu và các dấu hiệu chuyển độ mỗi 8 – 12 giờ**
 - **Xét nghiệm: công thức máu và đường huyết**

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IIA

Nếu có một trong những dấu hiệu sau đây, phải chuyển vào phòng bệnh nặng, theo dõi mỗi 4 – 6 giờ:

- Li bì, hoặc sốt > 3 ngày, hoặc sốt cao > 39°C
- Có giật mình trong 24 – 72 giờ trước đó
- Nôn ói nhiều
- Đường huyết > 160 mg% (>8,9 mmol/l)
- Bạch cầu > 16.000/mm³

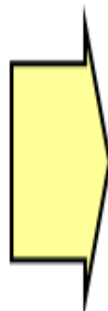
BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IIA

Có một trong các dấu hiệu sau:

- Bệnh sử có giật mình ít (< 2 lần / 30 phút và không ghi nhận lúc khám)
- Lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ
- Sốt trên 2 ngày HOẶC có ít nhất một lần khám xác định sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$
- Nôn ói nhiều



**Bệnh tay chân
miệng độ 2a –
Biến chứng
thần kinh**



- **Nhập viện điều trị nội trú.**

- **Điều trị:**

- Phenobarbital: 5-7mg/kg/ngày (uống).
- Hướng dẫn thân nhân theo dõi dấu hiệu chuyển độ
- Theo dõi sinh hiệu: M, HA, NT, ND, tri giác, SpO₂ mỗi 8-12 giờ.

Nếu có yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng dưới đây thì cần cho nằm Ở PHÒNG THEO DÕI BỆNH NHÂN NẶNG, theo dõi mỗi 4-6 giờ, trong 24 giờ đầu:

- ☞ Li bì, HOẶC sốt trên 3 ngày, HOẶC sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$
- ☞ Còn biểu hiện giật mình trong 24-72 giờ trước đó
- ☞ Nôn ói nhiều
- ☞ Đường huyết $> 160 \text{ mg\%}$ (8,9 mmol/L)
- ☞ Bạch cầu tăng $> 16.000/\text{mm}^3$

- **Xét nghiệm:**

- CTM
- Đường huyết nhanh

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IIB

- **Nhập viện điều trị, nằm phòng cấp cứu**
- **Nhóm 2 nếu sốt cao điều trị tích cực không hạ thì điều trị như độ III**
- **Nằm đầu cao, thở oxy**
- **Phenobarbital tĩnh mạch**

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IIB

- **Chỉ định Immunoglobuline**
 - **Nhóm 2**
 - **Nhóm 1: nếu diễn tiến nặng hơn hoặc không thuyên giảm sau 6 giờ điều trị**
- **Kháng sinh tĩnh mạch nếu không loại trừ viêm màng não mủ**
- **Theo dõi sinh hiệu và các dấu hiệu nặng**
- **Xét nghiệm: công thức máu, CRP, đường huyết nhanh, chọc dò thắt lưng nếu sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ hoặc không loại trừ viêm màng não mủ**

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IIB

Có 1 trong 2 nhóm triệu chứng sau:

Nhóm 1: 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 một dấu hiệu sau:
 - Ngủ gà
 - Mạch > 130 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

Nhóm 2: Có một trong các dấu hiệu sau:

- Thắt điều (run chi, run người, ngồi không vững, đi loạn choạng)
- Rung giật nhãn cầu, lé
- Yếu chi (sức cơ $< 4/5$) hay liệt mềm cấp.
- Liệt thần kinh sọ (nuốt sặc, thay đổi giọng nói, ...)
- Sốt cao khó hạ (nhiệt độ

hậu môn $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$ không đáp ứng với thuốc hạ sốt)

- Mạch > 150 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

**Bệnh tay chân miệng độ 2b –
Biến chứng thần kinh nặng**

- **Nhập viện điều trị nội trú, nằm phòng cấp cứu**

- **Điều trị:**

- Người bệnh độ 2b nhóm 2, nếu kèm theo dấu hiệu sốt cao không đáp ứng với hạ sốt tích cực thì xử trí như độ 3.
- Nằm đầu cao $15-30^{\circ}$, thở oxy qua cannula 1-3 lít/phút (người bệnh nhóm 2)
- Phenobarbital 10-20 mg/kg TTM chậm trong 30 phút, lập lại sau 6 giờ nếu còn giật mình nhiều (tổng liều: 30mg/kg/24 giờ)

- γ -globulin:

☞ **Nhóm 2:** 1g/kg/ngày TTM chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ **nếu còn sốt hoặc còn dấu hiệu độ 2b:** Dùng liều thứ 2

☞ **Nhóm 1:** Không chỉ định γ -globulin thường Quy. Theo dõi sát trong 6 giờ đầu: Nếu có biểu hiện nặng hơn hoặc triệu chứng không giảm sau 6 giờ điều trị bằng Phenobarbital thì cần chỉ định γ -globulin. Sau 24 đánh giá lại để quyết định liều thứ 2 như nhóm 2.

- Kháng sinh: Cefotaxim hay Ceftriaxon nếu không loại trừ VMNM

- **Theo dõi:**

- Sinh hiệu: Tri giác, SpO_2 , HA, nhịp tim, nhịp thở mỗi 1-3 giờ trong 6 giờ đầu. Nếu giảm triệu chứng: theo dõi 4-6 giờ.

- **Xét nghiệm**

- CTM, CRP
- Đường huyết nhanh
- Chọc dò thắt lưng nếu có sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ hoặc không loại trừ VMNM

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ III +++

- **Nhập khoa cấp cứu hoặc hồi sức tích cực**
- **Nằm đầu cao, thở oxy**
- **Theo dõi diễn tiến để quyết định đặt nội khí quản**
- **Phenobarbital tĩnh mạch**
- **Immunoglobuline**

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ III +++

- Thuốc vận mạch: dobutamine, milrinone nếu có chỉ định (cao HA, rối loạn thần kinh thực vật)
- Theo dõi sát
- Xét nghiệm

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ III

Có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Mạch > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Vã mồ hôi lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tăng theo tuổi:
 - Dưới 1 tuổi: > 100 mmHg
 - Từ 1 - 2 tuổi: > 110 mmHg
 - Trên 2 tuổi: > 115 mmHg
- Thở nhanh theo tuổi
- Gồng chi / hôn mê (GCS < 10)
- Thở bất thường: Có 1 trong các dấu hiệu sau:
 - Cơn ngưng thở
 - Thở bụng
 - Thở nông
 - Rút lõm ngực
 - Khò khè
 - Thở rít thì hít vào

Bệnh tay chân miệng độ 3 - Suy hô hấp, tuần hoàn

• Nằm khoa cấp cứu / hồi sức tích cực

• Điều trị:

- Nằm đầu cao 15-30°
- Thở oxy cannula 1-3 lít / phút. Theo dõi đáp ứng lâm sàng trong 30-60 phút, nếu còn một trong các biểu hiện sau thì cần ức chế hô hấp và đặt NKQ:

- ☞ Thở bất thường
- ☞ Thở nhanh > 70 lần / phút (trẻ nằm yên, không sốt)
- ☞ Rối loạn thần kinh thực vật: SpO₂ dao động, da xanh tái, vã mồ hôi, mạch > 180 lần / phút (trẻ nằm yên, không sốt)
- ☞ Gồng chi / Hôn mê (GCS < 10).

- Phenobarbital 10-20mg/kg TTM chậm trong 30 phút (trang 20).

- γ -globulin 1g/kg/ngày TTM chậm trong 6-8 giờ x 2 ngày

- Dobutamin nếu HA bình thường và mạch nhanh > 170 lần/phút.

- Milrinone TTM 0,4 μ g/kg/phút nếu trong 24-72 giờ nếu HA tâm thu đạt các mức sau:

- Dưới 1 tuổi: > 110 mmHg
- Từ 1 - 2 tuổi: > 115 mmHg
- Trên 2 tuổi: > 120 mmHg

- Xem xét giảm liều dần và ngưng Milrinone nếu:

- ☞ HA tâm thu ổn định 100 - 110 mmHg ít nhất 24 giờ

- ☞ Ngưng ngay Milrinone nếu: HA tâm thu < 90 mmHg (trẻ dưới 12 tháng), HA tâm thu < 100 mmHg (trẻ > 12 tháng)

- Hạ sốt tích cực (trang 22)

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

- Nuôi ăn tĩnh mạch, hạn chế dịch 2/3 nhu cầu + nước mắt không nhận biết.

- Kháng sinh: nếu không loại trừ nhiễm khuẩn huyết và VMNM

- Chuẩn bị thực hiện lọc máu liên tục nếu không đáp ứng tốt trong những giờ đầu, kèm theo một trong các tiêu chuẩn sau:

- Huyết động không ổn định sau 1-2 giờ hồi sức
- Còn biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật (xem dấu hiệu ở phần trên)
- Sốt cao không đáp ứng với các biện pháp hạ sốt tích cực.

• Theo dõi:

- Những trẻ chưa có tiêu chuẩn đặt NKQ cần theo dõi các dấu hiệu sau:

- ☞ Mạch > 180 lần / phút

- ☞ Yếu liệt chi

- ☞ Còn giật mình nhiều sau truyền γ -globulin 12 giờ

Nếu có, cần theo dõi sát mỗi 30-60 phút trong 6 giờ đầu để kịp thời phát hiện các dấu hiệu cần đặt NKQ.

- Đo HA động mạch xâm lấn / Monitor HA không xâm lấn 1-2 giờ.

- Thử khí máu, lactate máu và điều chỉnh.

- Những người bệnh còn lại, theo dõi sinh hiệu:

- ☞ Tri giác, SpO₂, HA và nhịp tim / mỗi 1-2 giờ

- ☞ Nhiệt độ hậu môn / 1-2 giờ cho đến khi ND < 39°C

Theo dõi sát trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng.

• Xét nghiệm: Như độ 4

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IV

- **Nằm khoa hồi sức tích cực**
- **Thở máy**
- **Thuốc vận mạch**
- **Test dịch truyền nếu có sốc và không có dấu hiệu phù phổi và không suy tim,**
- **Phenobarbital**
- **Hạ sốt tích cực**

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IV

- **Khi huyết áp động mạch trung bình ≥ 50 mmHg, truyền immunoglobuline**
- **Xem xét chỉ định lọc máu**
- **Theo dõi tích cực**
- **Xét nghiệm đánh giá tổn thương các cơ quan**

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ IV

Có 1 trong các tiêu chuẩn sau đây:

- Ngưng thở, thở nấc
- Tím tái / $SpO_2 < 92\%$
- Phù phổi cấp (sùi bọt hồng ở miệng, nội khí quản có máu hay bằng chứng phù phổi trên Xquang ngực)
- Sốc: Có 1 trong các tiêu chuẩn sau đây:
 - Mạch không bắt được, HA không đo được
 - Tụt HA (HA tâm thu):
Dưới 12 tháng: < 70 mmHg
Trên 12 tháng: < 80 mmHg
 - HA kẹp: Hiệu áp ≤ 25 mmHg

Bệnh tay chân miệng độ 4 - Suy hô hấp tuần hoàn nặng

• Nằm khoa cấp cứu / Hồi sức tích cực

• Điều trị:

- Đặt nội khí quản giúp thở, thông số ban đầu:

Thông số	Không phù phổi	Có phù phổi
Chế độ thở	Kiểm soát áp lực (PC)	Kiểm soát áp lực (PC)
TS (lần / phút) – I/E	20-40, 1/2	20-40, 1/2
IP (cm H ₂ O)	10-12	10-15
V _T (ml/kg) cần đạt	8-10	5-6
PEEP (cmH ₂ O)	4-6	8-15
FiO ₂ (%)	40-60	60-100

- Ưu chế hô hấp người bệnh thở máy (trang 21)
- Dobutamin 5μg/kg/phút, tăng dần 2-3 μg/kg/phút mỗi 5-15 phút cho đến khi có hiệu quả (tối đa 20 μg/kg/phút).
- Nếu có sốc và không có dấu hiệu phù phổi, suy tim (gallop, ran phổi, gan to, TMC nổi) – thực hiện **Test dịch truyền** trong khi chờ đo ALTMTU: NS/LR 5 mL/kg/15phút, theo dõi sát dấu hiệu phù phổi và đáp ứng để quyết định điều trị tiếp (trang 19).
- Đo ALTMTU và xử trí theo đáp ứng lâm sàng và diễn tiến ALTMTU
- Phenobarbital 10-20mg/kg TTM chậm trong 30 phút. (trang 20)
- Hạ sốt tích cực (trang 22)

- Khi HATB ≥ 50 mmHg: sử dụng γ-globulin 1g/kg/ngày TTM chậm trong 6-8 giờ x 2 ngày (trang 20).
- Nếu không thể ổn định được huyết động học trong giờ đầu tiên, nhưng duy trì được HATB ≥ 50 mmHg: Cần xem xét chỉ định lọc máu liên tục sớm ngay trong 1-2 giờ đầu tiên (nếu cơ sở điều trị có điều kiện thực hiện). Trường hợp diễn tiến thuận lợi và người bệnh ổn định sớm ngay trong giờ đầu, không cần chỉ định lọc máu liên tục.
- Điều trị rối loạn kiểm toan, điện giải, hạ đường huyết.
- Kháng sinh: Cefotaxime hay Ceftriaxone nếu chưa loại trừ NKH và VMNM
- Nếu phù phổi, không sốc và ALTMTU > 10 cm H₂O: Furosemide 1mg/kg/lần TMC

• Theo dõi:

- Sinh hiệu:
 - ☞ M, HA và nhịp tim, SpO_2 mỗi 15-30 phút.
 - ☞ Nhiệt độ hậu môn / 1-2 giờ cho đến khi $ND < 39^\circ C$
- Theo dõi sát trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng.
- Nước tiểu mỗi 6-12 giờ
- ALTMTU mỗi 1 giờ cho đến khi ra sốc.
- Đo HA động mạch xâm lấn.

• Xét nghiệm:

- CTM, CRP, cấy máu
- Đường huyết nhanh / 3-6 giờ
- Khí máu, lactate máu
- Ion đồ, ALT - AST, Ure - Creatinine
- Troponin I, CK-MB, CPK
- Phết họng / phết trực tràng: PCR ± cấy EV71
- Xquang phổi, siêu âm tim
- Chọc dò thất lưng xét nghiệm khi ổn định

TÓM TẮT

Nhận biết bệnh tay chân miệng

Nhận biết bệnh tay chân miệng

1. Phải tìm mới thấy,

Phải nghĩ tới mới tìm

Phải biết mới nghĩ tới

Nhận biết bệnh tay chân miệng

2. Khi chẩn đoán bệnh nhân TCM,

Phải tìm biến chứng viêm não

Hãy nhớ tứ chứng viêm thân não!

Nhận biết bệnh tay chân miệng

3. Khi có tứ chứng viêm thân não,

dù không có biểu hiện bệnh tay chân miệng

Hãy nghĩ tới viêm thân não do EV (71)

CÂU HỎI?

[www.trandiepkhánh.com.vn/thông tin/thông tin dành cho đồng nghiệp](http://www.trandiepkhánh.com.vn/thông-tin/thông-tin-dành-cho-đồng-nghiep)