Nêu định nghĩa ca lâm sàng bệnh tay chân miệng.

Bé thường dưới 5 tuổi, có thể sốt hoặc không, có yếu tố dịch tễ (gia đình hoặc nhà trẻ có bé bị TCM) kèm với sang thương điển hình của tay chân miệng (sẩn hồng ban hoặc mụn nước 2-10mm, không có ở lưng ngực bụng vai, vị trí điển hình là lòng bàn tay lòng bàn chân gối bẹn mông quanh CQSD, sang thương cùng lứa tuổi, dịch trong, ít khi vỡ, lành không để lại sẹo VÀ/HOẶC loét ở niêm mạc miệng, thường ở 1/3 sau (khẩu cái mềm), viền tròn hoặc bầu dục trơn láng, giới hạn rõ, đáy nông và có màu trắng)

Hãy trình bày cơ chế bệnh sinh trong tay chân miệng.

Lây đường phân miệng

- Tăng sinh lần thứ nhất ở bạch huyết vùng hầu họng (tồn tại trong hầu hộng đến hơn 2 tuần)

- Tăng sinh lần 2 ở bạch huyết ruột (tăng sinh ở đây là chính nên thải trong phân rất nhiều, tồn tại trong phân đến hơn 6 tuần thậm chí vài tháng)

- Sau đó virus vào máu, đến các cơ quan như hệ TKTW, tim, gan , da gậy bệnh cảnh lâm sàng đặc trưng.

Trình bày các giai đoạn lâm sàng của bệnh tay chân miệng.

Giai đoạn khởi phát: Sốt, có thể kèm nôn ói, tiêu phân lỏng không có đàm máu.

Giai đoạn toàn phát: Sang thương da và niêm mạc điển hình. Trẻ thường sẽ giảm ăn, bú vì đau; quấy khóc và chảy nước bọt liên tục do không nuốt được.

Giai đoạn lui bệnh: Nếu không xảy ra biến chứng, sau khoảng 7 ngày từ lúc khởi bệnh trẻ giảm sốt, ăn uống được, hết quấy khóc. Các vết loét ở miệng lành dần; mụn nước ngoài da tự xẹp và mất, nếu vỡ sẽ đóng mày; để lại vết thâm da mờ dần theo thời gian

Nêu diễn tiến và biến chứng của bệnh tay chân miệng.

Diễn tiến: Độ 1, 2, 3, 4

Biến chứng:

- BC TKTW: VMN vô trùng, viêm thân não, viêm não, liệt mềm cấp, RL TK thực vật

- BC hô hấp tuần hoàn: thở bất thường, phù phổi cấp, trụy mạch

Trình bày nguyên tắc điều trị bệnh tay chân miệng.

Hiện chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ.

Theo dõi sát, phát hiện sớm và điều trị tích cực biến chứng.

Đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

Chỉ định điều trị tuỳ theo mức độ nặng của bệnh.

Sang thương sau nghĩ nhiều đến nguyên nhân gì?



sẩn hồng ban đa dạng nghĩ mề đay

Bệnh nhân nữ, 18 tháng, nhập viện vì sốt cao liên tục ngày 1, giật mình 3 lần trước khi đến bệnh viện. Khám phát hiện có 1 sẩn hồng ban ở lòng bàn chân trái, đừ, run chi lúc khám. Chưa ghi nhận bất thường khác. - Hãy nêu và biện luận chẩn đoán. - Đề nghị cận lâm sàng và điều trị thích hợp ban đầu như thế nào?

Chẩn đoán: Tay chân miệng độ IIb nhóm 2, ngày 1

Biện luận:

- Bé sốt + sang thương da, niêm mạc miệng điển hình của tay chân miệng + VN là vùng dịch tễ => nghĩ nhiều bé bệnh tay chân miệng.

- Phân độ tay chân miệng: Phân độ IIB nhóm 2 vì: bé có run chi lúc khám

Đề nghị CLS: CTM, CRP, đường huyết

Điều trị ban đầu:

- Điều trị tại phòng cấp cứu hoặc hồi sức

- Nằm đầu cao 30 độ. (để giảm áp lực đường thở)

- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt

- Loét miệng

- Phenobarbital 10-20 mg/kg/lần truyền tĩnh mạch

- IVIG liều 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ đánh giá lại để quyết định liều thứ 2.

Nêu những lý do làm thay đổi đạm/ đường / lactate / glucose trong dịch não tuỷ?

- Thay đổi TB:

+ Tăng nhẹ < 100/mm3 nhiễm trùng tới sớm

+ Tăng trung bình 100 – 1000: tác nhân vi trùng, siêu vi, lao, nấm

+ Tăng nhiều > 1000: nghĩ nhiều vi trùng

+ Đa nhân ưu thế nghĩ VK chưa điều trị hoặc VR giai đoạn sớm 24-48h

- Thay đổi đạm: viêm màng não, chạm mạch, đột quỵ, xuất huyết não, khối u hệ thần kinh trung ương, chấn thương

- Thay đổi đường: đường DNT/máu < ½ : tác nhân vi trùng, hiếm gặp hơn có thể tác nhân siêu vi như herpes, hạ đường huyết

- Lactate tăng do viêm màng não do vi trùng

Nêu đặc điểm sinh hoá dịch não tuỷ trong 1 trường hợp viêm màng não vi khuẩn điển hình.

Màu sắc: mờ

Đạm tăng 1-5 g/L

TB tăng, điển hình >1000, Neutro ưu thế

Lactate tăng >3.5 mmol/L

Nêu và phân biệt các bệnh cảnh nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương.

Viêm não: biểu hiện bệnh lý não cấp (rối loạn tri giác, thay đổi tính tình, thay đổi hành vi), khám có thể có dấu TKKT (liệt nửa người, co giật, dấu tiểu não,...)

Viêm màng não: biểu hiện bằng HC màng não (đau đầu, buồn nôn, sợ ánh sáng, cổ gượng, Kernig +, Brudzinski +)

Trình bày các tác nhân thường gặp gây viêm màng não vi khuẩn theo tuổi và cơ địa?

Theo tuổi:

< 4 tuần tuổi: S.agalactiae, E.Coli, L.monocytogenes, K.pneumoniae, Enterococcus sp

4 tuần – 12 tuần: S.agalactiae, E.Coli, H.influenzae

3 tháng – 2 tuổi: H.influenzae, N.meningitidis

> 3 tuổi: N.mengingitidis, S.pneumoniae

Theo cơ địa:

Mất hoạt tính opsonic và/hoặc hoạt tính diệt khuẩn: N.mengingitidis, S.pneumoniae, H.influenzae

Thiếu C5 C6: N.mengingitidis

Bệnh HC hình liềm hoặc cắt lách: S.pneumoniae, H.influenzae, VK gram âm

Bệnh Hodgkin: L.monocytogenes

Ung thư máu, giảm BC hạt, suy tuỷ: VK gram âm

Viêm xoang: S.pneumoniae, S.aureus, S.pyogenes

Viêm tai giữa: S.pneumoniae, H.influenzae

CTSN: S.pneumoniae, H.influenzae, Strptococcus group A beta hemolytic

PT ngoại thần kinh: S.aureus, S.epidermidis, trực khuẩn gram âm.

Kể các yếu tố nguy cơ gây viêm màng não ở lứa tuổi sơ sinh? trẻ lớn?

- Trẻ sơ sinh: mẹ sốt trước trong sau sinh 24h, nhiễm trùng ối, mẹ nhiễm GBS trước đó, vỡ ối > 18h, dùng kháng sinh trước đó; con sinh non, nhẹ cân; thời gian nằm viện kéo dài, PT thủ thuật xâm lán, dùng AntiH2, PPI

- Trẻ lớn: suy giảm miễn dịch, ung thư và giảm bạch cầu hạt, khiếm khuyết TB T, PT thần kinh gần đây, khiếm khuyết giải phẫu, chấn thương đầu xuyên thấu, rò dịch não tuỷ

Trình bày biểu hiện lâm sàng có thể gặp trong trường hợp viêm màng não.

Trẻ sơ sinh/nhũ nhi: triệu chứng không điển hình: 8 nhóm triệu chứng gợi ý nhiễm trùng sơ sinh

Trẻ lớn: sốt cao lạnh run, đau đầu, ngủ gà, kích thích, lẫn lộn, sợ ánh sáng, buồn nôn, nôn, đau lưng, cổ gượng, Kernig, Brudzinski, môi khô lưỡi dơ, vẻ mặt NT, tam chứng Cushing, song thị, liệt các dây sọ

Trình bày nguyên tắc lựa chọn kháng sinh ban đầu trong viêm màng não vi khuẩn

Chọn thuốc thích hợp với sự nhạy cảm của vi khuẩn

KS có tính diệt khuẩn

Chọn lựa ban đầu dựa vào liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm: BHLS gợi ý tác nhân, cơ địa bé đặc biệt, lứa tuổi, dịch tễ.

Ví dụ tuổi sơ sinh - < 3 tháng: kết hợp Cefo + Ampi + Genta; > 3 tháng: Cefo (hoặc Ceftri) + Vanco

- Trình bày những yếu tố giúp đánh giá đáp ứng kháng sinh ban đầu điều trị viêm màng não vi khuẩn.

- Điều chỉnh kháng sinh (khi cần) dựa vào những dữ liệu gì?

- Đánh giá đáp ứng KS ban đầu:

LS: sinh hiệu, khám thần kinh mỗi ngày chú ý tri giác, co giật, co gồng, dấu TALNS, dấu tk khu trú,... đối với sơ sinh và nhũ nhi thì đo vòng đầu, theo dõi cân nặng mỗi ngày.

CLS:

+ Chọc dò thắt lưng kiểm tra sau 48h nếu không có chống chỉ định.

+ Kiểm tra CTM, CRP đánh giá đáp ứng điều trị.

- Điều chỉnh KS (khi cần) dựa vào:

+ Cấy DNT (+) -> dựa vào kháng sinh đồ.

+ Cấy DNT (-) -> dựa vào nhuộm gram, phản ứng ngưng kết KN/DNT. Lưu ý: Nhuộm Gram, Latex chỉ dùng để thêm KS chứ không bớt KS. Nếu âm hết dựa vào bệnh cảnh, lứa tuổi, cơ địa.

Nêu các biến chứng, di chứng có thể gặp trong viêm màng não vi khuẩn.

- Nhiễm trùng huyết

- Tụ mủ dưới màng cứng

- Mất thính lực

- Tổn thương tiền đình

- Khiếm khuyết phát triển tâm vận

Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương có thể phòng ngừa được không? Cụ thể như thế nào?

- Vaccine Hib, Phế cầu, Não mô cầu;

- KSDP lây lan não mô cầu cho người tiếp xúc gần bệnh nhi (sống chung nhà, ở nhà trẻ và bất kì ai tiếp xúc trực tiếp dịch hầu họng trẻ)

- Nếu trong nhà bệnh nhi VMNM do Hib có trẻ khác < 48 tháng chưa được vaccine Hib đầy đủ hoặc có ai SGMD, tất cả người trong nhà và có tiếp xúc bệnh nhi cần được cho KSDP, tức là những người có tiếp xúc ít nhất 4 giờ trong ít nhất 5-7 ngày trước khi bé nhập viện. KSDP cho ngay lập tức khi có CĐSB là VMN do Hib.

Bệnh nhân nữ, 2 tháng tuổi, nhà ở Bình Phước, nhập BV Nhi Đồng 2 vì bỏ bú.

Bệnh 6 ngày:

N1-3: sốt 38 độ C, khám BS tư chẩn đoán nhiễm siêu vi, uống hạ sốt.

N4: sốt 39 độ C, bú giảm, nhập BV địa phương, chẩn đoán viêm họng, điều trị thuốc uống không rõ loại.

N5-6: sốt cao liên tục, đáp ứng kém hạ sốt, đừ, bú kém, đến N6 bé đừ nhiều, bỏ bú, người nhà lo lắng tự túc chuyển BV Nhi Đồng 2.

Tại BVNĐ2: em tỉnh, đừ, sốt 39 độ C, mạch đều rõ 156 l/ph, tim đều rõ 156 l/ph, phổi không rale, bụng mềm, thóp phẳng, sức cơ tay trái 4/5, chân trái 4/5, miệng méo lệch sang phải khi khóc. Chưa ghi nhận bất thường khác.

- Nêu chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt trong trường hợp này? Biện luận chẩn đoán.

- Đề nghị cận lâm sàng thích hợp.

- Điều trị ban đầu như thế nào?

\* CĐSB: VMNM nghĩ do vi khuẩn theo dõi biến chứng nội sọ bên (P) - Nhiễm trùng huyết => Bé 2 tháng tuổi, sốt cao, lừ đừ, bú kém nên nghĩ nhiễm trùng huyết mà chưa ghi nhận các ổ nhiễm trùng cơ quan khác và VMN là ổ nhiễm trùng đi kèm thường gặp nhất ở lứa tuổi này, có dấu TKKT vào ngày thứ 6 của bệnh nên nghĩ đã có biến chứng nội sọ. Bệnh 6 ngày, sốt cao kém đáp ứng với hạ sốt + bé mới 2 tháng tuổi nên nghĩ nhiều do VK.

\* CĐPB: Viêm não màng não do siêu vi --> vì bé có dấu TKKT: yếu 1/2 người T, méo miệng sang P nên có nghĩ tới khả năng viêm não

\* CLS: CTM, CRP, cấy máu, Ure, Creatinin máu, AST, ALT, ion đồ, đường huyết, siêu âm xuyên thóp, nếu bình thường thì chọc DNT và đường huyết cùng lúc chọc dò, XQ ngực thẳng, TPTNT để tầm soát ổ nhiễm khác. PCR HSV, ELISA JEV.

\* Điều trị:

Nhập cấp cứu

Hạ sốt bằng Paracetamol

Kháng sinh theo kinh nghiệm: Ampi + Cefo + Genta

Nêu định nghĩa sốt Dengue và sốt xuất huyết Dengue. Hai định nghĩa này khác nhau ở chỗ nào?

Sốt dengue: Sốt kèm theo đau đầu, đau cơ, đau khớp và phát ban. Đau có thể rất nhiều. Đôi khi có chảy máu mũi, xuất huyết tiêu hoá hay rong kinh, công thức máu bạch cầu và tiểu cầu có thể giảm.

Sốt xuất huyết dengue: Sốt dengue kèm theo có sự thất thoát huyết tương

Nêu đặc điểm các giai đoạn lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue.

GĐ sốt: Sốt cao đột ngột kéo dài 2-7 ngày thường kèm theo đỏ bừng mặt, ban đỏ da, nhức mỏi toàn thân, đau cơ, đau khớp, đau đầu. 1 vài trường hợp có đau họng, xung huyết niêm mạc, chán ăn, buồn nôn, nôn. Biểu hiện xuất huyết da niêm gđ này ít gặp, gan thường to và nhạy đau. Cls sớm nhất là giảm bạch cầu

GĐ nguy hiểm: Giảm sốt, bắt đầu có tình trạng thất thoát huyết tương. Cls giảm bạch cầu tiến triển tiếp theo sau là giảm tiểu cầu nhanh chóng (<100.000/mm3). Sốc xảy ra khi thể tích huyết tương bị thoát một cách đáng kể, thường được báo trước bằng dấu hiệu cảnh báo. Gđ này cũng có thể có suy các cơ quan nặng như viêm gan nặng, viêm não hoặc viêm cơ tim hoặc chảy máu trầm trọng mà ko có thất thoát huyết tương rõ ràng hoặc sốc.

GĐ phục hồi: Tổng trạng cải thiện, cảm giác ngon miệng, các triệu chứng tiêu hóa mất đi, huyết động học ổn định kèm lợi niệu. một số trường hợp có ban phục hồi là những ban đỏ thường ở chi, ban có thể ngứa, tim chậm; Hct ổn định hoặc thấp hơn do tái hấp thu, bạch cầu tăng ngay sau giai đoạn giảm sốt, tiểu cầu tăng sau bạch cầu.

Phân loại các mức độ sốt xuất huyết Dengue.

Sốt dengue: Sốt từ 2-7 ngày kèm >= 2 dấu hiệu

- Buồn nôn, nôn

- Phát ban ở da

- Đau đầu hoặc đau quanh hốc mắt

- XH da niêm hoặc dấu dây thắt dương tính

- BC giảm

Sốt dengue có dấu hiệu cảnh báo: Sốt dengue kèm >= 1 dấu hiệu sau

- Đau bụng nhiều và đau vùng gan khi ấn

- Nôn ói nhiều lần (>=3lần/giờ hoặc 4 lần/6giờ)

- TDMP, màng bụng hay màng tim

- XH niêm

- Lừ đừ hoặc kích thích hay GSC <15

- Giảm huyết áp tư thế

- Gan to dưới bờ sườn phải >=2cm hay ALT,AST >400 UI/L

- Hct >45% hay tăng dần

Sốt dengue nặng: Sốt dengue kèm >=1 dấu hiệu sau:

- Sốc hay suy hô hấp do tràn dịch

- XH nặng

- Suy cơ quan (thể não, viêm cơ tim, suy gan hay suy thận)

Nêu các biểu hiện của sốt xuất huyết Dengue nặng.

- Sốc SXH dengue: suy tuần hoàn cấp thường xảy ra vào ngày thứ 3-7 của bệnh, biểu hiện bởi các triệu chứng như vật vã, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, mạch nhỏ, huyết áp kẹp hoặc tụt HA hoặc không đo được huyết áp, tiểu ít

- Xuất huyết nặng: Chảy máu mũi nặng, rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ quan và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hoá và nội tạng, thường kèm theo tình trạng sốc nặng, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hoá có thể dẫn đến suy đa phủ tạng hoặc đông máu nội mạch nặng

- Suy tạng nặng:

Suy gan cấp: men gan AST, ALT >=1000 U/L

Suy thận cấp

RLTG

Viêm cơ tim, suy tim hoặc chức năng cơ quan khác

Trình bày xử trí ban đầu 1 trường hợp sốc sốt xuất huyết Dengue.

Nhập cấp cứu, nằm đầu bằng

Thở oxy qua canula 1-6l/ph

Dịch chống sốc: Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% truyền tĩnh mạch nhanh với tốc độ 20ml/kg/giờ

Đánh giá lại bn sau 1 giờ, phải kiểm tra lại Hct sau 2 giờ truyền dịch

- Nếu sau 1h, bn ra khỏi sốc => giảm tốc độ truyền xuống 10ml/kg/h trong 1-2h sau đó giảm xuống 7,5ml/kg/h trong 1-2h đến 5ml/kg/h trong 3-4h và 3 ml/kg/h trong 4-6h tuỳ đáp ứng lâm sàng và Hct

- Nếu sau 1h truyền dịch mà bn ko ra khỏi sốc => kiểm tra Hct

+ Hct >40%, truyền dịch CPT 10-20ml/kg/h trong 1h. Nếu sốc cải thiện, Hct giảm => giảm tốc độ xuống 10ml/kg/h trong 1-2h. Nếu sốc tiếp tục cải thiện và Hct tiếp tục giảm => giảm tốc độ còn 7,5ml/kg/h rồi đến 5 ml/kg/h trong 2-3h. Khi bn ổn định => chuyển sang truyền TM dịch điện giải

+ Hct <35% hay giảm >20% giá trị trước đó => truyền HCL 5ml/kg/h hay máu tươi toàn phần 10ml/kg/h trong 1-2h song song truyền CPT 10ml/kg/h . Sau đó đánh giá lại nếu mạch, huyết áp và Hct cải thiện thì truyền CPT như trên. Nếu ko cải thiện thì truyền CPT 10-20ml/kg/h và điều trị theo phác đồ sốc nặng

Trong quá trình điều trị, kiểm tra đường huyết, tình trạng xuất huyết, toan chuyển hoá và giảm Ca máu mỗi 4-6h

Bn nam, 3 tháng tuổi, nhập viện vì sốt cao ngày 3, ho vài tiếng, sổ mũi nhẹ. Khám: tỉnh, hơi đừ, môi hồng, chi ấm, mạch đều rõ, tim đều rõ 168 l/ph, thở đều 48 l/ph, phổi không rale, bụng mềm, gan 2cm dưới HS phải, thóp phẳng, vài petechia vùng mặt trong đùi, không hồng ban tay chân, CN: 6kg CTM đã có tại phòng khám: WBC 3,3 K/uL, Neu 20%, Lym 75%, Hb 11,3 g/dL, Hct 34%, PLT 99 K/uL.

- Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt của bạn là gì? Biện luận chẩn đoán.

- Đề nghị thêm cận lâm sàng gì?

- Xử trí ban đầu như thế nào?

- CĐSB: Sốt dengue ngày 3 có dấu hiệu cảnh báo. Biện luận: bé có các dấu hiệu của sốt dengue bao gồm sốt cao ngày 3, petechia mặt trong đùi và tiểu cầu giảm, có dấu hiệu cảnh báo là gan to 2cm dưới HSP và tri giác hơi đừ

- Đề nghị thêm CLS: Ure, creatinin, AST, ALT, đông máu toàn bộ, siêu âm bụng, Xquang ngực, đường huyết, ion đồ.

- Xử trí ban đầu:

Nhập viện

Hạ sốt bằng paracetamol

Bù dịch đường uống

Theo dõi mạch, HA, nhiệt độ, dấu hiệu cảnh báo mỗi 12h