

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG NHẬN DIỆN VÀ XỬ TRÍ CA BỆNH

TRƯƠNG HỮU KHANH

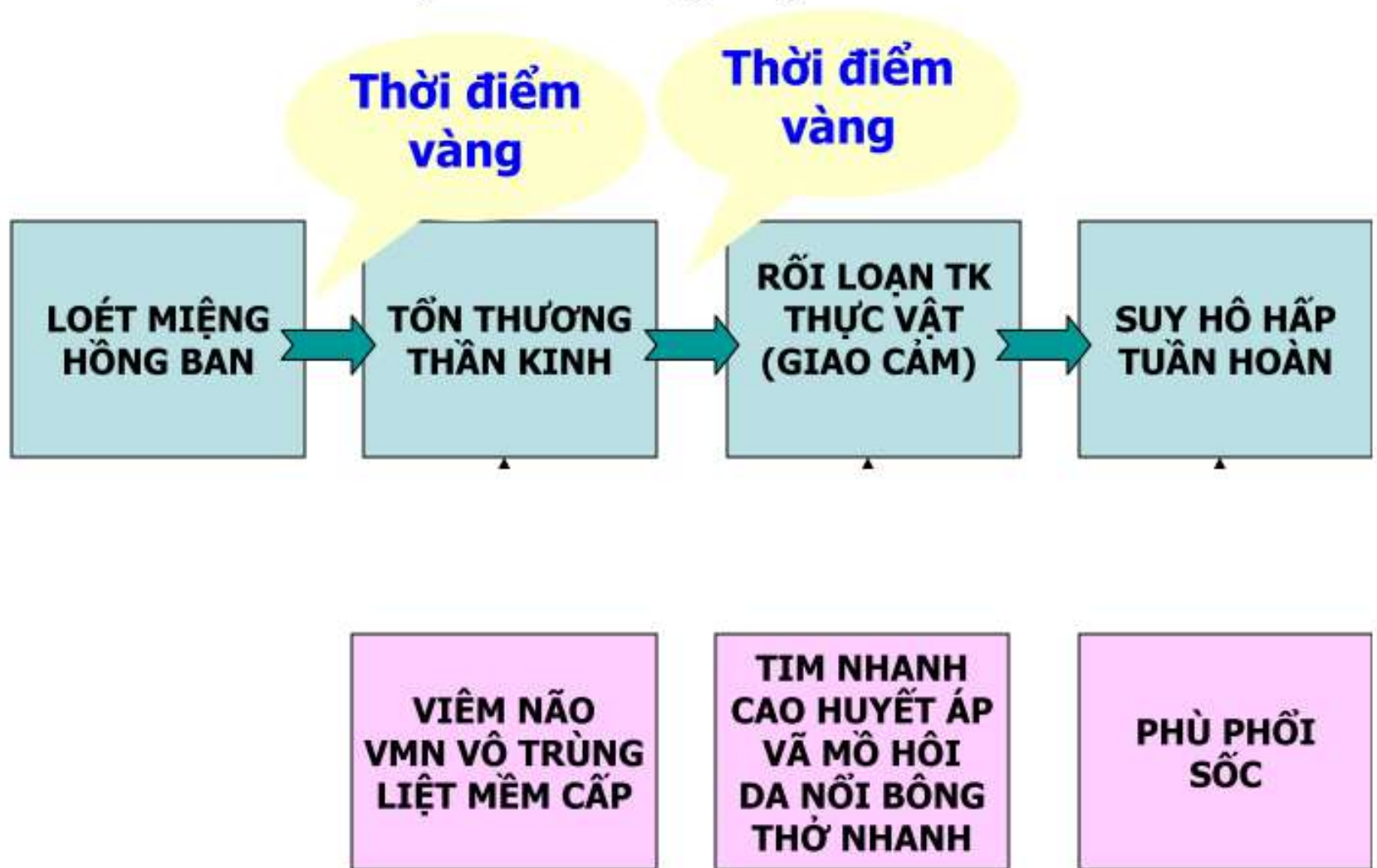
Khoa nhiễm - BV Nhi đồng 1

Phân tích các yếu tố lâm sàng liên quan đến tử vong

Tình trạng lúc NV	Kết quả
Chẩn đoán nhầm bệnh khác (NSV, SXHD, VP, VTQC, hen/suyễn, VMN, U. TTT)	37/132 (28%)
Tuyển trước	21 (56,7%)
BV nhận	16 (43,3%)
Chuyển viện không an toàn	15/50 ca CV (30%) CTNV 2
Tự đến trong tình trạng nặng	44/82 ca TĐ (53,5%)

→ **Nhu cầu huấn luyện CD & XT bệnh TCM nặng cho tuyển & GDSK cộng đồng**

DIỄN TIẾN NHANH BỆNH TCM (24 – 72 giờ)



Nguyên tắc điều trị:

- Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ.
- Theo dõi sát, phát hiện sớm và điều trị biến chứng.

Các “bẫy” trong chẩn đoán điều trị

- Không chẩn đoán được bệnh TCM
- Không phát hiện được dấu hiệu ảnh hưởng thần kinh TW
- Không phát hiện được dấu hiệu rối loạn thần kinh thực vật
- Không theo dõi sát mạch, HA ở trẻ có biến chứng TK
- Truyền dịch quá nhanh khi bệnh nhân sốc
- Dùng quá tay IVIG

Tránh bỏ sót và cần lưu ý trẻ phát ban hay lở miệng kín đáo

- Chú ý vùng gối- hông- rìa bàn tay /ngón tay
- Chú ý khám kỹ vùng họng
- Trẻ có sang thương da ít thường do EV 71





Tai hoøi Nam 28





Các dấu hiệu gợi ý khả năng có biến chứng

- Sốt cao khó hạ
- Sốt >39 độ C
- Sốt > 2 ngày
- Ói nhiều: nôn ói, ói không kèm tiêu chảy, ói không sau ho
- Số lượng sang thương da ?
- Ng hốt, y c
- Bạch cầu máu >16.000
- Đường huyết tăng

Các dấu hiệu biến chứng TKTW

- Giật mình chơi vơi: lúc bắt đầu nằm xuống, lúc bắt đầu giấc ngủ, sau giật mình tư thế không đổi
- Run chi, Run thân → khi ngủ, khi thức
- Đi lảo đảo
- Run giật nhả cầu
- Yếu chi

n n lâm ng

Tay chân ng đơn n



Độ 1,
độ 2a



n thương n kinh trung ương:
t nh i i → t u, n kinh (n n, t,
n ng..), t n p



Độ 2a,
độ 2b



n thương n kinh c t:
n n: ch nhanh, t p cao
Hô p: nhanh, bắt ng
i n n ch: ã hôi, da i bông



Độ 3

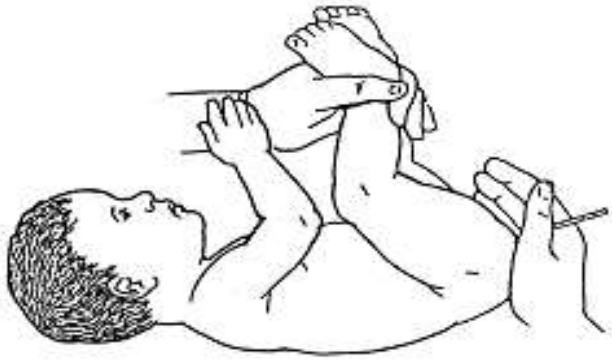


Suy hô p n n



Độ 4

THEO DÕI NHIỆT ĐỘ



ĐO NHIỆT KẾ HẬU MÔN



ĐO NHIỆT KẾ NÁCH



1.TD Mạch

Nếu có điều kiện nên t/d bằng
máy đo độ bão hòa oxy
(phát hiện mạch nhanh)



2.TD HA

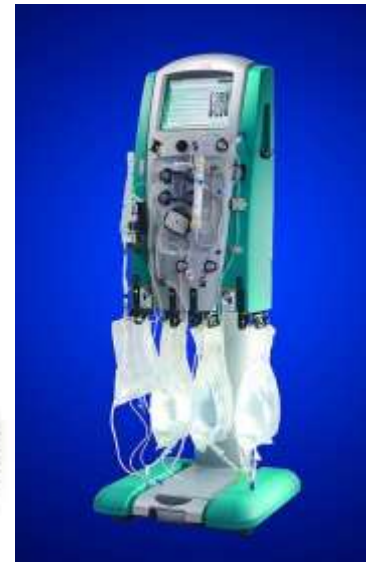
Trang bị brassard phù hợp
theo tuổi



Chuẩn Trang thiết bị, thuốc cho BV tỉnh (Cẩm nang XT BTCM Bộ Y Tế 2012)

– Thuốc: chuẩn bị đủ các thuốc chính như Gamma-globulin, Phenobarbital TTM, Milrinone

– Trang thiết bị: máy thở, monitor



Tuân thủ phác đồ

- Các bệnh viện phải tổ chức tập huấn theo phác đồ
- Để áp dụng tốt phác đồ, cần để những lưu đồ xử trí gần nơi khám bệnh (dán tường hay để trên bàn làm việc) hay màn hình vi tính tiện cho tham khảo nhanh.
- Tổ chức giám sát nhắc nhở mỗi buổi sáng giao bệnh hay bất cứ lúc nào khi có trường hợp điều trị không đúng phác đồ





Tại phòng khám

Hỏi và dặn dấu hiệu nguy hiểm:

Sốt trên 2 ngày, sốt trên 39 độ, sốt cao khó hạ

Giật mình: mô tả

Ói: Liên quan đến TKTW

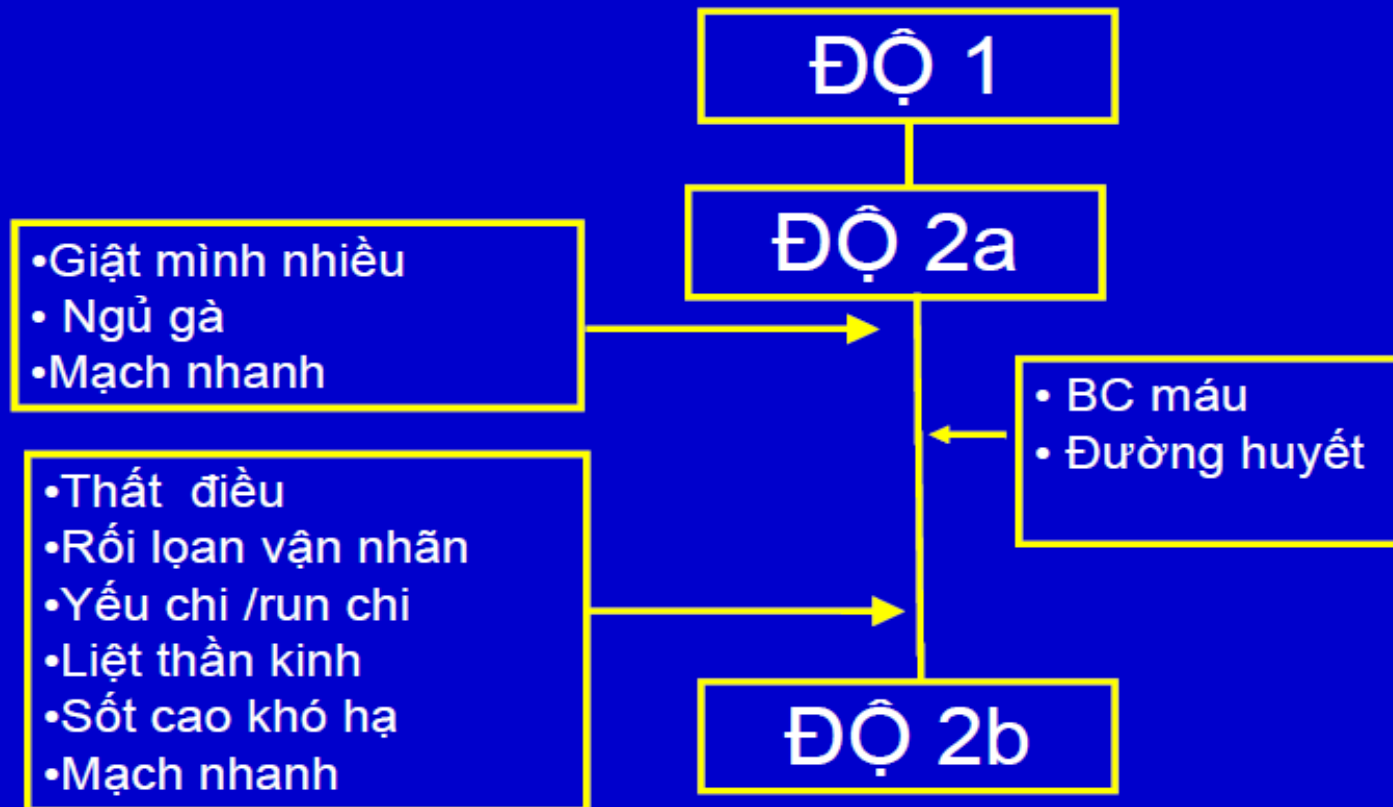
Tái khám 1 -2 ngày: phát tờ bướm dặn dò, đánh dấu

Tại khoa phòng:

Tìm dấu hiệu và sự cần thiết điều trị của độ nặng hơn

Tại khoa phòng

Theo dõi chuyển độ



Nhận diện xử trí độ 2a có dấu nguy hiểm

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 $> 16.000/\text{mm}^3$

Nhận diện xử trí độ 2a có dấu nguy hiểm

- Trẻ quấy khóc liên tục → dùng phenobarbital → đánh giá lại
- Chú ý các trẻ có phụ huynh than phiền:
 - Nhợn ói nhiều
 - Sốt liên tục không hạ (dù đã dùng Acemol và Ibuprofen)→
- **Theo dõi sát mạch, HA, kiểu thở, diễn tiến dấu giạt mình chơi với**
 - Chuyển 2b và độ 3

Nhận diện xử trí độ 2b

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)



Phenobarbital →

đánh giá 6 h tiếp theo giật mình và dấu hiệu TK thực vật



IVIG

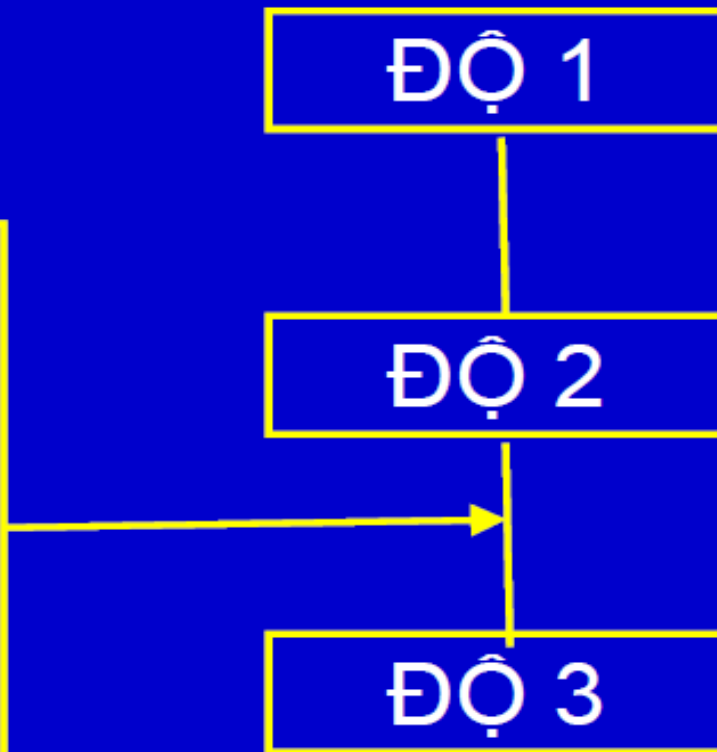
Theo dõi chuyển độ

- Tim nhanh
- Cao huyết áp
- Thở nhanh- thở bất thường
- Vả mồ hôi
- Tri giác (gông chi, hôn mê)

ĐỘ 1

ĐỘ 2

ĐỘ 3



Nhận diện xử trí độ 2b

Nhóm 2: Có một trong các dấu hiệu sau:

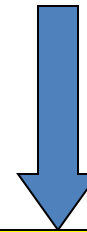
- Thất điều (run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng)
- Rung giật nhãn cầu, lé
- Yếu chi (sức cơ < 4/5) hay liệt mềm cấp.
- Liệt thần kinh sọ (nuốt sặc, thay đổi giọng nói)
- Sốt cao khó hạ (nhiệt độ hậu môn $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$ không đáp ứng với thuốc hạ sốt)
- Mạch > 150 lần /phút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



IVIG: 1 hay 2 liều

Pheno: nhắc lại nếu cần

Theo dõi dấu TK thực vật



Milrinone

Dobutamine

Giúp thở



Nhận diện xử trí độ 3

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
- Gông chi / hôn mê (GCS < 10)
- Thở bất thường: Có 1 trong các dấu hiệu sau:
 - Cơ ngưng thở
 - Thở bụng
 - Thở nông
 - Rút lõm ngực
 - Khò khè
 - Thở rít thì hít vào

IVIG: 1 hay 2 liều

Pheno: nhắc lại nếu cần

Dobutamine

Theo dõi dấu hiệu cần giúp thở

Sốc

Nhận diện xử trí độ 3

• 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.

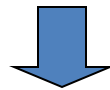


Diễn tiến rất nhanh

Nhận diện xử trí độ 3

- 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)
- ☞ Gông chi / Hôn mê (GCS < 10).



Có trẻ thở nhanh do sốt hay sau IVIG thở ổn

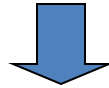
GCS < 10 có thể do phenobarbital

Da xanh tái + vã mồ hôi → NKQ (chuẩn bị ức chế hô hấp)

Nhận diện xử trí độ 3

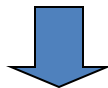
- Milrinone TTM 0,4 μ g/kg/phút nếu trong 24-72 giờ nếu HA tâm thu đạt các mức sau:

- 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)



HA có thể dao động nếu thấy cao rồi giảm dưới ngưỡng 2 lần nên dùng HA vừa ổn nên kéo dài thêm nếu ngưng phải theo dõi sát HA để dùng lại

Nhận diện xử trí độ 4

Có 1 trong các tiêu chuẩn sau đây:

- Ngưng thở, thờ nấc
- Tim tái / SpO₂ < 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

- Phải đặt NKQ

- Test dịch chỉ 15 phút

- Adrenaline sớm hơn

không chờ đủ liều dobutamine

- Cố gắng chống sốc qua CVP

và HA xâm lấn

CRRT

Các tình huống cần lưu ý

- Khó thở thanh quản, suyễn, thở nhanh nghi viêm phổi:
 - X quang phổi
 - Triệu chứng ho
 - Khí dung thử : 1 lần không giảm → TCM nặng
- Viêm màng não vi trùng nặng → giật mình ?, sốt liên tục → CDTL, CRP
- Nhiễm trùng huyết → sốc, da nổi bông → CRP → kháng sinh
- Cao huyết áp kéo dài → bệnh có sẵn → siêu âm hẹp động mạch thận