

TAY CHÂN MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm do vi rút đường ruột gây ra, lây từ người sang người chủ yếu theo đường tiêu hóa, dễ gây thành dịch. Bệnh xảy ra quanh năm và gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi.

Tác nhân gây bệnh thường gặp là Cocksackie virus A6, A10, A16 và Enterovirus 71 (EV71).

Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối.

Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não - màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do EV71.

Trên thế giới hiện nay đã có vắc xin phòng bệnh.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng

Giai đoạn ủ bệnh: 3-7 ngày.

Giai đoạn khởi phát: từ 1 - 2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.

Giai đoạn toàn phát: có thể kéo dài 3 -10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

+Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2 - 3mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

+Sang (tổn) thương đa dạng hồng ban hoặc bóng nước ở lòng bàn tay, khuỷu tay, lòng bàn chân, gối, mông, cùi trỏ; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.

+Sốt nhẹ.

+Ăn, bú kém.

+Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5, có thể đến ngày 7 của bệnh.

+Giật mình chói với là dấu hiệu quan trọng báo hiệu biến chứng thần kinh. Trẻ sốt cao hoặc nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng.

Giai đoạn lui bệnh: thường từ 3 - 5 ngày sau giai đoạn toàn phát, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

2.1.2. Các thể lâm sàng

Thể tối cấp: bệnh diễn tiến rất nhanh có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn, suy hô hấp, hôn mê dẫn đến tử vong trong vòng 24 - 48 giờ.

Thể cấp tính với bốn giai đoạn điển hình như trên.

Thể không điển hình: dấu hiệu phát ban không rõ ràng hoặc chỉ có loét miệng hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.

2.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm cơ bản

Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng > 16 G/L; đường huyết tăng > 160 mg% (8,9 mmol/L) hay tiểu cầu tăng > 400 G/L thường liên quan đến biến chứng.

Protein C phản ứng (CRP) (nếu có điều kiện) trong giới hạn bình thường (< 10 mg/L).

Đường huyết, điện giải đồ, X-quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

Các xét nghiệm theo dõi, phát hiện biến chứng

Khí máu khi có suy hô hấp.

Troponin I, siêu âm tim khi có nhịp tim nhanh ≥ 150 lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc.

2.3. Chẩn đoán

2.3.1. Chẩn đoán ca lâm sàng

Dựa vào lâm sàng và dịch tễ học

Yếu tố dịch tễ: căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc trong cùng một thời gian.

Lâm sàng: phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

2.3.2. Chẩn đoán xác định

Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút đường ruột.

2.3.3. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh có biểu hiện loét miệng

Viêm loét miệng (áp-tơ): vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

Các bệnh có phát ban da

Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sần, thường có hạch sau tai.

Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.

Viêm da mủ: đỏ, đau, có mủ.

Thủy đậu: phỏng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.

Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.

Sốt xuất huyết Dengue: chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

Viêm não - màng não

Viêm màng não do vi khuẩn.

Viêm não - màng não do vi rút khác.

Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi

3. BIẾN CHỨNG

Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5, có thể đến ngày 7 của bệnh.

Biến chứng thần kinh

Viêm não, viêm thân não, viêm não tủy, viêm màng não.

Giật mình chói với: từng cơn ngắn 1 - 2 giây, chủ yếu ở tay và chân, dễ xuất hiện khi bắt đầu giấc ngủ hay khi cho trẻ nằm ngửa.

Ngủ gà, bứt rứt, chói với, đi loạng choạng, run chi, mắt nhìn ngược.

Rung giật nhãn cầu.

Yếu, liệt chi (liệt mềm cấp).

Liệt dây thần kinh sọ não.

Co giật, hôn mê là dấu hiệu nặng, thường đi kèm với suy hô hấp, suy tuần hoàn.

Tăng trương lực cơ (biểu hiện duỗi cứng mắt não, gồng cứng mắt võ).

Biến chứng tim mạch, hô hấp

Viêm cơ tim, phù phổi cấp, tăng huyết áp, suy tim, trụy mạch.

Mạch nhanh > 150 lần/phút.

Thời gian đổ đầy mao mạch chậm > 2 giây.

Da nổi bông (nổi vân tím), vã mồ hôi, chi lạnh. Các biểu hiện rối loạn vận mạch có thể chỉ khu trú ở 1 vùng cơ thể (1 tay, 1 chân).

Giai đoạn đầu có huyết áp tăng (HA tâm thu: trẻ dưới 1 tuổi ≥ 100 mmHg, trẻ từ 1 - 2 tuổi ≥ 110 mmHg, trẻ trên 2 tuổi ≥ 115 mmHg), giai đoạn sau mạch, huyết áp không đo được.

Khó thở: thở nhanh, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thì hít vào, thở nông, thở bụng, thở không đều hoặc $SpO_2 < 94\%$.

Phù phổi cấp: sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm, nội khí quản có máu hay bọt hồng.

4. PHÂN ĐỘ LÂM SÀNG

4.1. Độ 1 (*tay chân miệng không có biến chứng*)

Trẻ chỉ có phát ban tay chân miệng và/hoặc loét miệng.

4.2. Độ 2 (*Tay chân miệng có biến chứng thần kinh*)

4.2.1. Độ 2a (*Tay chân miệng có biến chứng thần kinh*)

Có ≥ 1 dấu hiệu sau:

+ Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không có lúc khám.

+ Sốt trên 39°C hay sốt trên 2 ngày kèm nôn ói nhiều, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

4.2.2. Độ 2b (*Tay chân miệng có biến chứng thần kinh nặng*)

Có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2:

Nhóm 1 (Tay chân miệng có biến chứng thần kinh nặng nhóm 1)

Có ≥ 1 dấu hiệu sau:

+ Giật mình ghi nhận lúc khám.

+ Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần/30 phút.

Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:

+ Ngủ gà.

+ Mạch nhanh >130 lần/ phút (không sốt). Khi trẻ sốt $> 38^\circ\text{C}$, mạch tăng mỗi 10 nhịp khi thân nhiệt tăng 1°C

Nhóm 2 (Tay chân miệng có biến chứng thần kinh nặng nhóm 2)

Có ≥ 1 dấu hiệu sau:

+ Nhóm 1 và sốt cao $\geq 39^\circ\text{C}$ không đáp ứng với thuốc hạ sốt.

+ Mạch nhanh > 150 lần/phút (không sốt). Khi trẻ sốt $> 38^\circ\text{C}$, mạch tăng mỗi 10 nhịp khi thân nhiệt tăng 1°C .

Thất điều: run chi, run người, đi loạng choạng.

Rung giật nhãn cầu, lác mắt.

Yếu chi hoặc liệt chi.

Liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói.

Tăng trương lực cơ.

Rối loạn tri giác (Glassgow < 10 hoặc mức P thang điểm AVPU).

4.2.3. Độ 3 (*Tay chân miệng biến chứng rối loạn thần kinh thực vật nặng*)

Có ≥ 1 dấu hiệu sau:

+Mạch nhanh > 170 lần/ phút (không sốt). Khi trẻ sốt > 38°C, mạch tăng mỗi 10 nhịp khi thân nhiệt tăng 1°C). Một số trường hợp có thể xuất hiện mạch chậm, cần đánh giá thêm về huyết áp và tri giác.

+Huyết áp tâm thu tăng:

- Trẻ dưới 12 tháng: HA \geq 100mmHg
- Trẻ từ 12 tháng đến < 24 tháng: HA \geq 110mmHg
- Trẻ \geq 24 tháng: HA \geq 115 mmHg

+Thở nhanh, khó thở, thở rít hoặc SpO₂ < 94%.

+Da nổi bông (vân tím), vã mồ hôi, chi lạnh.

4.2.4. Độ 4 (Tay chân miệng suy hô hấp tuần hoàn nặng)

Trẻ có \geq 1 dấu hiệu sau:

- +Ngưng thở, rối loạn nhịp thở.
- +Tím tái hoặc SpO₂ < 92%.
- +Phù phổi cấp.

Sốc khi trẻ có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- +Mạch không bắt được, HA không đo được.
- +Tụt HA: HA tâm thu < 70mmHg (trẻ <12 tháng), < 80mmHg (trẻ > 12 tháng).
- +HA kẹp: hiệu áp \leq 25mmHg.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Cấp cứu và xử trí kịp thời các trường hợp nặng.
- Phân độ đúng và điều trị phù hợp theo phân độ.
- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ.
- Theo dõi sát để phát hiện sớm các biến chứng.
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

5.2. Phân tuyến điều trị

Khám, điều trị bệnh tay chân miệng độ 1 và 2a.

5.3. Điều trị cụ thể

5.3.1. Độ 1: Tay chân miệng không có biến chứng

Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi, thức ăn lỏng, dễ tiêu, để nguội mát, chia nhiều bữa nhỏ. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.

Hạ sốt, giảm đau bằng Paracetamol liều 10 - 15 mg/kg/lần (uống) hoặc 10-15 mg/kg/lần đặt hậu môn mỗi 4 - 6 giờ hoặc Ibuprofen 5-10 mg/kg/lần mỗi 6 - 8 giờ.

Làm dịu vết loét miệng bằng thuốc băng niêm mạc đường tiêu hóa antacid.

Vệ sinh răng miệng.

Nghỉ ngơi, tránh kích thích.

Chăm sóc tổn thương da: không làm vỡ các mụn nước, có thể bôi dung dịch sát khuẩn vào các mụn nước vỡ như dung dịch Povidone-iodine, xanh methylene.

Cho trẻ nghỉ học, sau 7-10 ngày kể từ khi phát bệnh mới cho trẻ đi học lại.

Tránh lây lan bệnh cho các thành viên khác trong gia đình, không dùng chung đồ dùng cá nhân, rửa tay trước và sau chăm sóc trẻ, vệ sinh môi trường.

Cho trẻ nhập viện khi: người nhà lo lắng, nhà xa, không đủ điều kiện theo dõi.

Tái khám mỗi 1 - 2 ngày trong 7-10 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.

Hướng dẫn cha mẹ, người chăm sóc dấu hiệu nặng cần đưa trẻ tái khám ngay. Trẻ cần tái khám ngay khi có ≥ 1 dấu hiệu:

- +Sốt trên 39°C hoặc kéo dài trên 48 giờ.
- +Nôn ói nhiều.
- +Lừ đừ hoặc kích thích.
- +Không bú hoặc ăn bú quá ít.
- +Giật mình.
- +Thở nhanh, khó thở.
- +Da nổi vân tím (nổi bông).
- +Hôn mê, co giật.
- +Trẻ có dấu hiệu bất thường hoặc cha mẹ lo lắng.

5.3.2. Độ 2: Tay chân miệng có biến chứng thần kinh

Điều trị nội trú tại bệnh viện

Độ 2a: Tay chân miệng có biến chứng thần kinh

Nên bố trí, sắp xếp các trẻ bị bệnh TCM có cùng phân độ vào cùng phòng để thuận lợi theo dõi).

Điều trị như độ 1.

Phenobarbital uống 5-7 mg/kg/ngày chia 2 lần.

Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với Paracetamol có thể phối hợp Ibuprofen 5-10 mg/kg/lần mỗi 6 - 8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng Paracetamol). Tổng liều tối đa của Ibuprofen là 40 mg/kg/ngày, Paracetamol là 60 mg/kg/ngày. Không dùng thuốc Aspirin.

Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ, hướng dẫn người nhà (thân nhân) dấu hiệu chuyển độ và báo bác sĩ và điều dưỡng khi có dấu hiệu chuyển độ.

Theo dõi sinh hiệu: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, SpO₂ mỗi 6-12 giờ. Tất cả trẻ có mạch nhanh hoặc mạch chậm phải đo huyết áp.

Cho trẻ nằm phòng theo dõi bệnh nhân nặng (theo dõi mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ đầu) khi trẻ có ≥ 1 yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng:

- +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 $> 16 \text{ G/L}$.
- +Tiểu cầu $> 400 \text{ G/L}$.

6. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

6.1. Bệnh tay chân miệng có biến chứng nặng (độ 2b, độ 3, độ 4) đủ 4 điều kiện sau

Ổn định lâm sàng.

Ổn định về các biến chứng và di chứng.

Không cần hỗ trợ hô hấp.

Ăn uống được qua đường miệng hoặc ăn qua ống thông dạ dày.

6.2. Bệnh tay chân miệng điều trị nội trú độ 1, độ 2a đủ 4 điều kiện sau

Không sốt ít nhất 24 giờ liên tục (không sử dụng thuốc hạ sốt).

Không còn các biểu hiện lâm sàng phân độ nặng từ 2a trở lên ít nhất 48 giờ.

Ăn được qua đường miệng.

Có điều kiện theo dõi tại nhà và tái khám ngay nếu có diễn tiến nặng (nếu chưa đến ngày thứ 8 của bệnh, tính từ lúc khởi phát bệnh).

7. PHÒNG BỆNH

Nguyên tắc phòng bệnh

Trên thế giới hiện nay đã có vắc xin phòng bệnh.

Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

Phòng bệnh tại các cơ sở y tế

Cách ly theo nhóm bệnh.

Nhân viên y tế: mang khẩu trang, rửa, sát khuẩn tay trước và sau khi chăm sóc.

Khử khuẩn bề mặt, giường bệnh, buồng bệnh bằng Cloramin B 2%. Lưu ý khử khuẩn các ghế ngồi của bệnh nhân và thân nhân tại khu khám bệnh.

Xử lý chất thải, quần áo, khăn trải giường của bệnh nhân và dụng cụ chăm sóc sử dụng lại theo quy trình phòng bệnh lây qua đường tiêu hoá.

Phòng bệnh ở cộng đồng

Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước bọt).

Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà.

Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B 2% hoặc các dung dịch khử khuẩn khác.

Hạn chế tiếp xúc trẻ bệnh tại nhà.

Không đến nhà trẻ, trường học, nơi các trẻ chơi tập trung trong 7 - 10 ngày đầu của bệnh.

8. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

Chuyển tuyến: đối với bệnh tay chân miệng độ 2b trở lên hoặc độ 2a có bệnh phối hợp kèm theo.

Hội chẩn với tuyến trên và thực hiện phối hợp chuyển tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 292/QĐ-BYT ngày 06/02/2024 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Tay chân miệng.