

Số: 1003/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 30 tháng 3 năm 2012

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay - chân - miệng

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Xét biên bản họp ngày 22/3/2012 của Hội đồng chuyên môn sửa đổi, bổ sung Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay-chân-miệng;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay-chân-miệng và các phụ lục kèm theo.

Điều 2. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay-chân-miệng ban hành kèm theo Quyết định này thay thế Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay-chân-miệng ban hành kèm theo Quyết định số 2554/QĐ-BYT ngày 19/7/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

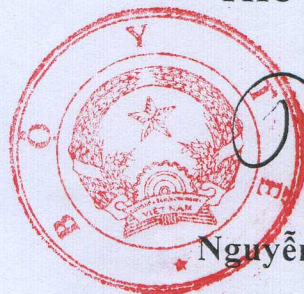
Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ; Chánh Thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng của Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để biết);
- Website Bộ Y tế, website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG

THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Thị Xuyên
Nguyễn Thị Xuyên

HƯỚNG DẪN

Chẩn đoán, điều trị bệnh tay - chân - miệng

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh tay-chân-miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus 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.

- Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hoá. Nguồn lây chính từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh.

- Bệnh tay-chân-miệng gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương. Tại các tỉnh phía Nam, bệnh có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm.

- Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm tuổi dưới 3 tuổi. Các yếu tố sinh hoạt tập thể như trẻ đi học tại nhà trẻ, mẫu giáo, đến các nơi trẻ chơi tập trung là các yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh, đặc biệt là trong các đợt bùng phát.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

1.1. Triệu chứng lâm sàng:

a) Giai đoạn ủ bệnh: 3-7 ngày.

b) 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.

c) 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 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

- Phát ban dạng phỏng nước: Ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; 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.

- Nôn.

- Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng.

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

d) Giai đoạn lui bệnh: Thường từ 3-5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

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 diễn 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. Cận lâm sàng:

2.1. Các xét nghiệm cơ bản:

- Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên $16.000/\text{mm}^3$ hay đường huyết tăng $> 160 \text{ mg\%}$ ($8,9 \text{ mmol/L}$) thường liên quan đến biến chứng

- Protein C phản ứng (CRP) (nếu có điều kiện) trong giới hạn bình thường ($< 10 \text{ mg/L}$).

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

2.2. Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng:

- Khí máu khi có suy hô hấp

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

- Dịch não tủy:

+ Chỉ định chọc dò tủy sống khi có biến chứng thần kinh hoặc không loại trừ viêm màng não mủ.

+ Xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng, số lượng tế bào trong giới hạn bình thường hoặc tăng, có thể là bạch cầu đơn nhân hay bạch cầu đa nhân ưu thế.

2.3. Xét nghiệm phát hiện vi rút (nếu có điều kiện) từ độ 2b trở lên hoặc cần chẩn đoán phân biệt: Lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy để thực hiện xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân.

2.4. Chụp cộng hưởng từ não: Chỉ thực hiện khi có điều kiện và khi cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý ngoại thần kinh.

3. Chẩn đoán:

3.1. Chẩn đoán ca lâm sàng: Dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.

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

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

3.2. Chẩn đoán xác định:

- Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh.

4. Chẩn đoán phân biệt:

4.1. Các bệnh có biểu hiện loét miệng:

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

4.2. Các bệnh có phát ban da:

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

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

- Viêm da mủ: Đỏ, đau, có mủ.

- Thủy đậu: Phồng 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.

4.3. Viêm não-màng não:

- Viêm màng não do vi khuẩn.

- Viêm não-màng não do vi rút khác.

4.4. Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi.

5. Biến chứng:

5.1. Biến chứng thần kinh: Viêm não, viêm thân não, viêm não tủy, viêm màng não.

- Rung giật cơ (myoclonic jerk, giật mình chới 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, bú rớt, chơi 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, tuần hoàn.

- Tăng trương lực cơ (biểu hiện duỗi cứng mắt não, gồng cứng mắt vỏ)

5.2. 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 trên 2 giây.
- Da 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, khô khè, thở rít thì hít vào, thở nông, thở bụng, thở không đều.
- Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm, nội khí quản có máu hay bọt hồng.

6. Phân độ lâm sàng:

6.1. Độ 1: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.

6.2. Độ 2:

6.2.1. Độ 2a: có một trong các dấu hiệu sau:

- + Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám
- + Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39°C , nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

6.2.2. Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2 :

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

*** Nhóm 2: Có một trong các biểu hiện sau:**

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

6.3. Độ 3: có các dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).
- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tâm thu tăng:
 - + Trẻ dưới 12 tháng HA > 100 mmHg.
 - + Trẻ từ 12 tháng đến dưới 24 tháng HA > 110 mmHg.
 - + Trẻ từ trên 24 tháng HA > 115 mmHg.
- Thở nhanh, thở bất thường: Con ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khô khè, thở rít thì hít vào.
- Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).
- Tăng trương lực cơ.

6.4. Độ 4: có một trong các dấu hiệu sau:

- Sốc.
- Phù phổi cấp.
- Tím tái, $\text{SpO}_2 < 92\%$.
- Ngưng thở, thở nấc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).
- Theo dõi sát, phát hiện sớm, phân độ đúng và điều trị phù hợp.
- Đối với trường hợp nặng phải đảm bảo xử trí theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu (ABC...)
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

2. Phân tuyến điều trị:

2.1. Trạm y tế xã và phòng khám tư nhân:

- Khám và điều trị ngoại trú bệnh tay chân miệng độ 1
- Chuyển tuyến: đối với bệnh tay chân miệng độ 2a trở lên hoặc độ 1 với trẻ dưới 12 tháng hoặc có bệnh phối hợp kèm theo.

- Điều kiện: Bác sỹ, điều dưỡng đã được tập huấn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng.

2.2. Bệnh viện huyện, bệnh viện tư nhân.

- Khám, điều trị bệnh tay chân miệng độ 1 và 2a.
- Chuyển tuyến: đối với bệnh tay chân miệng độ 2b trở lên hoặc độ 2a có bệnh phối hợp kèm theo.

- Điều kiện: Bác sỹ, điều dưỡng đã được tập huấn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng.

2.3. Bệnh viện đa khoa, đa khoa khu vực, chuyên khoa Nhi tuyến tỉnh.

- Khám, điều trị bệnh tay chân miệng tất cả các độ.
- Chuyển tuyến: Đối với bệnh tay chân miệng độ 3,4 khi không có đủ điều kiện hồi sức tích cực Nhi, đảm bảo chuyển tuyến an toàn.

- Điều kiện:

+ Bác sỹ, điều dưỡng được huấn luyện nâng cao về điều trị và hồi sức bệnh tay chân miệng.

+ Có đơn nguyên điều trị bệnh tay chân miệng.

2.4. Bệnh viện Nhi, Truyền nhiễm và các bệnh viện được Bộ Y tế phân công là bệnh viện tuyến cuối của các khu vực.

- Khám, điều trị bệnh tay chân miệng tất cả các độ.

- Điều kiện:

+ Bác sỹ, điều dưỡng được huấn luyện nâng cao về điều trị và hồi sức bệnh tay chân miệng.

+ Có đầy đủ trang thiết bị cấp cứu, hồi sức bệnh tay chân miệng.

+ Có đơn vị huấn luyện bệnh tay chân miệng.

3. Điều trị cụ thể:

3.1. Độ 1: Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.
- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10 mg/kg/lần (uống) hoặc 15 mg/kg/lần (toạ dược) mỗi 6 giờ.
- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.

- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 8-10 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.

- Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ 2a trở lên như:

+ Sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$.

+ Thở nhanh, khó thở.

+ Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.

+ Đi loạn choạng.

+ Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.

+ Co giật, hôn mê.

3.2. Độ 2: Điều trị nội trú tại bệnh viện

3.2.1. Độ 2a:

- Điều trị như độ 1. Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với paracetamol có thể phối hợp với ibuprofen 5-10 mg/kg/lần lặp lại mỗi 6-8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng paracetamol, không dùng thuốc hạ sốt nhóm aspirin). Tổng liều tối đa của ibuprofen là 40 mg/kg/ngày.

- Thuốc: Phenobarbital 5 - 7 mg/kg/ngày, uống.

- Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.

3.2.2. Độ 2b: Điều trị tại phòng cấp cứu hoặc hồi sức

- Nằm đầu cao 30° .

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.

- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.

- Thuốc:

+ Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.

+ Immunoglobulin:

✓ *Nhóm 2:* 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ nếu còn dấu hiệu độ 2b: Dùng liều thứ 2

✓ *Nhóm 1:* Không chỉ định Immunoglobulin thường quy. Nếu triệu chứng không giảm sau 6 giờ điều trị bằng Phenobarbital thì cần chỉ định Immunoglobulin. Sau 24 giờ đánh giá lại để quyết định liều thứ 2 như nhóm 2.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tri giác, ran phổi mỗi 1- 3 giờ trong 6 giờ đầu, sau đó theo chu kỳ 4-5 giờ.

- Đo độ bão hòa oxy SpO_2 và theo dõi mạch liên tục (nếu có máy).

3.3. Độ 3: Điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút, sau 30 – 60 phút nếu đáp ứng kém nên đặt nội khí quản giúp thở sớm.

- Chống phù não: nằm đầu cao 30°, hạn chế dịch (tổng dịch bằng 1/2-3/4 nhu cầu bình thường), thở máy tăng thông khí giữ PaCO₂ từ 30-35 mmHg và duy trì PaO₂ từ 90-100 mmHg.

- Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần. Liều tối đa: 30 mg/kg/24 giờ.

- Immunoglobulin (Gammaglobulin): 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ, dùng trong 2 ngày liên tục.

- Dobutamin được chỉ định khi suy tim mạch > 170 lần/phút, liều khởi đầu 5µg/kg/phút truyền tĩnh mạch, tăng dần 1-2,5µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có cải thiện lâm sàng; liều tối đa 20µg/kg/phút (không dùng Dopamin).

- Milrinone truyền tĩnh mạch 0,4 – 0,75 µg/kg/phút chỉ dùng khi HA cao, trong 24-72 giờ. Nếu huyết áp ổn định trong 12-24 giờ, giảm dần liều milrinone 0,1 µg/kg/phút mỗi 30-60 phút cho đến liều tối thiểu 0,25 µg/kg/phút. Nếu huyết áp ổn định ở liều tối thiểu này trong ít nhất 6 giờ thì xem xét ngưng milrinone.

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, điều trị hạ đường huyết.

- Hạ sốt tích cực.

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

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, mỗi 1- 2 giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

2.4. Độ 4: Điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực

- Đặt Nội khí quản thở máy: Tăng thông khí giữ PaCO₂ từ 30-35 mmHg và duy trì PaO₂ từ 90-100 mmHg.

- Chống sốc: Sốc do viêm cơ tim hoặc tổn thương trung tâm vận mạch ở thân não.

+ Nếu không có dấu hiệu lâm sàng của phù phổi hoặc suy tim: Truyền dịch Natri clorua 0,9% hoặc Ringer lactat: 5 ml/kg/15 phút, điều chỉnh tốc độ theo hướng dẫn CVP và đáp ứng lâm sàng. Trường hợp không có CVP cần theo dõi sát dấu hiệu quá tải, phù phổi cấp.

+ Đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.

+ Dobutamin liều khởi đầu 5µg/kg/phút, tăng dần 2- 3µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có hiệu quả, liều tối đa 20 µg/kg/phút.

- Phù phổi cấp:

+ Ngừng ngay dịch truyền nếu đang truyền dịch.

+ Dừng Dobutamin liều 5-20 µg/kg/phút.

- + Furosemide 1-2 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch chỉ định khi quá tải dịch.
- Điều chỉnh rối loạn kiềm toan, điện giải, hạ đường huyết và chống phù não:
- Lọc máu liên tục hay ECMO (nếu có điều kiện).
- Immunoglobulin: Chỉ định khi HA trung bình $\geq 50\text{mmHg}$
- Kháng sinh: Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc chưa loại trừ các bệnh nhiễm khuẩn nặng khác
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO_2 , nước tiểu mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng; Áp lực tĩnh mạch trung tâm mỗi giờ, nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

4. Tiêu chuẩn xuất viện:

Người bệnh tay chân miệng có biến chứng nặng (độ 3, 4) được chỉ định xuất viện không chỉ ổn định về lâm sàng mà còn phải ổn định về các biến chứng và di chứng. Đối với các trường hợp bệnh tay chân miệng điều trị nội trú khác có thể xuất viện khi có 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 độ 2a trở lên ít nhất trong 48 giờ.
- 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).
- Các di chứng (nếu có) đã ổn định: không cần hỗ trợ hô hấp, ăn được qua đường miệng.

IV. PHÒNG BỆNH

1. Nguyên tắc phòng bệnh:

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.
- 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.

2. 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.

3. 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.
- Cách ly trẻ bệnh tại nhà. Không đến nhà trẻ, trường học, nơi các trẻ chơi tập trung trong 10-14 ngày đầu của bệnh./.

**KT. BỘ TRƯỞNG
Y THỦ TRƯỞNG**



Nguyễn Thị Xuyên

PHỤ LỤC 1. PHIẾU ĐÁNH GIÁ, PHÂN LOẠI VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ BTCM

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Họ tên người bệnh: ☐ Nam / ☐ Nữ - Tuổi: tháng

Khoa: Phòng / giường:

☐ Bệnh mới ☐ Đã điều trị trước – Phân độ của tuyến trước :

Trẻ có biểu hiện lâm sàng của BTCM : ☐ Có (☐ Phát ban tay chân miệng ☐ Loét miệng) ☐ Không

Dấu hiệu

Phân loại

Xử trí

Trẻ có 1 trong các tiêu chuẩn sau đây:

- ☐ Ngưng thở, thở nấc
- ☐ Tím tái / SpO₂ < 92%
- ☐ Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng ở miệng, NKQ ra bọt hồng hay máu
- ☐ Sốc (trẻ có 1 trong 3 tiêu chuẩn tiêu chuẩn sau):
 - Mạch không bắt được, HA không đo được
 - Tụt HA : HA tâm thu < 70 mmHg (trẻ < 12 tháng), < 80 mmHg (trẻ > 12 tháng)
 - HA kẹp: Hiệu áp ≤ 25 mmHg

Không

Trẻ có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- ☐ Mạch > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- ☐ Mạch chậm
- ☐ Vã mồ hôi lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- ☐ HA tăng theo tuổi: > 100 mmHg (trẻ < 12 tháng), > 110 mmHg (trẻ 12 – 23 tháng), > 115 mmHg (trẻ ≥ 24 tháng)
- ☐ Thở nhanh theo tuổi
- ☐ Thở bất thường: Có 1 trong các dấu hiệu sau:
 - Con ngưng thở / Thở bụng / Thở nông
 - Rút lõm ngực / Khò khè / Thở rít thì hít vào
- ☐ Rối loạn tri giác (Glasgow < 10)
- ☐ Tăng trương lực cơ

Không

Trẻ có một trong các dấu hiệu sau:

- ☐ Thất điều (run chi, run người, ngồi không vững, đi loạn choạng)
- ☐ Rung giật nhãn cầu, lè
- ☐ Yếu chi (sức cơ < 4/5) hay liệt mềm cấp.
- ☐ Liệt thần kinh sọ (nuốt sặc, thay đổi giọng nói, ...)
- ☐ Sốt cao ≥ 39,5°C (đo nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt.
- ☐ Mạch > 150 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

Không

Trẻ có 1 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)

Không

Trẻ có 1 trong các biểu hiện sau:

- ☐ Bệnh sử có giật mình ít (< 2 lần/30phút và không ghi nhận lúc khám)
- ☐ Lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ,
- ☐ Sốt trên 2 ngày hay sốt > 39°C lúc khám
- ☐ Nôn ói nhiều

Không

Trẻ chỉ có phát ban TCM và / hoặc loét miệng

Ngày khám:/...../201.... Giờ khám: giờ phút

**Bệnh
TCM
độ 4**

- ☐ Đặt nội khí quản
- ☐ Dobutamin
- ☐ Phenobarbital TM
- ☐ Truyền dịch chống sốc
- ☐ Hạ sốt
- ☐ Đo CVP
- ☐ Đo HAĐM xâm lấn
- ☐ Phết họng / trực tràng
- ☐ Theo dõi: 15-30 phút / 6 giờ

**Bệnh
TCM
độ 3**

- ☐ Thở oxy
- ☐ Chuẩn bị nội khí quản, xem xét chỉ định đặt NKQ
- ☐ Phenobarbital TM
- ☐ IVIG
- ☐ Milrinone (nếu HA cao)
- ☐ Dobutamin (nếu M > 170L/p)
- ☐ Hạ sốt tích cực
- ☐ Đo HAĐM xâm lấn
- ☐ Phết họng / trực tràng
- ☐ Theo dõi: 30-60phút / 6 giờ

**Bệnh
TCM độ
2b –
nhóm 2**

- ☐ Nằm phòng cấp cứu
- ☐ Thở oxy
- ☐ Phenobarbital TM
- ☐ IVIG
- ☐ CRP, đường huyết nhanh
- ☐ CDTs
- ☐ Theo dõi: 1-3 giờ / 6 giờ

**Bệnh
TCM độ
2b –
nhóm 1**

- ☐ Nằm phòng cấp cứu
- ☐ Phenobarbital TM
- ☐ IVIG
- ☐ CRP, đường huyết nhanh
- ☐ CDTs
- ☐ Theo dõi: 1-3 giờ / 6 giờ

**Bệnh
TCM
độ 2a**

- ☐ Nhập viện
- ☐ Nằm phòng bệnh nặng nếu có yếu tố nguy cơ.
- ☐ Phenobarbital (U)
- ☐ CTM, Đường huyết nhanh
- ☐ Theo dõi chuyển độ

**Bệnh
TCM độ
1**

- ☐ Điều trị ngoại trú
- ☐ Dẫn dò theo dõi chuyển độ

Bác sỹ khám bệnh

Hướng dẫn: Đánh giá theo thứ tự từ trên xuống. Nếu có dấu hiệu phân độ tại 1 ô nào đó thì dừng lại và xử trí theo hàng ngang.

PHỤ LỤC 2: LƯU ĐỒ XỬ TRÍ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Định nghĩa ca lâm sàng bệnh tay chân miệng: Có một trong 2 tiêu chuẩn sau

- Phát ban điển hình của bệnh tay chân miệng
- Và / hoặc: Loét miệng dưới 7 ngày

(*) Hướng dẫn chung khi sử dụng lưu đồ :

- Các dấu hiệu lâm sàng sử dụng để phân độ BTCM trong lưu đồ này áp dụng cho các trường hợp người bệnh mắc bệnh tay chân miệng và không kèm theo bệnh lý khác.
- Trường hợp người bệnh có bệnh kèm khác (ví dụ : cơn suyễn, tim bẩm sinh, ...) bác sỹ điều trị cần xem xét và cân nhắc các biểu hiện lâm sàng nhiều khả năng liên quan đến bệnh TCM hay bệnh kèm theo để xác định phân độ bệnh TCM và xử trí thích hợp.

Biểu hiện lâm sàng

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

Đánh giá

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

Xử trí

• 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

- Ước chế hô hấp người bệnh thở máy
- 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

Biểu hiện lâm sàng

- Trên 12 tháng: < 80 mmHg
- HA kẹp: Hiệu áp ≤ 25 mmHg

Đánh giá

Xử trí

điều trị tiếp.

- Đo ALTMTU' và xử trí theo đáp ứng lâm sàng và diễn tiến ALTMTU'
- Phenobarbital 10-20mg/kg TTM chậm trong 30 phút.
- Hạ sốt tích cực
- **Khi HATB ≥ 50 mmHg:** sử dụng γ -globulin 1g/kg/ngày TTM chậm trong 6-8 giờ x 2 ngày.
- **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 kiềm 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, SpO₂ mỗi 15-30 phút.
 - ☞ 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.**
- Nước tiểu mỗi 6-12 giờ
- ALTMTU' mỗi 1 giờ cho đến khi ra sốc.
- Đo HA động mạch xâm lấn.

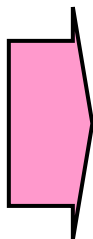
• Xét nghiệm:

- 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 $\pm$ cấy EV71
- Xquang phổi, siêu âm tim
- Chọc dò thắt lưng xét nghiệm khi ổn định

Biểu hiện lâm sàng

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



Đánh giá

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



Xử trí

- **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.
 - 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 0,4μg/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
 - Điều trị co giật (nếu có): Midazolam 0,15 mg/kg/lần hoặc Diazepam 0,2-0,3 mg/kg TMC, lập 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

Biểu hiện lâm sàng

Đánh giá

Xử trí

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:

- Thất điều (run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng)
- Rung giật nhãn cầu, lé
- Yếu chi (sức cơ $< 4/5$)

**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, SpO₂, 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 thất lưng nếu có sốt $\geq 38,5^\circ\text{C}$ hoặc không loại trừ VMNM

☞ 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 $< 39^\circ\text{C}$

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

- **Xét nghiệm:** Như độ 4

Biểu hiện lâm sàng

- 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)

Đánh giá

Xử trí

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, NĐ, tri giác, SpO_2 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

Chỉ có phát ban TCM và / hoặc loét miệng

Bệnh tay chân miệng độ 1

- Điều trị ngoại trú (có điều kiện theo dõi và tái khám)
- Hướng dẫn thân nhân theo dõi dấu hiệu nặng cần tái khám ngay.
- Tái khám mỗi ngày, cho đến ngày thứ 8 của bệnh

PHỤ LỤC 3. QUY TRÌNH CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. NHẬN ĐỊNH

1.1. Hỏi:

- Lý do nhập viện
- Bệnh sử:
 - Sốt ngày thứ mấy? dùng thuốc loại gì? đáp ứng với thuốc?
 - Có ho, khó thở
 - Nôn ói?
 - Quấy khóc, ngủ gà, li bì?
 - Giật mình, run chi, yếu liệt chi?

1.2. Thăm khám thể chất

- **Dấu hiệu sinh tồn:**
 - Nhiệt độ: thường trẻ sốt nhẹ $< 38,3^{\circ}\text{C}$.
 - Mạch: bình thường theo tuổi
 - Huyết áp: bình thường theo tuổi
 - Nhịp thở: bình thường theo tuổi

Trong trường hợp bệnh có biến chứng, những dấu hiệu này cũng sẽ thay đổi tùy vào mức độ nặng.
- **Da, niêm mạc:**
 - Sang thương da: bóng nước nổi trên nền hồng ban, xuất hiện trong lòng bàn tay, lòng bàn chân, đầu gối, mông.
 - Sang thương niêm mạc: bóng nước ở niêm mạc miệng, nướu, dưới lưỡi vỡ ra tạo thành vết loét.
- **Hô hấp:** phát hiện những bất thường trong trường hợp có biến chứng
 - Khó thở: Thở nhanh, rút lõm ngực, khô khè, thở rít thì hít vào, thở nông, thở bụng, thở không đều.
 - Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm, nội khí quản có máu hay bọt hồng.
- **Tuần hoàn:** trong trường hợp có biến chứng sẽ có các biểu hiện:
 - Mạch nhanh > 130 lần/phút.
 - Thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 2 giây.
 - Da 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 thể huyết áp tăng: HATT ≥ 100 mmHg (< 12 tháng), ≥ 110 mmHg (12-24 tháng), ≥ 115 mmHg (> 2 tuổi).
Giai đoạn muộn: mạch, huyết áp không đo được.

1.3. Xét nghiệm cận lâm sàng:

- **Xét nghiệm phát hiện vi rút:** Lấy bệnh phẩm hầu họng, bóng nước, trực tràng, dịch não tủy để thực hiện xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân do *EV71* hay *Coxsackievirus A16*.
- **Xét nghiệm cơ bản:**
 - Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường, bạch cầu tăng $> 16.000/\text{mm}^3$ là dấu hiệu nặng.
 - Đường huyết: Nếu tăng > 160 mg% (8,9 mmol/L) là dấu hiệu nặng

2. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG - CAN THIỆP BTM KHÔNG BIẾN CHỨNG

2.1. Sốt do rối loạn hệ thần kinh thực vật

Mục tiêu: Nhiệt độ cơ thể được duy trì ở mức ổn định

- Theo dõi nhiệt độ mỗi 8 – 12g/ lần, đặt nhiệt kế hậu môn để kết quả chính xác nhất là 24 - 48 giờ đầu. Nếu người bệnh có sốt cần theo dõi nhiệt độ sau dùng thuốc hạ sốt mỗi 4-6 giờ. Trường hợp sốt cao $39-40^{\circ}\text{C}$ cần kiểm tra lại nhiệt độ sau 1-2 giờ.
- Cho trẻ uống thuốc hạ sốt paracetamol theo chỉ định
- Khuyến khích trẻ uống nhiều nước
- Mặc quần áo mỏng, thay quần áo mỗi khi vã mồ hôi ướt

2.2. Đau vùng miệng do vết loét bên trong niêm mạc miệng, nướu, dưới lưỡi

Mục tiêu: Người bệnh dễ chịu, vết loét mau lành

- Đánh giá mức độ tổn thương
- Cho trẻ uống thuốc giảm đau paracetamol theo chỉ định
- Vệ sinh răng miệng với nước muối sinh lý hàng ngày và sau mỗi bữa ăn
- Tránh các thức ăn nóng, chua, cay vì sẽ gây kích thích và đau nhiều hơn

2.3. Ăn uống kém do đau miệng và sốt

Mục tiêu: Đảm bảo đủ nhu cầu dinh dưỡng

- Cho trẻ ăn chế độ ăn bình thường theo tuổi.
- Thức ăn nên để nguội trước khi ăn, không ăn các thức ăn chua, cay vì sẽ gây kích thích và đau nhiều hơn
- Thực hiện thuốc giảm đau trước khi ăn 20 phút nếu trẻ có viêm loét miệng nhiều.
- Quan sát, ghi nhận tình trạng ăn uống của trẻ, báo cáo bác sĩ nếu trẻ ăn không đủ
- Thực hiện y lệnh truyền dịch (nếu có chỉ định).

2.4. Nguy cơ xảy ra các biến chứng nặng: tổn thương thần kinh, suy hô hấp, suy tuần hoàn

Mục tiêu can thiệp: Các biến chứng được phát hiện sớm và xử trí kịp thời

- Cho trẻ nghỉ ngơi, tránh kích thích
- Theo dõi và báo BS ngay khi có 1 trong các biểu hiện:
 - Li bì
 - Sốt trên 2 ngày hay sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$
 - Có giật mình trong vòng 24-72 giờ trước đó.
 - Đường huyết $> 160 \text{ mg\%}$ ($8,9 \text{ mmol/L}$)
 - Bạch cầu tăng $> 16.000/\text{mm}^3$
 - Nôn ói nhiều
- Hướng dẫn thân nhân theo dõi và báo cáo ngay khi có một trong các dấu hiệu:
 - Li bì, ngủ gà
 - Sốt trên 2 ngày hay sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$
 - Giật mình
 - Nôn ói nhiều
 - Thở nhanh, thở mệt, thở bất thường
 - Run chi, đi loạng choạng, ngồi không vững
 - Yếu liệt chi
 - Nuốt sặc, thay đổi giọng nói

2.5. Nguy cơ lây nhiễm chéo cho các trẻ khác

Mục tiêu: Các nguy cơ được kiểm soát tốt

- Sắp xếp các trẻ bệnh tay chân miệng nằm phòng riêng
- Nhân viên y tế thực hiện tốt việc rửa tay trước và sau chăm sóc mỗi trẻ
- Xử lý tốt các dụng cụ dùng lại
- Hướng dẫn gia đình người bệnh thực hiện các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm:
 - Cách ly trẻ bệnh trong tuần lễ đầu, nghỉ học, không dùng chung đồ dùng cá nhân
 - Vệ sinh cá nhân, ăn chín, uống chín
 - Rửa tay xà phòng: sau thay quần áo, tã lót, sau tiếp xúc phân, nước tiểu, nước bọt của trẻ
 - Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà, thanh vịn, nắm cửa,...
- Hướng dẫn trẻ: Rửa tay: trước khi ăn, sau chơi đồ chơi, sau đi tiêu

3. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG - CAN THIỆP BTCM CÓ BIẾN CHỨNG

3.1. Người bệnh giật mình nhiều do tổn thương thần kinh:

Mục tiêu: người bệnh hết co giật, an toàn

- Nằm đầu cao 15-30°
- Thực hiện chỉ định điều trị thở oxy qua cannula để điều trị tình trạng thiếu oxy máu
- Người bệnh có tăng tiết đàm nhớt thông đường thở: nằm nghiêng bên, hút đàm
- Cho người bệnh nằm tại giường mẹ giữ bé giúp bệnh nhi được an toàn tránh té ngã
- Theo dõi tri giác, SpO₂, HA, nhịp tim, nhịp thở mỗi 1-3 giờ trong 6 giờ đầu nếu giảm triệu chứng theo dõi 4 – 6 giờ
- Theo dõi diễn tiến cơn giật mình để báo bác sĩ xử trí kịp thời
- Thực hiện chỉ định điều trị thuốc chống co giật phenobarbital
- Thực hiện chỉ định điều trị xét nghiệm

3.2. Mạch nhanh, huyết áp tăng do rối loạn thần kinh thực vật

Mục tiêu: ổn định tình trạng mạch, huyết áp

- Nằm đầu cao 15-30°
- Thực hiện y lệnh thở oxy qua cannula để điều trị tình trạng thiếu oxy máu
- Thiết lập 2 đường tuyền tĩnh mạch ngoại biên
- Đặt catheter động mạch quay đo huyết áp động mạch xâm lấn
- Mắc monitor theo dõi
- Thực hiện chỉ định điều trị truyền Milinone
- Thực hiện truyền dịch nuôi ăn theo y lệnh

3.3. Kiểu thở không hiệu quả hoặc ngưng thở do tổn thương trung khu hô hấp

Mục tiêu: cải thiện tình trạng hô hấp, người bệnh hồng hào, SpO₂>92%

- Đánh giá màu sắc da niêm, theo dõi nhịp thở kiểu thở mỗi 30-60 phút, SpO₂ mỗi 1-2 giờ trong 6 giờ đầu (độ 3) để phát hiện sớm tình trạng khó thở, mức độ đáp ứng của người bệnh để báo bác sĩ xử trí kịp thời
- Nằm đầu cao 30° giúp người bệnh dễ thở
- Thực hiện y lệnh thở oxy
- Tình trạng hô hấp không cải thiện: phụ bác sĩ đặt nội khí quản, lắp ráp máy thở, theo dõi và chăm sóc người bệnh thở máy
- **Chăm sóc người bệnh thở máy:**
 - Theo dõi dấu hiệu đáp ứng của người bệnh với thở máy:
 - ✓ Tốt: mạch, huyết áp, SpO₂ bình thường, da niêm hồng, không khó thở, không chống máy

- ✓ Xấu: sốc, tím tái, khó thở, chống máy
- Hút đàm nội khí quản: Khi có dấu hiệu ứ đọng đàm, tắc đàm ống nội khí quản
- Vệ sinh răng miệng người bệnh 2 lần / ngày
- Xoay trở chống loét
- Theo dõi và phát hiện các biến chứng thường gặp trong thở máy:
 - ✓ Ống nội khí quản sai vị trí: tuột hoặc vào sâu
 - ✓ Tắc ống nội khí quản
 - ✓ Tràn khí màng phổi

- **Kiểm tra hoạt động máy thở:**

- Kiểm tra máy thở: Mức nước, nhiệt độ bình làm ẩm, bẫy nước đổ bỏ nước khi đầy khoảng $\frac{3}{4}$, hệ thống dây gập, hở, đọng nước
- Kiểm tra thông số cài đặt phù hợp y lệnh

- **Theo dõi đánh giá khả năng cai máy thở của người bệnh:**

- Báo bác sĩ khi người bệnh có sinh hiệu ổn định, tự thở tốt để bác sĩ xem xét chỉ định cai máy sớm sẽ tránh được các biến chứng nặng của thở máy xâm nhập
- Giải thích, động viên người bệnh cố gắng, yên tâm, hợp tác khi cai máy là yếu tố quan trọng

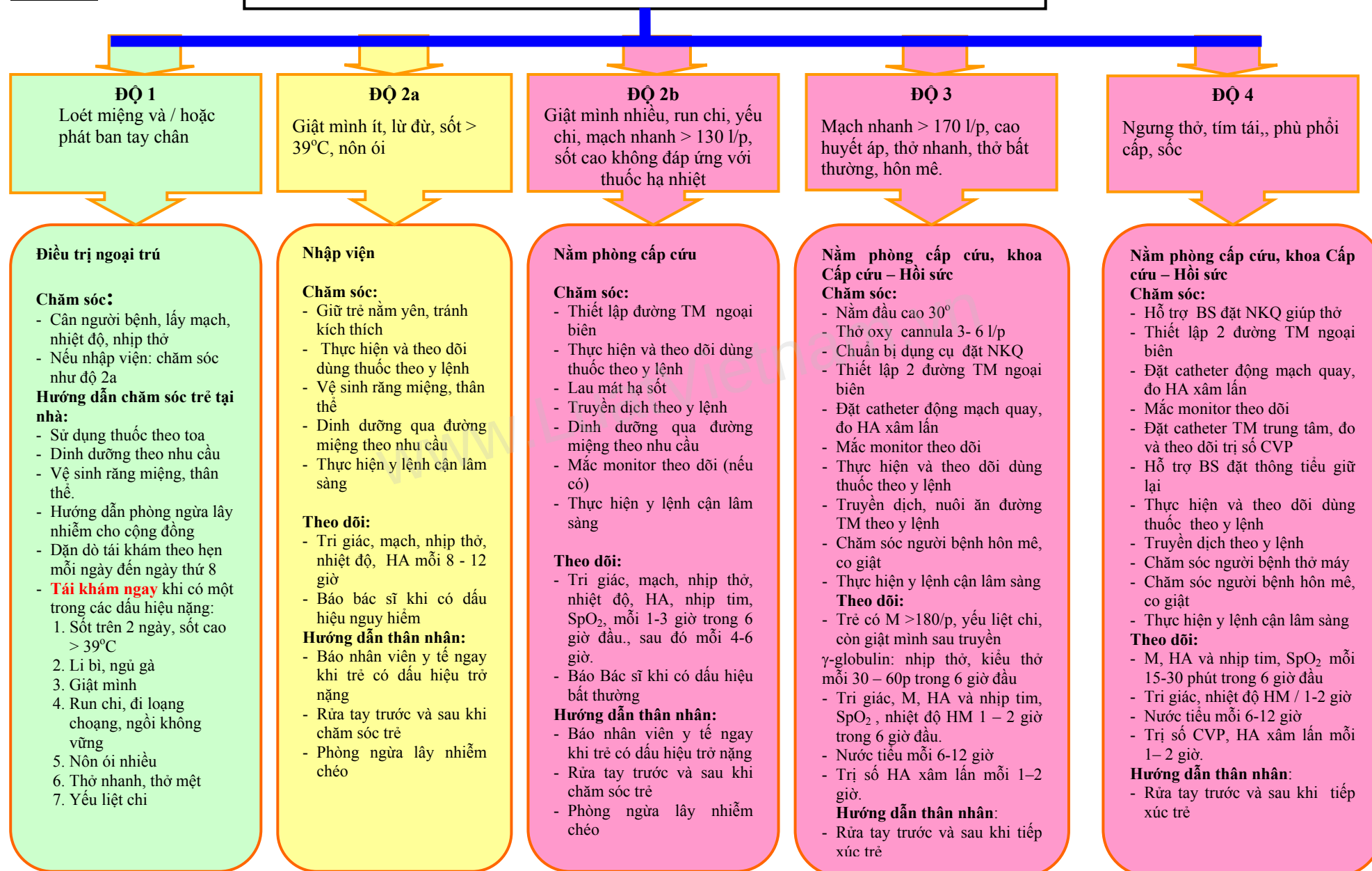
3.4. Suy tuần hoàn $M=0$, $HA = 0$ do tổn thương cơ tim

Mục tiêu: cải thiện chức năng co bóp cơ tim, cải thiện tình trạng tưới máu mô ngoại biên: tay chân ấm, mạch cổ tay rõ, huyết áp trở về bình thường so với tuổi, thời gian đổ đầy mao mạch < 2 giây, lượng nước tiểu > 1ml/kg/ giờ

- Nằm đầu phẳng giúp tăng tưới máu đến các cơ quan
- Phụ bác sĩ đặt nội khí quản giúp thở
- Chuẩn bị máy thở
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch ngoại biên để bù dịch, truyền thuốc vận mạch
- Thực hiện y lệnh đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm mỗi 1- 2 giờ để phát hiện sớm tình trạng thiếu dịch hoặc dư dịch để báo bác sĩ xử trí kịp thời
- Thực hiện đo và theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn nhằm theo dõi huyết áp được liên tục và phản ánh chính xác huyết áp của người bệnh
- Thực hiện chỉ định điều trị thuốc vận mạch dobutamin để tăng sức co bóp cơ tim, theo dõi báo bác sĩ khi thuốc gần hết pha tiếp đảm bảo thuốc liên tục không gián đoạn
- Mặc monitor theo dõi nhịp tim nhằm phát hiện nhịp nhanh, loạn nhịp để báo bác sĩ xử trí kịp thời
- Thực hiện chỉ định điều trị bù dịch chống sốc sớm đưa người bệnh ra khỏi sốc, tránh các biến chứng của sốc kéo dài.

Sơ đồ 1:

LƯU ĐỒ CHĂM SÓC BỆNH TAY CHÂN MIỆNG



PHỤ LỤC 4. YÊU CẦU NHÂN LỰC, THUỐC VÀ TRANG THIẾT BỊ CHO MỘT ĐƠN NGUYÊN ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG:

- BV đa khoa tuyến tỉnh
- BV đa khoa khu vực
- BV chuyên khoa Nhi

II. CẤU TRÚC MỘT ĐƠN NGUYÊN:

- 5 giường điều trị cho bệnh TCM từ độ 2b trở lên.

Các bệnh viện tùy theo số lượng người bệnh tay chân miệng nặng mà bố trí cơ sở cho phù hợp.

III. YÊU CẦU

3.1. Nhân lực:

STT	Nhân lực chuyên môn	Số lượng (cho một ca trực)
1	Bác sĩ	1-2 BS đã được huấn luyện xử trí TCM nâng cao
2	Điều dưỡng	4-6

3.2. Thuốc

STT	Thuốc	Số lượng
1	Gammaglobulin TTM 2,5 gram / 50mL	40 lọ
2	Milrinone 10 mg/10mL	10 ống
3	Phenobarbital TTM 100 mg/1 mL	50 lọ
4	Adrenaline 10 mg/1mL	50 ống
5	Noradrenaline 4 mg/4 mL	50 ống
6	Dobutamine 250 mg / 20 mL	30 lọ
7	Paracetamol TTM 1g / 100mL	10 lọ
8	Sirop ibuprofen 100mg/5mL (chai 60 mL)	10 chai

3.3. Trang thiết bị

STT	Trang thiết bị	Số lượng
1	Máy thở có đủ kiểu thở kiểm soát và hỗ trợ, thích hợp cho trẻ dưới 10 kg và cả trẻ lớn	1-2
2	Máy lọc máu liên tục	1
3	Máy bơm tiêm tự động	4-8
4	Máy truyền dịch	5
5	Máy monitor 7 thông số	2-3
6	Máy đo SpO ₂	5
7	Máy sốc điện	1
8	Máy đo ECG	1
9	Máy hút đờm	2