

# 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 tuyến 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

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.

### Trẻ có 1 trong các tiêu chuẩn sau đây:

- Ngưng thở, thở nấc
- Tím tái / SpO<sub>2</sub> < 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

### 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

### 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

### 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

### Trẻ có một trong các dấu hiệu sau:

- Thất 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 ≥ 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

### 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

### 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

### 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

### 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

### 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

### Trẻ chỉ có phát ban TCM và / hoặc loét miệng

### Bệnh TCM độ 1

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

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

Bác sỹ khám bệnh

## 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, thờ nác
- Tím tái / SpO<sub>2</sub> < 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 <sub>2</sub> O)	10-12	10-15
V <sub>T</sub> (ml/kg) cân đạt	8-10	5-6
PEEP (cmH <sub>2</sub> O)	4-6	8-15
FiO <sub>2</sub> (%)	40-60	60-100

- Ưc 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  $\leq$  25 mmHg

## Đánh giá

## Xử trí

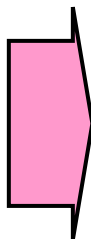
điều trị tiếp.

- 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  $\geq$  50 mmHg:** sử dụng  $\gamma$ -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  $\geq$  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 H<sub>2</sub>O: Furosemide 1mg/kg/lần TMC
- **Theo dõi:**
  - Sinh hiệu:
    - ☞ M, HA và nhịp tim, SpO<sub>2</sub> 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:
  - Cơ ngừng thở
  - Thở bụng
  - Thở nông
  - Rút lõm ngực
  - Khò khè
  - Thở rít thì hít vào



## Đánh giá

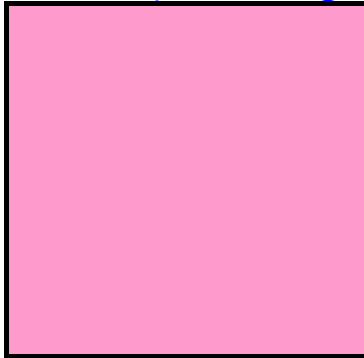
### Bệnh tay chân miệng độ 3 - Suy hô hấp, tuần hoàn



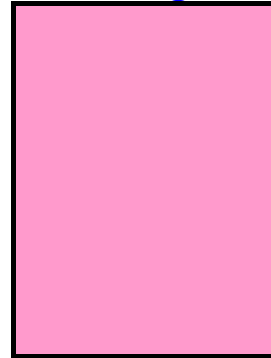
## Xử trí

- **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: SpO<sub>2</sub> 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.
  - $\gamma$ -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 $\mu$ 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
  - 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

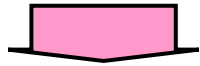


## Đánh giá



## Xử trí

- ☞ Còn giật mình nhiều sau truyền  $\gamma$ -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, SpO<sub>2</sub>, 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



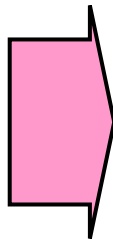
Có 1 trong 2 nhóm triệu chứng sau:

**Nhóm 1:** Một trong các biểu hiện sau

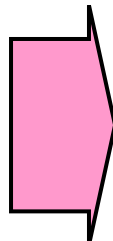
- Giật mình ghi nhận lúc khám.
- Bệnh sử có giật mình  $\geq 2$  lần / 30 phút
- Bệnh sử có giật mình, kèm một dấu hiệu sau:
  - Ngủ gà
  - Mạch > 130 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

**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°, 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)
  - $\gamma$ -globulin:
    - ☞ **Nhóm 2:** 1g/kg/ngày TTM chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ **nếu còn sốt hoặc còn dấu hiệu độ 2b:** Dừng liều thứ 2
    - ☞ **Nhóm 1:** Không chỉ định  $\gamma$ -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  $\gamma$ -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<sub>2</sub>, 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

## 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

Chỉ có phát ban TCM và / hoặc loét miệng

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

Bệnh tay chân miệng độ 1

- 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<sub>2</sub> 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  $> 160$  mg% (8,9 mmol/L)
  - ☞ Bạch cầu tăng  $> 16.000/\text{mm}^3$
- Xét nghiệm:**
  - CTM
  - Đường huyết nhanh

- 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°C.
  - Mạch: bình thường theo tuổi
  - Huyết áp: bình thường theo tuổi
  - Nhịp thở: bình thường theo tuổiTrong 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, khò 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  $\geq 100$  mmHg (< 12 tháng),  $\geq 110$  mmHg (12-24 tháng),  $\geq 115$  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 BTCM 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°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°C
  - Có giật mình trong vòng 24-72 giờ trước đó.
  - Đường huyết > 160 mg% (8,9 mmol/L)
  - Bạch cầu tăng > 16.000/mm<sup>3</sup>
  - 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°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, SpO<sub>2</sub>, 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 canulla 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, SpO<sub>2</sub>>92%

- Đánh giá màu sắc da niêm, theo dõi nhịp thở kiểu thở mỗi 30-60 phút, SpO<sub>2</sub> 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, SpO<sub>2</sub> bình thường, da niêm hồng, không khó thở, không chống máy

- ✓ Xấu: sốc, tím tái, khó thở, chóng mặt
- 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, hờ, 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

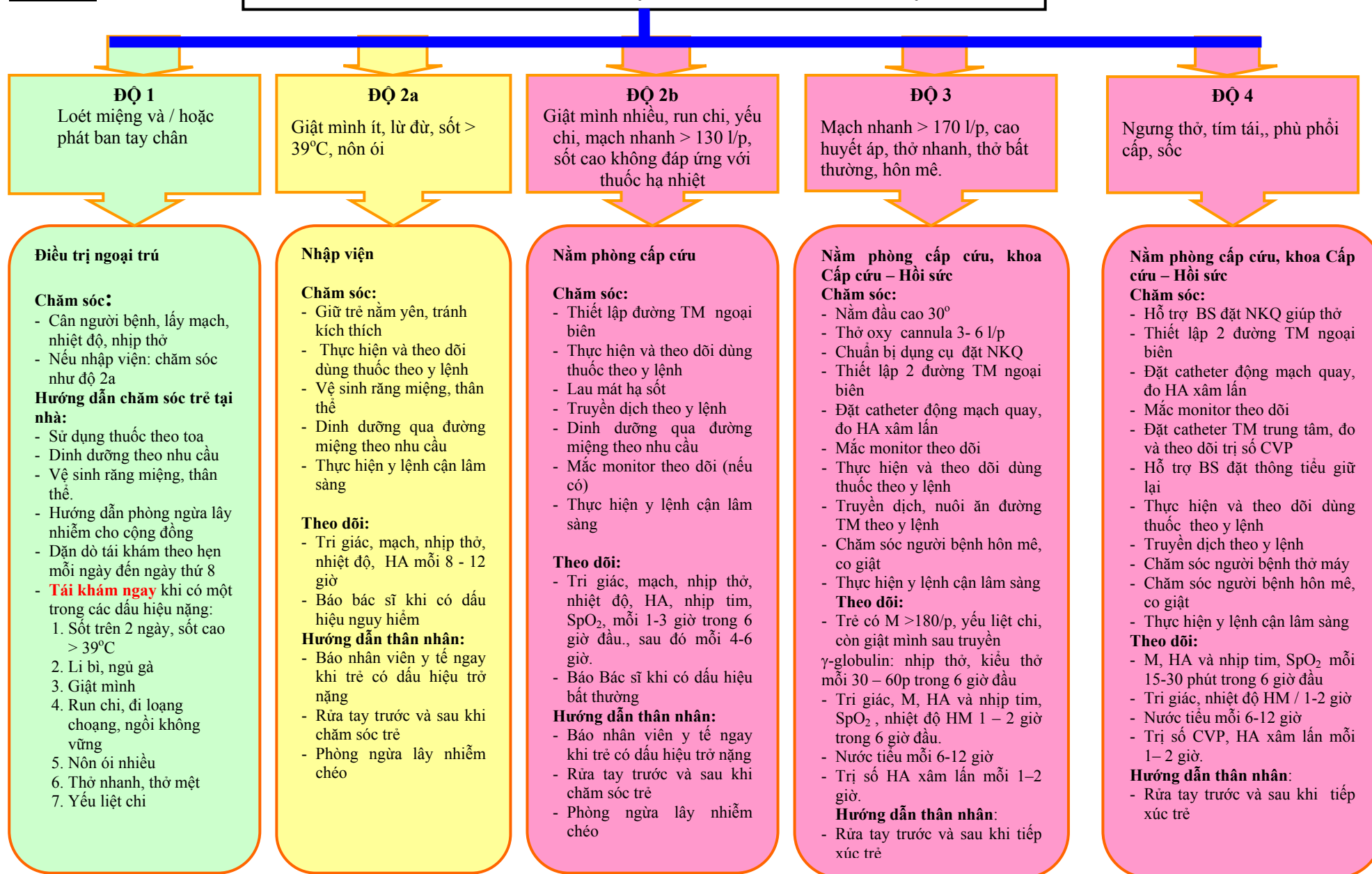
### 3.4. Suy tuần hoàn $M=0$ , $HA = 0$ do tổn thương cơ tim

**Mục tiêu:** cải thiện chức năng cơ 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 cơ 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 <sub>2</sub>	5
7	Máy sốc điện	1
8	Máy đo ECG	1
9	Máy hút đờm	2