

CHECKLIST BỆNH ÁN TAY CHÂN MIỆNG – PHẦN 3/5

Chẩn đoán sơ bộ – Chẩn đoán phân biệt – Biện luận – Phân độ

I. TRÌNH TỰ TỪ ĐẶT VẤN ĐỀ ĐẾN CHẨN ĐOÁN

1. Đặt vấn đề: xác định các vấn đề chính và sắp xếp theo mức độ ưu tiên.
2. Biện luận từng vấn đề: phân tích nguyên nhân, dữ kiện ủng hộ và dữ kiện chống lại.
3. Chẩn đoán sơ bộ: chốt bệnh được nghĩ nhiều nhất, mức độ và bệnh kèm nếu có.
4. Chẩn đoán phân biệt: liệt kê ngắn gọn các bệnh còn cần loại trừ.
5. Kế hoạch khảo sát và theo dõi: lựa chọn thăm dò dựa trên các vấn đề đã nêu.

Mỗi vấn đề đã đặt ra đều phải được biện luận. Không được chỉ xác định tay chân miệng mà bỏ qua sốt; cũng không được biện luận sốt mà bỏ qua bản chất tổn thương da – niêm mạc.

II. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ

Chẩn đoán sơ bộ cần ghi ngắn gọn:

- Tên bệnh được nghĩ nhiều nhất.
- Phân độ.
- Ngày bệnh.
- Bệnh kèm nếu có đủ bằng chứng.

Không được đưa bệnh kèm vào chẩn đoán nếu bệnh sử, khám và biện luận không có dữ kiện chứng minh.

Ví dụ cấu trúc được nêu trong tài liệu: Bệnh tay chân miệng độ 2A, ngày thứ năm của bệnh; kèm viêm loét miệng bội nhiễm nếu có đủ bằng chứng lâm sàng; theo dõi viêm phổi hoặc ổ nhiễm trùng khác nếu có dữ kiện gợi ý.

Khi dữ kiện chưa đầy đủ, có thể trình bày thận trọng: Theo dõi tay chân miệng, ngày thứ năm của bệnh; sốt cao ngày thứ hai, cần đánh giá chuyển độ và loại trừ ổ nhiễm trùng kèm theo.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Chẩn đoán phân biệt phải xuất phát từ các vấn đề đã đặt ra; phần chẩn đoán chỉ ghi tên bệnh, phần giải thích nằm trong biện luận của vấn đề tương ứng.

Với ban, loét miệng và sốt, các chẩn đoán được nêu trong tài liệu gồm:

- Tay chân miệng.
- Viêm miệng do herpes.
- Thủy đậu.
- Sởi hoặc bệnh sốt phát ban khác.
- Nhiễm trùng da – niêm mạc.
- Bệnh do não mô cầu.
- Nhiễm trùng huyết.
- Các ổ nhiễm trùng kèm theo.

Không cần liệt kê dần trải mọi bệnh; chỉ giữ những chẩn đoán có cơ sở từ bệnh sử, dịch tễ, tiền căn và khám.

IV. BIỆN LUẬN TAY CHÂN MIỆNG

Trước hết phải chứng minh bệnh nhân mắc tay chân miệng, sau đó mới phân độ.

Các dữ kiện cần ưu tiên:

1. Hình thái tổn thương.
2. Vị trí và phân bố.
3. Tổn thương niêm mạc.
4. Diễn tiến.
5. Dịch tễ tiếp xúc.
 - Mụn nước trên nền hồng ban.
 - Kích thước tổn thương.
 - Phân bố ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, đầu gối, khuỷu tay hoặc mông.
 - Tổn thương miệng phù hợp; vết loét ở khẩu cái, trụ amidan hoặc vị trí thường gặp.
 - Kích thước vết loét và viền hồng ban phù hợp.

Độ tuổi chỉ là yếu tố hỗ trợ, không được dùng thay cho mô tả tổn thương.

V. BIỆN LUẬN TỔN THƯƠNG DA – NIÊM MẠC

1. So với thủy đậu

Ít nghĩ thủy đậu khi:

- Ban xuất hiện đầu tiên ở lòng bàn tay hoặc lòng bàn chân.
- Mụn nước trên nền hồng ban, phân bố điển hình của tay chân miệng.
- Không có nhiều lứa tuổi tổn thương.
- Ban không ưu thế ở trục thân.
- Trẻ không ngứa.
- Không có dịch tễ tiếp xúc phù hợp.

Thủy đậu gợi ý hơn khi tổn thương xuất hiện ở trục thân rồi lan ra ngoài, có nhiều giai đoạn tổn thương cùng tồn tại và thường gây ngứa.

2. So với nhiễm trùng da do vi khuẩn

Ít nghĩ khi không có:

- Mụn mủ.
- Sưng, nóng, đỏ, đau.
- Dịch tiết.
- Đau viêm mô tế bào.

Phân bố tổn thương điển hình của tay chân miệng cũng làm giảm khả năng nhiễm trùng da do vi khuẩn.

3. So với chàm hoặc viêm da dị ứng

Ít nghĩ khi:

- Trẻ không ngứa.
- Tổn thương không tập trung ở nếp gấp.
- Không có tiền căn chàm hoặc cơ địa dị ứng.
- Không có hình thái tổn thương mạn tính phù hợp.

4. Viêm loét miệng bội nhiễm

Chỉ chẩn đoán khi có dữ kiện lâm sàng tương ứng, chẳng hạn:

- Nhiều vết loét hoặc loét lan rộng ở niêm mạc má, môi, lưỡi hay thành sau họng.
- Niêm mạc sưng viêm nhiều.
- Có mủ hoặc dịch tiết.
- Miệng hôi.

- Nướu viêm, dễ chảy máu.
- Đau nhiều, khó há miệng hoặc không ăn uống được.
- Sưng môi hoặc khoang miệng.
- Sốt kéo dài kèm biểu hiện nhiễm trùng.

Chỉ ghi “có loét miệng” thì chưa đủ cơ sở kết luận bội nhiễm.

VI. BIỆN LUẬN SỐT VÀ Ồ NHIỄM TRÙNG

Sốt phải được biện luận riêng, nhất là khi xuất hiện ngày thứ tư hoặc thứ năm của bệnh.

Cần đặt các câu hỏi:

- Tay chân miệng có đang chuyển độ không?
- Có biến chứng thần kinh hoặc rối loạn thần kinh tự chủ không?
- Có ổ nhiễm trùng khác không?
- Có bội nhiễm tổn thương da hoặc miệng không?
- Có đồng nhiễm tác nhân khác không?
- Chẩn đoán ban đầu có đúng không?

Theo dõi chuyển độ và tìm ổ nhiễm trùng phải thực hiện song song. Chưa ghi nhận chuyển độ ở một thời điểm không bảo đảm bệnh nhân sẽ không chuyển độ sau đó.

Nếu nghi nhiễm trùng, phải xác định cụ thể ổ nghi ngờ: miệng, da, tai mũi họng, phổi, tiết niệu, tiêu hóa, nhiễm trùng huyết hoặc ổ khác.

VII. BIỆN LUẬN VIÊM PHỔI

Chưa đủ cơ sở khẳng định viêm phổi nếu bệnh nhân:

- Thở đều, êm.
- Không co lõm ngực.
- Không có triệu chứng hô hấp.
- Không ghi nhận ran phổi.
- Nhịp thở không tăng rõ.
- X-quang chưa thấy tổn thương nhu mô.

Khi chưa có bằng chứng rõ, nên ghi “Theo dõi viêm phổi”. Không được dùng chẩn đoán viêm phổi chỉ để hợp thức hóa việc chuyển cấp cứu hoặc sử dụng kháng sinh.

Sốt còn có thể do tay chân miệng chuyển độ, nhiễm trùng huyết, ổ nhiễm trùng khác, bội nhiễm da – miệng hoặc đồng nhiễm.

VIII. BIỆN LUẬN BIẾN CHỨNG THẦN KINH

1. Tổn thương thân não

- Giật mình hoặc myoclonic jerk.
- Tăng huyết áp, mạch nhanh.
- Rối loạn nhịp thở hoặc cơn ngưng thở.
- Nystagmus.
- Liệt dây thần kinh sọ.
- Rối loạn nuốt hoặc bảo vệ đường thở.

2. Tổn thương tiểu não

- Run chi.

- Thất điều.
- Đi đứng loạng choạng.
- Mất thăng bằng.
- Rung giật nhãn cầu.

3. Tổn thương hai bán cầu hoặc viêm não lan tỏa

- Rối loạn tri giác.
- Phù não.
- Co giật.
- Tăng trương lực cơ.
- Yếu hoặc liệt.
- Dấu thần kinh khu trú.

Bệnh nhân tổn thương nhiều vùng não có thể biểu hiện phối hợp nhiều nhóm triệu chứng.

IX. NGUYÊN TẮC PHÂN ĐỘ

Trình tự phải rõ:

1. Chứng minh bệnh nhân mắc tay chân miệng.
2. Đánh giá bệnh đang ở mức độ nào.
3. Tìm dấu hiệu chuyển độ hoặc biến chứng.
4. Loại trừ ổ nhiễm trùng hoặc bệnh kèm.

Không nhìn thấy ban rồi lập tức ghi phân độ khi chưa mô tả và chứng minh chẩn đoán.

Phân độ phải dựa trên dấu hiệu cụ thể và đối chiếu phác đồ đang áp dụng; không chỉ ghi tên độ mà không nêu căn cứ.

Khi tăng huyết áp vẫn tồn tại sau khi trẻ nằm yên và giảm kích thích, cần nghĩ đến rối loạn thần kinh tự chủ và chuyển độ nặng hơn. Phải đồng thời đánh giá tri giác, nhịp và kiểu thở, da nổi bông, chi lạnh ẩm, vã mồ hôi, dấu thần kinh khu trú, nguy cơ suy tuần hoàn và phù phổi.

Trong trường hợp được giảng, huyết áp tâm thu xâm lấn khoảng 122 mmHg ở trẻ 34 tháng được xác định là tăng theo ngưỡng phác đồ dùng tại buổi học. Khi tăng huyết áp đã được xác nhận, không nên tiếp tục ghi “độ 2B nhóm 1, theo dõi chuyển độ” mà phải xem xét mức độ nặng hơn theo phác đồ.

Căn cứ được nêu để chẩn đoán độ 3 trong trường hợp này gồm:

- Tăng huyết áp.
- Mạch nhanh.
- Sốt cao liên tục.
- Nguy cơ xuất hiện bất thường hô hấp – tuần hoàn.

Cách ghi được gợi ý: Bệnh tay chân miệng độ 3, ngày thứ năm của bệnh, biểu hiện tăng huyết áp; kèm mạch nhanh.

Nếu thở đều, êm, chưa có cơn ngưng thở hoặc kiểu thở bất thường thì có thể ghi chưa ghi nhận rối loạn hô hấp, nhưng vẫn phải tiếp tục theo dõi sát.

X. NGUYÊN TẮC THỐNG NHẤT BỆNH ÁN

- Bệnh sử, khám, đặt vấn đề, chẩn đoán, biện luận và điều trị phải liên kết với nhau.
- Chẩn đoán nào cũng phải có dữ kiện chứng minh.
- Nếu dùng kháng sinh cho viêm loét miệng bội nhiễm, phải chứng minh dấu nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân và giải thích lựa chọn thuốc.
- Không có biện luận nhiễm khuẩn nhưng y lệnh có kháng sinh thì bệnh án thiếu logic.

- Mỗi nhận định phải đặt đúng vấn đề: ban da, sốt, chuyển độ, ổ nhiễm trùng hoặc biến chứng thần kinh – hô hấp – tuần hoàn.

XI. CHECKLIST NHANH PHẦN 3

- ☐ Đã biện luận tất cả vấn đề đã đặt ra.
- ☐ Đã chứng minh tay chân miệng trước khi phân độ.
- ☐ Không dùng tuổi thay cho mô tả tổn thương.
- ☐ Chẩn đoán sơ bộ có tên bệnh, phân độ, ngày bệnh và bệnh kèm có bằng chứng.
- ☐ Chẩn đoán phân biệt xuất phát từ từng vấn đề.
- ☐ Đã biện luận thủy đậu, nhiễm trùng da, chàm hoặc herpes khi phù hợp.
- ☐ Đã biện luận riêng vấn đề sốt.
- ☐ Đã theo dõi chuyển độ và tìm ổ nhiễm trùng song song.
- ☐ Không khẳng định viêm phổi khi thiếu dữ kiện.
- ☐ Đã tìm dấu tổn thương thân não, tiểu não và đại não.
- ☐ Phân độ có căn cứ lâm sàng cụ thể.
- ☐ Chẩn đoán và điều trị thống nhất.

[HẾT PHẦN 3/5]