



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TAY CHÂN MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 NĂM 2023

Ngô Thị Mai Phương^{1,2}, Nguyễn Trâm Thiên Ân¹, Nguyễn Phúc Hiệp¹, Vũ Duy Khang¹,
Nguyễn Phan Hoàng Long¹, Trần Võ Toàn Phương¹, Trần Ngọc Minh Thu¹, Nguyễn Đình Qui²

Đặt vấn đề: Sau đại dịch COVID-19, một vài nhà lâm sàng đã ghi nhận một số thay đổi trong tần suất mắc, biểu hiện lâm sàng và biến chứng của bệnh tay chân miệng (TCM). Hiện chưa có nhiều nghiên cứu về các đặc điểm của bệnh nhi mắc TCM sau đại dịch COVID-19 tại Việt Nam.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi TCM trong năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả các trường hợp TCM nhập Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2023.

Kết quả: 83,6% bệnh nhi mắc TCM độ 2A, 13,2% độ 1, 3% độ 2B, 0,2% độ 4. Trong quá trình điều trị, 52,4% ca chuyển từ độ 1 lên độ 2A, 38,1% ca chuyển từ độ 2A lên độ 2B, 4,8% ca chuyển từ độ 2A lên độ 4, 4,8% ca chuyển từ độ 2B lên độ 4. Độ tuổi thường mắc bệnh là dưới 60 tháng tuổi (97,1%). 2,9% bệnh nhi trên 60 tháng tuổi, tỷ lệ bệnh nhi nặng cao hơn nhóm không nặng trong nhóm tuổi này ($p = 0,029$). Lý do nhập viện thường gặp nhất là sốt (74,6%). Biến chứng thần kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (98,5%), xuất hiện nhiều nhất trong 3 ngày đầu của bệnh với triệu chứng thường gặp nhất là giật mình (95,8%) và thất điều (10,4%). 14,5% bệnh nhi có tình trạng thừa cân - béo phì. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể ở nhóm bệnh nặng (33,3%) so với nhóm không nặng (13,5%). Có 15,7% bệnh nhân có tiểu cầu trên 400 K/ μ L, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Kết luận: Lý do nhập viện phổ biến nhất là sốt 91%. Biến chứng thần kinh chiếm tỷ lệ rất cao 98,5%. Trẻ mắc bệnh trên 60 tháng có mức độ bệnh thường nặng. Trẻ thừa cân - béo phì có nguy cơ mắc bệnh nặng hơn. Tiểu cầu trên 400 K/uL ở nhóm bệnh nặng cao hơn so với nhóm không nặng.

Từ khóa: Tay chân miệng, COVID-19, lâm sàng, cận lâm sàng, trẻ em.

ĐẶT VẤN ĐỀ

TCM là một bệnh nhiễm khuẩn thường gặp do virus *Enterovirus* gây ra và có thể gây thành dịch. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, với các biểu hiện lâm sàng điển hình như sốt, nổi mụn nước ở tay, chân và loét miệng¹. Trải qua đại dịch COVID-19, một vài nhà lâm sàng đã ghi nhận một số sự thay đổi trong tần suất mắc, biểu hiện lâm sàng và biến

chứng của bệnh TCM. So với cùng kỳ năm 2022, số ca mắc tăng 91,6% và tử vong tăng 19 trường hợp². Thống kê tại Bệnh viện Nhi Trung ương ghi nhận nhiều bệnh nhi có biến chứng thần kinh hơn.³ Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu về đặc điểm bệnh tay chân miệng sau đại dịch COVID-19. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tay chân miệng tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2023*”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán TCM nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong tháng 10 năm 2023.

Tiêu chuẩn chọn: Tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng bệnh TCM, có thể kèm theo hoặc không tiêu chuẩn chẩn đoán xác định (1003/QĐ-BYT 2012), cụ thể:

⁽¹⁾ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

⁽²⁾ Bệnh viện Nhi Đồng 2

Ngày nhận bài: 03/8/2023

Ngày phản biện xong: 06/9/2024

Ngày duyệt đăng: 20/9/2024

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Ngô Thị Mai Phương

Điện thoại: 0349191465. Email: maiphuong@ump.edu.vn

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

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

+ Lâm sàng: Bóng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gó, mông, kèm sốt hoặc không.

- Chẩn đoán xác định: Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có virus gây bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đạt 80% dữ liệu nghiên cứu trở lên đối với hồ sơ bệnh án trong khoảng thời gian trong tháng 10 năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: Vì nghiên cứu với kết cục mong muốn cơ bản nhất là độ nặng của bệnh tay chân miệng như thế nào nên sẽ có cỡ mẫu theo công thức ước tính một tỷ lệ trong nghiên cứu cắt ngang mô tả như sau:

Trong đó:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu.

p: Tỷ lệ mắc bệnh TCM nặng (độ 2B, 3, 4)/tổng số bệnh nhân mắc TCM nhập viện. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư (2016)⁴, tỷ lệ này là 15,3% nên chọn $p = 0,15$.

$Z = 1,96$ với $\alpha = 0,05$.

d: Mức sai số chấp nhận (chọn $d = 0,05$).

Sử dụng công thức trên, chúng tôi ước tính được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu này là $n = 195,9$. Vậy nghiên cứu cần cỡ mẫu tối thiểu là 196 trường hợp để phục vụ các mục tiêu nghiên cứu.

Phương pháp thực hiện: Tất cả các trẻ mắc bệnh TCM trong tháng 10 năm 2023 sẽ được hồi cứu hồ sơ. Nếu thỏa các tiêu chuẩn chọn vào sẽ đưa vào lô nghiên cứu. Tất cả các biến sẽ được nhập và xử lý trên phần mềm Microsoft Excel 2016 và phần mềm JASP. Sau đó số liệu được làm sạch và kiểm tra về tính chính xác. Các biến số định tính được thể hiện dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%). Các biến số định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình (đối với phân phối chuẩn) và trung vị (đối với phân phối không chuẩn), giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Tất cả các biến sẽ được nhập và xử lý trên phần mềm Microsoft Excel 2016 và phần mềm JASP.

Các biến số định tính được thể hiện dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%). Các biến số định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình đối với phân phối chuẩn và trung vị đối với phân phối không chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất.

Kiểm định phân phối chuẩn bằng phép kiểm Shapiro-Wilk Test.

Sự tương quan giữa các biến số được khảo sát bằng phép kiểm Chi bình phương cho các biến nhị giá, phép kiểm T-student cho các biến độc lập nhị giá và biến phụ thuộc là biến định lượng có phân phối chuẩn, phép kiểm ANOVA cho biến độc lập danh định và biến phụ thuộc là biến định lượng có phân phối chuẩn, phép kiểm Mann-Whitney cho các biến độc lập nhị giá và biến phụ thuộc là biến định lượng không có phân phối chuẩn, phép kiểm Kruskal-Wallis cho biến độc lập danh định và biến phụ thuộc là biến định lượng không có phân phối chuẩn.

Mối liên quan được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nhi Đồng 2 theo giấy chứng nhận số 286/GCN-BVNĐ2 ký ngày 27/3/2024.



KẾT QUẢ

Trong tháng 10/2023 tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, chúng tôi ghi nhận được tổng cộng 469 ca mắc tay chân miệng thỏa tiêu chuẩn của nghiên cứu, có các đặc điểm sau:

Dịch tễ học: Bệnh thường gặp ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi (97,1%), đặc biệt là nhóm từ 6 - 36 tháng tuổi (80,6%), với độ tuổi trung bình là $23,3 \pm 15,5$, trong đó nhóm nặng (độ 2B trở lên) có độ tuổi mắc cao hơn so với nhóm không nặng.

Bé trai thường mắc bệnh nhiều hơn bé gái (61,2%/38,8%), đa số các bé đến từ vùng Đông Nam Bộ, trong đó gần một nửa đến từ TP. Hồ Chí Minh và hầu hết các bé được chăm sóc tại nhà (70,7%/29,3%).

Có 9,8% bé có kèm bệnh nền và 31,6% bé có kèm bệnh đồng mắc. Trong nhóm bệnh nền, 28,3% bệnh hô hấp (hen, mềm sụn thanh quản, bệnh phổi mạn), 26,1% bệnh tự miễn (viêm da cơ địa, viêm mũi dị ứng). Trong nhóm bệnh đồng mắc, 43,9% thuộc đường hô hấp dưới (viêm phổi, viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, hen).

Bảng 1. Tuổi phát hiện mắc bệnh (N = 469)

Độ tuổi	Nặng N = 24 (5,1%)	Không nặng N = 445 (94,9%)	Tổng N = 469 (100%)	p-value
< 6 tháng (tuổi)	0 (0%)	12 (2,7%)	12 (2,6%)	1***
6 tháng - 36 tháng (tuổi)	13 (54,2%)	365 (82%)	380 (80,6%)	< 0,001**
37 tháng - 60 tháng (tuổi)	8 (33,3%)	57 (12,8%)	65 (13,9%)	0,004**
> 60 tháng (tuổi)	3 (12,5%)	11 (2,5%)	14 (2,9%)	0,029***
Trung bình	$34,1 \pm 20,7$	$22,7 \pm 15$	$23,3 \pm 15,5$	0,001*

(*): Student t-test, (**): Chi-square test, (***) : Fisher's exact test.

Đặc điểm lâm sàng

Độ 2A chiếm tỷ lệ nhiều nhất (84%), độ 2B chiếm 4,5% và có 3 trường hợp độ 4 (0,6%), không có trường hợp nào được chẩn đoán độ 3.

Có 4,5% trường hợp chuyển độ nặng hơn. Trong các bệnh nhi chuyển độ ghi nhận: 52,4% chuyển từ độ 1 lên độ 2A; 42,9% chuyển từ độ 2A lên độ nặng hơn, gồm 38,1% bệnh nhi chuyển lên độ 2B và 4,8% bệnh nhi chuyển lên độ 4; 4,8% bệnh nhi chuyển từ độ 2B lên độ 4.

Sốt là triệu chứng thường gặp (91%). Sốt cao và sốt kéo dài có liên quan đến tiên lượng nặng (Bảng 2). Giật mình, thất điều chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,2% và 4,3%. Nhóm nặng có xu hướng nhập viện trễ hơn (Bảng 2). Có 14,5% bé có thừa cân - béo phì, 9,6% bé có suy dinh dưỡng, trong đó thừa cân - béo phì có liên quan đến tiên lượng nặng (Bảng 2). 41,8% bệnh nhi xuất hiện biến chứng, với tỷ lệ biến chứng thần kinh, tuần hoàn, hô hấp lần lượt là 98,5%, 8,7%, 3,6%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng TCM

	Tổng (N = 469)	Nặng (N = 24)	Không nặng (N = 445)	p-value*
Sốt $\geq 39^\circ\text{C}$ (n,%)	211 (45)	19 (79,2)	192 (43,1)	< 0,001
Sốt > 3 ngày (n,%)	78 (24,9)	12 (50)	66 (22,8)	0,003
Giật mình (n,%)	184 (39,2)	14 (58,3)	170 (38,2)	0,049
Thất điều (n,%)	20 (4,3%)	11 (45,8%)	9 (2%)	< 0,001
Loét miệng	406 (86,6%)	19 (79,2%)	387 (87%)	0,275
Phát ban	391 (82,9%)	19 (79,2%)	370 (83,1%)	0,614
Nôn ói	164 (35%)	13 (54,2%)	151 (33,9%)	0,043

	Tổng (N = 469)	Nặng (N = 24)	Không nặng (N = 445)	p-value*
Thừa cân - béo phì (n,%)	68 (14,5%)	8 (33,3%)	60 (13,5%)	0,007
Thời gian khởi phát trung bình đến lúc nhập viện (m ± SD)	2,8 ± 2,3	3,6 ± 1,4	2,8 ± 2,3	< 0,001

(* *Chi-squared test.*)

Bảng 3. Thời điểm xuất hiện các biến chứng (N = 196)

Loại biến chứng	Thời điểm xuất hiện			
	3 ngày đầu	Ngày 4	Ngày 5	Ngày 6 trở đi
Biến chứng thần kinh (N = 193)	169 (87,6%)	13 (6,8%)	5 (2,6%)	6 (3%)
Biến chứng tuần hoàn (N = 17)	7 (41,2%)	6 (35,3%)	1 (5,9%)	3 (17,6%)
Biến chứng hô hấp (N = 7)	1 (14,3%)	5 (71,4%)	0 (0%)	1 (14,3%)

Cận lâm sàng: 28,6% bệnh nhi có bạch cầu > 16 K/ μ L, 15,7% có tiểu cầu > 400 K/ μ L. Nhóm nặng có số lượng tiểu cầu, urê, creatinin, đường huyết cao hơn, nhưng CRP lại thấp hơn so với nhóm không nặng (Bảng 4). Có 19,6% trường hợp được chụp X-quang ngực, 0,6% trường hợp được chụp MRI não tủy (Bảng 5). Các trường hợp được chụp MRI não tủy đều thuộc nhóm nặng với lâm sàng có yếu chỉ. 12 trường hợp (2,6%) được làm test nhanh EV71 trong đó 58,3% trường hợp dương tính. Không có trường hợp nào được làm RT-PCR EV71.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng TCM

	Tổng (N = 469)	Nặng (N = 24)	Không nặng (N = 445)	p-value*
Bạch cầu > 16 K/ μ L (n,%)	124 (28,6%)	8 (33,3%)	116 (28,4%)	0,601**
Bạch cầu trung bình (m ± SD)	13,7 ± 5,1	13,9 ± 5,9	13,7 ± 5	0,839*
Tiểu cầu trung bình (m ± SD)	311,3 ± 103,4	397,9 ± 130	306,2 ± 99,5	< 0,001*
Tiểu cầu > 400 K/ μ L (n, %)	68 (15,7%)	9 (37,5%)	59 (14,4%)	0,002**
CRP trung bình (m ± SD)	22,4 ± 30,1	13,8 ± 21,8	23,1 ± 30,6	0,03*
Urea máu trung bình (m ± SD)	3,8 ± 1	4,3 ± 1,3	3,7 ± 1	0,03*
Creatinin máu trung bình (m ± SD)	36,8 ± 6,6	43,1 ± 13,5	36,2 ± 5,2	0,004*
Glucose mao mạch trung bình (m ± SD)	94,9 ± 24,8	117,8 ± 78,5	93,5 ± 16,4	0,040*

(* *Mann-Whitney u-test*, (** *Chi-square test.*)

Bảng 5. Đặc điểm hình ảnh học TCM

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
X-quang (N = 92)	1 (1,1)	4 (4,5)
Không ghi nhận bất thường	12	13%
Nhiễm trùng hô hấp dưới*	68	74%
Ứ khí	12	13%
MRI não tủy (N = 3)	1 (1,3)	1 (1,3)
Không ghi nhận bất thường	1	33,3%
Viêm tủy cổ	1	33%
Tổn thương nhiều nơi	1	33%

(*): *Viêm phổi, viêm phế quản, viêm tiểu phế quản.*



BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ. Chúng tôi ghi nhận đến 70,7% trẻ được chăm sóc tại nhà, 63,3% trẻ có sống chung với người nghi ngờ mắc TCM, 43,8% trẻ dùng chung đồ chơi với người nghi ngờ mắc TCM. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đắc Thăng và cộng sự⁵ phân tích mối liên quan giữa các yếu tố tiếp xúc xã hội của trẻ và bệnh TCM cho thấy có sự gia tăng số nhà có trẻ mắc bệnh TCM khi trẻ có chơi với trẻ gần nhà, trẻ đến khu vui chơi đông người, trẻ có đến phòng khám vì bệnh khác và trẻ có tiếp xúc với bệnh nhân TCM đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Độ tuổi thường gặp là dưới 60 tháng tuổi, tuy nhiên, ở nhóm trên 60 tháng, chúng tôi lại ghi nhận nhiều ca nặng có lẽ đặt ra nghi vấn về vấn đề nợ miễn dịch trên nhóm đối tượng này và cần thêm nhiều nghiên cứu lý giải về vấn đề này.

Một điều thú vị, chúng tôi nhận thấy béo phì có liên quan đến tình trạng bệnh TCM nặng hơn ở trẻ. So với nghiên cứu của Đỗ Quang Thành⁶, tỷ lệ trẻ gặp các vấn đề nhẹ cân, thấp còi, gầy còm chiếm nhiều hơn với 16,4% trong tổng số các ca mắc TCM; trong khi đó tỷ lệ thừa cân béo phì chỉ chiếm 5,5%. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và độ nặng của bệnh thay đổi qua các nghiên cứu, tuy nhiên việc lưu tâm hơn đến những trường hợp bệnh TCM có vấn đề dinh dưỡng, đặc biệt là thừa cân béo phì có thể có ích.

Đặc điểm lâm sàng. Khi ghi nhận lý do nhập viện, chúng tôi phát hiện rằng nhóm triệu chứng thần kinh (chiếm 15,1%) là các triệu chứng được than phiền nhiều thứ hai chỉ sau sốt (chiếm 74,6%). Điều này có thể do sốt và các triệu chứng thần kinh là triệu chứng mà khiến phụ huynh của trẻ lo lắng nhiều hơn các triệu chứng gợi ý bệnh TCM như là phát ban và loét miệng.

Đa số bệnh nhi nhập viện trong 5 ngày đầu của bệnh (95,3%), trong đó cao nhất là vào ngày thứ 2 (54,4%). Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện trung bình là $2,8 \pm 2,3$ ngày. Điều này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư⁶ với đa số trẻ nhập viện trong 4 ngày đầu (93%), tỷ lệ cao nhất vào ngày thứ 2 (41,3%) và thời gian khởi phát là $2,8 \pm 1,1$ ngày. Ngoài ra, chúng tôi còn nhận thấy rằng nhóm nặng có xu hướng nhập viện trễ hơn nhóm không nặng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, có

lẽ vì những bệnh nhân được nhập viện sớm sẽ được theo dõi sát sao nên tỷ lệ nặng thấp hơn.

Về mặt triệu chứng lâm sàng của bệnh, chúng tôi thấy rằng sốt là triệu chứng phổ biến, gặp ở hầu hết các ca bệnh nhưng sốt cao $\geq 39^\circ\text{C}$ và sốt ≥ 3 ngày có liên quan đến bệnh nặng. Các triệu chứng như giật mình chói với và thất điều chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,2% và 4,3%. Về mặt biến chứng, chúng tôi ghi nhận 41,8% ca bệnh ($n = 196$) có biến chứng, với biến chứng thần kinh chiếm tỷ lệ cao nhất, theo sau là biến chứng tuần hoàn và hô hấp với tỷ lệ thấp hơn. Triệu chứng thần kinh nổi bật là giật mình chói với (95,8%) và thất điều (10%). Tỷ lệ bệnh nhi có biến chứng theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Thư⁴ là 24,6% trong đó biến chứng thần kinh cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (67,7%). Điểm khác biệt này là có thể là do định nghĩa biến chứng thần kinh của tác giả chỉ ghi nhận bệnh nhân phân độ 2B trở lên.

Các bệnh nhi phân độ 2A chiếm đa số (84%). Nhóm bệnh nặng (độ 2B trở lên) chiếm 5,1%, trong đó có 3 ca độ 4 và không có ca nào độ 3. Nghiên cứu của Đỗ Thị Thanh Toàn⁷ năm 2017 - 2018 và nghiên cứu của Nguyễn Đắc Thăng⁵ năm 2015 - 2019 không ghi nhận ca nào độ 4 phần nào cho thấy độ nặng bệnh TCM năm 2023 có chuyển biến nặng hơn về mặt lâm sàng. Quá trình nằm viện có ghi nhận 4,5% bệnh nhi chuyển độ nặng hơn, trong đó chuyển từ nhóm không nặng lên nhóm nặng chiếm 47,7%. Tỷ lệ chuyển độ trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Minh Tú Vân⁸ là 8,8%, chúng tôi cho rằng tỷ lệ chuyển độ thấp hơn là do nghiên cứu chúng tôi thực hiện vào đỉnh dịch thứ 2 của năm 2023, phụ huynh bệnh nhi và các nhân viên y tế đã có những kinh nghiệm thu được ở sóng dịch đầu tiên giúp hạn chế chuyển độ.

Đặc điểm cận lâm sàng: Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình số lượng bạch cầu giữa nhóm nặng và nhóm không nặng. Điều này không tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác, có thể là do nghiên cứu của chúng tôi không loại ra các bệnh nhân có bệnh đồng mắc cấp tính khác có khả năng gây tăng số lượng bạch cầu. Nhóm nặng có số lượng tiểu cầu $> 400 \text{ K/uL}$, điều này là phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Thư⁴, cơ chế gây tăng tiểu cầu có thể

do phản ứng viêm. Về sinh hóa máu, chúng tôi nhận thấy trong nhóm nặng có tỷ lệ bệnh nhân có đường huyết tăng > 160 mg/dL nhiều hơn so với trong nhóm không nặng và có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư⁴. Đường huyết tăng được giải thích là do tăng tiết catecholamin, hậu quả của rối loạn thần kinh thực vật.

X-quang phổi: Có 92/469 (chiếm 19,6%) trường hợp có kết quả X-quang, với 37% ghi nhận viêm phổi là tổn thương thường gặp nhất, đứng hàng thứ hai với 26,1% là viêm phế quản, không ghi nhận trường hợp phù phổi cấp trên X-quang ở bệnh nhân có rối loạn chức năng cơ tim. Nghiên cứu cho thấy viêm phổi và viêm phế quản lần lượt là những bệnh đồng mắc trên bệnh nhân TCM. MRI não biểu hiện hình ảnh tăng tín hiệu T2 vùng cầu não sau, hành tủy, gian não, nhân răng tiêu não, tế bào sừng trước tủy sống nếu có biến chứng thần kinh trung ương. Có 3/469 (0,6%) trường hợp được làm MRI não, trong đó có 1 ca (33,3%) kết luận có viêm thân não - tủy cổ, 1 ca (33,3%) kết luận

tổn thương nhiều nơi cho thấy các bất thường trên MRI phản ánh biến chứng thần kinh trung ương ở nhóm bệnh nặng.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi mắc bệnh tay chân miệng nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2023, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

- TCM là bệnh lý thường gặp ở trẻ em với lý do nhập viện phổ biến là sốt chiếm tỷ lệ 91%.
- Biến chứng thần kinh có tỷ lệ rất cao 98,5%. Trong đó, tỷ lệ run chi, thất điều khá cao là điều đáng lưu tâm.
- Trẻ mắc bệnh trên 60 tháng có mức độ bệnh thường nặng. Trẻ thừa cân - béo phì dễ có nguy cơ mắc bệnh nặng hơn.
- Cận lâm sàng: Tiểu cầu trên 400 K/uL có thể tiên lượng nguy cơ bệnh nhân nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2011). A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD). WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila.
2. Báo Sức khỏe và Đời sống (2023). Đã ghi nhận hơn 100.000 ca tay chân miệng, cần chú ý dấu hiệu bệnh trở nặng. <https://suckhoedoisong.vn/da-ghi-nhan-hon-100000-ca-tay-chan-mieng-can-chu-y-dau-hieu-benh-tro-nang-16923101815004596.htm>.
3. Báo Sức khỏe và Đời sống (2023). Hơn 86.000 ca mắc tay chân miệng, 21 trường hợp tử vong. <https://suckhoedoisong.vn/hon-86000-ca-mac-tay-chan-mieng-21-truong-hop-tu-vong-169230930081100601.htm>.
4. Nguyễn Kim Thư (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên virus gây bệnh tay chân miệng tại Việt Nam. Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Đắc Thăng (2022). Đặc điểm dịch tễ và một số yếu tố liên quan đến bệnh tay chân miệng ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Gò Công Đông, tỉnh Tiền Giang giai đoạn 2015 - 2019. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, 03(39):74-79.
6. Đỗ Quang Thành (2020) Các yếu tố liên quan đến bệnh tay chân miệng nặng ở trẻ em. Luận án tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
7. Đỗ Thị Thanh Toàn, Đặng Thị Hương (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ca bệnh tay chân miệng vào Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Hà Nam năm 2017 - 2018. Viện Đào tạo YHDP&YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Hoang MTV, Nguyen TA, Tran TT, et al (2019). Clinical and aetiological study of hand, foot and mouth disease in southern Vietnam, 2013-2015: Inpatients and outpatients. International Journal of Infectious Disease, 80:1-9.



CLINICAL FEATURES AND LABORATORY FINDINGS OF HAND, FOOT, AND MOUTH DISEASE AT CHILDREN'S HOSPITAL 2 IN 2023

Background: After the COVID-19 pandemic, some clinicians have noted some changes in the incidence, clinical manifestations, and complications of hand and foot disease (HFMD). There is currently no research on the characteristics of pediatric HFMD patients after the COVID-19 pandemic in Vietnam.

Objectives: To describe the clinical features and laboratory findings of HFMD in children in 2023.

Methods: A cross-sectional descriptive study of HFMD cases admitted to Children's Hospital 2 in 2023.

Results: 83.6% of patients with HFMD had grade 2A, 13.2% had grade 1, 3% had grade 2B, and 0.2% had grade 4. During treatment, 52.4% of cases progressed from grade 1 to grade 2A, 38.1% from grade 2A to grade 2B, 4.8% from grade 2A to grade 4, and 4.8% from grade 2B to grade 4. The most commonly affected age group was under 60 months old (97.1%). 2.9% of patients were over 60 months old, with a higher proportion of severe cases compared to non-severe cases in this age group ($p = 0.029$). The most common reason for hospitalization was fever (74.6%). Neurological complications accounted for the highest rate (98.5%), appearing most often in the first 3 days of the disease with the most common symptoms being startle (95.8%) and ataxia (10.4%). 14.5% of pediatric patients were overweight - obese. This rate was significantly higher in the severe disease group (33.3%) than in the non-severe group (13.5%). There were 15.7% of patients with platelets over 400 K/ μ L, the difference between the two groups was statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusions: The most common reason for hospitalization was fever. 15.1% of hospitalized children showed neurological symptoms. Children with the disease over 60 months often had severe disease. Overweight and obese children were at greater risk of serious illness. Platelets above 400 K/uL were higher in the severe disease group than in the non-severe group.

Keywords: Hand, foot, and mouth disease, COVID-19, clinical features, laboratory findings, children.